T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

DR. OĞUZ ARSLAN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
OCAK/2021

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Dr. Oğuz ARSLAN

Tez Danışmanı

Doç.Dr. Güven BEKTEMÜR

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK YÖNETİMİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

OCAK/2021

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

• Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,

• Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,

• Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,

• Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,

• Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,

• Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Dr. Oğuz ARSLAN

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı Aile Sağlığı Merkezlerinde(ASM) çalışan sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algılarını ölçmektir. Bu çalışmada ASM'lerde çalışan sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü düzeyi ve sosyodemografik özelliklerine göre değişip değişmediği incelenmiştir. Yaptığımız literatür incelemesinde birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik yeterli sayıda hasta güvenliği kültürü üzerine çalışma olmaması çalışmayı özgün kılmaktadır.

Gereç ve Yöntem: İstanbul ili Ümraniye ilçesinde bulunan ASM'lerde çalışan sağlık personeli bu çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tümünü oluşturan Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanlarına(ASÇ) ulaşılıp gönüllülük esasına göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi uygulamıştır. Çalışmaya ASM'nin diğer çalışanlarından olan tıbbi sekreter, temizlik, güvenlik personeli dahil edilmemiştir. Gönüllük esasına istinaden katılmak isteyenlere yüz yüze görüşme metodu çerçevesinde 85 Aile Hekimi, 118 ASÇ olmak üzere toplam 203 kişiyle çalışma gerçekleştirildi.

Verilerin analizi SPSS 25 Paket Programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Kategorik değişkenler için frekans ve yüzde değerleri sunulmuştur. İki kategorili kategorik değişkenlerle nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, ikiden çok kategori içeren kategorik değişkenlerle nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında tek yönlü anova kullanılmıştır. Tek yönlü anova sonucunda farklılık bulunması durumunda post-hoc yöntemlerden Bonferroni testi kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir. İki nicel değişkenin karşılaştırılmasında Pearson korelasyonu kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılanların sağlık personelinin hasta güvenliği kültür algıları 3,13 ortalama ile orta düzeyde bulunmuştur. Birimler İçerisindeki Ekip Çalışması boyutu en yüksek ortalamaya sahipken Devirler ve Nakiller boyutu en düşük ortalamaya sahiptir. Çalışmaya katılan sağlık personelinin %91,63'ünün kurumlarını hasta güvenliğinin değerlendirilmesinin derecelendirmesi konusunda olumlu görüş belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan sağlık personelinin %84,7'sinin son on iki ayda hiç hata raporlamadığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Araştırma sonucunda orta düzeyde tespit edilen hasta güvenliği kültürü algısını yükseltme için ASM'lerde hasta güvenliği konusu öncelikli konuma getirilmelidir. Bununla birlikte 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarında olduğu gibi hata raporlama sistemi 1.basamak sağlık kurumlarında da kullanılmalıdır. Sağlık hizmet sunumunun iyileştirilmesi adına daha yüksek hasta güvenliği kültürü algısı oluşması için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Aile Sağlığı Merkezi, Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Sağlık Personeli

A RESEARCH ON PATIENT SAFETY CULTURE OF HEALTH PERSONNEL WORKING IN FAMILY HEALTH CENTERS

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to ensure patient safety of healthcare professionals working in Family Health Centers. In our study, it was also examined whether this awareness changed according to the sociodemographic and descriptive characteristics of the healthcare personnel. In our literature review, the lack of sufficient number of studies on patient safety culture for primary health care workers makes the study unique.

MaterialsandMethods: Healthcare personnel working in Family Health Centers in Umraniye District of Istanbul province constitute the universe of our study. No sample selection was made, the family physicians and family health workers, who made up the whole population, were reached and the Patient Hospital Survey on Patient Safety Culture was used on a voluntary basis. Medical secretary, cleaning and security personnel, who are among the other employees of the Family Health Center, were not included in our study. We worked with 203 people, including 85 family physicians and family physicians and 118 family health workers, within the scope of face-to-face interview method for those who want to participate on a voluntary basis.

The analysis of the data was carried out using SPSS 25 Package Program. Frequency and percentage values are presented for categorical variables. Independent sample t test was used to compare categorical variables with two categories and quantitative variables, and one-way anova was used to compare categorical variables with more than two categories and quantitative variables. If there was a difference in the one-way anova result, the analyzes were performed using one of the post-hoc methods, the Bonferroni test. Pearson's correlation was used to compare two quantitative variables.

Results: Healthcare personnel's perceptions of patient safety culture of our study participants were found to be moderate with a mean of 3.13. While the teamwork dimension within the units has the highest average, the turnover and transfers dimension in the Family Health Center has the lowest average. 91.63% of the healthcare professionals participating in the study expressed a positive opinion about the rating of their institutions on the assessment of patient safety. It was found that 84.7% of the healthcare professionals participating in the study did not report any incidents in the last twelve months.

Conclusion: Patient safety should be prioritized in Family Health Centers in order to increase the perception of patient safety culture, which is detected at a moderate level as a result of the research. However, as in secondary and tertiary healthcare institutions, the error reporting system should also be used in primary healthcare institutions. Suggestions have been made to create a higher perception of patient safety culture in order to improve healthcare service delivery.

Keywords: Patient Safety, Patient Safety Culture, Family Health Center, Health Personnel

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez konusunun belirlenmesinde, araştırma aşamasında ve tamamlanmasında desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan ve tez danışmanım Doç. Dr. Güven BEKTEMÜR hocama, tez yazım aşamasında bana kolaylık sağlayan ve ilgilenen Doç. Dr. Niyazi TUĞ hocama, araştırmanın veri analizi kısmındaki kıymetli desteklerinden dolayı Öğr. Gör. Kürşad Nuri BAYDİLİ' ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET iv
ABSTRACT vi
TEŞEKKÜR viii
İÇİNDEKİLER ix
TABLOLAR LİSTESİ xi
KISALTMALAR LİSTESİ xii
1.GİRİŞVEAMAÇ 1
2.GENEL BİLGİLER 3
2.1. HASTA GÜVENLİĞİ 3
2.2. TIBBİ HATA 4
2.2.1. Tıbbi Hata Türleri 4
2.3. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ 4
2.4. AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ 6
2.4.1. Aile Sağlığı Merkezinin Ülkemizdeki Oluşum Süreci 6
2.4.2. Aile Sağlığı Merkezi Çalışanları 7
2.4.3.Aile Hekimliği Biriminin Gruplandırılması 7
2.4.3.1. D Grubu Aile Hekimliği Birimi Kriterleri 7
2.4.3.2. C Grubu Aile Hekimliği Birimi Kriterleri 7
2.4.3.3. B Grubu Aile Hekimliği Birimi Kriterleri 7
2.4.3.4. A Grubu Aile Hekimliği Birimi Kriterleri 8
2.4.4.Aile Sağlığı Merkezinin Yönetimi 8
2.4.5.Aile Sağlığı Merkezinde Sunulan Sağlık Hizmetleri 8
3.GEREÇ VE YÖNTEM 11
3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI 11
3.2.ARAŞTIRMANIN TÜRÜ 11
3.3.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI 11
3.4.ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ 10
3.5.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI 12
3.6.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 12
3.6.1.Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 12
3.7.VERİLERİN ANALİZİ 14

3.8.ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ 14
4. BULGULAR.....15
5.TARTIŞMA.....39
6.SONUÇLAR.....47
KAYNAKÇA 50
EKLER.....53
EK1. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ASM ANKETİ.....53
EK2. ANKET KULLANIMI İZNİ.....58
EK3. ETİK KURUL SONUÇ BELGESİ.....59
EK4. ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ 60
EK6. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 61
ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ 62

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin İçeriği ve Güvenirliği 15

Tablo 4.2. Katılımcıların Demografik ve Tanımlayıcı Bilgileri..... 16

Tablo 4.3. Katılımcıların Yaş ve Çalışma Sürelerine Göre Tanımlayıcı Bilgileri 17

Tablo 4.4. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Boyutlarına İlişkin Algılarının Genel Dağılımı 17

Tablo 4.5. Cinsiyetler Bakımından Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması..... 19

Tablo 4.6. Yaşa Göre Alt Boyutların İncelenmesi 20

Tablo 4.7. Mesleki Unvan Bakımından Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutlarının Karşılaştırılması 21

Tablo 4.8. Meslekte Çalışma Süresine Göre Alt Boyutların İncelenmesi 22

Tablo 4.9. En Son Çalıştığı Kurumdaki Çalışma Süresine Göre Alt Boyutların İncelenmesi..... 24

Tablo 4.10. ASM'de Çalışma Statüleri Bakımından Hasta Güvenliği Kültürünün Karşılaştırılması . 25

Tablo 4.11. Görevler Bakımından Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutlarının Karşılaştırılması..... 26

Tablo 4.12. Daha Önceden Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Bakımından Alt Boyutların Karşılaştırılması 28

Tablo 4.13. Aile Hekimliği Birimi Sınıfları Bakımından Alt Boyutların Karşılaştırılması..... 29

Tablo 4.14. Hasta Güvenliğinin Değerlendirme Derecelendirilmesinin İncelenmesi 31

Tablo 4.15. Hasta Güvenliğinin Derecesi Konusunda Değerlendirmelerine Göre Boyutların İncelenmesi 32

Tablo 4.16. Aile Hekimliği Biriminin Sınıfı ile Hasta Güvenliğinin Değerlendirmesinin Karşılaştırılması 36

Tablo 4.17. Raporlanan Olay Sayısının İncelenmesi..... 37

KISALTMALAR LİSTESİ

AHB: Aile Hekimliği Birimi

AHU: Aile Hekimi Uzmanı

ASÇ: Aile Sağlığı Çalışanı

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin bireylere vereceği zarara engel olmak amacıyla sağlık kuruluşları ve kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin bütünüdür ve nitelikli sağlık hizmetinin öncelikli ve vazgeçilemez koşulunu oluşturmaktadır. Hasta güvenliğinde amaç, hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef, hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (1).

Hasta güvenliği, sağlık bakım kalitesinin önemli bir bileşenidir. Sağlık kuruluşları sürekli gelişmeye devam ettikçe, bir güven kültürünün oluşturulmasının önemi hususunun da daha fazla farkına varmaktadırlar. Güven kültürünü temin etmek, bir organizasyonda neyin önemli olduğuna ilişkin değerlerin, inançların, ilkelerin ve hasta güvenliğiyle ilgili hangi tutum ve davranışların beklendiği ve uygun olduğunun anlaşılmasını gerektirir (2).

Avrupa Sağlık Hizmetlerinde Kalite Derneği (European Society for Quality in Health Care) 2006 yılında güvenlik kültürünü; ‘‘hasta bakımında hatayı minimum seviyeye indirmeye çalışan, bakım sağlama süreçlerinden ortaya çıkabilecek zararı önlemeyi amaçlayan ortak inanç ve değerlere dayalı bütünleşmiş bireysel ve kurumsal davranış şekli olarak tanımlamıştır (3). Güvenli bir sağlık hizmeti sunumunun ilk basamağını hasta güvenliği kültürü oluşturmaktadır. Hasta güvenliği konusu sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda çalışan tüm personelin sahiplenmesi gereken önemli bir noktadır (3).

Hasta güvenliği kültürü dendiği zaman hasta güvenliğinin kurumun en önde gelen konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesi anlaşılmaktadır. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi ve geliştirilmesi için yerine getirilmesi gerekenlerin başında çalışanların hasta güvenliği kültürünün ölçülerek tespit edilmesi gelmektedir (4).

Bu çalışmada İstanbul ili Ümraniye ilçesindeki birinci basamak sağlık hizmeti sunan ASM'lerde görev yapan sağlık çalışanlarında hasta güvenliği kültürü algılarının tespiti için araştırma yapılmıştır. Bu araştırma sonucunda, hasta güvenliği kültürünün güncel olarak tespit edilmesi ve bu yapılan tespit neticesinde sağlıkta hizmet sunumunun kalitesinin geliştirilmesine yönelik önerilerde bulunulması, daha sonra yapılacak çalışmalara zemin hazırlayarak model oluşturulması ve literatüre katkı yapılması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. HASTA GÜVENLİĞİ

Hasta güvenliği verilen sağlık hizmetlerine bağlı oluşabilecek hataların önlenmesi sağlık hizmeti verilirken oluşmuş hataların ortadan kaldırılması veya azaltılması olarak tanımlanır (5).

Hasta güvenliği; uygulama sürecinde ortaya çıkabilecek basit hataların hem sağlık çalışanlarına hem de hastalara zarar vermesini engelleyecek tasarımlar yapmak, hataları hastalara ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan belirlemek, raporlamak ve bildirmek anlamına da gelir (6).

Joint Commision International (JCI) tarafından 'hastanelere yönelik uluslararası standartlar' kapsamında akredite edilmiş tüm kurum ve kuruluşların uymaları zorunlu olan uluslararası hasta güvenliği hedefleri ele alınmıştır. Hasta güvenliği konusunda spesifik iyileştirmelerin teşvik edilmesi amaçlanmıştır. Bu hedefler;

- Hedef 1 Hasta kimliğinin doğru belirlenmesi: Sağlık kuruluşları hastaların kimlik doğrulamasını tam yapmalı, eksiklikleri iyileştirecek süreç geliştirmeli ve uygulamalıdır.
- Hedef 2 Etkin iletişimin iyileştirilmesi: Sağlık kuruluşları hastaya bakım verenler arasındaki sözel veya telefon iletişiminin etkinliğini iyileştirmek için süreç geliştirmeli ve uygulamalıdır.
- Hedef 3 Yüksek riskli ilaçlarının güvenliğinin iyileştirilmesi: Sağlık kuruluşları yüksek riskli ilaçların güvenliğini sağlamak ve iyileştirmek için süreç geliştirmeli ve uygulamalıdır.
- Hedef 4 Güvenli cerrahinin sağlanması: Sağlık kuruluşları cerrahi invaziv işlemler için alan işaretlemesi ve preoperatif doğrulama ile ilgili bir süreç geliştirmeli ve uygulamalıdır.
- Hedef 5 Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması: Sağlık kuruluşları sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesine yönelik süreçler ve uygulamalar belirlemeli bunları

izlemeli ve sürekli iyileştirme için gerekli faaliyetler gerçekleştirmelidir.

- Hedef 6 Hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması: Sağlık kuruluşları ayaktan ve yatan hasta düşmelerinin ve düşme kaynaklı yaralanmaların azaltılmasına yönelik süreç geliştirmeli ve uygulamalıdır (7).

2.2. TIBBİ HATA

Latince '*mala-praxis'* kelimelerinden türemiş olan malpraktis makul olmayan beceri veya özen eksikliğinin olduğu mesleki hatalar için kullanılır (8).

Tıbbı uygulama hataları sağlık hizmeti verilmesi sırasında sağlık çalışanının hatalı hareket etmesi sonucunda ortaya çıkar. Dünya Tabipler Birliği (World Medical Association) tıbbi hataları 'hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar' olarak tanımlamıştır (9).

2.2.1.Tıbbi Hata Türleri

Tıbbi hatalar kök neden ya da hata türü açısından iki farklı gruba ayrılır. Kök nedenlerine göre tıbbı hatalar; işleme bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma), ihmale bağlı hatalar(doğru işlemi yapmama), uygulamaya bağlı hatalar(doğru işlemi yanlış uygulama) olarak üç grupta toplanır. Hata türü açısından tıbbi hatalar; ilaç hataları (yanlış doz, yanlış veriliş şekli, alerji hikayesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi), cerrahi hatalar(yanlış taraf cerrahisi, yanlış organ cerrahisi), tanı koymada hatalar (laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması), sistem yetersizliğine bağlı hatalar (sağlık hizmeti verildiği esnasında sistem üzerinde ortaya çıkan hatalar), diğer hatalar(hastane enfeksiyonları, yanlış transfüzyon işlemleri)olarak beş grupta toplanır(10).

2.3. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2000 yılında yayınlanan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) raporuna göre, bu ülkedeki sağlık kuruluşlarında her sene 98.000 insan tıbbi hatalardan kaynaklanan olumsuz sonuçlar neticesinde hayatını kaybetmektedir. Bu sayı, sağlık hizmet sunumundaki hataların ne kadar büyük ve

önem arz eden bir husus olduğunu ortaya koymaktadır. Ölüm nedenleri arasında 5. sırada yer alan tıbbi hatalar, trafik kazaları, edinilmiş bağışıklık yetersizliği sendromu, *diabet*, meme kanseri gibi nedenlerden daha fazla ölüme yol açmaktadır. Institute of Medicine tarafından yayınlanan rapor tüm dünyada yankı uyandırmış ve hasta güvenliğine verilen önem hızla artmıştır(11).

Avrupa Sağlık Hizmetlerinde Kalite Derneği (European Society for Quality in Health) 2006 yılında hasta güvenlik kültürünü; "hatayı hasta bakımında en aza indirmeye çalışan, hasta bakım sağlama süreçlerinden kaynaklanacak zararı önlemeyi amaçlayan ortak değer ve inançlara dayalı bütünleşmiş bireysel ve kurumsal davranış şekli" olarak tanımlamıştır (12).

Hasta güvenlik kültürünün oluşturulma amacı; hem hastane çalışanlarının hem de hasta ve hasta yakınlarının fiziksel ve ruhsal olarak kendilerini güvende hissedeceği ortamı sağlamaktır. Yüksek riskli ve hata oluşturabilecek bakım ve tedavilerin belirlenmesi, kurumun cezai işleme başvurmadığı bilinerek tıbbi hataların korkusuzca ve açıkça dile getirildiği, yapılan bildirimlerin hataların gerçek nedenini belirleme ve sistemi iyileştirmeye yönelik ele alındığı, iyileştirmek için gerekli kaynakların ayrıldığı güvenli bir sitemle bu kültür oluşturulmalıdır (13).

Hasta güvenliği kültürü oluşturmada dikkate alınması gerekenler;

- Şeffaf ve yapılan hatalardan ders çıkarılan güvenlik kültürü oluşturulması
- Kurumun liderleri için en önemli önceliğin hasta güvenliği olduğu ve bunu sağlamak için ekip çalışmasının en üst düzeye çıkarıldığının gösterilmesi
- Çalışma koşularının, bakım ve tedavi uygulamalarının ve süreçlerin sürekli değerlendirilerek risk yönetiminin devamlılığının sağlanması
- Bildirim sonucunda elde edilen raporların ve gidişatın düzenli olarak paylaşılması, güvenliği arttırıcı faaliyetlerin geliştirilmesi ve kullanımının teşvik edilmesi
- Hasta ve hasta yakınlarının kendi güvenliklerini sağlaması ve geri bildirimde bulunmaları için eğitilmesi ve teşvik edilmesi

- Ortaya çıkan olumsuzlukların düzenli olarak değerlendirilmesi ve analiz edilmesi sonuçların rehber alınarak sistemin iyileştirilmesinin sağlanması
- Alınacak önlemlerin cezai nitelik taşımamasına özen gösterilmesi (14).

Hasta güvenlik kültürünün sağlam bir zemine oturtulması ve uzun soluklu olmasında anahtar rol liderin, yöneticinin üzerine düşmektedir. Bu noktada güvenli bir bakım ortamı sağlamalı güvenlik kültürünü sürekli iyileştirmelidir (15).

2.3.1. Ülkemizde Hasta Güvenliği Kültürü

2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programının" uygulamaya konmasıyla ile sağlık hizmet sunumunda kalitenin bir parçası olarak hasta güvenliği ilk kez ele alınmıştır. 2008 ve 2009 yılında "Sağlıkta Kalite ve Performans Yönergesi" ve "Çalışan Sağlığı ve Hasta Güvenliği Tebliğinin" yürürlüğe girmesi ile ülkemizde Sağlık Bakanlığınca pilot hastaneler belirlenip uygulama çalışmaları başlatılmıştır(16). Hasta güvenliği ile ilgili ilk mevzuatımız ise Nisan 2009' da Resmi Gazete'de yayınlanmış 27214 sayılı "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ"dir. Fakat günümüzde 2015 yılında yürürlüğe girmiş olan "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik"' uygulanmaktadır. Yayınlanan bu yönetmelikler ve gelişmelere rağmen ülkemizde ulusal anlamda geçerliliği ve devamlılığı olan hasta güvenliği kültürü uygulaması bulunmamaktadır (17).

2.4.AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ

Aile Sağlığı Merkezleri Aile Hekimi Uzmanları(AHU) ya da Aile Hekimi unvanına sahip olmak için gerekli eğitimleri almış genel pratisyen doktor veya uzman doktor tarafından açılan birinci basamak sağlık hizmeti verilen kurumlardır (18).

2.4.1. Aile Sağlığı Merkezlerinin Ülkemizdeki Oluşum Süreci

Birinci basamak sağlık hizmeti sunumu ülkemizde 1960'lardan itibaren sağlık ocağı ve sağlık evleri vasıtasıyla yapılmaktaydı.2003 yılında hayat geçirilen sağlıkta dönüşüm projesi ile 15 Eylül 2005 tarihinde ilk kez Düzce'de 13 Aralık 2010 tarihinden itibaren ülkemizin tamamında ASM'ler faal hale gelmiştir (19).

2.4.2.Aile Sağlığı Merkezi Çalışanları

Aile Sağlığı Merkezi bir Aile Hekimi ve bir ASÇ'nin bulunduğu aile hekimliği biriminden(AHB) oluşmaktadır. Bu birimler bir veya daha fazla sayıda olabilir. ASÇ'ler hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni unvanına sahip bireyler içinden oluşturulur. Bununla birlikte ASM'lerde tıbbi sekreter, temizlik ve güvenlik işleri ile ilgili personel de çalışabilir (18).

2.4.3. Aile Hekimliği Biriminin Gruplandırılması

Aile Hekimliği Birimi gruplandırma işlemleri Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulama ve Daire Başkanlığının 21/07/2017 tarihli 99858683 sayılı yazısına istinaden A grubu B grubu C grubu D grubu ve grupsuz olarak ifade edilmektedir.

2.4.3.1. D grubu Aile Hekimliği Birimi kriterleri

Hasta müracaatları elektronik sıra takip sistemi ile yönlendirilmektedir. Bekleme alanlarında büyüklüğüne LCD plazma, LED TV ve benzeri cihazlar bulundurup sağlığı geliştirici eğitim amaçlı yayınlar yapılmaktadır. Tek hekimli ASM'lerde bekleme alanı asgari 20 m^2 'dir (birden fazla aile hekimi görev yapıyorsa her bir aile hekimi için 5 m^2 ilave edilir). Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi haftalık asgari 10 saat temizlik personeli çalıştırmaktadır. Bebek dostu AHB belgesine sahip olup bu hizmet sunulmaktadır.

2.4.3.2. C grubu Aile Hekimliği Birimi kriterleri

D Grubu AHB kriterlerine ilaveten ASM'de en az 10 m^2'lik müstakil bir 'aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası oluşturulmuştur (gruplandırmaya dahil olan her dört aile hekimi için bir aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası planlanır). Belgelendirmek kaydıyla ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır (aile hekimi başına haftalık 10 saat). ASM girişinin, bekleme alanlarının ve oda girişlerinin görüntülendiği güvenlik kamera sistemi mevcuttur.

2.4.3.3. B grubu Aile Hekimliği Birimi kriterleri

D ve C Grubu AHB Kriterlerine ilaveten ASM'de gebe izlemleri ve üreme sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi için en az 10 m^2'lik müstakil bir oda oluşturulmuştur (gruplandırmaya dahil olan her dört aile hekimi için bir 'gebe izlem

ve üreme sağlığı odası' planlanır). Birden fazla aile hekiminin görev yaptığı ASM'lerde gruplandırılan her AHB tarafından asgari 3 saat esnek mesai uygulaması yapılmaktadır (gruplandırılmış 5 birime kadar AHB'nin bulunduğu ASM'lerde esnek mesai saatleri farklı zamanlarda planlanır ancak gruplandırılmış birim sayısının 5 ve üzerinde olması halinde ASM haftalık en az 55 saat açık kalacak şekilde planlama yapılır).

2.4.3.4. A grubu Aile Hekimliği Birimi kriterleri

D,C ve B Grubu AHB kriterlerine ilaveten kullanıma hazır bir şekilde müstakil asgari 5 m^2lik bir emzirme odası veya bölümü planlanmıştır (bu alan diğer aile hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir). Emzirme alanında masa, oturma grubu ve bebek akım ünitesi ile ilgili bebeği koruyucu güvenlik önlemleri (korkuluk, yükseltilmiş kenarlar ve benzerleri) bulunmaktadır. ASM gruplandırmaya dahil olan her dört hekim için bir adet müdahale odası planlanmıştır. Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi için haftalık 10 saat ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır. ASM 'ye ait güncel internet sayfası bulunmaktadır.

2.4.4. Aile Sağlığı Merkezlerinin Yönetimi

Aile hekimi ve ASÇ'ler sağlık bakanlığı adına valilikler ile imzaladıkları sözleşmeler sonucunda görevlerini ifa etmeye başlarlar. ASM'leri çerisinde aile hekimleri yılda bir kez kendi meslek grubu içerisinden birini yönetici seçer. Seçilen yönetici hekim ASM'nin gider hesaplaması, fiziki ve teknik durum tıbbi sekreter temizlik ve güvenlik personeli dahil ilave çalışanların organizasyonu gibi ASM'nin işletilmesinden öncelikli sorumludur. Aile hekimleri ve ASÇ'ler üzerinde idari sorumluluğu yoktur (20).

2.4.5. Aile Sağlığı Merkezlerinde Sunulan Sağlık Hizmetleri

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün 2019 yılında hazırlanan izleme ve değerlendirme eğitim rehberine göre ASM'lerde sunulan hizmetler; bireylere yönelik birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon, danışmanlık ve koruyucu sağlık hizmeti, ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetleri, kanser ve kronik hastalık taraması, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk ve adölesan izlemleri, evde takibi

zorunlu olan yatalak hastalara sağlık hizmeti verilmesi, ön görülen sağlık raporlarının düzenlenmesi, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına hasta sevk edilmesidir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı ASM'lerde çalışan sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü hakkındaki algılarını tespit etmektir. Çalışmada bu algıların sağlık personelinin sosyodemografik ve tanımlayıcı özelliklerine göre değişip değişmediği de incelenmiştir. Yapılan literatür incelenmesinde birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik yeterli sayıda hasta güvenliği kültürü çalışması olmadığı görülmüştür. Bu çalışma ile literatüre katkı yapmak amaçlanmıştır.

3.1.1. Araştırmanın Problem Cümlesi

1-ASM'de çalışan sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları ne düzeydedir?

2- AHB'lerin gruplarına göre hasta güvenliği kültürü algıları bakımından fark var mıdır?

3- Aile hekimliğinde çalışan sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü sosyodemografik özelliklerine göre değişmekte midir?

3.2.ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırmada ASM'lerde çalışan sağlık personelinde hasta güvenliği kültürüyle sosyodemografik özellikler arasında ilişkiyi incelemek için ilişkisel tarama metodu kullanılmıştır. Aynı zamanda belirli bir tarih aralığını kapsadığından kesitsel, belli bir olgunun varlığını açıklamaya çalıştığı için de tanımlayıcı bir saha araştırması niteliğindedir.

3.3.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Bu araştırma 1 Eylül-31 Ekim 2020 tarihleri arasında İstanbul ili Ümraniye ilçe sınırlarında bulunan ASM'lerde gerçekleştirilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırmanın evrenini İstanbul ili Ümraniye ilçesinde ASM'lerde çalışan aile hekimi, AHU ve ASÇ'lerin tümü oluşturmaktadır. Ümraniye ilçesindeki ASM'lerde 1 Eylül 2020 itibarıyla toplamda 191 Aile hekimi /AHU ve 181 ASÇ görev yapmaktadır. Evrenin ana kitlesi 372 kişi olup örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılarak anket uygulanmak hedeflenmiştir.

Veri toplama yöntemi olarak kullandığımız anketleri aile hekimi ve ASÇ'lerin tümüne ulaştırıldı. Gönüllük esasına istinaden katılmak isteyenlere yüz yüze görüşme metodu çerçevesinde 85 aile hekimi ve AHU ve 118 ASÇ olmak üzere toplam 203 kişiyle bu çalışma gerçekleştirildi.

3.5.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmaya Ümraniye ilçesinde görev yapan aile hekimleri, AHU ve ASÇ'lerin tümü dahil ediliştir. ASM'lerde çalışan tıbbı sekreterler, temizlik ve güvenlik personeli çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.6.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama amacıyla hasta güvenliği kültürü hastane anketi (Ek-1) kullanılmıştır.

3.6.1.Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi

Sağlık personeli için uygulanan Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi(Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)) 2004 yılında ABD'de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından geliştirilmiştir (21).

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 12 boyut ve 42 sorudanoluşan bir ölçektir. Ayrıca katılımcılara hasta güvenliği derecesi ve raporlanan olay sayısıile ilgili birer soru sorulmaktadır. Kişisel bilgiler bölümünde katılımcıların sosyodemografik bilgilerini içeren 9 soru bulunmaktadır. Son bölümde ise katılımcıların yorumlarını yazmaları istenmiştir.

Anketin 12 boyutu ve bu boyutların içerdiği sorular şunlardır (21).

1. Birimler içinde ekip çalışması (Bölüm A; soru 1, 3, 4 ve 11)
2. Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri (Bölüm B; soru 1, 2, 3 ve 4)
3. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme (Bölüm A; soru 6, 9 ve 13)
4. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (Bölüm F; 1, 8 ve 9)
5. Güvenliğin kapsamlı algılanması (Bölüm A; soru 10, 15, 17 ve 18)

6. Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim (Bölüm C; soru 1, 3 ve5)

7. İletişimin açık tutulması (Bölüm C; soru 2, 4 ve 6)

8. Hataların raporlanma sıklığı (Bölüm D; soru 1, 2 ve 3)

9. Hastane birimleri arasında ekip çalışması (Bölüm F; soru 2, 4, 6 ve 10)

10. Personel sağlama (Bölüm A; soru 2, 5, 7 ve 14)

11. Hastanede devirler ve nakiller (Bölüm F; soru 3, 5, 7 ve 11)

12. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (Bölüm A, soru 8, 12 ve 16)

Ayrıca ankette yer alan A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6,F2, F3, F5, F6, F7, F9 ve F11 ifadeleri ters yönlü ifadelerdir (Agency for Healthcare Research and Quality, 2011b). Veri girişi bu ifadeler için ters kodlanarak yapılmıştır. Ankettin A, B, C, D, E, F bölümlerinde ölçeklendirme yöntemi olarak eşit aralıklı 5"li Likert tipi ölçek kullanılmıştır. A, B ve F bölümünde yer alan ifadeler sıklık derecesi olarak "hiç katılmıyorum, katılmıyorum, ne katılıyorum ne de katılmıyorum, katılıyorum, tamamen katılıyorum" şeklindeki beş seçenek ile değerlendirilmiş ve "hiç katılmıyorum" 1, "tamamen katılıyorum" 5olarak puanlandırılmıştır. C ve D bölümünde yer alan ifadeler sıklık derecesi olarak"hiçbir zaman, nadiren, bazen, çoğu zaman, her zaman" şeklinde beş seçenek ile değerlendirilmiş ve "hiçbir zaman" 1, "her zaman" 5 olarak puanlandırılmıştır. E bölümünde yer alan hasta güvenliği derecesi "mükemmel, çok iyi, kabul edilebilir,zayıf, başarısız" şeklinde beş seçenek ile değerlendirilmiştir ve "başarısız" 1,"mükemmel" 5 olarak puanlandırılmıştır. G bölümünde raporlanan olay sayısı "0olay raporu, 1-2, 3-5, 6-10, 11-20, 21 ya da daha fazla olay raporu" şeklinde 6seçenek ile değerlendirilmiştir. H bölümünde kişisel bilgilerden oluşan dokuz soru bulunmaktadır. Son bölüm olan I bölümünde ise katılımcıların yorumlarını yazmaları istenmiştir.

Konya'da yapılan bir araştırmada anketin Türkçe çevirisi Filiz (26)'in çalışmasında yapılmış olup, anadili Türkçe olan bir İngilizce dil uzmanınca gözden geçirilmiştir. Anketin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri de Filiz (26) çalışmasında yapılmıştır. Anket Filiz (26) çalışmasında ve Alp (30) çalışmasında birinci basamak

sağlık kurumlarına uygulanmıştır. Bu çalışmada anketteki sorular aynen kullanılmış olup tek değişiklik hastane ifadesi yerine ASM kullanılmasıdır.

3.7. VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizi SPSS 25 Paket Programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Kategorik değişkenler için frekans ve yüzde değerleri sunulmuştur. İki kategorili kategorik değişkenlerle nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, ikiden çok kategori içeren kategorik değişkenlerle nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında tek yönlü anova kullanılmıştır. Tek yönlü anova sonucunda farklılık bulunması durumunda post-hoc yöntemlerden Bonferroni testi kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir. İki nicel değişkenin karşılaştırılmasında Pearson korelasyonu kullanılmıştır. Araştırmada Tip I hata oranı 0,05 olarak alınmış, $P<0.05$ istatistiki olarak anlamlı kabul edilmiştir. Korelasyonun katsayısının gücü ile ilgili olarak aşağıdaki tanımlamalar yapılmıştır (55):

$0.0 < r \leq 0.2$ ilişki yok veya çok zayıf düzeyde ilişki

$0.2 < r \leq 0.4$ zayıf düzeyde ilişki

$0.4 < r \leq 0.6$ orta düzeyde ilişki

$0.6 < r \leq 0.8$ yüksek düzeyde ilişki

$0.8 < r \leq 1.0$ çok yüksek düzeyde ilişki

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Tez hazırlanırken klinik alanda kullanılan Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi'ni Türk toplumuna uyarlayan Emel Filiz'den e-mail yolu ile gerekli izinler alınmıştır (Ek-2). Araştırmanın uygulanabilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır (46418926-050.03.04, Ek-3).İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma izni alınmıştır (15916306-604.01.02, Ek-4).Araştırmaya katılan katılımcılara önce araştırmanın amacı açıklanmış, bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilmiş, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu okunmuştur(Ek-5).

4. BULGULAR

4.1. ARAŞTIRMANIN GÜVENİRLİĞİ

Bu araştırmada, anket sonuçlarından yola çıkarak ölçeklerin güvenilirliğinin saptanmasında literatürde en yaygın güvenilirlik ölçümü olarak kabul edilen Cronbach Alpha değeri kullanılmıştır. Anketin güvenirliği iç tutarlılık katsayılarına bakılarak her boyut için ayrı ayrı hesaplanmış ve sonuçlar Tablo 4.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Hasta güvenliği kültürü anketinin içeriği ve güvenilirliği

Boyut	Cronbach Alpha (α) (güvenilirlik ölçümü)	İfade sayısı
1. Birimler içinde ekip çalışması	0,858	4
2.Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	0,524	4
3. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme	0,694	3
4. Hasta güvenliği için yönetimin desteği	0,480	3
5. Güvenliğin kapsamlı algılanması	0,510	4
6. Hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim	0,753	3
7. İletişimin açık tutulması	0,320	3
8. Hataların raporlanma sıklığı	0,901	3
9. Birimler arasında ekip çalışması	0,404	4
10. Personel sağlama	0,407	4
11. Devirler ve nakiller	0,679	4
12. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	0,577	3
Genel Güvenirlik Düzeyi	0,798	42

Alfa katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının bir ölçüsüdür. İlgili ölçeğin katsayısı ne kadar yüksek olursa "bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu ya da tüm maddelerin o ölçüde birlikte çalıştığı" yorumu yapılmaktadır. Alfa katsayısı aşağıdaki gibi nitelendirilir (22).

0,80 – 1,00 Geliştirilen test (ölçek) yüksek güvenirliğe sahiptir.

0,60 – 0,79 Geliştirilen test oldukça güvenilirdir.

0,40 – 0,59 Geliştirilen testin güvenirliği düşüktür.

0,00 – 0,39 Geliştirilen test güvenilir değildir.

Tablo 4.1.incelendiğinde anketteki boyutların Croncbach Alpha değerlerinin "iletişimin açık tutulması (0.32)" boyutu hariç genelde yüksek olduğu görülmektedir.

Filiz (26)'in çalışmasında da bu boyutun Cronbach Alfa değeri (İletişimin Açık Tutulması (0.34)) düşük çıkmış, araştırma sonunda başka çalışmalarda çıkan sonuçlarla karşılaştırma yapabilmek için bu boyut da (İletişimin Açık Tutulması) değerlendirmeye alınmıştır. Genel içsel tutarlılık katsayısı ise 0,79'dur ve ölçeğin oldukça güvenli olduğunu söyleyebiliriz.

4.2. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE İLGİLİTANIMLAYICI BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya dahil edilen bireylerin yaş, cinsiyet, meslekte çalışma yılı, en son çalışmaya devam ettiği kurumda çalışma süresi,çalışma statüsü,görevi,unvanı,çalıştığı AHB'nin sınıfı,hasta güvenliği konusundan eğitim alma bilgisi,raporlanan olay sayısı,kurumunun hasta güvenliği konusunda derecelendirmesi ve hasta güvenliği kültürü hastane anketinin 12 alt boyutuna yönelik verilen cevapların istatistiksel sonuçlarına göre analizi ve elde edilen bulgulara yer verilmiştir.Tablo 4.2.'de araştırmaya katılanların demografik ve tanımlayıcı bilgileri verilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların tanımlayıcı ve demografik bilgileri

Tanımlayıcı Bilgiler	F (sayı)	%(yüzde)
CİNSİYET		
Erkek	49	24,1
Kadın	154	75,9
ASM'DE ÇALIŞMA STATÜSÜ		
Sözleşmeli	196	96,6
Görevlendirme İle	7	3,4
AHB'NİN SINIFI		
A Sınıfı	96	47,3
B Sınıfı	40	19,7
C Sınıfı	13	6,4
D Sınıfı	36	17,7
Sınıfı Yok	18	8,9
GÖREV		
Aile Hekimi	85	41,9
Aile Sağlığı Çalışanı	118	58,1
UNVAN		
Uzman Doktor	7	3,4
Pratisyen Doktor	78	38,4
Hemşire	78	38,4
Ebe	40	19,7
HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDA EĞİTİM ALMA		
Evet	105	51,7
Hayır	98	48,3

Tablo 4.2. incelendiğinde araştırmaya katılanların %24,1 (49) erkek, %75,9 (154) kadınlar oluşturmaktadır. ASM'de çalışma statülerine göre sözleşmeli

çalışanlar %96,6 (196), görevlendirme ile çalışanlar %3,4 (7) dür. Çalışanların AHB'ye göre sayılarına baktığımızda %47,3 (96) A sınıfı, %19,7 (40) B sınıfı, %6.4(13) C sınıfı, %17,7 (36) D sınıfı, %8,9 (18) sınıfı olmayan birimlerde çalıştığı görülmüştür. Sağlık çalışanlarının %3,4 (7) uzman doktor, %38,4 (78) pratisyen hekim olarak toplamda %41,9 (85) aile hekimi olarak görev yapmakta iken %38,4 (78) hemşire, %19,7 (40) ebe olarak toplamda %58,1 (118) ASÇ olarak görev yapmaktadır.Çalışmayakatılanların %51,7 (105) hasta güvenliği konusunda eğitim almışken %48,3 (98) almamıştır.

Tablo 4.3. Katılımcıların yaş ve çalışma sürelerine göre tanımlayıcı bilgileri

	$\dot{x} \pm SS$ (ortalama)	Median(ortanca)
Yaş	36,07±9,61	34 (21-60)
Meslek yılı	12,47±8,59	11 (1-36)
Kurum yıl	5,14±4,12	4 (1-22)

Tablo 4.3. incelendiğinde çalışmaya katılanların yaşlarının ortalaması 36.07±9.61,meslekte çalışma yılının ortalaması 12,47±8,59kurumda çalışma yılının ortalaması ise 5,14±4,12 tespit edilmiştir.

4.3. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE YÖNELİK BULGULAR

4.3.1. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Boyutlarına İlişkin Algıları

Tablo 4.4'te sağlık personelinin "Hasta Güvenliği Kültürü Anketi''nde 42 ifadedenoluşan 12 boyuta ne düzeyde katıldıklarını gösteren ortalama puanlar görülmektedir.

Tablo 4.4. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Boyutlarına İlişkin Algılarının Genel Dağılımı

Boyut	$\dot{x} \pm SS$ (ortalama)	Median(ortanca)
1. Birimler içinde ekip çalışması	3,87±0,90	4 (1,25-5)
2.Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	3,07±0,46	3 (1,75-5)
3. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme	3,42±0,79	3,3333 (1-5)
4. Hasta güvenliği için yönetimin desteği	3,21±0,61	3,3333 (1-5)
5. Güvenliğin kapsamlı algılanması	3,03±0,53	3 (1,25-5)
6.Hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim	3,57±0,88	3,6667 (1-5)
7. İletişimin açık tutulması	3,00±0,60	3 (1-5)
8. Hataların raporlanma sıklığı	3,10±1,15	3 (1-5)
9. Birimleri arasında ekip çalışması	2,87±0,51	3 (1-4,25)

Tablo 4.4. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Boyutlarına İlişkin Algılarının Genel Dağılımı (devam)

10. Personel sağlama	3,21±0,61	3,25 (1,5-5)
11. Devirler ve nakiller	2,26±0,87	2,25 (1-4,75)
12. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	2,90±0,87	3 (1-5)
Ölçek toplam	3,13±0,32	3,12 (1,95-4,27)

Boyutların değerlendirilmesinde araştırma sonuçlarına ortalamalar açısından bakıldığında Birimler İçinde Ekip Çalışması boyutunun 3,87±0,90 ortalama ile en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Bunu 3,57±0,88 ortalama ile Hatalar Hakkında İletişim ve Geri Bildirim, 3,42±0,79 ortalama ile Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme, 3,21±0,61 ortalama ile Personel sağlama ve Hasta güvenliği İçin Yönetiminin Desteği boyutları izlemektedir

Devirler ve Nakiller 2,26±0,87 ortalama, 2,87±0,51 ortalama ile Birimler Arasında Ekip Çalışması, 2,90±0,87 ortalama ile Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt, 3,00±0,60 ortalama ile İletişimin Açık Tutulması, 3,03±0,53 ortalama ile Güvenliğin Kapsamlı Algılanması boyutları ise en düşük ortalamaya sahip boyutlardır. En düşük boyutlar geliştirilmesi gereken alanlardır. Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları boyutlarının genel ortalaması 3,13±0,32 puanla olumlu çıkmıştır.

4.3.2. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutlarına İlişkin Algılarının Cinsiyet Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının cinsiyet durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.5.'te gösterilmiştir. Hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının cinsiyet durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır.

Tablo 4.5. Cinsiyetler bakımından ölçek puanlarının karşılaştırılması

Boyut	Cinsiyet	$\acute{x} \pm SS$ (ortalama)	t (bağımsız örneklem t testi)	p
1. Birimler içinde ekip çalışması	Erkek	3,94±0,83	0,637	0,525
	Kadın	3,84±0,93		
2.Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	Erkek	3,05±0,39	-0,422	0,674
	Kadın	3,08±0,48		
3. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme	Erkek	3,38±0,67	-0,352	0,725
	Kadın	3,43±0,82		
4. Hasta güvenliği için yönetimin desteği	Erkek	3,31±0,63	1,405	0,162
	Kadın	3,17±0,60		
5.Güvenliğin kapsamlı algılanması	Erkek	3,08±0,61	0,712	0,477
	Kadın	3,02±0,50		
6.Hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim	Erkek	3,55±0,86	-0,216	0,829
	Kadın	3,58±0,89		
7. İletişimin açık tutulması	Erkek	3,00±0,52	0,000	1,000
	Kadın	3,00±0,62		
8. Hataların raporlanma sıklığı	Erkek	2,86±0,92	-1,992	0,049*
	Kadın	3,18±1,21		
9. Birimleri arasında ekip çalışması	Erkek	2,86±0,46	-0,251	0,802
	Kadın	2,88±0,53		
10. Personel sağlama	Erkek	3,23±0,59	0,200	0,842
	Kadın	3,21±0,62		
11. Devirler ve nakiller	Erkek	2,36±0,89	0,936	0,350
	Kadın	2,23±0,86		
12. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Erkek	3,15±0,90	2,376	0,018*
	Kadın	2,82±0,84		
Ölçek toplam	Erkek	3,15±0,33	0,516	0,606
	Kadın	3,12±0,32		

Cinsiyetler bakımından Birimler İçinde Ekip Çalışması, Yönetici Beklentileri ve Hasta Güvenliğini Geliştirme Faaliyetleri, Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme, Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteği, Güvenliğin Kapsamlı Algılanması, Hatalar Hakkında İletişim ve Geri Bildirim, İletişimin Açık Tutulması, Birimler Arasında Ekip Çalışması, Personel Sağlama, Devirler ve Nakiller alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamalı fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Hataların Raporlanma Sıklığı, Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt alt boyutlarında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir($p<0,05$). Hataların Raporlanma Sıklığı alt boyutunda kadınların erkekler göre daha yüksek puan aldıkları, Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt alt boyutunda ise erkeklerin kadınlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları boyutlarının erkek cinsiyete göre genel ortalaması 3,15±0,33, kadın cinsiyete göre 3,12±0,32olarak bulunmuştur.

4.3.3. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Boyutlarına İlişkin Algılarının Yaşa Göre İncelenmesi

Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarınınyaşa göre karşılaştırılması Tablo 4.6.'da gösterilmiştir. Hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algıların yaşa göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için Pearson korelasyonu kullanılmıştır.

Tablo 4.6. Yaşa göre alt boyutların incelenmesi

Boyut	Pearson korealasyonu(r)	Yaş
1. Birimler içinde ekip çalışması	r	0,021
	p	0,766
2.Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	r	-0,006
	p	0,928
3. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme	r	0,002
	p	0,981
4. Hasta güvenliği için yönetimin desteği	r	-0,012
	p	0,861
5.Güvenliğin kapsamlı algılanması	r	0,084
	p	0,234
6.Hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim	r	-0,073
	p	0,298
7. İletişimin açık tutulması	r	0,01
	p	0,89
8. Hataların raporlanma sıklığı	r	-0,191
	p	0,006*
9. Birimler arasında ekip çalışması	r	-0,101
	p	0,151
10. Personel sağlama	r	0,066
	p	0,353
11. Devirler ve nakiller	r	0,000
	p	0,998
12. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	r	0,142
	p	0,043*
Ölçek toplam	r	-0,029
	p	0,680

Tablo 4.6.'daki sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları incelendiğinde, Birimler İçinde Ekip Çalışması, Yönetici Beklentileri ve Hasta

Güvenliğini Geliştirme Faaliyetleri, Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme, Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteği, Güvenliğin Kapsamlı Algılanması, Birimler Arasında Ekip Çalışması, Hatalar Hakkında İletişim ve Geri Bildirim, İletişimin Açık Tutulması, Devirler ve Nakiller, Personel Sağlama" boyutlarında katılımcıların yaşına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Sağlık personelinin yaşı ile Hataların Raporlanma Sıklığı alt boyutu arasında negatif yönlü, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt ile yaş arasında çok zayıf düzeyde ilişki vardır. (p<0,05).

4.3.4. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Boyutlarına İlişkin Algılarının Mesleki Unvanına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının mesleki unvanına göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.7.'de gösterilmiştir. Hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının mesleki unvanına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için anova testi uygulanmıştır.

Tablo 4.7. Mesleki unvan bakımından hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının karşılaştırılması

Boyut	Unvan	$\dot{x} \pm SS$(Ortalama)	F (Anova test)	p
1. Birimler içinde ekip çalışması	Uzman doktor	4,46±0,47	1,372	0,253
	Pratisyen doktor	3,90±0,88		
	Hemşire	3,85±0,93		
	Ebe	3,73±0,92		
2.Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	Uzman doktor	2,96±0,51	0,668	0,572
	Pratisyen doktor	3,11±0,41		
	Hemşire	3,02±0,45		
	Ebe	3,10±0,56		
3. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme	Uzman doktor	3,71±0,76	0,652	0,583
	Pratisyen doktor	3,34±0,86		
	Hemşire	3,46±0,71		
	Ebe	3,42±0,79		
4. Hasta güvenliği için yönetimin desteği	Uzman doktor	3,24±0,98	0,613	0,608
	Pratisyen doktor	3,28±0,65		
	Hemşire	3,15±0,56		
	Ebe	3,17±0,53		
5.Güvenliğin kapsamlı algılanması	Uzman doktor	2,93±0,31	0,137	0,938
	Pratisyen doktor	3,03±0,56		
	Hemşire	3,04±0,49		
	Ebe	3,06±0,60		
6.Hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim	Uzman doktor	3,48±1,09	0,689	0,560
	Pratisyen doktor	3,60±0,88		
	Hemşire	3,65±0,89		
	Ebe	3,41±0,84		
7. İletişimin açık tutulması	Uzman doktor	3,10±0,57	0,756	0,520
	Pratisyen doktor	3,07±0,51		
	Hemşire	2,94±0,68		
	Ebe	2,95±0,61		

Tablo 4.7. Mesleki unvan bakımından hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının karşılaştırılması (devam)

8. Hataların raporlanma sıklığı	Uzman doktor	2,48±0,60	1,409	0,241
	Pratisyen doktor	2,98±1,08		
	Hemşire	3,21±1,16		
	Ebe	3,25±1,28		
9. Birimler arasında ekip çalışması	Uzman doktor	2,82±0,40	0,146	0,932
	Pratisyen doktor	2,85±0,49		
	Hemşire	2,88±0,51		
	Ebe	2,91±0,59		
10. Personel sağlama	Uzman doktor	3,61±0,40	1,293	0,278
	Pratisyen doktor	3,20±0,66		
	Hemşire	3,24±0,57		
	Ebe	3,13±0,64		
11. Devirler ve nakiller	Uzman doktor	2,07±0,57	0,586	0,625
	Pratisyen doktor	2,27±0,89		
	Hemşire	2,20±0,81		
	Ebe	2,40±0,98		
12. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Uzman doktor	2,86±0,60	1,680	0,173
	Pratisyen doktor	2,97±0,88		
	Hemşire	2,74±0,81		
	Ebe	3,08±0,94		
Ölçek toplam	Uzman doktor	3,14±0,34	0,061	0,980
	Pratisyen doktor	3,13±0,33		
	Hemşire	3,11±0,28		
	Ebe	3,13±0,40		

Tablo 4.7.'de sunulan sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları incelendiğinde, boyutların tümünde mesleki unvana göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

4.3.5. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Boyutlarına İlişkin Algılarının Meslekte Çalışma Süresine Göre İncelenmesi

Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının meslekte çalışma süresine karşılaştırılması Tablo 4.8.'de gösterilmiştir. Hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının meslekte çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için Pearson korelasyonu kullanılmıştır.

Tablo 4.8.Meslekte çalışma süresine göre alt boyutların incelenmesi

Boyut	Pearson korealasyonu(r)	Meslek yılı
1. Birimler içinde ekip çalışması	r	-0,032
	p	0,649
2.Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	r	-0,012
	p	0,870
3. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme	r	-0,008
	p	0,904

Tablo 4.8. Meslekte çalışma süresine göre alt boyutların incelenmesi (devam)

4. Hasta güvenliği için yönetimin desteği	r	-0,103
	p	0,143
5.Güvenliğin kapsamlı algılanması	r	0,031
	p	0,665
6.Hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim	r	-0,07
	p	0,321
7. İletişimin açık tutulması	r	-0,006
	p	0,928
8. Hataların raporlanma sıklığı	r	-0,125
	p	0,076
9. Birimler arasında ekip çalışması	r	-0,138
	p	0,049*
10. Personel sağlama	**r**	0,053
	p	0,452
11. Devirler ve nakiller	r	-0,016
	p	0,819
12. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	r	0,082
	p	0,243
Ölçek toplam	r	-0,071
	p	0,311

Tablo 4.8.'deki sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları incelendiğinde, Birimler İçinde Ekip Çalışması, Yönetici Beklentileri ve Hasta Güvenliğini Geliştirme Faaliyetleri, Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme, Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteği, Güvenliğin Kapsamlı Algılanması, Hatalar Hakkında İletişim ve Geri Bildirim, Hataların Raporlanma Sıklığı, İletişimin Açık Tutulması, Devirler ve Nakiller, Personel Sağlama, Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt" boyutlarında meslekte çalışma süresi durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Sağlık personelinin meslekte çalışma süresi ile Birimleri Arasında Ekip Çalışması alt boyutu arasında negatif yönlü çok zayıf düzeyde ilişki vardır ($p<0,05$).

4.3.6. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Boyutlarına İlişkin Algılarının En Son Çalıştığı Kurumdaki Çalışma Süresine Göre İncelenmesi

Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının en son çalıştığı kurumdaki çalışma süresine karşılaştırılması Tablo 4.9.'da

gösterilmiştir. Hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algıların en son çalıştığı kurumdaki çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için Pearson korelasyonu kullanılmıştır.

Tablo 4.9. En son çalıştığı kurumdaki çalışma süresine göre alt boyutların incelenmesi

Boyut	Pearson Korealasyonu(r)	Kurum yılı
1. Birimler içinde ekip çalışması	r	-0,04
	p	0,569
2.Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirmefaaliyetleri	r	-0,087
	p	0,217
3. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme	**r**	0,005
	p	0,942
4. Hasta güvenliği için yönetimin desteği	r	-0,054
	p	0,442
5.Güvenliğin kapsamlı algılanması	r	0,122
	p	0,084
6.Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim	r	-0,041
	p	0,565
7. İletişimin açık tutulması	r	-0,002
	p	0,977
8. Hataların raporlanma sıklığı	r	-0,068
	p	0,334
9.Birimler arasında ekip çalışması	r	-0,066
	p	0,352
10. Personel sağlama	r	-0,035
	p	0,618
11. Devirler ve nakiller	r	-0,004
	p	0,960
12. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	r	0,061
	p	0,389
Ölçek toplam	r	-0,042
	p	0,554

Tablo 4.9'da sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları incelendiğinde, Birimler İçinde Ekip Çalışması, Yönetici Beklentileri ve Hasta Güvenliğini Geliştirme Faaliyetleri, Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme, Birimler İçinde Ekip Çalışması, Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteği, Güvenliğin

Kapsamlı Algılanması, Hatalar Hakkında İletişim ve Geri Bildirim, Hataların Raporlanma Sıklığı, İletişimin Açık Tutulması, Devirler ve Nakiller, Personel Sağlama, Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt" boyutlarında en son çalıştığı kurumdaki çalışma süresine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir (p>0.05).

4.3.7. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Boyutlarına İlişkin Algılarının Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışma Statülerine Göre İncelenmesi

Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının ASM'lerde çalışma statülerine göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.10.'da gösterilmiştir. Hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının ASM'lerde çalışma statülerine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır.

Tablo 4.10.Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışma statüleri bakımından hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının karşılaştırılması

Boyut	Aile Sağlığı Merkezi Statü	$\acute{x} \pm SS$ (ortalama)	t (bağımsız öreklem t testi)	P
1. Birimler içinde ekip çalışması	Sözleşmeli	3,85±0,91	-1,141	0,255
	Görevlendirme ile	4,25±0,66		
2.Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	Sözleşmeli	3,07±0,47	-0,840	0,402
	Görevlendirme ile	3,21±0,30		
3. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme	Sözleşmeli	3,41±0,79	-0,861	0,390
	Görevlendirme ile	3,67±0,79		
4. Hasta güvenliği için yönetimin desteği	Sözleşmeli	3,22±0,61	1,341	0,181
	Görevlendirme ile	2,90±0,63		
5.Güvenliğin kapsamlı algılanması	Sözleşmeli	3,03±0,54	-0,006	0,995
	Görevlendirme ile	3,04±0,27		
6.Hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim	Sözleşmeli	3,57±0,88	-0,572	0,568
	Görevlendirme ile	3,76±0,92		
7. İletişimin açık tutulması	Sözleşmeli	3,00±0,61	-0,214	0,831
	Görevlendirme ile	3,05±0,36		
8. Hataların raporlanma sıklığı	Sözleşmeli	3,11±1,16	0,242	0,809
	Görevlendirme ile	3,00±0,90		
9. Birimler arasında ekip çalışması	Sözleşmeli	2,87±0,51	0,084	0,933
	Görevlendirme ile	2,86±0,43		
10. Personel sağlama	Sözleşmeli	3,19±0,60	-2,543	0,012*
	Görevlendirme	3,79±0,70		
11. Devirler ve nakiller	Sözleşmeli	2,26±0,87	0,145	0,885
	Görevlendirme ile	2,21±0,92		
12. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Sözleşmeli	2,90±0,87	0,418	0,677
	Görevlendirme ile	2,76±0,71		
Ölçek toplam	Sözleşmeli	3,12±0,33	-0,682	0,496
	Görevlendirme ile	3,22±0,61		

Tablo 4.10.'da sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları incelendiğinde, Birimler İçinde Ekip Çalışması, Yönetici Beklentileri ve Hasta Güvenliğini Geliştirme Faaliyetleri, Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme, Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteği, Güvenliğin Kapsamlı Algılanması, Birimler Arasında Ekip Çalışması, Hatalar Hakkında İletişim ve Geri Bildirim, İletişimin Açık Tutulması, Devirler ve Nakiller, Hataların Raporlanma Sıklığı, Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt boyutlarında ASM'de çalışma statüsüne göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Personel Sağlama boyutunda ASM'de çalışma statüsüne göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir($p<0,05$). Personel Sağlama alt boyutunda görevlendirme ile çalışanların sözleşmeli çalışanlara göre daha yüksek puan aldıkları, görülmüştür. Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları boyutlarının sözleşmeli çalışanlarda genel ortalaması 3,12±0,33görevlendirme ile çalışanlarda 3,21±0,31 tespit edilmiştir.

4.3.8. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Boyutlarına İlişkin Algılarının Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevlerine Göre İncelenmesi

Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının ASM'lerde görevlerine göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.11.'de gösterilmiştir. Hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının ASM'lerde görevlerine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır.

Tablo 4.11.Görevler bakımından hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının karşılaştırılması

Boyut	Görev	$\acute{x} \pm SS$ (ortalama)	t (bağımsız öreklem t testi)	P
1. Birimler içinde ekip çalışması	Aile hekimi	3,95±0,87	1,071	0,285
	Aile sağlığı çalışanı	3,81±0,93		
2.Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	Aile hekimi	3,10±0,42	0,780	0,436
	Aile sağlığı çalışanı	3,05±0,49		
3. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme	Aile hekimi	3,37±0,85	-0,659	0,510
	Aile sağlığı çalışanı	3,45±0,73		
4. Hasta güvenliği için yönetimin desteği	Aile hekimi	3,27±0,68	1,348	0,179
	Aile sağlığı çalışanı	3,16±0,55		
5.Güvenliğin kapsamlı algılanması	Aile hekimi	3,02±0,54	-0,382	0,703
	Aile sağlığı çalışanı	3,05±0,53		
6.Hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim	Aile hekimi	3,59±0,89	0,185	0,853
	Aile sağlığı çalışanı	3,57±0,88		

Tablo 4.11.Görevler bakımından hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının karşılaştırılması (devam)

7. İletişimin açık tutulması	Aile hekimi	3,07±0,51	1,509	0,133
	Aile sağlığı çalışanı	2,95±0,65		
8. Hataların raporlanma sıklığı	Aile hekimi	2,94±1,06	-1,715	0,088
	Aile sağlığı çalışanı	3,22±1,20		
9. Birimler arasında ekip çalışması	Aile hekimi	2,85±0,48	-0,547	0,585
	Aile sağlığı çalışanı	2,89±0,53		
10. Personel sağlama	Aile hekimi	3,24±0,65	0,414	0,680
	Aile sağlığı çalışanı	3,20±0,59		
11. Devirler ve nakiller	Aile hekimi	2,25±0,87	-0,113	0,910
	Aile sağlığı çalışanı	2,27±0,87		
12. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Aile hekimi	2,96±0,86	0,896	0,371
	Aile sağlığı çalışanı	2,85±0,87		
Ölçek toplam	Aile hekimi	3,13±0,33	0,301	0,201
	Aile sağlığı çalışanı	3,12±0,32		

Tablo 4.11.'de sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları incelendiğinde, Birimler İçinde Ekip Çalışması, Yönetici Beklentileri ve Hasta Güvenliğini Geliştirme Faaliyetleri, Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme, Personel Sağlama, Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteği, Güvenliğin Kapsamlı Algılanması, Birimler Arasında Ekip Çalışması, Hatalar Hakkında İletişim ve Geri Bildirim, İletişimin Açık Tutulması, Devirler ve Nakiller, Hataların Raporlanma Sıklığı, Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt boyutlarında görevlere göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

4.3.9 Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Boyutlarına İlişkin Algılarının Daha Önceden Hasta Güvenliği Konusunda Eğitim Alıp Almama Durumlarına Göre İncelenmesi

Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının daha önceden hasta güvenliği konusunda eğitim alıp almama durumlarına göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.12.'de gösterilmiştir. Daha önceden hasta güvenliği konusunda eğitim alıp almama durumuna göre hasta güvenliği algıları bakımından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır.

Tablo 4.12. Daha önceden hasta güvenliği eğitimi alma bakımından alt boyutların karşılaştırılması

Boyut	Hasta Güvenliği Eğitimi Alma	$\dot{x} \pm SS$ (ortalama)	T (bağımsız öreklem t testi)	P
1. Birimler içinde ekip çalışması	Evet	3,89±0,825	0,341	0,733
	Hayır	3,84±0,99		
2.Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	Evet	3,04±0,44	0,949	0,344
	Hayır	3,10±0,49		
3. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme	Evet	3,45±0,71	0,663	0,508
	Hayır	3,38±0,86		
4. Hasta güvenliği için yönetimin desteği	Evet	3,20±0,60	-0,244	0,808
	Hayır	3,22±0,62		
5.Güvenliğin kapsamlı algılanması	Evet	3,03±0,45	-0,162	0,871
	Hayır	3,04±0,61		
6.Hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim	Evet	3,62±0,84	0,796	0,427
	Hayır	3,52±0,92		
7. İletişimin açık tutulması	Evet	2,98±0,62	-0,390	0,697
	Hayır	3,02±0,58		
8. Hataların raporlanma sıklığı	Evet	3,12±1,18	0,261	0,795
	Hayır	3,08±1,13		
9. Birimler arasında ekip çalışması	Evet	2,88±0,55	0,156	0,876
	Hayır	2,87±0,46		
10. Personel sağlama	Evet	3,26±0,58	1,089	0,278
	Hayır	3,17±0,65		
11. Devirler ve nakiller	Evet	2,18±0,86	-1,405	0,161
	Hayır	2,35±0,87		
12. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Evet	2,89±0,76	-0,183	0,855
	Hayır	2,91±0,97		
Ölçek toplam	Evet	3,13±0,28	0,078	0,938
	Hayır	3,12±0,36		

Tablo 4.12.'de sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları incelendiğinde, Birimler İçinde Ekip Çalışması, Yönetici Beklentileri ve Hasta Güvenliğini Geliştirme Faaliyetleri, Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme, Personel Sağlama, Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteği, Güvenliğin Kapsamlı Algılanması, Birimler Arasında Ekip Çalışması, Hatalar Hakkında İletişim ve Geri Bildirim, İletişimin Açık Tutulması, Devirler ve Nakiller, Hataların Raporlanma Sıklığı, Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt boyutlarında daha önceden hasta güvenliği konusunda eğitim alıp almama durumlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

4.3.10. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Boyutlarına İlişkin Algılarının Aile Hekimliği Biriminin Sınıflarına Göre İncelenmesi

Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının AHB sınıflarına göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.13.'te gösterilmiştir. AHB sınıflarına göre hasta güvenliği algıları bakımından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için anova testi uygulanmıştır. Anova testi sonucunda farklılık bulunması durumunda Bonferoni testi kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.13. Aile Hekimliği Birimi Sınıfları bakımından alt boyutların karşılaştırılması

Boyut	Sınıf	$\acute{x} \pm SS$ (Ortalama)	F (anova test)	p	Farklılık
1. Birimler içinde ekip çalışması	A	3,82±0,93	2,822	0,026*	C,D>A,B,E
	B	3,63±0,84			
	C	4,38±0,42			
	D	4,14±0,78			
	E	3,74±1,17			
2.Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	A	3,10±0,49	1,157	0,331	-
	B	3,04±0,44			
	C	3,02±0,35			
	D	2,97±0,44			
	E	3,22±0,46			
3. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme	A	3,44±0,86	0,488	0,744	-
	B	3,27±0,68			
	C	3,54±0,44			
	D	3,44±0,82			
	E	3,46±0,75			
4. Hasta güvenliği için yönetimin desteği	A	3,16±0,59	0,821	0,513	-
	B	3,16±0,60			
	C	3,18±0,32			
	D	3,35±0,80			
	E	3,30±0,36			
5.Güvenliğin kapsamlı algılanması	A	2,99±0,56	0,828	0,509	-
	B	3,17±0,46			
	C	2,98±0,30			
	D	3,02±0,60			
	E	3,03±0,51			
6.Hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim	A	3,64±0,87	0,292	0,883	-
	B	3,50±0,95			
	C	3,56±0,32			
	D	3,48±1,04			
	E	3,61±0,74			
7. İletişimin açık tutulması	A	3,03±0,60	0,621	0,648	-
	B	2,88±0,73			
	C	3,08±0,41			
	D	3,05±0,60			
	E	2,96±0,39			

Tablo 4.13. Aile Hekimliği Birimi Sınıfları bakımından alt boyutların karşılaştırılması (devam)

8. Hataların raporlanma sıklığı	A	3,36±1,07	2,783	0,028*	A,E>B,C,D
	B	2,73±1,34			
	C	2,90±0,89			
	D	2,89±1,08			
	E	3,17±1,20			
9. Birimleri arasında ekip çalışması	A	2,93±0,51	1,580	0,181	-
	B	2,73±0,54			
	C	2,73±0,22			
	D	2,93±0,46			
	E	2,86±0,63			
10. Personel sağlama	A	3,23±0,60	0,375	0,826	-
	B	3,13±0,64			
	C	3,33±0,36			
	D	3,25±0,64			
	E	3,18±0,74			
11. Devirler ve nakiller	A	2,28±0,92	1,046	0,385	-
	B	2,44±1,01			
	C	2,00±0,58			
	D	2,10±0,68			
	E	2,26±0,74			
12. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	A	2,90±0,89	0,855	0,492	-
	B	3,01±0,85			
	C	2,92±0,85			
	D	2,69±0,85			
	E	3,06±0,80			
Ölçek toplam	A	3,16±0,36	0,761	0,552	-
	B	3,05±0,31			
	C	3,13±0,17			
	D	3,11±0,32			
	E	3,15±0,26			

Tablo 4.13.'te sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları incelendiğinde, "Yönetici Beklentileri ve Hasta Güvenliğini Geliştirme Faaliyetleri, Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme, Personel Sağlama, Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteği, Güvenliğin Kapsamlı Algılanması, Birimler Arasında Ekip Çalışması, Hatalar Hakkında İletişim ve Geri Bildirim, İletişimin Açık Tutulması, Devirler ve Nakiller, Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt" boyutlarında AHB sınıflarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Birimler İçerisinde Ekip Çalışması alt boyutu ile AHB sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu farkın hangi sınıftan kaynaklandığına yönelik yapılan analizle C ve D sınıflarının A,B ve E sınıflarına göre daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Hataların Raporlanma Sıklığı alt

boyutu ile AHB sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu farkın hangi sınıftan kaynaklandığına yönelik yapılan analizle A ve E sınıflarının B,C ve D sınıflarına göre daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür.

4.3.11. Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Kurumlarını Hasta Güvenliğinin Değerlendirmesini Derecelendirmesine Göre İncelenmesi

Sağlık personelinin çalıştığı kurumlarını hasta güvenliğinin değerlendirme derecelendirmesi ile ilgili sonuçlar tablo 4.14.'te gösterilmiştir

Tablo 4.14. Hasta güvenliğinin değerlendirme derecelendirilmesinin incelenmesi

Hasta güvenliğinin derecelendirmesi	F(sayı)	% (yüzde)
Mükemmel	29	14,29
Çok iyi	63	31,03
Kabul edilebilir	94	46,31
Zayıf	14	6,9
Başarısız	3	1,48

Tablo 4.14. incelendiğinde çalışmaya katılan sağlık personelinin %46,3'i kurumlarını kabul edilebilir, %31,03'ü kurumlarını çok iyi, %14,29'u kurumlarını mükemmel, %6,9'u kurumlarını zayıf, %1,48'i kurumlarını hasta güvenliğinin değerlendirilmesinin derecesi konusunda başarısız bulmuştur.

4.3.12. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Boyutlarına İlişkin Algılarının Hasta Güvenliğinin Derecesi Konusunda Kurumlarını Değerlendirmelerine Göre İncelenmesi

Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının hasta güvenliği derecesi konusunda kurumlarını değerlendirmelerine göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.15.'te gösterilmiştir. Hasta güvenliği derecesi konusunda kurumlarını değerlendirmelerine göre hasta güvenliği algıları bakımından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için anova testi uygulanmıştır. Anova testi sonucunda farklılık bulunması durumunda Bonferoni testi kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.15. Hasta Güvenliğinin Derecesi Konusunda Kurumlarını Değerlendirmelerine Göre Alt Boyutların İncelenmesi

Boyut	Hasta Güvenliği Derecesi	$\acute{x} \pm SS$ (ortalama)	F (anova)	p	Farklılık
1. Birimler içinde ekip çalışması	Mükemmel(M)	4,59±0,47	12,317	<0,001*	M>Ç>K>Z,B
	Çok iyi (Ç)	4,07±0,71			
	Kabul edilebilir (K)	3,65±0,92			
	Zayıf (Z)	3,07±0,88			
	Başarısız (B)	3,17±1,61			
2.Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri	Mükemmel	3,09±0,34	1,178	0,322	-
	Çok iyi	3,02±0,42			
	Kabul edilebilir	3,10±0,52			
	Zayıf	2,95±0,44			
	Başarısız	3,50±0,50			
3. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme	Mükemmel	4,07±0,87	11,702	<0,001*	M>Ç,K>Z,B
	Çok iyi	3,56±0,55			
	Kabul edilebilir	3,25±0,72			
	Zayıf	2,79±0,84			
	Başarısız	2,67±1,33			
4. Hasta güvenliği için yönetimin desteği	Mükemmel	3,61±0,70	7,782	<0,001*	M>Ç,K>Z,B
	Çok iyi	3,22±0,58			
	Kabul edilebilir	3,17±0,51			
	Zayıf	2,64±0,62			
	Başarısız	2,67±0,88			
5.Güvenliğin kapsamlı algılanması	Mükemmel	3,05±0,69	0,281	0,890	-
	Çok iyi	3,02±0,46			
	Kabul edilebilir	3,04±0,51			
	Zayıf	3,09±0,66			
	Başarısız	2,75±0,25			
6.Hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim	Mükemmel	4,17±0,89	9,968	<0,001*	M>Ç>K,Z,B
	Çok iyi	3,77±0,77			
	Kabul edilebilir	3,40±0,80			
	Zayıf	2,71±0,74			
	Başarısız	3,33±1,53			
7. İletişimin açık tutulması	Mükemmel	3,09±0,72	3,550	0,008*	M,Ç,K>Z,B
	Çok iyi	3,09±0,51			
	Kabul edilebilir	3,00±0,62			
	Zayıf	2,50±0,28			
	Başarısız	2,56±0,38			
8. Hataların raporlanma sıklığı	Mükemmel	3,70±1,16	4,531	0,002*	M,Ç>K,Z>B
	Çok iyi	3,24±1,14			
	Kabul edilebilir	2,96±1,06			
	Zayıf	2,45±1,24			
	Başarısız	2,11±0,84			
9. Birimleri arasında ekip çalışması	Mükemmel	3,20±0,46	4,759	0,001*	M,Ç>K,Z,B
	Çok iyi	2,79±0,51			
	Kabul edilebilir	2,85±0,49			
	Zayıf	2,66±0,46			
	Başarısız	3,25±0,50			
10. Personel sağlama	Mükemmel	3,64±0,62	6,693	<0,001*	M>Ç,K>Z,B
	Çok iyi	3,28±0,57			
	Kabul edilebilir	3,11±0,58			
	Zayıf	2,82±0,50			
	Başarısız	2,83±0,88			
11. Devirler ve nakiller	Mükemmel	1,94±0,90	7,129	<0,001*	M,K>Ç,Z,B
	Çok iyi	1,93±0,71			
	Kabul edilebilir	2,49±0,82			
	Zayıf	2,75±1,05			
	Başarısız	2,75±1,15			
12. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Mükemmel	2,48±0,96	3,760	0,006*	M,K>Ç,Z,B
	Çok iyi	2,75±0,93			
	Kabul edilebilir	3,06±0,75			
	Zayıf	3,24±0,74			
	Başarısız	3,11±0,84			

Tablo 4.15. Hasta Güvenliğinin Derecesi Konusunda Kurumlarını Değerlendirmelerine Göre Alt Boyutların İncelenmesi (devam)

Ölçek toplam	Mükemmel	3,39±0,33	10,477	<0,001*	M>Ç,K>Z,B
	Çok iyi	3,14±0,25			
	Kabul edilebilir	3,09±0,32			
	Zayıf	2,81±0,21			
	Başarısız	2,89±0,36			

Tablo 4.15.'te sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları incelendiğinde, Yönetici Beklentileri ve Hasta Güvenliğini Geliştirme Faaliyetleri, Güvenliğin Kapsamlı Algılanması boyutlarında hasta güvenliği derecesi konusunda kurumlarını değerlendirmelerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Birimler İçindeki Ekip Çalışması boyutu ile hasta güvenliğinin derecelendirmesinde kurum değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcuttur ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespiti için yapılan analiz sonucunda en yüksek puanı hasta güvenliği derecesi konusunda kurumunu mükemmel olarak değerlendirenler almışken, ikinci sırada kurumunu çok iyi değerlendirenler, üçüncü sırada kurumunu kabul edilebilir değerlendirenler, dördüncü sırada ise kurumunu zayıf ve başarısız olarak değerlendirenler yer almaktadır

Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme boyutu ile hasta güvenliğinin derecelendirmesinde kurum değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcuttur ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespiti için yapılan analiz sonucunda kurumunu mükemmel olarak değerlendirenler çok iyi ve kabul edilebilir değerlendirenlere göre daha yüksek puan almışken, kurumunu çok iyi ve kabul edilebilir olarak değerlendirenler kurumunu zayıf ve başarısız olarak değerlendirenlere göre daha yüksek puan almıştır.

Hasta Güvenliği İçin Yönetimin Desteği boyutu ile hasta güvenliğinin derecelendirmesinde kurum değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcuttur ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespiti için yapılan analiz sonucunda kurumunu mükemmel olarak değerlendirenler çok iyi ve

kabul edilebilir değerlendirenlere göre daha yüksek puan almışken, kurumunu çok iyi ve kabul edilebilir olarak değerlendirenler kurumunu zayıf ve başarısız olarak değerlendirenlere göre daha yüksek puan almıştır.

Hatalar Hakkında İletişim ve Geri Bildirim boyutu ile hasta güvenliğinin derecelendirmesinde kurum değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcuttur ($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespiti için yapılan analiz sonucunda en yüksek puanı hasta güvenliği derecesi konusunda kurumunu mükemmel olarak değerlendirenler almışken, ikinci sırada kurumunu çok iyi değerlendirenler, üçüncü sırada kurumunu kabul edilebilir, zayıf ve başarısız olarak değerlendirenler yer almaktadır.

İletişimin Açık Tutulması boyutu ile hasta güvenliğinin derecelendirmesinde kurum değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcuttur($p<0.05$).Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespiti için yapılan analiz sonucunda kurumunu mükemmel, çok iyi ve kabul edilebilir değerlendirenler kurumunu zayıf ve başarısız olarak değerlendirenlere göre daha yüksek puan almıştır.

Hataların Raporlanma Sıklığı boyutu ile hasta güvenliğinin derecelendirmesinde kurum değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcuttur($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespiti için yapılan analiz sonucunda kurumunu mükemmel ve çok iyi değerlendirenler kurumunu kabul edilebilir ve zayıf değerlendirenlere göre, kurumunu kabul edilebilir ve zayıf değerlendirenler kurumunu başarısız değerlendirenlere göre daha yüksek puan almıştır.

Birimler Arasında Ekip Çalışması boyutu ile hasta güvenliğinin derecelendirmesinde kurum değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcuttur($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespiti için yapılan analiz sonucunda kurumunu mükemmel ve çok iyi olarak değerlendirenlerin kurumlarını kabul edilebilir, başarısız ve zayıf olarak değerlendirenlere göre daha yüksek puan almıştır.

Personel Sağlama boyutu ile hasta güvenliğinin derecelendirmesinde kurum değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcuttur($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespiti için yapılan analiz sonucunda kurumunu mükemmel olarak değerlendirenler çok iyi ve kabul edilebilir değerlendirenlere göre daha yüksek puan almışken, kurumunu çok iyi ve kabul edilebilir olarak değerlendirenler kurumunu zayıf ve başarısız olarak değerlendirenlere göre daha yüksek puan almıştır.

Devirler ve Nakiller boyutu ile hasta güvenliğinin derecelendirmesinde kurum değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcuttur($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespiti için yapılan analiz sonucunda kurumunu mükemmel ve kabul edilebilir olarak değerlendirenler kurumunu çok iyi, zayıf ve başarısız olarak değerlendirenlere göre daha yüksek puan almıştır.

Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt boyutu ile hasta güvenliğinin derecelendirmesinde kurum değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcuttur($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespiti için yapılan analiz sonucunda kurumunu mükemmel ve kabul edilebilir olarak değerlendirenler kurumunu çok iyi, zayıf ve başarısız olarak değerlendirenlere göre daha yüksek puan almıştır.

Hasta güvenliği kültürü genel alt boyutları ile hasta güvenliğinin derecelendirmesinde kurum değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcuttur($p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespiti için yapılan analiz sonucunda kurumunu mükemmel olarak değerlendirenler çok iyi ve kabul edilebilir değerlendirenlere göre kurumunu çok iyi ve kabul edilebilir olarak değerlendirenler kurumunu zayıf ve başarısız değerlendirenlere göre daha yüksek puanlar almıştır

4.3.13. Aile Hekimliği Biriminin Sınıfı ile Hasta Güvenliğinin Derecesi Konusunda Kurum Değerlendirilmesinin Karşılaştırılması

Aile Hekimliği Biriminin sınıflarının sağlık personelinin hasta güvenliğinin derecesi konusunda kurum değerlendirmesine göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.16'da gösterilmiştir. AHB'nin sınıfı ile hasta güvenliği derecesi konusunda kurumlarını değerlendirmelerine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için ki kare testi uygulanmıştır.

Tablo 4.16. Aile Hekimliği Biriminin sınıfı ile hasta güvenliğinin derecelendirmesi konusunda kurum değerlendirmesinin karşılaştırılması

Sınıfı		Mükemmel	Çok iyi	Kabul edilebilir	Zayıf	Başarısız	Ki-kare	p
A Sınıfı	n	16	28	43	7	2	16,172	0,350
	%	16,67%	29,17%	44,79%	7,29%	2,08%		
B Sınıfı	n	1	13	21	5	0		
	%	2,50%	32,50%	52,50%	12,50%	0,00%		
C Sınıfı	n	0	6	7	0	0		
	%	0,00%	46,15%	53,85%	0,00%	0,00%		
D Sınıfı	n	9	10	15	1	1		
	%	25,00%	27,78%	41,67%	2,78%	2,78%		
Sınıfı Yok	n	3	6	8	1	0		
	%	16,67%	33,33%	44,44%	5,56%	0,00%		
Toplam	n	29	63	94	14	3		
	%	14,29%	31,03%	46,31%	6,90%	1,48%		

A sınıfı AHB'de çalışanların %16,67'si kurumunu mükemmel,%29,17'si kurumunu çok iyi, %44,79'u kurumunu kabul edilebilir %7,1'u kurumunu zayıf,%2'si kurumunu hasta güvenliğinin derecelendirmesi konusunda başarısız olarak değerlendirilmiştir. B sınıfı AHB'de çalışanların %2,5'i kurumunu mükemmel,%32,50'si kurumunu çok iyi, %52,50'si kurumunu kabul edilebilir %12,50'si kurumunu hasta güvenliğinin derecelendirmesi konusunda zayıf olarak değerlendirilmiştir. B sınıfı AHB'de kurumunu başarısız olarak değerlendiren yoktur. C sınıfı AHB'de çalışanların %46,15'i kurumunu çok iyi, %53,85'i kurumunu hasta güvenliğinin derecelendirmesi konusunda kabul edilebilir olarak değerlendirilmiştir.C sınıfı AHB'de kurumunu mükemmel, zayıf ve başarısız olarak değerlendiren yoktur.D sınıfı AHB'de çalışanların %25'i kurumunu mükemmel,%27,78'i kurumunu çok iyi, %41,67'si kurumunu kabul edilebilir %5,56'sı kurumunu zayıf,%2,78'i kurumunu hasta güvenliğinin derecelendirmesi konusunda başarısız olarak değerlendirilmiştir.Sınıfı olmayan AHB'de çalışanların %16,67'i kurumunu mükemmel,%33,33'ü kurumunu çok iyi, %44,44'ü kurumunu

kabul edilebilir %5,56'si kurumunu hasta güvenliğinin derecelendirmesi konusunda zayıf olarak değerlendirilmiştir.Sınıfı olmayan AHB'de kurumunu başarısız olarak değerlendiren yoktur. Ankete katılanların %14,29'u kurumunu mükemmel, %31,03'ü kurumunu çok iyi, %46,31'i kurumunu kabul edilebilir, %6,90'u kurumunu zayıf %1,48'i kurumunu başarısız olarak değerlendirmiştir. AHB sınıflarına göre hasta güvenliğini derecelendirme konusunda kurumunu değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($p>0,05$).

4.3.14 Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Raporlanan Sayısı Bakımından İncelenmesi

Sağlık personelinin olay raporlama ile ilgili durumu Tablo 4.17'de gösterilmiş ve incelenmiştir.

Tablo 4.17. Raporlanan olay sayısının incelenmesi

Raporlanan olay sayısı	f (sayı)	% (yüzde)
Hiç	172	84,7
1-2 Olay raporu	26	12,8
3-5 Olay raporu	4	2,0
6-10 Olay raporu	1	0,5
11-20 olay raporu	0	0
21 ve üzeri olay raporu	0	0

Tablo 4.17. incelendiğinde sağlık personelinin %84,7'si son 12 ay içinde sıfır olay raporu doldurduğunu, %12,8'i ise bir ya da iki olay raporu doldurduğunu, %2 si üç ile beş arası olay raporu doldurduğunu %0,5 altı ile on arası olay raporu doldurduğunu ifade etmiştir. On bir ya da daha fazla olay raporu dolduran hiç kimse bulunmamaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde İstanbul ili Ümraniye ilçesinde bulunan ASM'de çalışan sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü anketi ve alt boyutlarına yönelik verdiği cevapların demografik bilgiler ve tanımlayıcı bulgularla birlikte güncel literatür altında tartışması yapılmıştır.

Bu çalışmaya katılan sağlık personelinin %75,9'u kadın, %24,1'i erkek; %96,6'sı sözleşmeli, %3,4'ü görevlendirme ile çalışmaktaydı. ASÇ'nin büyük oranda bayan olması çalışmaya katılanların ¾ ünün kadın olmasını açıklamaktadır. Araştırmaya katılanların %47,3'ü A sınıfı AHB'de, %19,7'si B sınıfı AHB'de, %6,4'ü C sınıfı AHB'de, %17,7'si D sınıf AHB'de %8,9'u sınıfı olmayan AHB'de çalışmaktaydı. A sınıfı AHB'lerde çalışan aile hekimlerine cari gider ödemesi adı altında yapılan ücretin diğer sınıflara göre daha yüksek olması A sınıfı AHB'de çalışan sağlık personelinin sayısının diğer sınıflarda çalışan sağlık personeli sayısından daha fazla olmasını açıklamaktadır. %41,9'u aile hekimi, %58,1'i ASÇ olarak görev yapmakta; %3,4'ü uzman aile hekimi, %38,4'ü pratisyen aile hekimi, %38,4'ü hemşire ASÇ, %19,7'si ebe ASÇ unvanını taşımaktadır. Araştırmaya katılanların ortalama yaşı 36, meslekte çalışma yılının ortalaması 12, kurumda çalışma yılının ortalaması 5 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan sağlık personelinin %51,7'si daha önce hasta güvenliği konusunda eğitim almışken %48,3'ü almamıştır. Karaca ve Arslan (31)'ın İstanbul'da bulunan özel hastanelerde yaptıkları çalışmasında çalışmaya katılanların %76,2'si hasta güvenliği konusunda daha önceden bir eğitim alırken %23,8'i almamıştır.Chen ve Li (37)'nin Tayvan'da yaptığı çalışmasında katılımcıların %78'i hastane içinde hasta güvenliğine ilişkin eğitim aldığını belirtirken, %45,7'si hastane dışında hasta güvenliği eğitimi aldığını belirtmiştir. Webair ve ark. (36) Yemen'de yaptığı çalışmasında daha önceden hasta güvenliği konusunda eğitim alanların oranı %51olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışmada hasta güvenliği kültürü algıları boyutlarının genel ortalaması 3,13 çıkmıştır. Bu bize çalışmaya katılanların hasta güvenliği kültürü algılarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Teleş (23)'in Ankara'da bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde yaptığı çalışmasında bu oran 3.33, Dönmez (24)'in Sivas'ta

bulunan bir hastanedeyaptığı çalışmasında 3.25 bulunmuştur. Filiz (26)'in Konya'da bulunan kamu hastaneleri ve sağlık ocaklarında yaptığı çalışmasında anketin genel olumlu oranı ise; %44 olarak belirtilmiştir. Ghobashi (32)'nin Kuveyt'te yaptığı çalışmasında anketin genel oranı %61 olarak bulunmuştur. Sonuçlarımız literatürle uyuşmaktadır. Bu durum ülkemizde hasta güvenliği kültürüne yönelik verilen eğitimlerin birincibasamak sağlık kuruluşu olan ASM'lerde geliştirilmesi gerektiği şeklinde değerlendirilmektedir.

Alt boyutlar bazında değerlendirildiğinde Birimler İçinde Ekip Çalışması boyutunun 3,87 ortalama ile en yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmetinin sunumunda bu boyutun en yüksek ortalamaya sahip olması çalışma hayatında da bizlerin kültürel olarak yardımlaşma ve dayanışmayı benimsediğimizin göstergesi olarak yorumlanabilir. Alp (30) in İzmir'de bulunan ASM'lerde yaptığı çalışmasında İletişimin Açık Tutulması boyutu 66±31 puanla en yüksek olumlu cevap ortalamasına sahiptir. Famolaro ve ark. (33) çalışmasında en yüksek olumlu cevap ortalaması "Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri" olmuştur. 2,26 ortalama ile Devirler ve Nakiller boyutu en düşük ortalamaya sahip boyut olarak bulunmuştur. ASM'de devir ve nakil gerçekleştirilecek işlem sayısının az olması çalışmamızda bu boyutun düşük çıkmasının sebebi olarak düşünülmektedir. Teleş (23)'in Ankara'da bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde yaptığı çalışmasında 2.73 ortalama ile hataların raporlanma sıklığı boyutu, Filiz (26) in Konya'da bulunan kamu hastaneleri ve sağlık ocaklarında yaptığı çalışmasında %15 olumlu cevap yüzdesi ile hataların raporlanma sıklığı boyutu ve Amarapathy ve ark. (34)Sri Lanka'da yaptığı araştırmasında %15.7 olumlu cevap yüzdesi ile personel sağlama boyutu en düşük ortalamaya sahip boyutlar olarak tespit edilmiştir ve bu tespitler bu çalışmayla farklılık göstermektedir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre hasta güvenliği kültürünün alt boyutları incelendiğinde Hataların Raporlanma Sıklığı alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Kadın katılımcıların erkeklere kıyasla daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. Bu durum çalışmaya katılanların çoğunluğunun ASÇ ve kadınlardan oluşması, hastaya tıbbı müdahale esnasında daha fazla hasta güvenliği ile ilgili olaylarla karşılaşmasına bağlı olduğu düşünülmüştür.

Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt boyutunda katılımcıların cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Erkek katılıcıların daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu durum erkeklerde kadınlara oranla hasta güvenliği ile ilgili olaylarda hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıtın daha fazla verildiğini düşündüklerini göstermektedir. Muftawu (27)'nun Tamela'da bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde ve Teleş (23)'in Ankara'da bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde yaptığı çalışmalarında hasta güvenliği kültürünün alt boyutları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Yaşa göre hasta güvenliği kültürünün alt boyutları incelendiğinde Hataların Raporlanma Sıklığı boyutu ile yaş arasında negatif yönlü, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Araştırmaya katılan sağlık personelinin yaşı arttıkça hataları raporlama sıklığının azaldığı tespit edilmiştir. Bu durum artan yaş ile birlikte meslekte edinilen tecrübe ile daha az hata yapılmasına ve böylelikle daha az raporlanmaya bağlı olabilmektedir veya genç çalışanlarda hataların bildirimi kültürü daha çok benimsediği şeklinde yorumlanabilir. Katılımcıların yaşları arttıkça hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıtın arttığı tespit edilmiştir. Güler (28)'in İstanbul'da bulunan özel bir hastanede yaptığı çalışmasında Hataların Raporlanma Sıklığı boyutu 26-35 yaş gurubunda diğer yaş gruplarına göre daha düşüktür, Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Mesleki unvanlarına göre hasta güvenliği kültürünün alt boyutları incelendiğinde uzman doktor, pratisyen doktor, hemşire ve ebe arasında alt boyutların tümünün algılanması anlamında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Dönmez (24)'in Sivas'ta bulunan bir hastanede yaptığı çalışmasında Hataların Raporlanma Sıklığı boyutunda mesleki unvana göre anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin hekimlerden daha yüksek algıya sahip olduğu bulunmuştur.

Meslekte çalışma süresine göre hasta güvenliği kültürünün alt boyutları incelendiğinde Birimler Arasında Ekip Çalışması alt boyutu ile meslekte çalışma

süresi arasında istatistiksel olarak negatif yönlü anlamlı bir fark olduğu görülmüştür($p<0,05$). Meslekte çalışma süresi arttıkça birimleri arasında ekip çalışmasının azaldığı bulunmuştur. Bu durum mesleki deneyim arttıkça sağlık çalışanlarının görevlerini ekip çalışmasına ihtiyaç duymadan bireysel olarak daha rahat bir şekilde yapabildiğinin göstergesi olabilir. Güler (28)'in İstanbul'da bulunan özel bir hastanede yaptığı çalışmasında meslekte çalışma süresi ile hasta güvenliği kültürünün alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

En son çalıştığı kurumdaki çalışma süresine göre hasta güvenliği kültürünün alt boyutları incelendiğinde; alt boyutların tümü ile en son çalışılan kurumdaki çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Muftawu (27)'nun Tamela'da bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde yaptığı çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışma statüleri bakımından hasta güvenliği kültürünün alt boyutları incelendiğinde Personel Sağlama alt boyutu ile çalışma statüsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Görevlendirme ile çalışanlar sözleşmeli çalışanlara kıyasla Personel Sağlama boyutunda daha yüksek algıya sahip olduğu görülmüştür. Bu durum ASM'lerde görevlendirme ile çalışanların kısa süreli çalışmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Aile Sağlığı Merkezinde çalışma görevine göre hasta güvenliği kültürünün alt boyutları incelendiğinde aile hekimi ile ASÇ arasında hasta güvenliği kültürünün tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu durum her iki çalışanın da aynı koşullarda çalıştığının göstergesidir.

Daha önceden hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına göre hasta güvenliği kültürünün alt boyutları incelendiğinde eğitim alan ve almayanlar arasında alt boyutların tümünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Yılmaz (29)'ın Kayseri'de bulunan bir üniversite ve eğitim araştırma hastanesinde yaptığı çalışmasında hataların raporlanma sıklığı alt boyutlarında daha

önce hasta güvenliği eğitimi alan sağlık çalışanlarının algılar daha yüksek bulunmuştur.

Aile Hekimliği Biriminin sınıfına göre hasta güvenliği kültürünün alt boyutları incelendiğinde; Birimler İçindeki Ekip Çalışması ve Hataların Raporlanma Sıklığı alt boyutları ile AHB sınıfı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Birimler İçindeki Ekip Çalışması boyutunda C ve D sınıfı AHB'de çalışan sağlık personelinin daha yüksek algıya sahip olduğu bulunmuştur. Bu durum C ve D sınıfı AHB'lerde daha az sayıda personel çalıştığından ekip çalışmasını artırdığı şeklinde yorumlanabilir. Hataların Raporlanma Sıklığına baktığımızda çalışmaya katılan 172 (%84,7) kişi hiç hata raporlamamışlardır. 26(%12,8) kişi ise 1-2 hata raporlamışlardır. Olay raporlayan %13,3'lük kesimin bu durumu olay raporlamayı tutanak ile bağlı bulundukları ilçe sağlık müdürlüklerine yazı ile ilettiklerini belirtmiştir.Dolayısıyla hata rapor etme kültürü henüz ASM'lerde yerleşmemiştir. Bunun nedeni ülkemizde uzun süredir hastanelerde hata bildiriminin mevzuat ile zorunlu hale getirilmesine rağmen henüz ASM'lerde hata raporlamanın zorunlu olmaması ve buna yönelik bir usul ve esas geliştirilmemesidir. Bu nedenle çalışmamızda hata bildirimi sıklığı ile AHB'ler arasında çıkan anlamlı ilişkiyi, bildirilen rapor sayının çok az olması ve ASM'lerde böyle bir kültürün yerleşmemiş olmasından dolayı göz ardı ettik. Literatüre incelediğimizde Nordin (35) İsviçre' de %67, Norveç'te %50'sinden fazlasının en az bir olay rapor ettiği, Filiz (26)'in Konya'da bulunan kamu hastaneleri ve sağlık ocaklarında yaptığı çalışmasında katılımcıların % 83,9'unun, Alp (30)'in İzmir'de bulunan bir üniversite hastanesi ve ASM'lerde yaptığı çalışmasında %86,8'inin Yılmaz (29)'ın Kayseri'de bulunan bir üniversite ve eğitim araştırma hastanesinde yaptığı çalışmasında ise katılımcıların %88'inin hiç olay raporlamadığı tespit edilmiştir.

Aile Sağlığı Merkezinde çalışan sağlık personelinin kurumlarını hasta güvenliğinin değerlendirmesinin derecelendirmesine göre incelememizde çalışmaya katılanların %46,31'i kurumlarını kabul edilebilir, %31,03'ü kurumlarını çok iyi, % 14,29'u kurumlarını mükemmel, %6,9'u kurumlarını zayıf, %1,48'i kurumlarını hasta güvenliğinin değerlendirilmesinin derecesi konusunda başarısız bulmuştur.

Filiz (26)'in Konya'da bulunan kamu hastaneleri ve sağlık ocaklarında yaptığı çalışmasında çalışmaya katılanların %46'sı kurumlarını kabul edilebilir, %1,3'ü kurumlarını başarısız olarak değerlendirmiştir. Bulgular çalışmamızla uyumludur.

Hasta güvenliğinin derecesi konusunda kurumlarına değerlendirmelerine göre hasta güvenliği kültürünün alt boyutları incelendiğinde; Birimler İçindeki Ekip Çalışması, Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme, Hasta Güvenliği İçin Yönetiminin Desteği, Hatalar Hakkında İletişim ve Geri Bildirim, İletişimin Açık Tutulması, Hataların Raporlanma Sıklığı, Birimleri Arasında Ekip Çalışması, Personel Sağlama, Devirler ve Nakiller, Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt boyutları ile hasta güvenliğinin derecesi konusunda kurum değerlendirmesine göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Birimler İçerisindeki Ekip Çalışması alt boyutunda hasta güvenliği konusunda kurumunu mükemmel olarak değerlendirenlerin algıları en yüksek iken kurumunu zayıf ve başarısız olarak değerlendirenlerin algıları en düşüktür. Cansever (25)'in Muş ve Bitlis'teki devlet hastanelerinde yaptığı çalışmasında benzer sonuç bulunmuştur.

Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme alt boyutunda hasta güvenliği konusunda kurumunu mükemmel olarak değerlendirenlerin algıları en yüksek iken kurumunu zayıf ve başarısız olarak değerlendirenlerin algıları en düşüktür. Dönmez (24)'in Sivas'ta bulunan bir hastanede yaptığı çalışmasında benzer sonuç bulunmuştur.

Hasta Güvenliği İçin Yönetiminin Desteği alt boyutunda hasta güvenliği konusunda kurumunu mükemmel olarak değerlendirenlerin algıları en yüksek iken kurumunu zayıf ve başarısız olarak değerlendirenlerin algıları en düşüktür. Cansever (25)'in Muş ve Bitlis'teki devlet hastanelerinde hastanede yaptığı çalışmasında benzer sonuç bulunmuştur.

Hatalar Hakkında İletişim ve Geri Bildirim alt boyutunda hasta güvenliği konusunda kurumunu mükemmel olarak değerlendirenlerin algıları en yüksektir. Dönmez (24) in Sivas'ta bulunan bir hastanede yaptığı çalışmasında kurumunu hasta

güvenliği konusunda çok iyi değerlendirenlerin algılarının en yüksek olduğu bulunmuştur.

İletişimin Açık Tutulması alt boyutunda hasta güvenliğinin derecesi konusunda kurumunu mükemmel çok iyi ve kabul edilebilir olarak değerlendirenlerin algıları kurumunu zayıf ve başarısız olarak değerlendirenlere göre daha yüksektir. Cansever (25)'in Muş ve Bitlis'teki devlet hastanelerinde yaptığı çalışmasında bu boyutta anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hataların Raporlanma Sıklığı alt boyutunda hasta güvenliğinin derecesi konusunda kurumunu mükemmel ve çok iyi olarak değerlendirenlerin algıları yüksek iken kurumunu başarısız olarak değerlendirenlerin algıları düşükbulunmuştur. Dönmez (24)'in Sivas'ta bulunan bir hastanede yaptığı çalışmasında benzer sonuç bulunmuştur.

Birimleri Arasında Ekip Çalışması alt boyutunda hasta güvenliğinin derecesi konusunda kurumunu mükemmel ve çok iyi değerlendirenlerin algıları yüksek, kurumunu kabul edilebilir,zayıf ve başarısız olarak değerlendirenlerin algıları düşük bulunmuştur. Cansever (25)'in Muş ve Bitlis'teki devlet hastanelerinde yaptığı çalışmasında ise kurumunu mükemmel ve çok iyi değerlendirenlerin algıları daha yüksek olarak bulunmuştur.

Personel Sağlama alt boyutunda hasta güvenliği konusunda kurumunu mükemmel olarak değerlendirenlerin algıları en yüksek iken kurumunu zayıf ve başarısız olarak değerlendirenlerin algıları en düşüktür.Cansever (25)'in Muş ve Bitlis'teki devlet hastanelerinde yaptığı çalışmasında ise kurumunu mükemmel ve çok iyi değerlendirenlerin algıları daha yüksek olarak bulunmuştur.

Devirler ve Nakiller, Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt alt boyutları ile hasta güvenliğinin derecesi konusunda kurumunu mükemmel ve kabul edilebilir olarak değerlendirenlerin algıları yüksek kurumunu çok iyi, zayıf ve başarısız olarak değerlendirenlere göre düşük bulunmuştur. Genel olarak baktığımızda hasta güvenliğinin derecesi konusunda kurumunu mükemmel olarak değerlendirenlerin

algıları kurumunu çok iyi ve kabul edilebilir olarak değerlendirenlere göre daha yüksek, kurumunu çok iyi ve kabul edilebilir olarak değerlendirenlerin algıları kurumunu zayıf ve başarısız olarak değerlendirenlere göre daha yüksek olarak bulunmuştur.

Aile Hekimliği Biriminin sınıfı ile hasta güvenliği konusunda kurumunu değerlendirme derecesi arasında istatistiksel olarak bir fark yoktur ($p>0,05$) Bu durum AHB'nin sınıflandırma kriterlerinde hasta güvenliğine yönelik bir eğitim kriterinin olmaması olarak değerlendirilmektedir.

6. SONUÇLAR

6.1.SONUÇ

- Çalışmaya katılanların sağlık personelin hasta güvenliği kültür algıları 3,13 ortalama ile orta düzeyde bulunmuştur
- Çalışmaya katılan sağlık personelinin hasta güvenliği konusunda eğitim alma oranı 51,7'dir.
- Birimler İçerisindeki Ekip Çalışması boyutu en yüksek ortalamaya sahiptir.
- Aile Sağlığı Merkezlerindeki Devirler ve Nakiller boyutu en düşük ortalamaya sahiptir.
- Kadın katılımcıların erkek katılımcılara kıyasla hataların raporlanma sıklığı alt boyutunda algıları daha yüksektir
- Erkek katılımcıların kadın katılımcılara kıyasla hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutunda algıları daha yüksektir.
- Katılımcıların meslekte çalışma süresi arttıkça ASM birimleri arasında ekip çalışmasının azaldığı bulunmuştur.
- Katılımcıların yaşı arttıkça hataların raporlanma sıklığının azaldığı, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıtın arttığı tespit edilmiştir
- Görevlendirme ile çalışanların sözleşmeli çalışanlara göre Personel Sağlama boyutunda daha yüksek algıya sahip olduğu bulunmuştur.
- C ve D sınıfı AHB'de çalışan sağlık personelinin birimleri içerisindeki ekip çalışması boyutunda daha yüksek algıya sahip olduğu tespit edilmiştir.
- Çalışmaya katılan sağlık personelinin %84,7'sinin son on iki ayda hiç olay raporlamadığı tespit edilmiştir.
- Birimler İçerisindeki Ekip Çalışması boyutunda, kurumlarını hasta güvenliğinin derecesi konusunda mükemmel olarak değerlendirenlerin algıları en yüksek bulunmuştur.
- Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme boyutunda, kurumlarını hasta güvenliğinin derecesi konusunda mükemmel olarak değerlendirenlerin algıları en yüksek bulunmuştur.

- Hasta Güvenliği İçin Yönetiminin Desteği boyutunda, kurumlarını hasta güvenliğinin derecesi konusunda mükemmel olarak değerlendirenlerin algıları en yüksek bulunmuştur.
- Hatalar Hakkında İletişim ve Geri Bildirim boyutunda, kurumlarını hasta güvenliğinin derecesi konusunda mükemmel olarak değerlendirenlerin algıları en yüksek bulunmuştur.
- İletişimin açık tutulması boyutunda, kurumlarını hasta güvenliğinin derecesi konusunda zayıf ve başarısız olarak değerlendirenlerin algıları düşük bulunmuştur.
- Hataların raporlanma sıklığı boyutunda, kurumlarını hasta güvenliğinin derecesi konusunda başarısız olarak değerlendirenlerin algıları en düşük bulunmuştur.
- Birimler arasında ekip çalışması boyutunda, kurumlarını hasta güvenliğinin derecesi konusunda mükemmel ve çok iyi olarak değerlendirenlerin algıları yüksek bulunmuştur
- Personel Sağlama boyutunda, kurumlarını hasta güvenliğinin derecesi konusunda mükemmel olarak değerlendirenlerin algıları en yüksek bulunmuştur.
- Devirler ve nakiller, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutlarında kurumlarını hasta güvenliğinin derecesi konusunda mükemmel ve kabul edilebilir olarak değerlendirenlerin algıları yüksek bulunmuştur.
- Hasta güvenliğinin derecesi konusunda kurumunu mükemmel olarak değerlendirenlerin hasta güvenliği kültürü algıları kurumunu çok iyi ve kabul edilebilir değerlendirenlere göre, kurumunu çok iyi ve kabul edilebilir olarak değerlendirenlerin hasta güvenliği kültürü algıları kurumunu zayıf ve başarısız olarak değerlendirenlere göre daha yüksek olarak bulunmuştur
- Çalışmaya katılan sağlık personelinin %91,63'ünün kurumlarını hasta güvenliğinin değerlendirilmesinin derecelendirmesi konusunda olumlu görüş belirtmişlerdir.

6.2. ÖNERİLER

- Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algılarını arttırmak için yıl içerisinde düzenli olarak hasta güvenliğine yönelik hizmet içi eğitimi verilmeli ve bu eğitimlere katılım zorunlu tutulmalıdır.
- Tabip ve tabip dışı sağlık personelinin lisans ve yüksek lisans eğitim dönemlerinde müfredatlarına hasta güvenliğine yönelik eğitim materyalleri eklenmelidir.
- Aile Hekimliği Birimi sınıflandırmasında sınıf yükseltme kriterlerine hasta güvenliği kültürüne yönelik eğitim alma kriterinin eklenmesi önerilir.
- Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık personelinin kendi aralarında iletişimi arttırmasına yönelik iletişim eğitimi verilmelidir
- Aile Sağlığı Merkezlerinde hata raporlanmasına yönelik bir sistem oluşturulmalı ve bu sisteme hata raporlayan sağlık personeline cezai yaptırım verilmeyeceğine yönelik eğitim verilmelidir.
- Aile Sağlığı Merkezi yöneticilerinin ve bağlı olduğu yönetim birimlerinin hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine yönelik daha fazla sorumluluk almalıdır.
- Hasta güvenliği konusunda yıl içerinde yeterlilik sağlayan birimleri teşvik etmek ve devamlılık sağlamak için ödüllendirme yöntemine gidilmelidir.
- Aile Sağlığı Merkezlerinde belirli aralıklarla bir kalite kriteri olarak hasta güvenliği kültürüne yönelik algıların ölçümlenmesi gereklidir.
- Hasta güvenliği kültürü çalışmalarının ASM'lerde daha yaygın şekilde yapılmalıdır.
- Benzer çalışmaların daha büyük örneklem ile yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1.Gökdoğan, F. ve Yorgun, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik Sağlık ve Bilimleri Dergisi*, 2, 53-59.

2. Sorra, J.S. and Nieva, V.F. (2004). *Hospital survey on patient safety culture*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality Publisher.

3. Peters, G.A. and Peters, B.J. (2008) *Medical Error and Patient Safety. Human Factors in Medicine*. New York: CRP Press. Taylor Francis Group.

4. Akalın, E. (2004). Hasta güvenliği kültürü: Nasıl geliştirebiliriz. *Ankem Dergisi*, 18, 12-13.

5.Çakmakçı, M. ve Akalın H.E. (Ed.). (2010). *Hasta Güvenliği: Türkiye Dünya Füsun Sayek Türk Tabipler Birliği Raporları* . Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

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

7. Joint Commission International. *Accreditation Standards for Hospitals* July 2017. (İnternette) 2017, Haziran. Erişim 17.08.2020, https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accreditation/hospital-and-amc/jci-standards-only_6th-ed-hospital.pdf

8. Güngör, P., Merih, Y.D., Kocabey, M.Y. (2012). Farklı Ülkelerin Malpraktis Konusunda Yasal Düzenleme Girişimleri, Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 43, 129.

9.Polat, O. ve Pakiş, I. (2011). Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 119-120.

10. Özata, M. ve Altunkan, H. (2010). Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8, 17-21.

11.Çakır, A.(2007). *Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi*. Dokuz Eylül Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonomi Bölümü. Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

12. Abdou, H.A. and Saber, K.M. (2011). A BaselineAssessment of Patient Safety Culture among Nurses at Student University Hospital. *World Journal of Medical Sciences*, 6, 17-26.

13.Manav, G. ve Karademirler, Y. (2018). Hasta Güvenliği Kültürü. *Güncel Pediatri Dergisi*, 16, 103-116.

14. Altındiş, M. (2014). Hasta Güvenliği ve Komplikasyonlar. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 32, 71.

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

16. Usta, G.Ö.(2018). *Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları Ve Etkileyen Faktörler*. Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Trabzon.

17.Çiçek Korkmaz, A. (2018). Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 6, 10-19.

18. Aile Hekimliği ve Uygulama Yönetmeliği. (2013, 25 Ocak). Resmi Gazete (Sayı: 28539). Erişim 14.07.2020, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130125-26.htm

19. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı (İnternette) 2012, Aralık. Erişim 11.08.2020, https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf

20.Ünlüoğlu, İ., Kaptanoğlu, A.Y., Özer, C. (2012) *Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi*. İstanbul: Akademi Yayınevi .

21. Nieva, V.F. and Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*, 12, 17-23.

22.Alpar, R. (2010). *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik*. Ankara: Detay Yayıncılık.

23.Teleş, M. (2011). *Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ile Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi*.Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

24. Dönmez, B. (2017). *Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi: Sivas Numune Hastanesi Örneği*.Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Sivas.

25.Cansever, S.M. (2020). *Ebelerde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi*. Ege Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

26. Filiz, E. (2009*). Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi*.Selçuk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Konya.

27. Muftawu, M. (2017). *Hasta Güvenliği Kültürünün Belirlenmesi: Gana' Da Bir Eğitim Hastanesi Uygulaması.*Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

28.Güler, S. (2014).*Özel Bir Hastanede Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Değerlendirilmesi*. İstanbul Bilim Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

29. Yılmaz, Z. (2014). *Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün Belirlenmesi*.Erciyes Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri.

30.Alp, F.Y. (2011). *Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi*. Ege Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

31. Karaca, A. ve Arslan, H. (2014). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1, 9-18.

32. Ghobashi, M.M., El-Raghehy, H.A.G., Mosleh, H., Al-Doseri F.A. (2014). Assessment of Patient Safety Culture in Primary Health Care Settings in Kuwait. *Epidemiology Biostatistics and Public Health* , 11, 1-9.

33. Famolaro, T., Yount, N.D., Hare, R., Thornton, S., Meadows, K., Fan, L., Sorra, J. (2018). Hospıtal Survey On Patıent Safety Culture 2018 User Database Report. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality Publisher.

34. Amarapathy M., Srıdharan S., Perera R., Handa Y. (2013). Factors Affecting Patient Safety Culture ın A Tertiary Care Hospital ın Sri Lanka. *Intenational Journal of Scentific & Technology Research,* 2, 173-180.

35. Nordin, A. (2015). *Patient Safety Culture in Hospital Settings: Measurements, Healthcare Staff Perceptions and Suggestions for Improvement*. Karlstad University. Faculty of Health, Science and Technology, Nursing Science, Dissertation, Karlstad.

36. Webair, H.H., Al-Assani, S.S., Al-Haddad, R.H., Al-Shaeeb, W.H., Bin Selm, M.A., Alyamani, A.S. (2015). Assessment of patient safety culture in primary care setting. *BMC Family Practice* 16, 2-9.

37. Chen, I. and Li, H. (2010). Measuring Patient Safety Culture in Taiwan Using The Hospital Survey on Patient Safety Culture . *BMC Health Services Research*, 10,152.

EKLER

EK-1: HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ANKETİ

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ANKETİ

Bilgilendirme: Bu anketle size hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama konusunda sorular sorulmaktadır. Vermiş olduğunuz cevaplar ile topladığımız verileri "Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personellerinin Hasta Güvenliği Kültürü Hakkında Farkındalık Düzeyleri" isimli araştırma çalışmamızda kullanacağız. Bu anket çalışmasında katılımcıların kimlik bilgileri kullanılmayacaktır. Vermiş olduğunuz bilgiler gizli tutulacaktır. Ankete katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr. Oğuz ARSLAN
SBÜ Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Sağlık Yönetimi ABD

- *"Olay", hastanın zarar görmesiyle sonuçlanan ya da sonuçlanmasın yeğlen bir hata, yanlış veya kaza olarak tanımlanmaktadır.*
- *"Hasta güvenliği", sağlık bakım hizmetleri verilirken hastanın yaralanması veya istenmeyen olayların ortaya çıkmasını önlemedir.*

BÖLÜM A: Kişisel bilgiler

1.Yaşınız? .....

2.Cinsiyetiniz? .....

3.Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz? .....

4. Şu anda çalıştığınız kurumda kaç yıldır çalışıyorsunuz? .....

5.Aile sağlığı merkezinde çalışma statünüz nedir?

a. Sözleşmeli b. Görevlendirme ile

6.Aile hekimliği biriminizin sınıfı nedir?

a. A sınıfı b. B sınıfı c. C sınıfı d. D sınıfı e. Sınıfı Yok

7.Kurumdaki göreviniz nedir?

a. Aile Hekimi
b. Aile Sağlığı Çalışanı ...

8.Mesleki Unvanınız nedir?

...

a. Uzman doktor
b. Pratisyen doktor
c. Hemşire
d. Ebe
e. Diğer .....

9.Daha önce hasta güvenliği konusunda bir eğitim aldınız mı?

a. EVET b. HAYIR

BÖLÜM B: Çalıştığınız Alan/Birim

Lütfen çalıçbğınız birimle ile ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz

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

BÖLÜM C: Yöneticileriniz

İdari olarak doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz.

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

Bölüm D: İletişim

Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor?

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

BÖLÜM E: Raporlanmış Olayların Sıklığı

Kurumunuzda aşağıdaki hatalar olduğunda *ne sıklıkla rapor ediliyor?*

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	☐1	☐2	☐3	☐ 4	☐ 5
3. Hastaya zarar verebilecek bir hata yapıldığında, fakat Hastaya zarar vermediğinde, ne sıklıkla rapor edilmektedir?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

BÖLÜM F : Hasta Güvenliği Derecesi

Hasta güvenliği konusunda kurumunuzu değerlendiriniz.
BİR cevap işaretleyiniz.

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

BÖLÜM G: Kurumunuz/Aile Sağlığı Merkeziniz

Kurumunuz ile ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Kısmen Ne Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. ASM yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. ASM birimleri birbirleriyle iyi bir uyum içinde çalışmaz.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Hastalar bir birimden diğerine yönlendirilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir iş birliği vardır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Çalışanların, birbirlerinin yerine vekalet ettiği dönemlerde hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Göreve yeni başlayan kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği hakkında ilgili gibi gözükmektedir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Bu ASM de Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Çalışanının izin durumları hastalar açısından problemlidir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

BÖLÜM H: Raporlanan Olay Sayısı

Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?

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

BÖLÜM I: Yorumlarınız

Lütfen kuruluşunuzdaki **'hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama'** konularındaki düşünce/yorumunuzu yazınız.

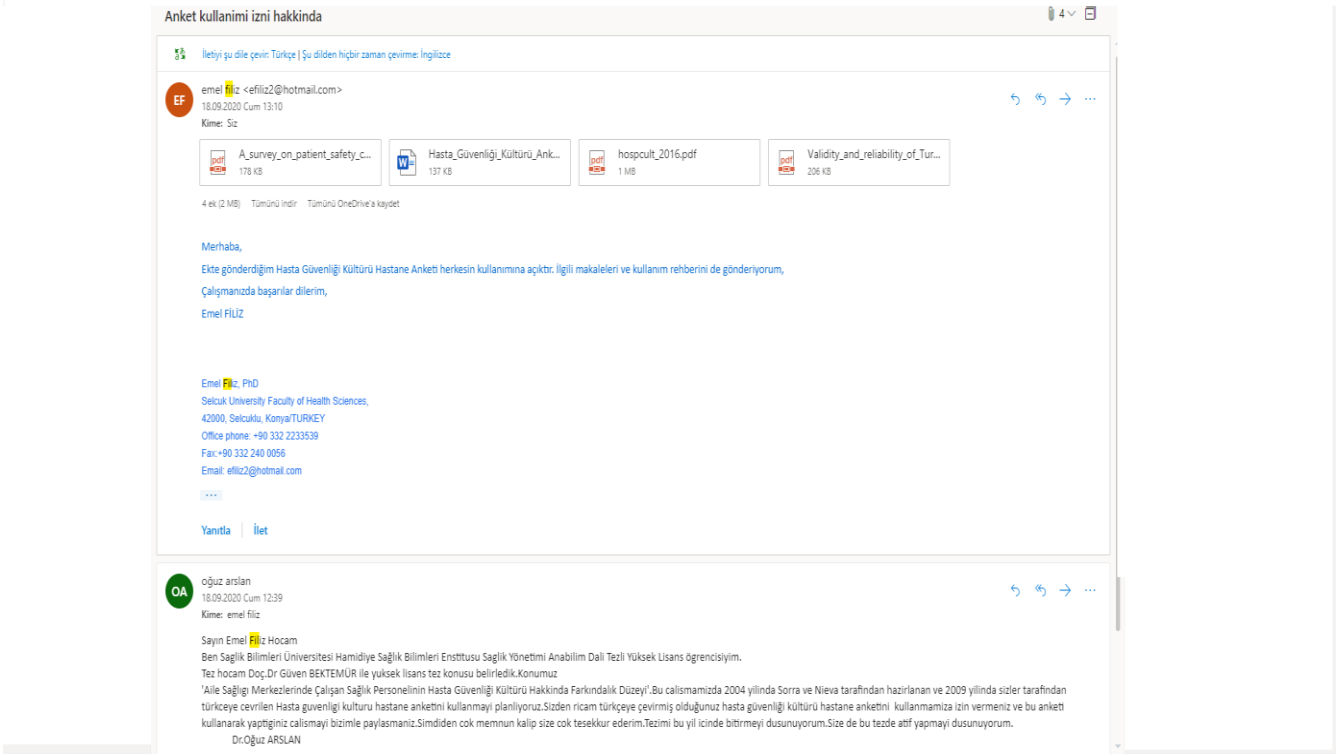
Hasta güvenliği:

Tıbbi hatalar:

Olay/hata raporlama:

Teşekkür ederiz

EK-2: HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ HASTANE ANKETİNİ UYGULAYABİLMEK İÇİN EMEL FİLİZ'DEN ALINAN İZİN



Anket kullanimi izni hakkinda

İletiyi şu dile çevir: Türkçe | Şu dilden hiçbir zaman çevirme: İngilizce

EF emel filiz <efiliz2@hotmail.com>
18.09.2020 Cum 13:10
Kime: Siz

A_survey_on_patient_safety_c... 178 KB
Hasta_Güvenliği_Kültürü_Ank... 137 KB
hospcult_2016.pdf 1 MB
Validity_and_reliability_of_Tur... 206 KB

4 ek (2 MB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Merhaba,

Ekte gönderdiğim Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi herkesin kullanımına açıktır. İlgili makaleleri ve kullanım rehberini de gönderiyorum,

Çalışmanızda başarılar dilerim,

Emel FİLİZ

Emel Filiz, PhD
Selcuk University Faculty of Health Sciences,
42000, Selcuklu, Konya/TURKEY
Office phone: +90 332 2233539
Fax:+90 332 240 0056
Email: efiliz2@hotmail.com

Yanıtla | İlet

OA oğuz arslan
18.09.2020 Cum 12:39
Kime: emel filiz

Sayın Emel Filiz Hocam
Ben Saglik Bilimleri Universitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitusu Saglik Yönetimi Anabilim Dali Tezli Yüksek Lisans ögrencisiyim.
Tez hocam Doç.Dr Güven BEKTEMÜR ile yuksek lisans tez konusu belirledik.Konumuz
'Aile Sağlıgı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Hakkinda Farkındalık Düzeyi'.Bu calismamizda 2004 yilinda Sorra ve Nieva tarafindan hazirlanan ve 2009 yilinda sizler tarafindan türkceye cevrilen Hasta guvenligi kulturu hastane anketini kullanmayi planliyoruz.Sizden ricam türkçeye çevirmiş olduğunuz hasta güvenliği kültürü hastane anketini kullanmamiza izin vermeniz ve bu anketi kullanarak yaptiginiz calismayi bizimle paylasmaniz.Simdiden cok memnun kalip size cok tesekkur ederim.Tezimi bu yil icinde bitirmeyi dusunuyorum.Size de bu tezde atif yapmayi dusunuyorum.
Dr.Oğuz ARSLAN

EK-3: ETİK KURUL SONUÇ

Evrak Tarih ve Sayısı: 29/04/2020-E.13815

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 24/04/2020
Toplantı Sayısı : 2020/3
Karar Sayısı : 3/2

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan, Doç. Dr. Güven BEKTEMÜR' ün sorumlu araştırmacı Dr. Oğuz ARSLAN'ın yardımcı araştırmacı olduğu 20/65 kayıt numaralı, ***" Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Hakkında Farkındalık Düzeyi "*** başlıklı proje önerisi kurulumuzun 24.04.2020 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.
Bilgilerinize rica ederim.

Aslı Gibidir
e-imzalıdır
Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN
Başkan

Prof. Dr. Kadriye ÖNEŞ
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Mahfuz ELMASTAŞ
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Hüseyin Avni BALCIOĞLU
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Arzu Kader HARMANCI SEREN
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin AYDIN KARTAL
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Elif GÜLTEKİN
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Günseli GÜVEN POLAT
Başkan Yardımcısı

EK-4:ARAŞTIRMA İZNİ

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM ve TEKNİK BİRİMİ
03/08/2020 11:05 - 15916306 - 604.01.02 - R.1699
00122879514

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 15916306-604.01.02
Konu : Dr. Oğuz ARSLAN Araştırma İzni Hk.

ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 09/06/2020 tarihli ve 46059653-799-94 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazı ile Hastaneniz Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği asistan kadrosunda görev yapmakta olan Dr. Oğuz ARSLAN'ın *"Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Hakkında Farkındalık Düzeyleri"* konulu çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu çalışma talebi, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı *Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 23.07.2020 tarih ve 2020/24 sayılı kararınca* uygun görülmüş olup çalışmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiği ve konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

İstanbul Cd. General Kani Elitez Sk. No:8/1 Yenimahalle/Bakırköy/İSTANBUL
Telefon: Faks No:
e-Posta:yesim.biyik@saglik.gov.tr İnt.Adresi: yesim.biyik@saglik.gov.tr
Bilgi için:Yeşim BIYIK
MEMUR
Telefon No:(0 212) 638 33 99

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 7c64eacb-05bb-45ee-8427-379bbe36603e kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5:BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi A.B.D. tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık kuruluşlarına bağlı sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü hakkında farkındalık düzeylerini tanımlamaktır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanları çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılımlarını herhangi bir noktada herhangi bir ceza ve yaptırıma maruz kalmaksızın hiçbir hakkını kaybetmeksizin sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve çalışmaya ilişkin aydınlatılmaya hakları olduğu konusunda sözel olarak bilgilendirilmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarına, kendilerinden alınan bireysel bilgilerin, izleyiciler, inceleme yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişebileceği, ancak bu bilgilerin gizli tutulacağı, yazılı bu formun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilcisinin söz konusu erişime izin vermiş olacağı konusunda bilgilendirilmiştir. İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanamayacağı; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliğinin gizli kalacağı araştırıcının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bu bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda açıklama yapılarak ve gizlilik ilkesine bağlı güvenleri kazanılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın yorumları genel olarak verilecek olup, bireysel bilgiler hakkında yorum yapılmayarak, kişisel bilgilerin gizliliğine önem verilmiştir. Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllünün veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirileceği ifade edilmiştir. Araştırmamızda ortalama 370 gönüllüye ulaşılmak istendiği belirtilmiştir. Anketin uygulanması aşamasında, rutin çalışma düzeninin aksamamasına özen gösterilmiştir.

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

Ben……. yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtlar aldım. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı…….

Tarih İmzası

Açıklamaları Yapan Araştırıcının Adı- Soyadı: Dr. Oğuz ARSLAN
Tarih İmzası