

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Düzeylerinin İncelenmesi

Özay Çelen (*), Abdulkadir Teke (**), Necmettin Cihangiroğlu (**)

ÖZET

Bu çalışma ile hasta güvenliği kültürünün çalışanların sosyo-kültürel özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma, GATF Eğitim Hastanesi'nde 2010 yılı Haziran ayı süresince gerçekleştirilmiştir. 428 çalışandan veri toplanmıştır. Hasta güvenliği kültürünün ölçülmesinde, literatürden faydalanılarak geliştirilen bir ölçek kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin içerik geçerliliğini belirlemede "uzman görüşü"nden, yapısal geçerliliğini test etmede ise "faktör analizi"nden yararlanılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için Cronbach Alfa değerleri hesaplanmıştır. Hasta güvenliği kültürünün çalışanların sosyo-kültürel özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemede, "Kruskal-Wallis" testi, "Mann-Whitney U" testi ve "Lojistik Regresyon Analizi" kullanılmıştır. Çalışanların büyük çoğunluğu birimlerinde pozitif bir hasta güvenliği kültürünün bulunduğu (%68,1) ifade etmiştir. Diğer araştırmalarla kıyaslandığında, GATF Eğitim Hastanesinde hasta güvenliği kültürünün yüksek olduğu anlaşılmıştır. Özellikle, hasta güvenliği algısının oldukça yüksek olması, buna karşılık hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteğinin nispeten düşük olması dikkat çekici bulunmuştur. Sağlık hizmetleri sunumunda yapılacak hatalar telafi edilemeyecek sonuçları doğurmaktadır. Tıbbi hataların en az düzeye indirilmesinin temel anahtarı, yüksek düzeyde güvenlik kültürünün varlığıdır. Bunun için özellikle sağlık yöneticileri ve karar vericilerinin "hasta güvenliği kültürü" üzerinde durmaları hayati önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Sağlık Çalışanları*

ABSTRACT

Investigating the Patient Safety Culture Level in Gulhane Military Medical Faculty Training Hospital

The purpose of this study is to determine whether the patient safety culture changes according to the socio-cultural characteristics of the employees or not. The study was conducted in Gülhane Military Medical Academy (GMMA) Educational Hospital during June 2010. Data were collected from 428. In our study, it was aimed to assess "patient safety culture" by using survey method. An "expert view" was asked for identifying the validity of the scales' contents used in the study. And, "factor analysis" was used for testing their structural validity. In order to assess the reliability of the scales, Cronbach Alfa values were calculated. Whether patient safety culture differed depending on the socio-cultural characteristics of the employees was analyzed by Kruskal-Wallis test, by Mann-Whitney U test, and by Logistic Regression Analysis. Considering this, most of the staff (68,1%) reported positive level of patient safety culture at their departments. Furthermore, occupation was found to be influential on "patient safety culture" and the dimensions of "hospital management support" and "process". The errors made while providing health services cause the results that cannot be compensated. The key for decreasing the number of medical errors is the existence of high-level safety culture. To do this, emphasis of the "patient safety culture" of especially health administrators and decision makers is of vital importance.

Anahtar Kelimeler : *Patient Safety, Patient Safety Culture, Health Professionals*

* Elazığ Askeri Hastanesi

** Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Hizmetleri BD.

Ayrı basım isteği: Özay Çelen, Elazığ Asker Hastanesi

E-mail: ocelen71@yahoo.com

Makalenin Geliş Tarihi: 11.07.2013 • Kabul Tarihi: 23.07.2013 • Çevrim İçi Basım Tarihi: 20.06.2014

Giriş

Yapılan birçok çalışma, sağlık sistemindeki güvenlik zaafiyeti ve tıbbi hataların yaygınlaşmasını oldukça dikkat çekici bir şekilde ortaya koymaktadır (1). Özellikle son yıllarda, sağlık hatasına ilişkin bir dizi trajik durumların yer aldığı seriler ve daha güvenli sağlık hizmeti sunumuna olan ihtiyaç üzerine yapılmış birçok hükümet ve uzmanların raporlarını içeren tıbbi hata ve hastalara zarar verme konusundaki istatistiklerde çıkı gibi artış gözlenmektedir (2).

Gerek maddi gerekse de manevi anlamda önemli kayıplara neden olan böyle bir sorunun çözümü ise sağlık kurumlarında, her düzeyde etkin olan bir hasta güvenliği kültürünün oluşmasına bağlıdır (3). Nitekim hasta güvenliğini geliştirmek için güvenlik kültürünün artan bir öneme sahip olduğu, sağlık sektöründe yaygın bir şekilde kabul görmeye başlamıştır (4).

Hasta Güvenliği Kültürü, "bir sağlık kurumunun hasta güvenliği yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünü" (5) şeklinde tanımlanabilir.

Hasta güvenliği kültürü konusunda yapılmış birkaç temel araştırmaya (7- 9) dayanarak, hasta güvenliği kültürünü şu beş boyut altında incelemek mümkündür:

Üst Yönetimin Desteği: Üst yönetim hasta güvenliği konusunda net bir tutum sergilemelidir. Üst yönetim, kurumun hasta güvenliği konusunda en üst düzeyde sorumluluğa sahiptir ve kurumun hasta güvenliği planını geliştirir, vizyon ve destekleri doğrultusunda hasta güvenliği kültürünü şekillendirir (10).

Birim Liderliği: Yöneticiler, güvenlik yönetimine aktif olarak öncülük edebilmelidir. Çünkü liderlik, birim çalışanlarının güvenlik davranışı ve güvenlik kültürünü etkileyebilme özelliğine sahiptir (11).

Algılanan Güvenlik: Hasta güvenliği uygulamaları sağlık ekibinin tüm üyelerinin sorumluluğu altındadır. Bu nedenle, tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda farkındalıklarının geliştirilmesi gerekir (12).

Öğrenilen Davranışlar ve Sürekli Geliştirme: Öğrenilen davranışlar ve sürekli geliştirme kavramı, başarıdan olduğu kadar başarısızlıktan da öğrenmenin amaç olduğu bir güvenlik kültürünün oluşturulması için, aktif olarak sürekli öğrenmeyi takip eden organizasyon veya birimleri ifade eder (13).

Raporlama: Sağlık hizmetlerinde bir şeyler yanlış gittiğinde, bu yanlışların niçin ve nasıl olduğunu bilmek önemlidir (14). Dolayısıyla, hastanelerin hataların nedenlerini ve nasıllarını ortaya koyacak bir raporlama sistemini kurmaları gerekmektedir. (15).

Bu çalışmanın amacı; hasta güvenliği kültürünün çalışanların sosyo-kültürel özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi (GATF) Eğitim Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada incelenen değişkenlerin görev yeri, görev ve statüye göre önemli farklılıklar gösterebileceği varsayımından hareketle (16), örneklem yöntemi olarak "Tabakalı Örneklem Yöntemi" kullanılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, %95 güven düzeyi ve %4'lük hata payına göre 463 olarak hesaplanmıştır. Ancak, cevaplamayı istememe, izin, istirahat, görevlendirme gibi nedenlerle 428 kişiden veri toplanabilmiştir. Böylece araştırmanın örneklem büyüklüğü, %95 güven düzeyine ve %4.2'lik hata payına sahip olmuştur.

Hasta güvenliği kültürü'nü ölçmeye yönelik anketlerin son yıllarda hızla artmaya başladığı görülmektedir. Bu çalışmada da anket yöntemi kullanılarak "hasta güvenliği kültürü" ölçülmeye çalışılmıştır. Bu amaçla, Ginsburg ve arkadaşlarının kullandığı "Hasta Güvenliği Kültürü Anketi" (8) ile Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından kullanılan "Hasta Güvenliği Kültürü Anketi" (7) başta olmak üzere, hasta güvenliği literatürden yararlanılarak oluşturulan bir ölçek kullanılmıştır. Oluşturulan ölçek 15 maddeden oluşmuş ve 5'li likert (1=kesinlikle katılmıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) tarzında ölçeklendirilmiştir.

Daha sonra, anket GATF Eğitim Hastanesinin farklı anabilim/bilim dalında çalışan ve rastgele seçilen, tabip, hemşire, diğer sağlık personeli ve idari personelden oluşan 35 kişilik bir gruba uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda anket formu üzerinde sunuma ve şekle dayalı bazı değişiklikler yapılarak ankete son şekli verilmiştir.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) bünyesinde yapılacak araştırmalar için yasal mevzuatın öngördüğü etik ve idari izinler alınmıştır.

Verilerin analizinde, SPSS 15.0 (Software Statistical Package for the Social Science) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları, verilerin normal dağılıma uymadığı sonucunu vermiştir. Veriler normal dağılıma uymadığından araştırmada non-parametrik testler kullanılmıştır. Araştırma kapsamında tüm veriler için öncelikle tanımlayıcı istatistikler elde edilmiştir. Ölçümle belirlenen değişkenler için tanımlayıcı istatistiklerin gösterilmesinde Medyan ve Interquartile Range (IQR) değerlerinden, sayımla belirlenen değişkenler için tanımlayıcı istatistiklerin gösterilmesinde ise, sayı (n) ve yüzde (%) değerlerinden faydalanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin içerik geçerliliğini belirlemede "uzman görüşü"nden, yapısal geçerliliğini test etmede ise "faktör analizi"nden yararlanılmıştır. Burada, aynı faktörü ölçen maddelerin bir araya gelip gelmediği ve bu maddelerin kuramsal yapıyı ifade edip etmediğinin (17) belirlenmesi amaçlanmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek için Cronbach Alfa değerleri hesaplanmıştır. Cronbach Alfa, ölçekteki maddelerin birbirleriyle ilişkilerinin ne kadar iyi olduğunu belirleyen istatistiksel bir testtir (18). Hasta güvenliği kültürünün çalışanların sosyo-kültürel özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği çoklu karşılaştırmalarda "Kruskal-Wallis" testiyle, ikili karşılaştırmalarda ise "Mann-Whitney U" ile analiz edilmiştir. Daha sonra Tekli karşılaştırmalar sonucunda hasta güvenliği kültürü düzeyinin anlamlı farklılık gösterdiği sosyo-kültürel özellikler "Lojistik Regresyon Analizi" ile incelenmiştir. İstatistiksel kararlarda $p < 0.05$ seviyesi anlamlı farkın göstergesi olarak görülmüştür.

Bulgular

Araştırmada örneklem grubunun yaş, medeni durum, cinsiyet, görev, statü, Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK)'nde çalışma süresi, GATF Eğitim Hastanesi'nde çalışma süresi, mecburi hizmet yükümlülüğü ve görev yerinin büyüklüğüne ilişkin veriler elde edilmiştir. İstatistiksel analizlerin daha kolay ve sağlıklı yapılabilmesi için bazı sosyo-kültürel özellikler gruplar altında toplanarak verilmiştir (Tablo I)

Tablo I. Çalışanların sosyo-kültürel özelliklere göre dağılımı

Özellikler	n	%
Yaş	35 yaş ve altı	243 57,3
	36 yaş ve üstü	181 42,7
Medeni Durum	Evli	309 72,7
	Bekar	116 27,3
Cinsiyet	Kadın	233 54,7
	Erkek	193 45,3
Statü	Subay/Astsubay	148 34,6
	Sivil memur	280 65,4
Görev	Tabip	102 23,8
	Hemşire	146 34,1
	STDSP	85 19,9
	İYP	95 22,2
Mecburi Hizmet Yükümlülüğü	Evet	115 26,9
	Hayır	312 73,1
Görev Yeri	CB	200 46,8
	DB	153 35,8
	LGB	74 17,3
TSK'da Çalışma Süresi	7 yıl ve altı	119 28,1
	8-12 yıl	124 29,2
	13-18 yıl	100 23,6
	19 yıl ve üstü	81 19,1
GATF Eğitim Hastanesinde Çalışma Süresi	3 yıl ve altı	121 28,5
	4-7 yıl	108 25,5
	8-11 yıl	92 21,7
	12 yıl ve üstü	103 24,3
Görev Yeri Büyüklüğü	Küçük	112 26,2
	Orta	197 46,0
	Büyük	119 27,8

STDSP: Sağlık Teknisyeni ve Diğer Sağlık Personeli

İYP: İdari ve Yardımcı Personel

CB: Cerrahi Branşlar

DB: Dahili Branşlar

LGB: laboratuvar ve Görüntüleme Branşları

Tablo I’de gösterildiği gibi, çalışanların önemli bir kısmının (%57,3) 35 yaş ve altında olduğu, yaklaşık 3/4’ünün evli, bekârların oranının ise sadece % 27,3 olduğu, araştırmaya katılanların çoğunluğunu (%54,7) kadınların oluşturduğu, sivil memur oranının daha yüksek olduğu (%65,4) dikkati çekmektedir.

Araştırmaya katılan hastane çalışanları 11 temel meslek (görev) altında toplanmıştır. Analiz kolaylığı sağlamak amacıyla, laboratuvar, röntgen, anestezi gibi sağlık teknisyenlikleri ile biyolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi diğer sağlık personeli “sağlık teknisyeni ve diğer sağlık personeli (STDSP)” adı altında, veri hazırlama kontrol işletmeni, idari işler astsubayı, sekreter, hizmetli gibi meslek grupları “idari ve yardımcı personel (İYP)” adı altında gruplanmıştır. Bu gruplamaya göre çalışanların büyük kısmını (%57,9) hekim ve hemşirelerin oluşturduğu görülmektedir.

Türk Silahlı Kuvvetlerinde görev yapan muvazzaf subay ve astsubaylar 15 yıl, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulundan mezun olan hemşireler ise eğitim süreleri kadar mecburi hizmetle yükümlüdür. Buna göre, araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun mecburi hizmet yükümlülüğünün bulunmadığı (%73,1) anlaşılmaktadır.

Çalışanların önemli bir kısmının (%46,8) cerrahi branşlarda görev yaptığı, çalışanların neredeyse tamamının (80,9) 18 yıl ve daha az süredir görev yaptıkları, çalışanların önemli bir kısmının (%54) GATF Eğitim Hastanesinde yedi yıl ve daha az süredir görev yaptığı anlaşılmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı anabilim/bilim dalları çalışan sayısına göre “küçük” (49 ve daha az personel), “orta” (50-99 personel) ve “büyük” (100 ve daha fazla personel) şeklinde gruplandırılmıştır. Araştırmaya katılanların neredeyse yarısının (%46) “orta” büyüklükteki anabilim/bilim dalında görev yaptığı görülmektedir.

Araştırmada kullanılan hasta güvenliği kültürü ölçeği, “içerik geçerliliği” ve “yapı geçerliliği”ne tabi tutulmuştur. Anket formunda yer alan maddelerin konuyu ne denli temsil edebildiği ya da ne kadar yakın olduğunu belirlemek için, araştırma yöntemleri ve/veya sağlık kurumları yönetimi konusunda uzman üç akademisyen ile GATF Eğitim Hastanesinde görevli üç öğretim üyesi tabibin görüşlerine başvurulmuştur. Uzman ekibin görüşleri doğrultusunda, soruların soruş sırası ve ifade şekilleri konusunda bazı değişiklik ve düzeltmeler yapılmış ve içerik olarak ölçeklerin ölçülmek istenen konuyu temsil ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliği için “faktör analizi”ne başvurulmuştur. Faktör analizi, “varimax” rotasyonu ve faktör yükü 0.50’nin üzerindeki değerler dikkate alınarak yapılmıştır. KMO değerinin “1”e yakın olması örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğunu göstermektedir.

KMO değeri (0.91) faktör analizi için örneklem yeterli olduğunu doğrulamaktadır. Bartlett testi sonucu, değişkenler arasındaki korelasyonların anlamlı düzeyde olduğunu göstermektedir ($X^2 = 3335.03$, $p < 0.001$). Faktör analizi sonucunda Hasta Güvenliği Kültürünün, “Süreç” (Faktör 1), “Hastane Yönetiminin Desteği” (Faktör 2) ve “Hasta Güvenliği Algısı” (Faktör 3) boyutları altında ölçüldüğü görülmüştür (Tablo II).

Özdamar (2004) ve Doğan (2005), genellikle Cronbach Alfa değerinin 0.00-0.39 arası “ölçek güvenilir değil”, 0.40-0.59 arası “ölçek düşük güvenilirlikte”, 0.60-0.79 arası “ölçek oldukça güvenilir” ve 0.80-1.00 arası “ölçek yüksek güvenilirlikte” şeklinde yorumlandığını belirtmektedir.

Buna göre; “hasta güvenliği kültürü” ile alt boyutlarından “süreç” ve “hastane yönetiminin desteği” boyutlarının oldukça yüksek güvenilirliğe sahip olduğu, “hasta güvenliği algısı” boyutunun güvenilirliğinin ise düşük olduğu görülmüştür (Tablo III).

Hasta güvenliği kültürü düzeyinin belirlenmesinde, “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” ifadelerinin olumlu düzeyde bir hasta güvenliği kültürüne işaret ettiği öngörülmüştür. Buna göre çalışanların büyük bir kısmı (% 68,1), çalıştıkları birimde olumlu düzeyde bir hasta güvenliği kültürünün bulunduğunu vurgulamıştır. Çalışanların neredeyse tamamına yakını (% 82,2) olumlu “hasta güvenliği algısı”na sahipken ve büyük bir kısmı (% 64,4) birimlerindeki hasta güvenliği “süreç”ini olumlu bulurken, hasta güvenliği kültürü için “hastane yönetiminin desteği”ni olumlu bulanların oranı (% 57,8) diğer boyutlara göre daha düşük düzeyde gerçekleşmiştir.

Hasta güvenliği kültürünün çalışanların sosyo kültürel özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği iki aşamalı olarak belirlenmiştir. Bunun için öncelikle, çalışanların sosyo-kültürel özelliklerini belirleyen 10 bağımsız değişkenin, hasta güvenliği kültürü ile alt boyutları (süreç, hastane yönetiminin

Tablo III. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Değerleri

Ölçekler ve Alt Boyutları	Soru Sayısı	Cronbach Alfa Değerleri
Hasta Güvenliği Kültürü	14	0.91
---Süreç	8	0.91
---Hastane Yönetiminin Desteği	4	0.83
---Hasta Güvenliği Algısı	2	0.42

desteği ve hasta güvenliği algısı) açısından farklılık gösterip göstermediği tek yönlü karşılaştırmalarla incelenmiştir. Tek yönlü karşılaştırmalar sonucunda;

- “Hasta güvenliği kültürü”nün mesleğe (görev) ve yaşa göre farklılık gösterdiği (sırasıyla, $X^2=33,693$ $p < 0,001$; $Z=2,446$ $p=0,014$) medeni duruma, cinsiyete, statüye, mecburi hizmet yükümlülüğüne, görev yerine, TSK’da çalışma süresine, GATF’de çalışma süresine ve görev yeri büyüklüğüne göre farklılık göstermediği ($p > 0,05$),
- “Süreç” boyutunun yaşa, cinsiyete ve mesleğe (görev) göre anlamlı düzeyde farklı olduğu (sırasıyla $Z=3,244$ $p=0.001$; $Z=3.509$ $p < 0,001$; $X^2=41.795$ $p < 0.001$), buna karşın diğer sosyo-kültürel özelliklere göre anlamlı düzeyde farklılığın bulunmadığı ($p > 0,05$),
- “Hastane yönetiminin desteği” boyutunun, mesleğe (görev) göre değiştiği ($X^2=23,799$ $p < 0,001$), buna karşın diğer sosyo-kültürel özelliklere göre değişmediği ($p > 0,05$),
- “Hasta güvenliği algısı” boyutunun cinsiyete, statüye,

Tablo II. Hasta güvenliği kültürü faktörleri ve faktör yükleri

S. No	Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
1	Bu hastanede hasta güvenliği öncelikli bir konudur.		0.76	
2	Hastane yönetimi, hasta bakımıyla ilişkili risk faktörlerine büyük önem vermektedir.		0.89	
3	Hastane yönetimi, hasta güvenliğini geliştiren bir ortam sunmaktadır.		0.86	
4	Çalışanlarımız, zamandan kazanmak için hasta güvenliğini tehlikeye atacak şeyler <u>yapmazlar</u> .	Ölçekten çıkarılmıştır		
5	Sağlık hizmeti hatalarının, tedavi ettiğimiz hastalar için önemli bir risk oluşturduğuna inanıyorum.			0.82
6	Sağlık hizmeti hatalarının rapor edildiğine inanıyorum.		0.55	
7	Çalıştığım Anabilim/Bilim Dalında hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif çalışmalar yapılmaktadır.	0.65		
8	Bu Anabilim/Bilim Dalında yapılan tıbbi hatalardan ders alınmaktadır.	0.63		
9	Ölüm veya kalıcı hasarla sonuçlanan önemli olaylardan öğrenilen tecrübeler, çeşitli yollarla (hizmet içi toplantılar, broşür, e-mail vs.) tüm Anabilim/Bilim Dalı çalışanları ile paylaşılmaktadır.	0.59		
10	Anabilim/Bilim Dalı Başkanım hasta güvenliğine ilişkin problemleri kontrol altına alır.	0.85		
11	Anabilim/Bilim Dalı Başkanım, hasta güvenliği prosedürlerine uygun yapılan çalışma ve işleri teşvik eder.	0.84		
12	Anabilim/Bilim Dalı Başkanım hasta güvenliğini geliştirmek için personelin önerilerini dikkate alır.	0.86		
13	Bu Anabilim/Bilim Dalında hasta güvenliğine ilişkin problemlerin rapor edilmesi için resmi bir süreç izlenmektedir.	0.74		
14	Bir hasta güvenliği problemini rapor edersem, bu durum aleyhime <u>kullanılmaz</u> .	0.61		
15	Eğer önemli sonuçlar doğuran bir hata yaparsam, bu fark edilmese dahi, bu konuyu ilgili makamlara bildiririm.			0.68
Özdeğer		4.60	3.03	1.48
Varyansı Açıklama Oranı (%)		32.89	21.61	10.59
KMO= 0.91				
Bartlett's Test of Sphericity=3305.03, p=0.000				

mesleğe (görev) göre farklılık gösterdiği (sırasıyla $Z=3.509$ $p<0.001$; $Z=2.927$ $p=0.003$; $X^2=15.685$ $p=0.001$), diğer sosyo-kültürel özelliklere göre farklılık göstermediği ($p>0,05$) belirlenmiştir.

İkinci aşamada, hasta güvenliği kültürü ve alt boyutları üzerinde sosyo-kültürel özelliklerin etkisi lojistik regresyon analizi kullanılarak analiz edilmiştir.

Tek yönlü karşılaştırmalar sonucunda hasta güvenliği kültürü düzeyinin anlamlı farklılık gösterdiği sosyo-kültürel özelliklerden görev (meslek) ve yaş durumu modele dahil edilerek hasta güvenliği kültürünün üzerindeki etkisi incelenmiştir (Tablo IV). Kurulan modelin uygun ($X^2=3,724$ $p=0,714$) ve parametrelerinin anlamlı olduğu ($X^2=11,977$ ($p=0,018$)) anlaşılmıştır. Modelin doğru sınıflama başarısının

ise, %73,7 olduğu belirlenmiştir. Çalışanların görevlerinin (meslek) hasta güvenliği kültürü düzeyleri üzerindeki etkisine bakıldığında; görev (meslek) ile birimlerinde olumlu bir hasta güvenliği kültürünün olduğunu değerlendirenler arasında anlamlı ve pozitif bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Farklılığın, referans grup olan "İYP" ile "hemşire"ler arasında olduğu anlaşılmıştır ($p=0,014$). "İYP"ye göre "hemşireler" in birimlerindeki hasta güvenliği kültürünü olumlu değerlendirme olasılığı 0,424 kat daha azdır. Yaşın ise hasta güvenliği kültürü üzerinde bir etkisinin olmadığı ($p>0,05$) görülmektedir.

Sosyo-kültürel özelliklerin "süreç" boyutu üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik modele bakıldığında; kurulan modelin uygun ($X^2=2,657$ $p=0,915$) ve parametrelerinin anlamlı olduğu ($X^2=28,185$ ($p<0,001$)) anlaşılmıştır. Modelin

doğru sınıflama başarısının ise, %69,3 olduğu belirlenmiştir. Hasta güvenliği süreci açısından bakıldığında; “cinsiyet” ve “yaş”ın süreç üzerinde etkisinin olmadığı ($p>0,05$), buna karşın “görev (meslek)”in hasta güvenliği süreci üzerinde etkili olduğu görülmüştür (Tablo IV). Referans grup olan “tabipler” ile “hemşireler” arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$). “tabip”lere göre “hemşirelerin” birimdeki hasta güvenliği sürecini olumlu değerlendirme olasılığı 0,236 kat daha azdır.

Sosyo-kültürel özelliklerin “hastane yönetiminin desteği” boyutu üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik modele bakıldığında; kurulan modelin uygun ($X^2=0,000$ $p=1,000$) ve parametrelerinin anlamlı olduğu ($X^2=16,017$ $p=0,001$) anlaşılmıştır. Modelin doğru sınıflama başarısının ise, %63,6 olduğu belirlenmiştir. “Hastane yönetiminin desteği” boyutu açısından bakıldığında; “görev (meslek)” gruplarının hastane yönetiminin desteğini farklı değerlendirdikleri görülmüştür (Tablo IV). Görev (meslek) ile “hastane yönetiminin desteği”ni olumlu görenler arasında anlamlı ve pozitif bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Farklılığın kaynağı, referans grup olan “tabip”ler ile “İYP”dir ($p=0,006$). “Tabip”lere göre “İYP”nin “hastane yönetiminin desteği”ni olumlu değerlendirme olasılığı 2,463 kat daha fazladır.

Sosyo-kültürel özelliklerin “hasta güvenliği algısı” boyutu üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik modele bakıldığında; kurulan modelin uygun ($X^2=0,338$ $p=0,997$) ve parametrelerinin anlamlı olduğu ($X^2=44,752$, $p<0,001$) anlaşılmıştır. Modelin doğru sınıflama başarısının ise, %90,8 olduğu belirlenmiştir (Tablo IV). Çalışanların sosyo-kültürel özelliklerinin “hasta güvenliği algısı” üzerinde etkili olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tartışma

Çalışma kapsamında yapılan faktör analizi sonucunda “hasta güvenliği kültürü”, “süreç”, “hastane yönetiminin desteği”, “hasta güvenliği algısı” olmak üzere üç boyut altında ölçülmüştür. Faktör analizi sonucu elde edilen bu boyutların; Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) belirlenen 14 boyut (7), Ginsburg ve arkadaşlarının ortaya konan beş boyut (8) ve Singer ve arkadaşlarının belirlediği dokuz boyutun (9) bir özeti şeklinde olduğu söylenebilir.

Literatür, genellikle sağlık çalışanlarının, kurumlarında orta düzeyde “hasta güvenliği kültürü”nün varlığına işaret ettiğini veya çalışanların %45’inin kurumlarındaki hasta güvenliği kültürünü olumlu bulduklarını göstermektedir (21-28). Ayrıca, “güvenliğin kapsamlı algılanması” boyutu en olumlu görülen faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir (21, 23). Bir araştırmada da çalışanların büyük çoğunluğu hasta güvenliği ilişkin süreci tanımlayan sorulara olumlu cevap verirken, hastane yönetiminin hasta güvenliği konusundaki desteğini olumlu bulanları oranı sadece %51,7’de kalmıştır (29). Dolayısıyla, GATF Eğitim Hastanesindeki hasta güvenliği kültürünün genel ortalamanın üzerinde olduğu ve bu araştırmada “süreç” ve “hasta güvenliği algısı”ni ifade eden faktörlerin daha yüksek görülmesi buna karşılık “hastane yönetiminin desteği”nin diğer boyutlara göre daha düşük olmasının literatür ile uyum gösterdiği söylenebilir.

Bognar, mesleğe göre hasta güvenliği kültürünün farklılık göstermediğini sonucuna ulaşmış (30) olsa da, birçok araştırma sonucu, görevin (meslek) hasta güvenliği kültürü üzerinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çalışmalarda genellikle hekimlerin genel olarak birimlerindeki hasta

güvenliği kültürünü diğer sağlık personeline göre daha düşük olarak değerlendirdiğini (21, 22, 31), bu sonuçla paralellik gösterecek şekilde, birimlerindeki hasta güvenliği kültürünü değerlendirmede, klinisyen olanların olmayanlara göre daha olumsuz tutum izlediklerini (6), yine benzer şekilde diğer sağlık personelinin birimlerindeki hasta güvenliği kültürünü daha yüksek gördüklerini (24) ortaya çıkarmaktadır. Sadece hekim ve hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarda ise, genel olarak hasta güvenliği kültürünü hekimlerin hemşirelere göre daha olumlu gördükleri anlaşılmaktadır (28, 32). Bir araştırmada ise, cerrahi hekim ve hemşireler, anestezi uzmanları ve diğer hemşirelere göre birimlerinde daha güçlü bir hasta güvenliği kültürünün olduğu ifade etmiştir (33). Literatürdeki bu sonuçların geneli ve bu araştırmaya dayanarak, hastayla daha fazla teması olan meslek gruplarının diğer gruplara göre birimlerindeki “hasta güvenliği kültürü”nü daha düşük düzeyde gördüklerini söylemek mümkündür. Buna karşın; bu çalışma sonucuyla uyumlu olarak; yapılan araştırmalar, “hasta güvenliği kültürü”nün yaşa göre değişmediğini ortaya koymaktadır (11, 22, 30, 31).

Bu araştırmada; “cinsiyet” ve “yaş”ın süreç üzerinde etkisinin olmadığı, buna karşın “görev (meslek)”in hasta güvenliği süreci üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Filiz bir araştırmasında (21), birim içindeki hasta güvenliği sürecini ifade eden “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri”, “organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme”, “hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim”, “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” boyutlarının meslek grupları arasında farklılık göstermediği sonucuna ulaşmıştır. Akın ve arkadaşları ise (26), bu çalışmayı destekler şekilde, hasta güvenliği sürecini oluşturan faktörler açısından genel olarak hekimlerin daha olumlu düşündüklerini bulmuştur.

Filiz (21), “hastane yönetiminin desteği”nin meslek grupları arasında fark göstermediği sonucuna ulaşmıştır. Bazı çalışmalar ise bu çalışmada ulaşılan sonuçları destekleyecek şekilde, hekimlerin hemşirelere göre “hastane yönetiminin desteği”ni daha olumlu bulduğunu göstermektedir (26, 28).

Literatüre bakıldığında, meslek gruplarına göre “hasta güvenliği algısı”ni değerlendiren çalışmalarda çok farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Örneğin Filiz (21), bu çalışma ile paralellik gösterecek şekilde, “güvenliğin kapsamlı algılanması”nda meslek grupları arasında farkın olmadığını bulmuştur. Buna karşın Akın ve arkadaşları (26), “güvenliğin ayrıntılı algılanması”nın hekimlere göre hemşirelerde daha yüksek olduğunu ifade ederken, Koraşlı ve arkadaşları (28) tam tersi bir sonuçla, hemşirelere göre hekimlerin algılarının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Yang ve arkadaşları (11) ise, hekimlerin, hemşire ve teknisyenlere göre daha düşük güvenlik kültürü algısına sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuç

Sağlık hizmetleri sunumunda yapılacak hatalar, telafi edilemeyecek sonuçları doğurabilmektedir. Tıbbi hataların en az düzeye indirilmesinin temel anahtarı, yüksek düzeyde güvenlik kültürünün varlığıdır. Bunun için özellikle sağlık yöneticileri ve karar vericilerinin “hasta güvenliği kültürü” üzerinde durmaları hayati önem taşımaktadır. Hasta güvenliği kültürünün çalışanların sosyo-kültürel özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, dikkat çeken ve hastane yönetiminin üzerinde durması gereken hususun, hasta güvenliği kültürü için “hastane yönetiminin desteği”ni olumlu bulanların oranının istenilen düzeyde olmadığıdır. Bir başka ifadeyle, hastane

Tablo IV. Sosyo kültürel özelliklerin hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisi

	Bağımsız Değişkenler	Beta Katsayısı	Standart Hata	Wald İstatistiği	Anlamlılık	Olasılık Oranı	% 95 Güven Aralığı	
							Alt Değer	Üst Değer
Hasta Güvenliği Kültürü	Görev							
	İYP (Referans)			7,436	0,059			
	Tabip	-0,562	0,365	2,368	0,124	0,570	0,279	2,166
	Hemşire	-0,858	0,347	6,102	0,014	0,424	0,215	0,838
	STDSP	-0,267	0,394	0,457	0,499	0,766	0,354	1,659
	Yaş							
	36 Yaş ve Üstü (Referans)							
Süreç	35 Yaş ve Altı	-0,296	0,248	1,421	0,233	0,744	0,457	1,210
	Sabit	1,721	0,300	32,870	<0,001	5,592		
	Yaş							
	35 Yaş ve Altı (Referans)							
	36 Yaş ve Üstü	0,314	0,243	1,667	0,197	1,368	0,850	2,203
	Görev							
	Tabip (Referans)			17,704	0,001			
Hastane Yönetiminin Desteği	Hemşire	-1,443	0,457	9,987	0,002	0,236	0,097	0,578
	STDSP	-0,150	0,358	0,175	0,676	0,861	0,427	1,737
	İYP	0,129	0,392	0,109	0,742	1,138	0,528	2,454
	Cinsiyet							
	Erkek (Referans)							
	Kadın	0,705	0,376	3,518	0,061	2,023	0,969	4,224
	Sabit	0,865	0,265	10,657	0,001	2,375		
Hasta Güvenliği Algısı	Görev Meslek)							
	Tabip (Referans)			14,708	0,005			
	Hemşire	-0,251	0,265	0,898	0,343	0,778	0,463	1,307
	STDSP	0,244	0,310	0,621	0,431	1,277	0,695	2,345
	İYP	0,901	0,330	7,467	0,006	2,463	1,290	4,702
	Sabit	0,431	0,206	4,386	0,036	1,538		
	Görev							
Hasta Güvenliği Algısı	Tabip (Referans)			2,570	0,463			
	Hemşire	-0,365	0,883	0,171	0,679	0,694	0,123	3,915
	STDSP	0,530	0,564	0,883	0,347	1,698	0,563	5,128
	İYP	-0,464	0,790	0,345	0,557	0,629	0,134	2,957
	Cinsiyet							
	Erkek (Referans)							
	Kadın	0,949	0,564	2,832	0,092	2,584	0,855	7,805
Hasta Güvenliği Algısı	Statü							
	Subay/Astsubay (Referans)							
	Sivil Memur	0,449	0,720	0,388	0,533	1,566	0,382	6,426
	Sabit	1,584	0,275	33,276	<0,001	4,877		

yönetiminin, hasta güvenliği kültürü için yeterince destek vermediği düşüncesinin, önemli bir oranda görülmesidir. Dolayısıyla, hastane yönetiminin, bu algıyı giderecek yol ve yöntemleri uygulamaya sokmasının büyük önem taşıdığı söylenebilir. Diğer yandan, "görev (meslek)" gruplarının hastane yönetiminin desteğini farklı değerlendirmeleri ve özellikle idari ve yardımcı personelin (İYP) hasta güvenliği kültürü için "hastane yönetiminin desteği"ni, tabiplerden daha olumlu değerlendirmiş olmaları sonucu iyi okunmalı ve bu farkın nedenlerinin ortaya konulması gerekmektedir.

Çalışanların görevlerinin (meslek), hasta güvenliği kültürü düzeyleri üzerindeki etkisinin, idari ve yardımcı (İYP) personelde daha düşük olduğu sonucundan hareketle, bu personelin de hasta güvenliği kültürünü artırmaya yönelik faaliyetlerin planlanması ve uygulanması yararlı olabilir. Benzer şekilde, "görev (meslek)"in hasta güvenliği süreci üzerinde etkili olduğu ve "tabipler" ile "hemşireler" arasındaki farkın anlamlı bulunmasından (hemşirelerin hasta güvenliği sürecini olumlu değerlendirme algılarının tabiplerden yüksek bulunması) hareketle, hekim sınıfının, bu boyutla ilgili olumsuz algılarının tespit edilmesine ve buna paralel çözümlerin uygulanmaya geçirilmesine ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır.

Hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olabilmesi için yöneticilerin bu konuyu sahiplenmesi gereklidir. Bu kültüre sahip olan yöneticilerin; hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunu ilan etmesi, bu konuda çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimi teşvik etmesi, çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devretmesi ve tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitimlerinin sağlanması gerekmektedir.

Hasta güvenliği kurumsal kültürün önemli bir parçası olarak görülmeli ve bunu gerçekleştirmek için; yüksek riskli ve hata yapılabilecek aktivitelerin belirlenmesi, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortamın yaratılmış olması, riske açık uygulamalarda her düzeyde çözümlerin üretilebiliyor olması, hasta güvenliği programlarının kalite iyileştirme programlarının önemli bir parçası olarak görülmesi ve hasta güvenliği konusunda kurumun kaynak ayırması gerekmektedir.

Geçerliliği ve güvenilirliği test edilerek geliştirilen ve bu çalışmada kullanılan "hasta güvenliği kültürü ölçeği"nin, sağlık çalışanlarının, özellikle TSK sağlık çalışanlarının, hasta güvenliği kültürüne yönelik algılarının belirlenmesinde etkin olarak kullanılabileceği değerlendirilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Regenstein, M. Understanding the first institute of medicine report and its impact on patient safety. In: Younberg BJ (ed). Hatlie MJ. The Patient Safety Handbook. USA: Jones and Barlett, 2004: 1-23.
2. Vincent C. Patient Safety. 2nd edition. Singapore: Wiley-Blackwell, 2010: 3-49.
3. Dursun S, Bayram N, Aytac S. Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2010; 8(1): 1-14.
4. Fleming M, Wentzell N. Patient safety culture improvement tool: development and guidelines for use. Healthcare Quarterly 2008; 11(special issue): 10-15.
5. Nieva VF, Sora J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Quality and Safe Health Care 2003; 12(Suppl): 17-23.
6. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. Quality & Safety in Health Care 2003; 12: 112-118.
7. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture: Items and Dimensions, <http://www.ahrq.gov/gual/patientsafetyculture/hospdim.pdf>, (Giriş tarihi: 15.12.2010).
8. Ginsburg L, Gilin D, Tregunno D, Norton PG, Flemons W, Fleming M. Advancing measurement of patient safety culture. HSR:Health Service Research 2009; 44 (1): 205-224.
9. Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Workforce perceptions of hospital safety culture: Development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. HSR: Health Services Research 2007; 42 (5): 1999-2021.
10. JCI: Joint Commission International Accreditation Standards For Hospital. Illinois: JCI; 2008: 31-35.
11. Yang CC, Wang YS, Chang ST, Guo SE, Huang MF. A study on the leadership behavior, safety culture, and safety performance of the healthcare industry. World Academy of Science, Engineering and Technology 2009; 53:1148-1155.
12. Çırpı F, Merih YD, Kocabey MY. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. I.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 19-21 Mart 2009, Antalya. Kongre Bildiriler Kitabı 2. Cilt, 85-94.
13. Morath JM, Turnbull JE. To Do No Harm: Ensuring Patient Safety in Health Care Organizations. San Francisco: Jossey-Bass; 2005:267.
14. Baker M, Thomson R, Sanders J. John Sanders. Learning from threats to patient safety. In: Gary Cook (ed). ABC of Patient Safety. Singapore: Blackwell Publishing; 2007: 29-33.
15. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press; 2000: 26.
16. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V, Akyüz K. Anket Yöntemi ile Bilimsel Araştırma. Ankara: Songür Yayıncılık; 2005: 43-48, 85-99.
17. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi. 14. Baskı. Ankara: Nobel; 2005: 147-153.
18. Bernard HR. Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches. California: Sage Publications; 2000: 285-311.
19. Özdamar K. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2004: 521-523.
20. Doğan H. İşgörenlerde iş tatminiyle ilişkilendirilmiş stres ve prosedürel adalet algılamaları analizi: Gazi Hastanesi'nde bir uygulama. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2005; 10 (1): 301-312.
21. Filiz E. Hasta Güvenliği Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkında

- Tutumunun Belirlenmesi. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya, 2009.
22. Yıldırım Ö. Sağlık Kuruluşlarında İnsan Faktörü Mühendisliğinin Önemi hasta Güvenliği Alanında Uygulama Örnekleri. Basılmamış Doktora Tezi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Programı Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bilim Dalı, İstanbul, 2008.
23. Çiftlik EE, Kesmezacar Ö, Kurt M, ve ark. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Devlet Hastanelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılaması. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 28 Nisan-01 Mayıs 2010, Antalya. Kongre Bildiriler Kitabı 1. Cilt, 3-11.
24. Özmen S, Başol O. Hasta Güvenliği Kültürü: Bursa'da Özel Bir Hastane Uygulama Örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 28 Nisan-01 Mayıs 2010, Antalya. Kongre Bildiriler Kitabı 1. Cilt, 81-97.
25. Çakır A. Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi arasındaki İlişkinin Analizi. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, İzmir, 2007.
26. Akın A, Üçel AŞ, Doğan N. Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Hasta Güvenliği Kültürünün Algılanması ve Çalışan Uzman Hekim, Asistan Hekim, ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 28 Nisan-01 Mayıs 2010, Antalya. Kongre Bildiriler Kitabı 1. Cilt, 98-104.
27. Çınar F, Yalçınkaya EY, Soy D, Öneş K. Rehabilitasyon Hastanesinde Hasta Güvenliği Kültürü. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 28 Nisan-01 Mayıs 2010, Antalya. Kongre Bildiriler Kitabı 1. Cilt, 432-441.
28. Koraşlı D, Torun E, Yüzden GE. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Değerlendirilmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 28 Nisan-01 Mayıs 2010, Antalya. Kongre Bildiriler Kitabı 1. Cilt, 442-454.
29. Magid DJ, Sullivan AF, Cleary PD, et.al. The safety of emergency care systems: Results of a survey of clinicians in 65 US emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*. 2009; 53 (6): 715-723.
30. Bogner A, Barach P, Johnson JK, et.al. Errors and the burden of errors: Attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2008; 85:1374-1381.
31. Birgili F, Salış F, Çekirdekçi S, Ece G. Hastanelerde Hasta Güvenliği İklimi: Muğla İlinde Bir Hastane Örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 28 Nisan-01 Mayıs 2010, Antalya. Kongre Bildiriler Kitabı 1. Cilt, 57-72.
32. Huang DT, Clermont G, Sexton JB, et al. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Critical Care Medicine*. 2007; 35 (1): 165-176.
33. Mills P, Neily J, Dunn E. Teamwork and communication in surgical teams: implications for patient safety *Journal of American College of Surgeon*. 2008; 206 (1): 107-112.