

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KALİTE ALGISI İLE HASTA
GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELİF ESENDEMİR

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. İtir ERKAN

İSTANBUL, 2023

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KALİTE ALGISI İLE
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELİF ESENDEMİR

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. İtir ERKAN

İSTANBUL, 2023

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZ ONAY BELGESİ

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı **21111103020** numaralı yüksek lisans öğrencisi Elif Esendemir'in **"Sağlık Çalışanlarının Kalite Algısı ile Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"** adlı tez çalışması, Enstitümüz Yönetim Kurulunun 05.12.2023 tarih ve 2023/18 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oy birliği ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 22/12/2023

Doç. Dr. İtir ERKAN
Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Dilek Salkım İşlek
Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Serhan Şahinli
Jüri Üyesi

ETİK BEYAN

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tezde;

- 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,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

22 / 12 / 2023

Elif ESENDEMİR

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın her aşamasında değerli zamanını ayırarak, akademik bilgisini esirgmeden yol gösteren, güven veren, motive eden, beraber çalışmaktan ve her zaman öğrencisi olmaktan gurur duyacağım değerli danışman hocam Doç. Dr. İtir ERKAN 'a,

Tüm hayatım boyunca benim yanımda olan, her konuda beni destekleyen annem Nevin ESENDEMİR' e, babam M. Sıddık ESENDEMİR' e, tüm kardeşlerime,

Yüksek lisans eğitimi konusunda beni cesaretlendiren, desteğini esirgemeyen müdürüm Nilüfer GÜRKAN' a sonsuz teşekkürler.

İSTANBUL, 2023

Elif ESENDEMİR

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	vi
ÖNSÖZ.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
ÖZET.....	xiv
ABSTRACT	xv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kalite Kavramı	3
2.1.1. Kalitenin tarihsel gelişimi.....	3
2.1.2. Kalitenin boyutları ve özellikleri	4
2.1.3. Sağlıkta kalite kavramı.....	5
2.1.3.1 Sağlıkta kalitenin gelişim süreci.....	6
2.1.3.2. Toplam kalite yönetimi	7
2.1.3.3. Akreditasyon.....	12
2.1.3.4. Hastanelerde kalite yönetimi.....	13
2.2. Hasta Güvenliği Kültürü	15
2.2.1. Hasta güvenliğinin önemi	18
2.2.2. Hasta güvenliğinde hata türleri	22
2.2.3. Hasta güvenliği ihlallerine neden olabilecek faktörler	26
2.2.4. Hasta güvenliğinde hataların raporlandırılması.....	27
2.2.5. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Amacı	31

3.2. Araştırmanın Hipotezleri ve Modeli.....	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	35
3.5. Veri Toplama Yöntemi	35
3.6. Verilerin Analizi	36
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	38
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	38
3.9. Araştırmanın Bütçesi	38
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	60
6. KAYNAKLAR	68
EKLER.....	83

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Yıllara göre TKY' nin gelişim süreci	8
Tablo 2.2: Farklı araştırmacılar tarafından oluşturulan TKY ilkeleri	9
Tablo 2.3: SKS setlerinde standart ve değerlendirme ölçüt sayıları	11
Tablo 2.4: SKS hastane seti bölümler	14
Tablo 2.5: Hasta güvenliği ve kalite çalışmalarıyla ilgili önemli olaylar	19
Tablo 2.6: Sağlık bakımı süreçlerine göre hatalar.....	23
Tablo 2.7: Hata sınıflandırma.....	23
Tablo 2.8: Türkiye sağlık sisteminde 23 hasta güvenliği hedefi.....	25
Tablo 3.1: Kalite algı ölçeği ve hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarına ilişkin güvenilirlik analizi.....	37
Tablo 4.1: Katılımcıların demografik özellikleri	39
Tablo 4.2: Normallik varsayımına ilişkin bulgular	40
Tablo 4.3: Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre kalite algı ölçeği ve hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.4: Sağlık çalışanlarının yaşlarına göre kalite algı ölçeği puanlarının karşılaştırılması	43
Tablo 4.5: Sağlık çalışanlarının yaşlarına göre hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarının karşılaştırılması	44
Tablo 4.6: Sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerine göre kalite algı ölçeği puanlarının karşılaştırılması	45
Tablo 4.7: Sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerine göre hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarının karşılaştırılması	47
Tablo 4.8: Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre kalite algı ölçeği puanlarının karşılaştırılması	49
Tablo 4.9: Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarının karşılaştırılması	50
Tablo 4.10: Sağlık çalışanlarının çalıştıkları birimlere göre kalite algı ölçeği puanlarının karşılaştırılması	52
Tablo 4.11: Sağlık çalışanlarının çalıştıkları birimlere göre hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarının karşılaştırılması	53

Tablo 4.12: Sağlık çalışanlarının mesleki tecrübesine göre kalite algı ölçeği puanlarının karşılaştırılması	54
Tablo 4.13: Sağlık çalışanlarının mesleki tecrübelerine göre hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarının karşılaştırılması	55
Tablo 4.14: Kalite algı ölçeği ile hasta güvenliği kültürü ölçeği puanları arası ilişki	58
Tablo 4.15: Bildirilen hata raporlama sayısı	58
Tablo 4.16: Hipotez kabul / ret tablosu	59



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1: Araştırma modeli.....	34
----------------------------------	----



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACHS: Australian Council on Healthcare Standarts (Avustralya Sağlık Hizmetleri Standartları Konseyi)

ACS: American College of Surgeons (Amerika Cerrahlar Koleji)

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı)

ASQC: American Society Quality Control (Amerikan Kalite Kontrol Derneği)

IOM: Institute of Medicine (Amerikan Tıp Enstitüsü - Ulusal Tıp Enstitüsü)

ISO: International Organization for Standardization (Uluslararası Standartlar Organizasyonu)

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Hospitals (Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu)

JCI: Joint Commission International (Uluslararası Ortak Komisyon)

M.Ö. : Milattan Önce

SAS: Sağlıkta Akreditasyon Standartları

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

TÜSKA: Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

vb. : Ve benzeri

vd. : Ve diğerleri

ÖZET

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KALİTE ALGISI İLE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Sağlık hizmetlerinde kalitenin temel amacı güvenli sağlık hizmeti sunmaktır. Hasta güvenliği kültürünün kurumda yerleşmesi için kurumda güçlü bir kalite sistemi olmalıdır. Kalite ve hasta güvenliği süreçlerinin başrolü sağlık çalışanlarıdır. Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının kalite algısı ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırma verileri, 01.02.2023-31.03.2023 tarihleri arasında Biruni Üniversite Hastanesi'nde görev yapan 248 sağlık çalışanına, anket uygulanarak elde edilmiştir. Bu çalışmada Bayer (2016) tarafından oluşturulmuş "Kalite Algı Ölçeği" ve Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından hazırlanan "Hasta Güvenliği Kültürü" ölçekleri kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 programına kaydedilerek analiz edilmiştir. Verilerin analizinde parametrik/nonparametrik testler, Kolmogorov-Smirnov, t-testi, tek yönlü varyans analizi ve post hoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular neticesinde sağlık çalışanlarının kalite algısı ile eğitim düzeyleri, meslekleri arasında anlamlı ilişki saptanmamış, çalıştıkları birim, tecrübeleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ile eğitim düzeyleri, meslekleri arasında anlamlı ilişki saptanmış, çalıştıkları birim, tecrübeleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının kalite algıları ile hasta güvenliği kültürü arasında pozitif yönde düşük ilişki olduğu saptanmıştır. Kalite yönetim sisteminin başarılı olması için bu sistemi yürüten sağlık çalışanlarının kaliteye inanması ve hasta güvenliğini sağlamaya yönelik çalışma kültürünün oluşturulması gerekmektedir. Kalite algısını arttırmak ve hasta güvenliği kültürünü yerleştirmek için üst yönetimin liderliğinde tüm sağlık çalışanlarına eğitimler verilmeli, ekiplerin ortak amaç için çalışması sağlanmalı ve çalışanlar bu doğrultuda motive edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kalite Algısı, Hasta Güvenliği, Sağlık Çalışanları.

Elif ESENDEMİR, 2023

ABSTRACT

EXAMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY PERCEPTION OF HEALTHCARE PROFESSIONALS AND PATIENT SAFETY CULTURE

The main purpose of quality in health services is to provide safe health services. In order for patient safety culture to be established in the institution, there must be a strong quality system in the institution. Healthcare professionals play the leading role in quality and patient safety processes. The aim of this study is to examine the relationship between healthcare professionals' perception of quality and patient safety culture. Research data was obtained by applying a survey to 248 healthcare professionals working at Biruni University Hospital between 01.02.2023-31.03.2023. In this research, the "Quality Perception Scale" created by Bayer (2016) and the "Patient Safety Culture" scales prepared by the Agency for Research and Quality in Healthcare (AHRQ) were used. Data analysis was conducted using SPSS 22.0, employing parametric/nonparametric tests, Kolmogorov-Smirnov, t-test, one-way analysis of variance, and post hoc Bonferroni test. As a result of the findings, no significant relationship was found between the quality perception of health care professionals and their education levels and professions, but a significant relationship was found between the unit they work in and their experience. As significant relationship was found between the patient safety culture of healthcare professionals and their education levels and professions, but no significant relationship was found between the unit they work in and their experience. A result of the study, it was determined that there was a low positive relationship between quality perceptions and patient safety culture. In order for the quality management system to be successful, the healthcare professionals who carry out this system must believe in quality and a work culture must be created to ensure patient safety. In order to increase the perception of quality and establish a culture of patient safety, training should be provided to all healthcare professionals under the leadership of the top management, teams should be ensured to work for a common goal and employees should be motivated accordingly.

Keywords: Quality Perception, Patient Safety, Healthcare Professionals.

Elif ESENDEMİR, 2023

1. GİRİŞ

Kalite kelime anlamı ile Fransızcadan gelen *qualité*, nitelik olarak tanımlanır. Yaşamın her döneminde ürün ve hizmet döneminde bilim insanları tarafından kalite birçok farklı şekilde tanımlanmıştır. Sağlık sektörü için kalite, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından “Bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık düzeylerine ulaşma olasılığını artırma ve güncel profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesi” olarak tanımlanmıştır (Kaya, 2005). İşleyen süreçlerde kalitenin uygulanabilmesi için sağlık sektöründe Toplam Kalite Yönetimi felsefi 1990’lı yıllardan sonra etkili olmaya başlamıştır (Önal, 2014). Sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesi sağlık çalışanları tarafından belirlenmektedir (Ogaard vd., 2008). Bu sebeple sağlık çalışanlarının inançları ve algıları önemli bir etkidir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin temel amacı toplumun ihtiyacı olan sağlık gerekliliklerini, zamanında ve mümkün olan en az maliyetle sunmaktır. Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM) sağlıkta iyileştirilmesi hedeflenen konuları 21. yüzyıl için şu şekilde sıralamıştır; güvenli, etkili, hasta odaklı, zamanında, verimli ve eşit sağlık hizmeti sunma (Topaloğlu, 2017). Zaman içerisinde sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve daha karmaşık bir yapı haline gelmesi sebebiyle sağlık hizmetini sunanların önceliği zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak olmalıdır (Filiz, 2009).

Hasta güvenliği, Ulusal Hasta Güvenliği Ajansına (National Patient Safety Agency) tanımına göre “Sağlık hizmet sunumundan kaynaklanan hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu zararların uzaklaştırılması ve azaltılması” şeklinde tanımlamaktadır (Taş vd., 2013). Hastaların aldığı hizmetin güvenli hale getirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle hasta güvenliğini tehdit edecek tıbbi hataların yaşanmaması için gerekli planlamaların yapılması hedeflenmektedir. Joint Commission International (JCI) tarafından Uluslararası 6 Hasta Güvenliği Hedefi belirlenmiştir (JCI, 2017). Ülkemizde ulusal hasta güvenliği hedefleri 2022 yılında gerçekleştirilen “VIII. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi”nde 23 hedef olarak belirlenmiştir. Hasta güvenliği konusunda başarılı olmak için

hasta güvenliği kültürünün; kurum içinde tanımlanması, kurallarının ortaya konması, boyutlarıyla ele alınıp incelenmesi önemlidir (Yılmaz, 2020).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığının kurduğu Sağlıkta Kalite Sisteminin amacı, hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasıdır (URL-1). Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak için kurumda hâkim olan güvenlik kültürü, hem hasta/ hasta yakınlarının hem de çalışanlarının karşılaşabileceği zararları azaltmaktadır (Deilkas ve Hofoss, 2008).

Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının kalite algısı ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişki incelenerek kalite ve hasta güvenliği kültürü çalışmalarına katkı sağlamak ve literatürü zenginleştirmek amaçlanmaktadır. Ayrıca çalışmada kurulan hipotezler gereği kalite algısı ve hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanlarının demografik değişkenleri arasındaki ilişkinin incelenmesi hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalite Kavramı

Kalite farklı araştırmacılar ve kuruluşlar tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Bu tanımlardan bazıları şunlardır:

- ISO (International Organization for Standardization), kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerinin toplamı olarak tanımlamıştır.
- J. Juran kaliteyi kullanıma uygunluk olarak tanımlamıştır.
- P. Crosby kalite, bir ürünün gerekliliklere uygunluk derecesidir demiştir.
- Amerikan Kalite Kontrol Derneği (ASQC) kaliteyi şu şekilde tanımlamıştır: Bir mal ya da hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür.
- Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu (EOQC) kalite: Bir malın ya da hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesi olarak tanımlamıştır.

2.1.1. Kalitenin tarihsel gelişimi

Eski Mısırlılar, M.Ö. 2000’de kalite kavramını kullanmışlardır. Tarihte ilk defa “Eğer bir adam ev yaparsa ve bu ev çökerse ve ölen olursa yapan da öldürülmelidir.” Hükmü M.Ö. 3000 Babil’de Hammurabi kanunlarında geçirilerek kaliteye yer verdikleri görülmüştür (Burçoğlu-Karaca, 2014). Kalitenin tarihsel gelişimi incelendiğinde; ilkel insanların ürettikleri aletlerin daha önceden üretilmiş olan aletlerle karşılaştırmaları kalite kontrolüne örnek olarak gösterilebilir (Pirhan, 2014). 13. Yüzyılda kurulan çıraklık ve esnaf loncalarında ustalar; çıraklar için eğiticilik, yapılan işlerin kalitesini gözetleyerek kontrol görevlerini üstlenmişlerdi (Topçu, 2010). Kalite sisteminin ilk hayata geçirilişi olarak; Osmanlı Devleti Ahilik Teşkilatında hem iç hem dış müşteri beklentilerini karşılamayı amaçlamaları ve kaliteli ve standart üretim yapabilmek için geliştirdikleri yöntemler örnek olarak gösterilebilir (Yaman, 2013). 18. Yüzyılda Sanayi Devrimi ile kalitenin gelişimi

başlamış 20. Yüzyılda ivme kazanmış ve zamanla hizmet sektöründe kalite yer almıştır.

2.1.2. Kalitenin boyutları ve özellikleri

Garvin (1984) ürünün algılanan kalitesini nitelendirmek için yaptığı çalışmalar sonucu kaliteyi 8 boyutta ele almıştır. Bu boyutlar daha sonraki yıllarda çeşitli araştırmacılar tarafından şu şekilde açıklanmıştır:

- **Performans:** Üründe bulunan temel özellik
- **Özellikler:** Ürünün temel özellikleri dışında kalan ürün ile ilgili alıcının ürünü tercih etmesinde çekiciliği arttıran ikincil özellikleridir
- **Güvenilirlik:** Belirlenen süre zarfında ürünün tüm özelliklerinin uygun şekilde çalışması (Bolat, 2000).
- **Uygunluk:** Ürünün daha önceden belirlenmiş olan şartnamelere, belgelere ve standartlara uygun olması (Kıraç, 2016).
- **Dayanıklılık:** Ürünün kullanım süresi
- **Hizmet Görme Yeteneği:** Ürünle ilgili sorun ve şikâyetlerin kolay çözülmesi
- **Estetik:** Ürünün, alıcıların duyularına hitap etmesi ve albenisini arttırması
- **İtibar:** Ürünün geçmiş performansı

Parasuraman ve arkadaşları (1985), hizmet kalitesini ölçmek için SERVQUAL ölçeğini geliştirmişlerdir. Hizmet kalitesini 5 boyutta ele almışlardır. Hizmet kalitesinin boyutları şu şekildedir (Parasuraman vd., 1985):

- **Fiziksel Özellikler:** Hizmet sunumunda kullanılan fiziksel kaynaklar
- **Güven:** Hizmet sunumunda alıcılara karşı dürüst olmak
- **Empati:** Kurumun kendisini hizmet alıcılarının yerine koyması
- **Heveslilik:** Kurumun, hizmet alıcılarının beklentilerini karşılamak için çaba göstermesi
- **Güvenilirlik:** Söz verilen hizmetin güvenilir ve tam olarak yerine getirilmesi

Donabedian (1990), sağlık hizmetlerinde kalitenin özelliklerin yedi başlıkta ele almıştır. Kalitenin özellikleri şöyledir (Donabedian, 1990);

- **Etkenlik:** Kurumun kendi kaynakların en iyi şekilde kullanılması.
- **Etkililik:** Gerçekleştirilen veya gerçekleşmesi beklenen sonuçlara varılması
- **Verimlilik:** Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılması
- **Optimal Olma:** Maliyet ve fayda arasındaki dengenin sağlanması
- **Yasalılık:** Sunulan hizmetinin yasalara ve yönetmeliklere uygun olması
- **Eşitlik:** Adil hizmet verilmesi
- **Kabul Edilebilirlik:** Sunulan hizmetin alıcının değerleri, istekleri ve beklentilerini karşılaması

2.1.3. Sağlıkta kalite kavramı

Kalitenin üretim sektöründen sonra hizmet sektöründe değeri kazanmasıyla sağlık hizmeti sunumunda kaliteli hizmet sunma anlayışı önem kazanmıştır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin zaman içerisinde farklı tanımları yapılmıştır;

- Amerika Tabipler Birliği (1984) sağlık hizmetlerinde kaliteyi; hayat kalitesini ve hayat süresini iyileştirmeye ve sürdürmeye devamlı olarak katkıda bulunan hizmetler bütünü olarak tanımlamıştır (Kaya, 2013).
- Vincent K. Omachonu (1990) geliştirdiği sentezci yaklaşımda sağlıkta kaliteyi; Sağlık Hizmet Kalitesi=Teknik Kalite (Tıp bilimine uygunluk, standart ve normlara uygunluk) + Tedavi Sanatı (verilen hizmetin hastaların beklentisini karşılama) olarak formülöze etmiştir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012).
- Donabedian sağlıkta kaliteyi; hizmet sürecinin tüm adımlarındaki beklenen fayda ve kayıplar dengesi hesaplandıktan sonra, hastanın iyilik halini en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet olarak tanımlamıştır. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi; yapı, süreç ve çıktı olarak değerlendirmiş ve iyi çıktıların, doğru süreçler, doğru süreçlerin, iyi bir yapının oluşturulmasıyla elde

edilebileceğini savunmuştur. Sağlıkta kalitenin temel 7 özelliğın yerine getirilmesini vurgulanmıştır (Özcan-Çaklı, 2021).

Bu tanımlar sağlıkta kalitenin önemini ve sağlıkta kaliteden söz edilmesi için nelerin gerekli olduğunu bir kez daha göstermektedir.

2.1.3.1 Sağlıkta kalitenin gelişim süreci

Sağlıkta kalitenin yer alması Hipokrat'ın M.Ö. 5. Yüzyılda mesleki kuralları koymasısı ve önce zarar verme ilkesini uygulamasına dayanmaktadır. M.Ö. 2000'li yıllarda Mısır'da papirüslere yazılı olan hangi hastalıkların nasıl tedavi edileceğine dair tıpla ilgili bilgilerin yer alması (Hayırlıdağ, 2021) sağlıkta kalitenin yazılı kanıtlarıdır. Sağlıkta kalitenin günümüze yakın şekliyle temelini Florence Nightingale 19. Yüzyılda çalıştığı hastanede ölüm nedeni belirlemek için yaptığı istatistiksel çalışmalar atmıştır (Graham 1995). 1910 yılında Codman hastanelerin standartlaştırması fikrini ortaya atmış bununla birlikte tıp eğitiminin kalitesini ele almak üzere 1912 yılında American College of Surgeons (ACS) kurulmuş ve 4 yıl sonra Hastanelerin Standardizasyonu Komitesi, ACS' nin bir komitesi haline gelmiştir (Kaya, 2013). Ulusal Hemşirelik Eğitim Derneği (National League for Nursing Education) tarafından 1917'de standart hemşirelik eğitim müfredatı duyurmuş ve hemşirelik okullarında uygulanması için adım atılmıştır (Küçük-Yüceyurt vd., 2023). 1951 yılında Amerika'da Joint Commision on Accreditation of Hospitals (JCAHO) kurulmuştur. JCAHO' nun kurulmasındaki temel amacı sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi arttırmaktır. 1998 yılında JCI kurulmuş başta Amerika'da olmak üzere 70'ten fazla ülkede hastaneleri akredite eden sağlık alanındaki ilk akreditasyon kuruluşu olmuştur (Yurtseven, 2019). JCI akreditasyon setlerini yayınlayarak kaliteli sağlık hizmeti sunumunda standartların öncüsü olmuştur.

2.1.3.2. Toplam kalite yönetimi

Shewhart çalıştığı telefon şirketinde kaliteli üretim için bir takım çalışmalar yapmıştır ve bu çalışmaları sonucu küçük bir kontrol diyagramı oluşturmuştur. Böylece kalite kontrol kavramı endüstride yerini almıştır (Yılmaz, 2003). Üretim sektöründe üretimde hatayı azaltmak üzerine zamanla oluşan yeni uygulamalar, bilim insanlarının çalışmaları sonucu Toplam Kalite Yönetimi (TKY) felsefesi doğmuştur (Yaman, 2013). TKY, ürün veya hizmetin ilk defasında, sürekli doğru şekilde üretilmesini amaçlayan sonucu değil bütüncül yaklaşımla tüm süreçleri ele alan modern yönetim felsefesidir.

TKY, ilk olarak ABD’de ortaya çıkan bir sistem olmasına rağmen köklü çalışmalar Japonya’da atılmıştır (Arslan ve Küçük, 2011). 1946 ürün kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla Amerika’da ASQC kurulmuş ve kalite iyileştirme konusunda çalışmalar yaparak katkıda bulunmuştur (Önal, 2014). Kalitenin gelişmesinde yer alan araştırmacıların en başında W. Edward Deming (Planla-Uygula-Kontrol Et-Önle Döngüsü), Kaoru Ishikawa (Balık Kılçığı), James J. Juran (kalite üçlemesi), V. Pareto (Pareto Diyagramı) ve Philip Crosby (Şartlara Uygunluk ile sıfır hata yaklaşımı) örnek gösterilebilir. Bu araştırmacıların yaptıkları çalışmalar hala günümüz TKY anlayışında geçerlidir. 1950’ li yıllarda E. Deming ve J. Juran Japonya’ya giderek kalite ile ilgili çalışmalar yapmıştır. 1969 yılında Tokyo’da ilk Uluslararası Kalite Kontrol Konferansı verilmiştir ve Uluslararası Kalite Akademisi (IAQ) kurulmuştur (Parlak, 2004).

Tablo 2.1: Yıllara göre TKY' nin gelişim süreci

Tarih	Olay
1931	İstatiksel Kalite Kontrol (Shewart)
1940	Standford Seminerlerinin düzenlenmesi
1950	Japonya'da Deming'in seminerler vermesi
1951	Japonya'da Deming Kalite Ödülü verilmesi
1952	Japonya'da Kalite Kontrol Dergisi'nin yayınlanması
1954	Juran'ın kalitenin yönetim sorumluluğuna ait olduğunu dile getirmesi
1957	Feigenbaum'un ilk kez Toplam Kalite Kontrol adını kullanması
1960	İstatiksel Deney Tasarımı (Taguchi)
1961	Ishikawa tarafında Kalite Çemberlerinin oluşturulması
1969	Kobe Stell tarafından Kalite Fonksiyonunun Yayılması
1970	Hata Önleme Yaklaşımı (Shingo, Poka-Yoke) Kalitesizliğin Optimum Değerden Sapma Maliyeti (Taguchi)
1976	Toyota Tam Zamanında Üretim Sistemi (JİT) (Ohno)
1980	Sağlam ve Ucuz Tasarım (Taguchi)
1987	ABD'de Ulusal Kalite Ödülü'nün verilmesi
1988	ISO 9000 Standartlarının AB tarafından kabul edilmesi
1990	Toplam Kalite Yönetimi Felsefesi

Kaynak: (Yenersoy, 1997).

1980'lerde Japonya'da başlayan kalite kontrol hareketliliği zamanla TKY üzerinde çalışmaya dönüşmüştür. TKY'nin amacı ürün veya hizmetin üretimi süreçlerinde personelinin sürekli iyileştirilmesi amacıyla gönüllü katılımlarını sağlamak, maliyetleri en düşük düzeyde tutmak, önceden belirlenmiş hedefler doğrultusunda müşterinin beklentilerini en iyi şekilde karşılamak ve en yüksek kalitede ürün veya hizmet sunmaktır (Peşkircioğlu, 1995). Bu sürekli ve doğru sunumu gerçekleştirmek için zaman içerisinde TKY ilkeleri gelişmiştir. Yapılan çalışmalarla TKY ilkeleri farklı şekillerde ele alınmıştır. TKY ilkeleri geçmişten günümüze özetle aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 2.2: Farklı araştırmacılar tarafından oluşturulan TKY ilkeleri

Powel (1995)	Yusof ve Aspinwall (1999)	Sila ve Ebrahimpour (2003)	Conca ve arkadaşları (2004)	Nikolova-Jahn (2008)	Mubaraki (2012)	ASQ (2015)
Yönetimin katılımı	Yönetimin liderliği	Müşteri odaklılık ve memnuniyeti	Liderlik	Müşteri odaklılık	Müşteri odaklılık	Müşteri odaklılık
TKY' nin adaptasyonu ve iletişimi	Sürekli gelişim sistemi	Liderlik ve üst yönetim taahhüt	Kalite planlama	Liderlik	Sürekli gelişim	Tüm çalışanların katılımı
Yakın müşteri ilişkileri	Eğitim ve öğretim	Sürekli iyileştirme ve yenilik	Çalışan yönetimi	Vizyon ve plan	Gerçeklere dayalı karar verme	Süreç odaklılık
Yakın tedarikçi ilişkileri	Tedarikçi kalitesi yönetimi	Süreç yönetimi	Tedarikçi yönetimi	Tedarik kalitesi yönetimi	Tüm paydaşların katılım	Entegre sistem
Kıyaslama	Sistemler ve süreçler	Çalışan eğitimi	Müşteri odaklılık	Değerlendirme	Takım yaklaşımı	Stratejik ve sistematik yaklaşım
Artan eğitim	Ölçüm ve geri besleme	Takım çalışması	Süreç yönetimi	Süreç kontrolü ve iyileştirme	Hata önleme	Sürekli iyileştirme
Açık organizasyon	İnsan kaynakları yönetimi	Çalışanların bağlılığı	Sürekli iyileştirme	Kalite sisteminin gelişimi		Gerçekçi karar verme
Çalışan güçlendirmesi	Gelişim araçları ve teknikler	Herkesin katılımı	Eğitim	Çalışan katılımı		İletişim
Sıfır hata mantığı	Kaynaklar	Kalite bilgi ve performans ölçümü		Takdir ve ödüllendirme		
Esnek üretim	Çalışma ortamı ve kültürü			Eğitim ve öğretim		

Tablo 2.2’ de farklı araştırmacıların TKY’ ye yönelik oluşturdukları ilkeler yer almaktadır. Tabloda farklı çalışmalar sonucunda oluşturulan benzer TKY ilkeleri aynı renk ile gösterilmiştir. TKY ilkeleri incelendiğinde zaman içerisinde farklı kişilerin kendi çalışmalarında temel aynı 8 ilke üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Bu ilkeler;

- **Yönetimin Katılımı ve Liderlik:** TKY’ nin başarılı olabilmesi için en başta tepe yönetimin TKY felsefesini benimsemesi ve uygulanması konusunda liderlik etmesini ifade eder.
- **Müşteri Odaklılık:** rn veya hizmetin sunulduğu tüketicilerin beklenti ve ihtiyaçları doğrultusunda üretimin sağlanması ifade eder.
- **Hataların nlenmesi:** retimin başından sonuna kadar hata ortaya çıkmadan nleme ve hata ortaya çıktıktan sonra raporlama aracılığıyla hatanın tekrarlanması engellemeyi ifade eder.
- **Sürekli Gelişim:** Kurumun vizyonu doğrultusunda kaliteyi sürekli arttırarak daha iyi üretim yapmayı ifade eder.
- **Tüm alışanların Katılımı:** Tüm alışanların katılımı ile TKY’ nin st yönetimden en alttaki personele kadar herkesin benimsemesi ve uygulamasını ifade eder.
- **lme ve Verilere Dayalı Yönetim:** llemeyen hiçbir şey yönetilemez. Bu sebeple ürün veya hizmetin süreçler içerisinde llmesi ve verilere dayalı olarak kararlar alınmasını ifade eder.
- **Eğitim:** Sürekli gelişimin sağlanması için personelin güçlendirilmesi ve farkındalığının arttırılması için personelin eğitim ve ğretim programlarına tabi tutulmasını ifade eder.
- **Süreç Odaklılık:** retimdeki tüm süreçlerin sürekli iyileştirilmesi ve süreç bazlı ölümü ifade etmektedir (şentürk, 2011).

Sağlık sektöründe maliyetlerin yüksek olması ve karmaşık yapıya sahip olması telafisi zor sorunlara yol açmaktadır. Bu riskli yapıyı yönetmenin en iyi yolu üretim sektöründe başarıya ulaşmış TKY felsefesinin sağlık sektöründe uygulanması olmuştur (Çolakoglu-Babacan, 2019). Sağlık sektörü, hatanın geri dönüşü olmayan

ve TKY’ nin sıfır hata ilkesinin en kritik olduğu sektördür. TKY’ nin sağlık sektöründe uygulanması ile hasta bakım kalitesinde ve hasta memnuniyetinde artış, verimlilik ve karlılık ortaya çıkmıştır (Alexander, 2006).

Ülkemizde sağlık sektörüne TKY’nin uygulanması 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) etkili olmuştur (Oksay, 2016). SDP’ nin hedeflerinden biri olan hastaneleri standartlaştırmak için 2005 yılın ilk hizmet kalite standartları Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmıştır. Zamanla Hizmet Kalite Standartları adı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) olarak değiştirilmiştir. SKS setleri aslında TKY felsefine uygun olarak hazırlanmış başta hastaneler olmak üzere sağlık kurumlarında TKY ilkelerinin tümünü kapsadığı uygulaması zorunlu rehberler olmuştur. SKS setleri 5 boyuttu kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. Bu boyutlar; Kurumsal Hizmetler, Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler, Sağlık Hizmetleri, Destek Hizmetleri ve Gösterge Yönetimidir. SKS setlerinin standart ve değerlendirme ölçüt sayıları aşağıdaki tabloda yer almaktadır (URL-2).

Tablo 2.3: SKS setlerinde standart ve değerlendirme ölçüt sayıları

SKS Setlerinde Standart ve Değerlendirme Ölçüt Sayıları		
Yıl	Set Adı ve Versiyonu	Standart ve Değerlendirme Ölçüt Sayısı
2005	SKS-Hastane Versiyon 1	100 Standart
2007	SKS-Hastane Versiyon 2	150 Standart
2008	SKS-Hastane Versiyon 3 (Kamu Hastaneleri)	354 Standart 900 Alt Kriter
2009	SKS-Hastane Versiyon 3 (Özel ve Üniversite Hastaneleri)	388 Standart 1450 Alt Kriter
2009	SKS-ADSH Versiyon 1	51 Standart
2011	SKS-ADSH Versiyon 2	165 Standart
2011	SKS-Hastane Versiyon 4	5 Boyut
2016	SKS-Hastane Versiyon 5.1	557 Standart 1100 Değerlendirme Ölçütü
2016	SKS-Diyaliz Versiyon 1	196 Standart 421 Değerlendirme Ölçütü
2018	SKS -112 Versiyon 3	163 Standart 359 Değerlendirme Ölçütü
2020	SKS-Hastane Versiyon 6.1	523 Standart 1599 Değerlendirme Ölçütü
2020	SKS Versiyon 6.1	523 Standart 1599 Değerlendirme Ölçütü
2023	SKS-ADSH Versiyon 4	280 Standart 818 Değerlendirme Ölçütü

2.1.3.3. Akreditasyon

Akreditasyon, “Bir kuruluşun, gönüllü olarak önceden belirlenmiş olan standartları uygulaması ve bu standartlara uygunluğunun, uluslararası kabul görmüş tüzel bir kişilik tarafından denetim ve değerlendirme yoluyla belgelendirildiği süreç” olarak tanımlanmaktadır (Cengiz, 2018). Akreditasyonun temel amacı, zorunlu uygulamalardan bağımsız olarak, sağlık kurumlarında; hasta istek ve ihtiyaçlarını karşılamak, çalışanların performanslarını arttırmak, objektif değerlendirme yapmak, kuruma olan güveni arttırmak, sürekli eğitimi sağlamak, tedavi ve bakım kalitesini korumak ve geliştirmektir (Tengilimoğlu, 2013).

Sağlık kuruluşları, rekabet, pazar payını arttırma, özel sigorta şirketleri tarafından tercih edilme, saygınlık, organizasyon gelişimi, sağlık bakım kalitesini arttırma ve sağlık turizminde ilerleme gibi avantajları olduğu için gönüllü olarak akredite olmaktadır (Güdük ve Kılıç, 2017). Akreditasyonun sadece sağlık hizmeti sunan kuruma değil orada tedavi gören hasta içinde birçok açıdan fayda sağlamaktadır. Akredite olmuş kurumdaki hizmet almak hastaya; kuruma ulaşmanın kolay olması, hasta haklarının önemsenmesi, iletişimin güçlü olması, memnuniyetin değerlendirilmesi, sağlık bakımı, sağlığı hakkında karar sürecine dahil edilmesi ve hizmet alana değer verilmesi gibi avantajlar sağlamaktadır (Yıldız, 2010). Akreditasyon standartları, sağlık kuruluşunda tıbbi hataların belirlenmesi, kök neden analizinin yapılması ve tesis güvenliğinin sağlanması gibi hasta ve çalışan güvenliği konularında temel süreçlere odaklanılmasını sağlamaktadır (Aydın, 2002).

Uluslararası farklı kuruluşlarda akreditasyon belgelendirme olarak 1947 yılında kurulan ISO başta gelmektedir (ISO, 1997). Zaman içerisinde 1958 yılında Kanada’da Akreditasyon Kanada (AC) programı, Avustralya’da 1974 yılında, Avustralya Sağlık Hizmetleri Standartları Konseyi (ACHS) (Saygılı, 2019), 2013 yılında Uluslararası Amerikan Akreditasyon Komisyonu (AACI) vb. birçok kurum sağlıkta akreditasyon kurumları olarak sektörde yerlerini almışlardır. Sağlık sektöründe akreditasyonda önde gelen kuruluşlar arasında JCI yer almaktadır. 1999 yılından bu yana JCI akreditasyon hizmeti vermekte olup hasta güvenliği konusunda

alışmalar yapmaktadır. Uluslararası Sağlık Hizmetlerinde Kalite Derneği (ISQua) 1985 yılında uluslararası sağlık kurumları akredite eden kuruluşları akredite etmek için kurulmuştur (Kavak, 2018).

Ülkemizde ise 2015 yılında ‘‘Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)’’ kurulmuştur. ‘‘Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) hizmete başlamış ve TÜSKA tarafından hazırlanan Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) seti ISOua tarafından akredite edilmiştir. Bu kapsamda 2023 yılı itibari ile 10 sağlık kurumu TÜSKA tarafından SAS doğrultusunda akredite edilmiştir (URL-3).

2.1.3.4. Hastanelerde kalite yönetimi

Sağlık hizmeti sunumunda temel çıktı insan sağlığıdır. Hastaneler, insan sağlığı ile bire bir ilgilenen kurumlar olması sebebiyle hastanelerde yaşanan en küçük hata bile geri dönüşü olmayan sonuçlara neden olabilmektedir. Hastaneler karmaşık olan sağlık sektörünün en riskli kurumlarıdır. Hastanelerde kalite çalışmaları, hastanelerin hizmet sunumundaki teşhis, tedavi, bakım, ameliyat, laboratuvar vb. temel süreçlerle doğrudan ilişkilidir (Kavuncbaşı, 2000). Hastanelerde kalitenin temel üç hedefi vardır; Hasta güvenliği, çalışan güvenliği ve hasta / çalışan memnuniyetini sağlamak. Bu riskli yapıyı yönetmek ve hasta/çalışan güvenliğini sağlamanın yolu TKY’ yi uygulamaktır. Sağlık Bakanlığı, 2005 yılında Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi’’ yayınlayarak sunulan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet verilmesi, hedeflere erişebilmeleri için llebilir, karşılaştırılabilir hizmet sunumunu amaçlamıştır. Ülkemizde hastanelerde TKY’ yi uygulamanın yöntemi Sağlık Bakanlığı tarafından SKS Rehberi uygulamaktadır. SKS Rehberi içerisinde hastanedeki her süreci kapsayacak standartlar yer almaktadır. SKS Hastane setinde 5 boyut, 46 bölüm mevcuttur (URL-1).

Tablo 2.4: SKS hastane seti bölümler

KURUMSAL HİZMETLER	HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	SAĞLIK HİZMETLERİ	DESTEK HİZMETLER	GÖSTERGE YÖNETİMİ
Kurumsal Yapı	Hasta Deneyimi	Hasta Bakımı	Tesis Yönetimi	Göstergelerin İzlenmesi
Kalite Yönetimi	Hizmete Erişim	İlaç Yönetimi	Otelcilik Hizmetleri	
Doküman Yönetimi	Yaşam Sonu Hizmetleri	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	Bilgi Yönetim Sistemi	
Risk Yönetimi	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
Kurumsal Verimlilik		Transfüzyon Hizmetleri	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi		Terapötik Aferez Hizmetleri	Atık Yönetimi	
Afet ve Acil Durum Yönetimi		Radyasyon Güvenliği	Dış Kaynak Kullanımı	
Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi		Acil Servis		
Eğitim Yönetimi		Ameliyathane		
Sosyal Sorumluluk		Yoğun Bakım Ünitesi		
		Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi		
		Doğum Hizmetleri		
		Diyaliz Ünitesi		
		Psikiyatri Hizmetleri		
		Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri		
		Biyokimya Laboratuvarı		
		Mikrobiyoloji Laboratuvarı		
		Patoloji Laboratuvarı		
		Doku Tiplendirme Laboratuvarı		
		Kemoterapi Hizmetleri		
		Organ ve Doku Nakli Hizmetleri		
		Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri		
		Palyatif Bakım Kliniği		
		Evde Sağlık Hizmetleri		

Hastanelerde kalitenin ölçülmesi için SKS' de beşinci boyut gösterge yönetimi olarak ele alınmıştır. Hastaneler gösterge yönetimi bölümü doğrultusunda ölüm oranları, bası yarası, personel devir hızı vb. birçok süreci ölçmektedir. SKS' de yer alan her standardın bir puanı vardır. Sağlık Bakanlığı tarafından hastaneler SKS üzerinden her yıl değerlendirilmekte olup 100 üzerinden puan almaktadır. Bu değerlendirmeler sonucu Sağlık Bakanlığı tarafından ülkenin sağlık seviyesi ölçülmekte ve sağlık seviyesini geliştirmek için çalışmalar yapılmaktadır.

2.2. Hasta Güvenliği Kültürü

Güvenlik; kişinin herhangi bir tehdit, taciz, yangın, darp vb. olaylara karşı tedbirler alması olarak tanımlanabilir (Kaya, 2022). Hasta Güvenliği; sağlık hizmeti sunan kurumlarda, hastanın karşılaşılabileceği sağlık hizmeti sunumu kaynaklı hataların önlenmesi, ortaya çıkan hataların kök nedeninin araştırılması ve hastaya ulaşan/ulaşabilecek zararların önlenmesi amacıyla alınan önlemlerin tümüdür (Bayer ve Çevik, 2019). Kurum Kültürü; kurumun kurallarından, hiyerarşisine, kutlamalardan, çalışma düzenine, ödül-ceza sisteminden, yönetim anlayışına kadar tüm süreçleri kapsayan ve çalışanların uyum sağladığı atmosferdir (Gökkaya, 2023). Güvenlik Kültürü; kurum içerisinde, güvenliğin sağlanması amacıyla çalışanlar tarafından benimsenen/benimsetilen davranış, inanç, tutum ya da alışkanlıklarının bütünü olarak tanımlanabilir (Gökkaya, 2023). Güvenlik kültürü kavramı, ilk kez 1986 yılında yaşanan Çernobil faciasından sonra hazırlanan raporda zayıf güvenlik kültürü olarak geçirilmiştir. İlgili raporda felaket nedenlerinden biri olarak zayıf güvenlik kültürü gösterilmesiyle ortaya çıkmıştır (Pidgeon, 1998). Güvenlik kültürünün önem kazanmasıyla Wiegmann ve arkadaşları yapılan çalışmalarında güvenlik kültürünün 5 boyutunu belirlemiştir (Wiegmann vd, 2004). Bu 5 boyut evrensel olarak kabul görmektedir. Güvenlik kültürünün boyutları şunlardır;

- 1. Yönetimin Katılımı:** Kurumun üst ve orta düzey yöneticilerin güvenlik ile ilgili süreçlerde yer almaları, verilen eğitim ve seminerlere birebir katılmaları ve güvenlik konusunda etkin çift yönlü iletişimin kurulmasını yönetimin katılımının sağlanmasını ifade etmektedir.

2. **Örgütsel Bağlılık:** Kurumun yönetim liderliğinde güvenliği temel prensip haline getirmesiyle birlikte tüm çalışanların finansal kriz dönemleri dahi olmak üzere güvenlik kültürüne uyum sağlamalarını ifade etmektedir.
3. **Çalışanı Yetkilendirme:** Çalışanların güvenlik süreçlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde aktif rol almaları, fikirlerinin değerlendirilmesi ve güvenlik konusunda daha fazla sorumluluk almaları konusunda yetkilendirilmelerini ifade etmektedir.
4. **Ödüllendirme Sistemleri:** Kurumda güvenlik kültürü çerçevesinde çalışan davranışlarını ödüllendirmeyi veya cezalandırılmayı ifade etmektedir. Ödül / ceza sisteminin kurumda yerleşmiş olması ve çalışanlar tarafından bilinmesi gerekmektedir.
5. **Raporlandırma Sistemleri:** Kurumda raporlama sisteminin oluşturulması, bu sistemin erişiminin kolay olması ve çalışmaların raporlama konusunda kendilerini güvende hissetmelerini ifade etmektedir. Raporlama sistemi, kazalar meydana gelmeden önce önlenmesine büyük katkı sağlamaktadır.

Güvenlik, kalitede en önemli faktörlerinden biridir. Zaman içerisinde çalışan odaklı güvenlik kültürü anlayışı sağlık sektöründe çalışan güvenliği ve hasta güvenliği kültürü olarak yerini almış hatta kalite hedefi haline gelmiştir.

Hasta Güvenliği Kültürü; sağlık kurumunda, hastaya hizmet sunumu sırasında sağlık ve güvenlik süreçlerinde özellikle hekim, hemşire vb. hasta ve hasta yakınıyla direkt iletişim içinde olan çalışanların algıları, tutumları, becerileri ve davranış biçimlerinin tümüdür (Pizzi vd., 2001). Sammer ve arkadaşları (2010) hasta güvenliği kültürü üzerine yaptıkları meta-analiz çalışmada hasta güvenliği kültürünün 7 alt kültürünü ortaya koymuşlardır. Bu özellikler şu şekildedir;

1. **Liderlik:** Kurumun yöneticileri, sağlık hizmeti sunumundaki yüksek riski kabul ederek en tepeden en alt kademeye kadar tüm çalışanlar arasında misyonu, vizyonu, personel sayısı, maddi planları vb. süreçli birbirini tamamlayacak şekilde uyumlu hale getirmeye çalışır.

2. **Ekip çalışması:** Yöneticiler ve çalışanlar arasında güvene dayalı, saygılı, esnek ve çift yönlü iletişim vardır. İşbirliği içerisinde dayanışmanın yer aldığı atmosfer oluşmuştur.
3. **Kanıt dayalı:** Kanıt dayalı tıp hasta bakımında uygulanır. Süreçler standartlaştırılarak güvelliği gözeterek kurgulanmıştır.
4. **İletişim:** Çalışanın kurum içerisindeki görevi ne olursa olsun hasta adına konuşma hakkına ve sorumluluğa sahip olduğu bir ortam mevcuttur.
5. **Öğrenme:** Kurum hatalarından ders çıkarır ve iyileştirme için yeni fırsatlar arar. Öğrenme, en tepeden en alt kademeye kadar tüm personel arasında kıymetlidir.
6. **Adil olma:** Kurum, hataların nedenini çalışan kaynaklı değil sistemin başarısızlığı olarak görür. Fakat bireysel bireyleri olumsuz davranışlarından sorumlu tutmaktan da çekinmez.
7. **Hasta merkezlilik:** Hasta bakımı sunumunda hasta ve ailesinin istek ve beklentilerine odaklanılır. Hastanın, kendi bakımında katılımı sağlanır ayrıca hasta, hastane ve toplum arasında köprü görevi görür.

Hasta Güvenliği Kültürünün ölçümü için Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından Hasta Güvenliği Kültürü anketi yayınlanmış ve yurt dışında hasta güvenliği kültürü 12 boyutta ele alınmıştır (Yılmaz, 2020). İlgili anketin Türkçe geçerlilik çalışmasında hasta güvenliği kültürü 10 boyut olarak belirlenmiştir (Bodur ve Filiz, 2010). Hasta Güvenliği Kültürü Boyutları şu şekildedir;

1. **Raporlanan Olayların Sıklığı:** Hata raporlama sisteminin ramak kala olayları içerisine alacak şekilde kurgulanması ve tüm personel tarafından erişebilir olmasını ifade etmektedir (Institute of Medicine, 2004).
2. **Yönetim ve İletişim:** Hata raporlama konusunda personelin çekincesinin olmaması ve hata sonrası yapılan iyileştirmeler sonrası personelin bilgilendirilmesini ifade etmektedir (Famolaro vd., 2018).
3. **Genel Güvenlik Algısı:** Hasta güvenliğini sağlamada ve hataların önlenmesinde çalışmalar yapılarak prosedür, talimat, rehber vb. dokümanların oluşturulmasını ifade etmektedir (Famolaro vd., 2018).

4. **Örgütsel Öğrenme:** Hata raporlamalarının analiz edilmesi, hatalardan öğrenme ve hasta güvenliğini eğitim yoluyla iyileştirmeyi / geliştirmeyi ifade etmektedir (Edwards, 2017).
5. **Takım Çalışması:** Çalışanların hasta güvenliğini sağlamak için birbirini desteklemesi ve ekip olarak hareket etmesini ifade etmektedir. (Famolaro vd., 2018)
6. **Hataların Değerlendirilmesi:** Hata yapan personele karşı yönetim veya çalışma arkadaşları tarafından cezalandırma veya suçlama yaklaşımının olmamasını ifade etmektedir (JCI, 2017).
7. **Personel:** Hasta bakımının güvenli ve kaliteli sunulması için sağlık çalışanlarının iş yükünün azaltılması ve yeterli sayıda sağlık çalışanının istihdam edilmesini ifade etmektedir (Rogers vd., 2004).
8. **Hastane Yönetimi:** Yöneticilerin hasta güvenliği konularında çalışanların önerilerini dikkate almalarını ifade etmektedir (URL-16).
9. **Birimler Arası İlişkiler:** Kurumda yer alan birimlerin, hasta bakımı sunumunda birbirleriyle uyumlu ve dayanışmayla çalışmalarını ifade etmektedir (Famolaro vd., 2018).
10. **Görev Değişimi:** Hasta transferi sırasında veya nöbet değişimlerinde hasta ile ilgili önemli bilgilerin iletişim eksikliğinden kaynaklı iletilmemesinin önlenmesini ifade etmektedir (Famolaro vd., 2018).

Hasta Güvenliği Kültürü, sağlık kurumunda çalışan tüm personelin ortak bir anlayışa sahip olduğu, hasta güvenliğinin önceliklendirildiği ve sürekli olarak iyileştirildiği bir ortamın elde edilmesini hedefler. Hasta Güvenliği sisteminin başarılı olmasının yolu güçlü bir hasta güvenliği kültürünün kurumda yerleşmiş olmasından geçmektedir.

2.2.1. Hasta güvenliğinin önemi

Hasta Güvenliği doğrultusunda yapılan çalışmalar sağlıkta kalite sistemlerine olan ihtiyacın somut kanıtı olmuştur. Hipokrat'ın "Önce Zarar Verme" sözü hasta güvenliği anlayışının temelini oluşturmuştur. Hasta güvenliği konusunda tarihte

bilinen ilk kurallar Hammurabi Kanunlarında yer almaktadır. Hammurabi Kanunlarının 215, 217, 218, 219, 221 ve 223. Maddeleri hekimlikte hatalı uygulamalar sonucu ceza ve hekim ödemeleri ile ilgilidir (Güven, 2016). Osmanlı Devleti döneminden günümüze gelen yazılı kaynaklarda hastalara hekimler tarafından tedavi uygulanmadan önce alınan yazılı rıza belgeleri görülmüştür (Tokaç, 2008). Geçmişten günümüze farklı medeniyetlerde hasta güvenliğiyle ilgili uygulamalar yapılmıştır. Fakat hasta güvenliği ile ilgili resmi ve çarpıcı açıklamalar 20. Yüzyıldan sonra somut veriler halinde karşımıza çıkmaya başlamaktadır.

Tablo 2.5: Hasta güvenliği ve kalite çalışmalarıyla ilgili önemli olaylar

TARİH	OLAYLAR
1955	Ernest Aromy Codman hasta bakımında sonuç yönetimini kurarak hasta sonuçlarına odaklanması
1984	Anestezi Hasta Güvenliği Birliği öncülüğünde New York'ta Harvard Tıbbi Uygulama çalışmasının yapılması
1995	1. Annenberg Hasta Güvenliği Konferansı'nın düzenlenmesi
1996	-ABD'de Sağlık Bakım Endüstrisi'nde Kalite ve Tüketicinin Korunması Danışma Komisyonu'nun Kurulması (ABD Başkanı Clinton), -Amerikan Araştırma ve Geliştirme Kuruluşu için ABD bakım kalitesine kanıt sunmak üzere akademik alan yazının gözden geçirilmesi (Ulusal Koalisyon IOM ve Sağlık Bakımı Komisyonları), -Harvard Üniversitesi'nde Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Yönetim Kürsüsü'nün açılması
1997 1998	-Teknik Danışma Paneli 'nin 1997–1998 yılları arasındaki çalışmaları Devlet Kalite Komisyonları 'na eklemek üzere güncelleme çalışması yapması (IOM), -Amerika Sağlık Bakımında Kalite ve Kurumlar arası Kalite Koordinasyonu Görev Gücü Projesi'nin başlatılması (ABD Başkanı Clinton), -Ulusal Forum'da Sağlıkta Kalite Ölçümleri ve Raporlarının yayınlanması, -Tıp Enstitüsü'nün "Ulusal Sağlık Bakımı ve Kalite Yuvarlak Masa" toplantısında üç tip kalite sorununun (aşırı, yetersiz, kötü kullanım) tanımlanması, -"İnsan Hata Yapar: Daha Güvenli Bir Sağlık Sisteminin Oluşturulması Raporu'nun yayınlanması (IOM'ın "Sağlık Bakımı Kalite Komitesi")
2000	-Sağlık Politikası ve Sağlık Araştırma Ajansı'nın isminin, Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı olarak değiştirilmesi -Kalite Uçurumlarını Aşmak raporunun yayınlanması (IOM), -Güvenlik Standartları Raporu'nun yayınlanması (Birleşik Komisyon), -Hasta Güvenliği Ortakları'nın kurulması (Hasta Güvenliği Konferansı), -Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı'nın alt birimi olarak "Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Merkezi "nin (CQuIPS) kurulması, -"Hasta Güvenliği Araştırma Ajandasının yayınlanması (QuIC ve AHRQ)
2001	FDA, AHRQ, CDC, CMS ile ulusal hasta güvenliği gücünün kurulması
2002	-Ulusal Sağlık Bakım ve Kalite Planı Raporu'nun yayınlanması (IOM), -6 Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri' nin yayınlanması (Birleşik Komisyon), -Sağlık Sigorta Merkezi ve Tıbbi Çağrı Hizmetleri tıbbi hataları azaltmayı içeren performans geliştirme ve kalite değerlendirme için gerekli katılım şartlarının yayınlanması.

2003	-Yeni araştırma sürecinde “Halkın Sağlığını Arttırma Stratejileri Vizyonu ”nun duyurulması (Uluslararası Birleşik Komisyonu), -Ulusal Eylem İçin Öncelikli Alanlar raporunun yayınlanması (IOM), -Tıbbi hataların azaltılması dahil performans iyileştirme ve kalite değerlendirmeleri için katılım koşullarının yayınlanması (Medicare ve Medicaid Hizmet Merkezleri), -“Hasta Güvenliği ve Kalite Geliştirme Yasası 2003”ün (HR 877) onaylanması (Ev Komitesi), -İlaç kodlamanın gerekli kurallarını açıklaması (FDA), -Hasta güvenliği göstergeleri ve web tabanlı kalite ölçümleri kitabının yayınlanması (Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı), -Sağlık Geliştirme Enstitüsü tarafından interaktif kalite kaynaklarının geliştirilmesidir. Amerika Birleşik Devletleri’nde 2007 yılında Hasta Güvenliği Uzlaş Raporu yayınlanmıştır (AHRQ 2007).
------	---

Kaynak: Korkmaz, 2018

Kaliforniya’da, California Medical Derneği (CMA) ve California Hastanesi Dernek (CHA) (1974) tarafından tıbbi hata kaynaklı sigortada ödenen maliyeti hesaplamak için bir çalışma başlatıldı ve çalışmada 20 bin hasta dosyası incelenmesi sonucunda 20 bin hastanın %4,65’inin başına önlenebilir hatalardan kaynaklı zarar geldiği ve bu hataların %1’inin ihmâl sonucunda olduğu ortaya çıkmıştır (Mills, 1978).

IOM (2000) tarafından yayınlanan ‘To Err is Human’ raporu hasta güvenliğinin önemini somut delillerle ortaya çıkarmış ve hasta güvenliği üzerine çalışmaların dünya çapında hızlanmasında domino etkisi yaratmıştır. Bu raporda ABD’de tıbbi hata kaynaklı yılda 44 bin – 98 bin insanın öldüğü, her yıl meme kanserinden ölen insan sayısının trafik kaza sonucu ölen insan sayısında daha fazla olduğu, 7 binden fazla insanın yanlış ilaç kullanımı kaynaklı öldüğü tespit edilmiştir. Ayrıca s To Err is Human raporunda sağlık sisteminin yüksek maliyetli olmamasının yanı sıra tıbbi hata kaynaklı mali zararda gözler önüne serilmiştir. Tıbbi hata kaynaklı hasta başına 4700 USD, tıbbi hataların maliyetinin 37.6 - 50 milyar USD olabileceği bu maliyetin ise 17-29 milyar USD önlenebilir hatalardan kaynaklandığı tahmin edilmiştir (IOM, 2000). 2006 yılında Uluslararası Hemşireler Konseyi’ nin (International Council of Nurses - ICN) yayınına göre hekim ve eczacı kaynaklı tıbbi hataların %86’sının hemşireler tarafından önlenebileceği bu sebeple sağlık bakımında hemşirelerin rolünün çok önemli olduğu vurgulanmıştır (Göz ve Kayahan, 2011). Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nün (2017) yayınladığı raporda, gelişmiş ülkelerde her 10 hastadan

1' inin, %50 oranında önlenabilir tıbbi hata kaynaklı zarar gördüğü, her yıl 10 milyon insanın tıbbi hata kaynaklı sakatlandığı veya öldüğünü belirtmiştir (URL-4).

Bu çalışmaların ardından hasta güvenliği hızla önem kazanmış ve hataların kök nedenleri araştırılarak hastaya zarar vermeme anlayışı doğrultusunda hata önleme uygulamaları geliştirilmiştir. Tıbbi hata kaynaklı zararların azaltılması kapsamında WHO, IOM, JCI vb. büyük organizasyonlar tarafından birçok rapor yayınlanmıştır. IOM (2003) yılında sağlık bakım kalitesinin iyileştirilmesi adına 20 öncelikli alanın belirlendiği bir rapor yayınlamıştır. JCI (2002) 6 hasta güvenliği hedefini yayınlamıştır. JCI, her yıl Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri' ni (National Patient Safety Goals-NPSG) güncelleyerek veya yeni hedefler ekleyerek yayınlar. En son 2023 yılında ulusal hasta güvenliği hedeflerine yeni hedefler ekleyerek yayım yapmıştır (URL-8). Bu hedefler, hastaneler, ambulanslar, evde bakım gibi farklı sağlık hizmeti sunumu yapan kurumlara göre değişmektedir. WHO başkanlığında 2004 yılında “World Alliance for Patient Safety” (Hasta Güvenliği İçin Dünya İttifakı) kurulmuştur (URL-5). WHO (2005) tarafından “Draft Guidelines For Adverse Event Reporting And Learning Systems (Tıbbi Hataların Öğrenilmesi ve Raporlanması Taslak Kılavuzu) yayınlamıştır (URL-6). JCI ve WHO tarafından ortak “Patient Safety Solutions (Hasta Güvenliği Çözümleri)” raporu yayınlanmıştır (URL-7). WHO (2018) tarafından Global Patient Safety Collaborative (GPSC) (Küresel Hasta Güvenliği İşbirliği) hasta güvenliği konusunda küresel eylemi güvence altına almak ve ölçeklendirmek, ayrıca önlenabilir zarar riskini azaltmak ve ülke düzeyinde sağlık sistemlerinin güvenliğini iyileştirmek amacıyla kurulmuştur. Yine WHO (2021) ve ortakları tarafından 2021-2030 Yılına kapsayacak şekilde “Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 (Küresel Hasta Güvenliği Eylem Planı 2021) 2030 sağlık hizmetlerinde önlenabilir zararları ortadan kaldırmaya yönelik planı yayınlanmıştır (URL-9).

Bu çalışmalar ve raporların ardından dünyada teknoloji ile gelişen sağlık sistemi hasta güvenliği konusunda ciddi çalışmalar yürütülmeye başlanmıştır. Sağlık Turizminin gelişmesiyle ülkeler güvenli tedavi sunmak ve hasta bakım kalitelerini en iyi hale getirmek için çalışmaktadır. Tıbbi hataları önlemek için ülkeler kendi sağlık

sistemleri içerisinde çeşitli standartlar geliştirmiş ve uygulamalar başlatmıştır. Eski yaklaşımda hatayı yapanı bul ve cezalandır anlayışı var iken güncel yaklaşımlarda hatanın kaynağı sistemdir, hata oluşmadan önce tespit et ve önle anlayışı hakim olmuştur. Tıbbi hataların önlenmesi hem insan sağlığını korumada hem de sağlık giderlerini azaltmada Hasta Güvenliği'nde en önemli süreçtir.

2.2.2. Hasta güvenliğinde hata türleri

Tıbbi Hata, herhangi bir olumsuz sonucu olup olmadığından bağımsız olarak, konunun uzmanı kişi tarafından yanlış görülen, hasta için potansiyel olarak olumsuz sonuçlanma olasılığı olan ihmal veya eylemdir (Kaya, 2013). Tıbbi Hata türleri zaman içerisinde yapılan çalışmalarda farklı şekillerde ele alınmıştır.

Kök Nedenine Göre Tıbbi Hatalar (Akalin, 2005);

- **İşleme bağlı hatalar:** Sağlık hizmeti sunumu sırasında yanlış işlemin yapılmasıdır.
- **İhmale bağlı hatalar:** Sağlık hizmeti sunumunda doğru işlemin yapılmamasıdır.
- **Uygulamaya bağlı hatalar:** Sağlık hizmeti sunumunda doğru işlemin yanlış uygulanmasıdır.

Sağlık Bakımı Süreçlerine Göre Tıbbi Hatalar konusunda Leape ve arkadaşları 1993 yılında yaptıkları çalışmada tıbbi hataların türleri 4 aşamada ele alınmıştır. İlgili aşamalar Tablo 2.6'da verilmiştir.

Tablo 2.6: Sağlık bakımı süreçlerine göre hatalar

Tanı Hataları	-Eksik, geç veya hatalı tanı -Uygun ve gerekli testlerin uygulanmaması -Güncel olmayan test veya tedavi yöntemlerinin uygulanması - Tetkik sonuçlarının dikkate alınmaması
Tedavi Hataları	-Test, tıbbi işlemler ve cerrahi girişimler esnasında hata - Tedavi sırasında hata - İlaç hataları (eksik, yanlış ilaç, hatalı doz vb.) - Tedavi veya test sonuçlarının değerlendirilmesinde geç kalma - Eksik, yanlış veya hatalı tedavi yönteminin uygulanması
Önleyici Tedavi Hataları	- Profilaktik tedavi uygulamalarında başarısızlık - Tedavi takibinin veya kontrolünün yeteri kadar yapılmaması
Diğer Hatalar	- Etkin iletişimin sağlanmamasından kaynaklanan hata - Cihaz veya donanım kaynaklı hata - Diğer sistem kaynaklı hata

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan hata raporlama sisteminde tıbbi hatalar sınıflara ayrılmıştır (URL-10).

Tablo 2.7: Hata sınıflandırma

Hasta Güvenliği Hataları Sınıflandırma	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar
	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar
	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları
	İletişim Hataları
	Bakım, Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar
	Hasta/Refakatçi Kaynaklı Hatalar
	Kan ve Kan Ürünlerinin Transfüzyonuna İlişkin Hatalar
	Nütrisyonu İlişkin Hatalar
Laboratuvar Hataları Sınıflandırma	Preanalitik
	Analitik
	Postanalitik
İlaç Hataları Sınıflandırma	Muhafaza
	İstem
	Hazırlama
	Transfer
	Uygulama
	Uygulama Sonrası
Cerrahi Hata Sınıflandırma	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı
	Ameliyathaneye Transfer ve Hasta Kabulü
	Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı
	Anestezi Öncesi Hazırlık ve Kontroller
	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller
	Ameliyat Sürecindeki Takip ve Kontroller
	Ameliyat Sonu Kontrolleri
	Ameliyathaneden Hastanın Ayrılışı ve Transferi

Avrupa Komisyonu (2014) tarafından yapılan çalışmada hastaneye başvuran hastaların %8-12'sinin tıbbi hataya maruz kaldıkları tespit edilmiştir (URL-11). Bu tıbbi hatalar şu şekilde sınıflandırılmıştır;

- **Sağlık Hizmetiyle İlişkili Enfeksiyonlar:** Hastada daha önce veya kuluçka döneminde olmayan sağlık kuruluşunda tedavisini gördüğü esnada gelişen enfeksiyonlardır (URL-1). Bu enfeksiyonlar mortalite ve morbidite artmasına, yatış süresi uzamasına ve maliyetlerin yükselmesine neden olmaktadır.
- **İlaçla İlgili Hatalar:** İlacın, sağlık çalışanı kontrolünderken hastanın zarar görmesine neden olabilecek şekilde muhafazası, hazırlanması, istenmesi, uygulanması vb. nedenlerden ötürü ortaya çıkan ve önlenabilir olaylardır (URL-12). İlaç hataları, eksik/fazla doz, yanlış ilaç, yanlış hasta, yanlış yol vb. sebeplerden gerçekleşmektedir. İlaç uygulanmadan önce hemşire tarafından doğru ilaç, hasta, doz, yol, form, zaman, kayıt ve yanıt olmak üzere 8 ilkenin kontrolünün yapılması ilaç hatalarının birçoğunu önlemektedir.
- **Cerrahi Hatalar:** Yanlış bölge, ameliyat, hasta, nakil, organ veya ameliyat bölgesinde yabancı cisim unutulması olarak görülmektedir (JCI, 2008). Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nde yer alan tüm sorular tek tek sorgulanıp kontrol edildiğinde cerrahi hataların birçoğu önlenabilmektedir.
- **Tıbbi Cihaz Arızaları:** Hastaya uygulanacak tanı ve tedavi süreçlerinde kullanılacak malzeme ya da cihazların kullanılmaması, yanlış malzeme kullanılması ya da cihazın kalibrasyonunun yapılmamasından kaynaklı hastaya ulaşan ya da ulaşabilecek hatalardır (Aştı ve Acaroğlu, 2000).
- **Teşhis Hataları:** Hastanın, rahatsızlığı için teşhis koymada geç kalınması, bilimsel olmayan, güncelliğini kaybetmiş veya eksik yöntemler ile teşhis konulması, teşhisin konulamaması, hastaya uygulanan testlerden kaynaklı hatalar sebebiyle hastanın zarar görmesi durumları teşhis hatası kapsamında değerlendirilmektedir (Koç 2014). Tecrübesiz çalışanlar tarafından yapılan tetkikler teşhis kaynaklı tıbbi hata kapsamında değerlendirilmektedir (Akalin 2005).

- **Testlerin Sonuçlarına Göre Hareket Etmemek:** Hastanın test sonuçları doğrultusunda tedaviye başlamamak, taramaları aksatmak, ertelemek veya tüm testleri zamanında yapılmaması tıbbi hata olarak değerlendirilmektedir.

Tıbbi Hatalar sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın kuruma girdiği andan taburculuk sürecinin sonuna kadar her süreçte ortaya çıkabilir. Bu sebeple JCI tarafından yayımlanan ve dünya genelinde kabul görmüş hasta güvenliği hedeflerinin uygulanması tıbbi hataların hastaya zarar vermeden önlenmesini sağlamaktadır. Hasta Güvenliği Hedefleri şunlardır (JCI, 2017);

1. Hasta Kimlik Bilgilerinin Doğrulanması,
2. Etkili İletişimin Sağlanması,
3. Yüksek Riskli İlaçların Güvenli Kullanımı,
4. Doğru Taraf, Doğru Prosedür ve Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması,
5. Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyon Riskinin Azaltılması
6. Düşmelerin Önlenmesi

Ülkemizde ulusal hasta güvenliği hedefleri 2022 yılında gerçekleştirilen “VIII. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi” nde 23 hedef olarak belirlenmiştir (URL-13);

Tablo 2.8: Türkiye sağlık sisteminde 23 hasta güvenliği hedefi

1. Güvenli Cerrahi	9. Hastaların Doğru Tanımlanması	17. Kardiyak Arrest Yönetimi
2. Güvenli Doğum	10. Hastaların Güvenli Transferi	18. Venöz Tromboemboli İle Mücadele
3. Radyasyon Güvenliği	11. Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlarla Mücadele	19. Basınç Yaralarının Önlenmesi
4. Hasta Düşmelerinin Önlenmesi	12. İlaç Güvenliği	20. Nazogastrik Tüp ve Hasta Güvenliği
5. Bilgi Güvenliği	13. Kan Güvenliği ve Yönetimi	21. Hasta ve Hasta Yakını Katılımı
6. Malzeme ve Cihaz Güvenliği	14. Güvenli Hasta Devri	22. Yaşlı Hastalarda Postoperatif Deliriumla Mücadele
7. Tesis Güvenliği	15. Yenidoğan Güvenliği	23. Hatalardan Öğrenme
8. Teşhiste Hasta Güvenliği	16. Hava Yolu Güvenliği	

2.2.3. Hasta güvenliği ihlallerine neden olabilecek faktörler

Sağlık hizmet son derece karmaşık ve riskli bir yapıdır. Her ne kadar önlemler alınsa da farklı sebeplerden hatalar meydana gelmektedir. Tıbbi hataların meydana gelmesinin temelde iki kaynağı vardır; Sistem ve insan. Juran ve Deming ortaya çıkan bu hataların yaklaşık % 85-98'inin sistem kaynaklı % 2 -% 15'inin insan kaynaklı olduğunu ifade etmişlerdir. IOM tarafından yayınlanan raporlarda tıbbi hataların çoğunun sistem kaynaklı hatalar olduğunu belirtmişlerdir (Sur vd., 2013).

Sistem Kaynaklı Hatalar; Kurumsal Faktörler ve Teknik Faktörler

Kurumsal Faktörler; tıbbi hataların oluşmasına neden olan kurum kaynaklı faktörler genelde yönetim ve mali sorunlar, tesis yapısı, politikalar, idari ve finansal süreçler, geri bildirimde yetersizlik, yetersiz liderlik, sağlık çalışanlarının bölüm yoğunluğuna göre yanlış dağılımı, yetersiz otomasyon, eksik cihaz, yetersiz alet vb. sorunlardan kaynaklanmaktadır (Abdulkareem, 2017). Bunun yanı sıra iş ve çalışma saatleri, personelin sayıca eksikliği, gibi faktörlerde kurumsal kaynaklı sorunlardır (Yumuşakbaş-Sevinç, 2023).

Teknik Faktörler; malzeme / cihaz yetersizliği, cihaz arızaları, mekanik sistem yetersizliği vb. faktörler tıbbi hata oluşumuna neden olan teknik faktörlerdir. (McNutt vd., 2002). Teknik faktörlü hatalar kendi içerisinde üretim, kullanım ve kalibrasyon hataları olmak üzere 3'e ayrılırken tedavi sırasında kullanılan cihaz ve malzemelerin kullanımında bilgi, beceri eksikliği, dikkatsizlik, tecrübesizlik gibi faktörlerde teknik faktörler arasında yer almaktadır (Abdulkareem, 2017)

Sistem kaynaklı hataların azaltılmasının yolu güçlü bir kalite sistemin kurulması ile mümkündür. Toplam Kalite Yönetimi anlayışı ile sağlık kurumu içerisinde süreçlerin sistematik olarak yürütülmesi kurumda bir bütünlük sağlanmalıdır.

İnsan Kaynaklı Hatalar; hizmet sunan sağlık çalışanının yorgun olması, eğitiminin yetersiz olması, iletişim eksikliği, karar alma hatası, kibirli kişilik tipine sahip

olması, mantık hatası yapması (Canatan vd., 2015), stres, dikkatsizlik, ihmal, tedbirsizlik, özen eksikliği ve meslekte acemilik (Akar, 2019) insan kaynaklı tıbbi hata nedenleridir. Çalışan kaynaklı hataların yanı sıra hasta kaynaklı yaş, sosyokültürel durum, hastalığın durumu, kullanılan ilaçlar, bakım ihtiyacının karmaşık ve acil olması, yatış süresinin uzun olması vb. bazı faktörlerde tıbbi hatalara neden olabilmektedir (Pietra vd., 2005).

İnsan kaynaklı tıbbi hatalarda eski yaklaşımlarda insan hatalı görülür ve kişi cezalandırılırdı. Güncel yaklaşımlarda ise hatanın sonucuna odaklanılır ve hata çıkmadan önleme, oluşan hatalarda süreçler izlenerek tekrarlanmasının önüne geçme üzerinde çalışılmaktadır (Swaminath ve Raguram, 2011). Tıbbi hataları yönetmek üzere raporlama sistemleri gelişmiş ve saha çalışanları ile problemi çözecek çalışanlar arasında hata raporlama sistemleri devreye girmiştir.

2.2.4. Hasta güvenliğinde hataların raporlandırılması

Hasta güvenliğinde, sağlık hizmeti sunumunda ortaya çıkan hataların bildirilmesi önemli bir yer tutmaktadır. Tıbbi hataları raporlamak, hataları önlemenin temelini oluşturur (Gallagher vd., 2003). Sağlık kurumlarında sorunları tespit etmek, sorunları çözmek ve hataların tekrarlanmasını önlemek için hata raporlama sistemi geliştirilmelidir. Hata raporlamanın temel amacı; yaşanan olaylardan ders çıkarma ve hataların tekrarlanmasını önlemektir. Hasta güvenliğini tehdit eden hataların raporlanmasının yolu sağlık çalışanları açısından güvenli bir hata raporlama sisteminin sağlık kurumunda yerleşmesidir (Alaman, 2018). Sağlık çalışanları yaşadıkları veya şahit oldukları hataları raporlama konusunda desteklenmeli ve cesaretlendirilmelidir. Hata raporlamada açık ve etkili bir iletişim ortamının oluşturulması önemlidir (Özyer, 2016). Hatayı yapan çalışanın eleştirilmekten, ayıplanmaktan korkması, itibarının kaybolacağını düşmesi, yasal sorumluluk, disiplin cezası almaktan ve işini kaybedeceği korkusu ve hata raporlama sisteminin kullanımının zor olması gibi nedenlerden dolayı hata raporlamalarının yapılmadığı tespit edilmiştir. Bir diğer önemli neden ise ortaya çıkmayan hatalar veya hatanın

sonucunda hastanın zarar almaması nedeniyle raporlama yapılmamasıdır (Aktan, 2019).

Hata raporlamada en önemli hususlardan biride ramak kala olayların bildirilmesidir. Oluşan ramak kala hataların raporlanması, hatanın hastaya zarar vermeden tespit edilmesi ve iyileştirilmesi için önemlidir (Evans vd., 2004). Bu sebeple sağlık kurumunda kullanılan hata raporlama sistemi hakkında tüm çalışanlara hata kavramının tanımı, hata raporlamanın nasıl yapılacağı, sistemin amacı, hangi olayların hasta güvenliği kapsamında değerlendirileceği, hatalardan öğrenme ve iyileştirme çalışmalarının önemi ve çalışanların kendilerini güvende hissetmelerine yönelik gizlilik ilkesi gibi konularda eğitim verilmelidir (Çelik, 2020). Hata raporlama sisteminin çalışanlar tarafından etkin kullanılabilmesi için bazı özellikleri içerisinde barındırması gerekmektedir. Bu özellikler şunlardır; raporlamanın isteğe bağlı olarak anonim gönderilmesi, olay araştırmalarında suçlama yerine öğrenme amaçlı sorgulama yapılması, cezalandırıcı olunmamalı, raporlamalar olay incelemenin hızlıca yapılması için bekletilmemeli, olay risk durumlarına göre sınıflandırma yapılmalı, raporlama sonucu hakkında ve iyileştirmeler konusunda çalışanlara geri bildirimde bulunulmalı ve tüm çalışanların raporlama yapması sağlanmalıdır (Sayek, 2010).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından ulusal Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi ve Çalışan Güvenliği Bildirim Sistemi kurulmuş, sağlık kurumları tarafından bildirimlerin anonim olarak yapılması sağlanmıştır. Web sitesi üzerinden yapılan bu bildirimler aracılığıyla hasta ve çalışan güvenliği bazında en çok yaşanan olaylar ele alınarak ülke genelinde iyileştirmelerin yapılması ve SKS’ nin geliştirilmesi amaçlandığı belirtilmiştir (URL-14). Ayrıca Sağlık Bakanlığı, SKS setlerinde de olay bildirim sisteminin kurum bazlı kurulması, olayların analiz edilmesi, iyileştirme çalışmalarının yapılması, çalışanlara geri bildirim verilmesi, çalışanlardan sistem hakkında geri bildirim alınması ve gizlilik ilkesinin kurulması standartlar arasında yer almaktadır (URL-1). Hata raporlamada en önemli süreçlerden biri de analiz sürecidir. Hata raporlamaları olay bazlı araştırılmalı ve yetkin çalışanlar tarafından

analiz edilmelidir. Analiz sonuçlarının ilgili çalışanlarla paylaşılması hata raporlamada güveni etkileyen önemli bir husustur.

2.2.5. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması

Güvenli sağlık hizmeti sunulması ve hasta güvenliğinde iyileştirme yapılabilmesi için öncelikli olarak ve güvenlik kültürünün kurumda yerleşmesi gerekmektedir. Güvenlik kültürünün yerleşmesi için sistematik ve planlı bir yaklaşım sergilenmesi gerekmektedir (Adıgüzel, 2010). Bu sebeple, hastaya zarar vermeyen güvenli sağlık bakım sistemleri tasarlanmalıdır. Kurumda güvenlik kültürünün yerleşmesi, sağlık bakım kalitesini artırmanın yanında tıbbi hataları önleme ve azaltmanın temel bileşenidir (Myers, 2011). Hasta Güvenliği Kültürünün gereklilikleri şunlardır (Morath ve Turnbull, 2005);

- Çalışanlar ve yöneticiler arasında karşılıklı sorumluluk duygusunun hakim olması,
- Suçlayıcı olmayan hata raporlama sisteminin bulunması,
- Hataların şeffaf olarak analiz edilmesi ve hatalardan öğrenme yaklaşımının benimsenmesi,
- Çalışanların çalışma gücüne dayalı değil sistem odaklı hasta güvenliği anlayışının benimsenmesi,
- Tıbbi hataya sebep verecek sistem sorunların önceden tespit edildiği ve önlemlerin alındığı proaktif yaklaşımların uygulanması,
- Kurum içerisinde farklı departmanların uyumlu çalışması.

Hasta Güvenliği Kültürünü, yönetimin hatalara karşı tutumu, hasta güvenliği için alınan önlemler, sağlık çalışanlarının birbirlerine karşı tutumları, kurum içi iletişim, hata raporlama şekli ve analiz süreci oluşturan etkenlerdir (Baştürk, 2019). Hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında öncelikle liderlerin bu kültürü benimsemesi gerekmektedir (Budak, 2008). Hasta güvenliğinin kurum kültürünün oluşturulması için yapılması gerekenler şu şekilde sıralanmıştır (Altındış, 2014);

- Tüm alışanlar tarafından hasta sorumluluk edinilmesi,
- Yöneticiler, alışanlar ve hastalar arasında açık iletişimin sağlanması,
- Hasta güvenliğini tehdit eden hataların saptanması ve önlenmesi sorumluluğunun ilgili sağlık çalışanlara verilmesi,
- Hasta güvenliğini sağlamak için bütçe ayrılması,
- Hasta güvenliği konusunda eğitimlerinin devamlılık halinde verilmesi.

Hasta Güvenliğinin sağlanması en önemli süreçlerden biri ise hastaların sürece dahil edilmesidir. Hastaların kendi tedavi süreçlerine katılımı için 2022 yılında JCI tarafından “Speak Up” programı başlatılmıştır. Bu programın amacı; hastaların kendi tedavi süreçlerinde sağlık çalışanları ile iletişim kaynaklı tıbbi hataların azaltılması ve hasta güvenliğinin iyileştirilmesi amaçlanmıştır (URL-15). Hasta güvenlik kültürünün kurumda yerleşmesiyle tıbbi hataların önlenmesi sağlanacak, hasta güvenliğine yönelik çalışmaların devamlılığı sağlanacak ve böylelikle kaliteli hizmet sunumu sağlanacak ve sağlık bakımı iyileēecektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarının kalite algısı ile hastanelerin hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ayrıca çalışmada kurulan hipotezler gereği kalite algısı ve hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanlarının demografik değişkenleri arasındaki ilişkinin incelenmesi ile elde edilen sonuçların literatüre katkı sağlaması hedeflenmiştir. Araştırma kesitsel-tanımlayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri ve Modeli

Sağlık çalışanlarının kalite algısının kurumda yürütülen kalite sisteminin verimliliğine bağlıdır. Güngör' ün (2022) “Sürekli İşçilerin Sağlıkta Kalite Algısı: İzmir’de Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği” çalışmasında sağlık kurumlarında çalışanların kalite algılarının yüksek olması verimli ve etkin sağlık hizmetleri sunumunu doğrudan etkilendiği sonucuna ulaşmıştır. Araştırmada, ulaşılan bu sonuca dayanarak Hipotez 1 geliştirilmiştir.

Hipotez 1:

- **H₁:** Sağlık çalışanlarının kalite algısı ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı ilişki vardır.
- **H₀:** Sağlık çalışanlarının kalite algısı ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı ilişki yoktur.

Bayer’ in (2016) “Kalite Algı Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Hemşirelerin Kalite Algısı” çalışmasında eğitim durumuna göre kalite algı ölçeği ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptamamıştır. Bu araştırmada, ulaşılan sonuç çerçevesinde Hipotez 2 geliştirilmiştir.

Hipotez 2:

- **H₁:** Kalite algısı, sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerine göre farklılık göstermektedir.

- **H₀:** Kalite algısı, sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerine göre farklılık göstermemektedir.

Oksay ve arkadaşlarının (2019) “Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Değerlendirilmesi Üzerine Bir Araştırma” çalışmalarında sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı fark saptamamışlardır. Araştırmanın bu sonucuna dayanarak Hipotez 3 geliştirilmiştir.

Hipotez 3:

- **H₁:** Hasta Güvenliği Kültürü, sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerine göre farklılık göstermektedir.
- **H₀:** Hasta Güvenliği Kültürü, sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerine göre farklılık göstermemektedir.

Güngör’ün (2022) araştırmasında sağlık çalışanlarının meslek grupları ile kalite algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptamamıştır. Araştırmada, ulaşılan bu sonuca dayanarak Hipotez 4 geliştirilmiştir.

Hipotez 4:

- **H₁:** Kalite algısı, sağlık çalışanlarının mesleklerine göre farklılık göstermektedir.
- **H₀:** Kalite algısı, sağlık çalışanlarının mesleklerine göre farklılık göstermemektedir.

Muftawu’ nun (2017) “Hasta Güvenliği Kültürünün Belirlenmesi: Gana’da Bir Eğitim Hastanesi Uygulaması” çalışmasında sağlık çalışanlarının meslek grupları ile hasta güvenliği kültürü arasında fark olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu araştırmada, ulaşılan sonuç çerçevesinde Hipotez 5 geliştirilmiştir.

Hipotez 5:

- **H₁:** Hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanlarının mesleklerine göre farklılık göstermektedir.
- **H₀:** Hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanlarının mesleklerine göre farklılık göstermemektedir.

Koç (2022) “Nevşehir Devlet Hastanesinde Çalışan Hekim Ve Hemşirelerin Kalite Algılarının Belirlenmesi” araştırmasında kalite algısı ile çalışanların çalıştıkları birim arasında farklılıklar olduğu sonucuna ulaşmıştır. Araştırmada, ulaşılan bu sonuca dayanarak Hipotez 6 geliştirilmiştir.

Hipotez 6:

- **H₁:** Kalite algısı, sağlık çalışanlarının çalıştıkları birime göre farklılık göstermektedir.
- **H₀:** Kalite algısı, sağlık çalışanlarının çalıştıkları birime göre farklılık göstermemektedir.

Doğrusöz ve arkadaşlarının (2020) “Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü: Bir Üniversite Hastanesinde Kesitsel Bir Araştırma” araştırmalarında hasta güvenliği kültürünün hemşirelerin çalıştıkları birime göre farklılaştığı sonucuna ulaşmışlardır. Araştırmanın bu sonucuna dayanarak Hipotez 7 geliştirilmiştir.

Hipotez 7:

- **H₁:** Hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanlarının çalıştıkları birime göre farklılık göstermektedir.
- **H₀:** Hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanlarının çalıştıkları birime göre farklılık göstermemektedir.

Erdem’in (2022) “Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı: İki Devlet Hastanesi Karşılaştırma Örneği” araştırmasında kalite algısının sağlık çalışanlarının tecrübelerine göre farklılaştığı sonucuna ulaşmıştır. Araştırmada, bu sonuca dayanarak Hipotez 8 geliştirilmiştir.

Hipotez 8:

- **H₁:** Kalite algısı, sağlık çalışanlarının tecrübesine göre farklılık göstermektedir.
- **H₀:** Kalite algısı, sağlık çalışanlarının tecrübesine göre farklılık göstermemektedir.

Sütçü ’nün (2019) “Hasta Güvenliği Kültürü Algısı İle Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Analizi” araştırmasında hasta güvenliği kültürünün çalışanların

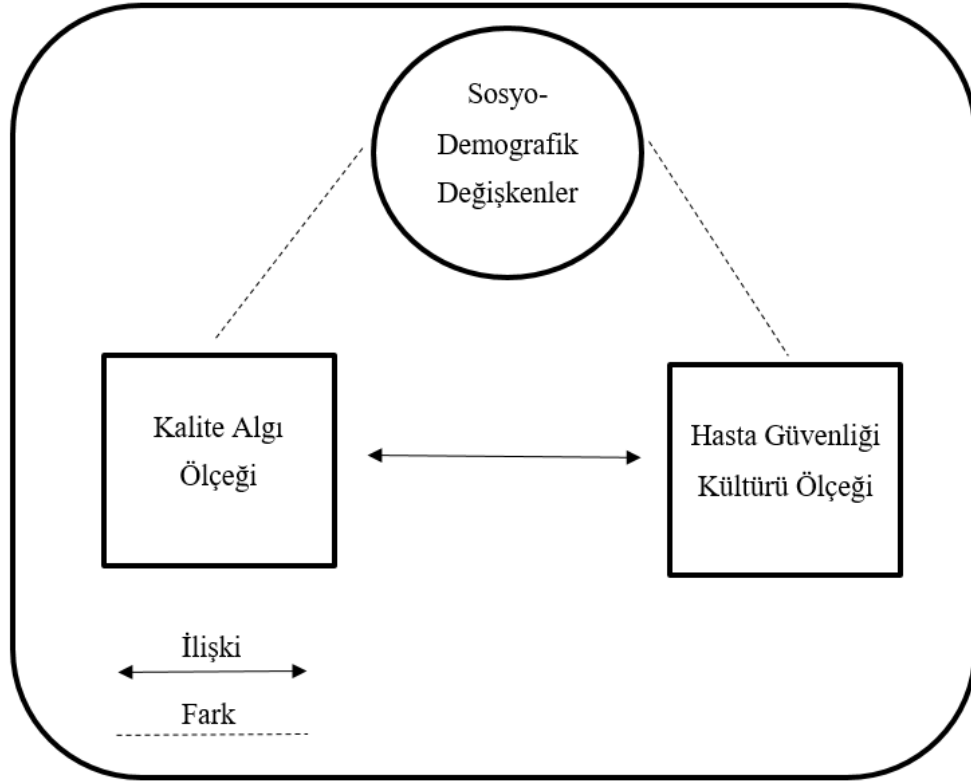
tecrübelerine göre farklılık gösterdiği sonucuna ulaşmıştır. Araştırmada, bu sonuca dayanarak Hipotez 9 geliştirilmiştir.

Hipotez 9:

- **H₁:** Hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanlarının tecrübesine göre farklılık göstermektedir.
- **H₀:** Hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanlarının tecrübesine göre farklılık göstermemektedir.

Bağımlı Değişken: Kalite Algı Ölçeği

Bağımsız Değişken: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği



Şekil 3.1: Araştırma modeli

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul’da faaliyet gösteren Biruni Üniversite Hastanesi’nde görev yapan 428 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Örneklemen seçilmesi aşamasında dışlama kriteri belirlenmemiş olup tüm çalışanlar arasından rastgele örneklem seçme

metodu kullanılmış olup en az 200 sağlık çalışanına ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu sebeple yüz yüze anket yönetimi ile veri toplamak üzere 300 anket dağıtılmıştır. Araştırmanın veri toplama sürecinde 255 katılımcıya ulaşılmıştır. Araştırmanın tüm değişkenlerinin tek yönlü uç değer analizi yapılmıştır. Uç değerlerin incelenmesi ve tespiti için standart z puanları incelenmiştir. Standart Z puanın ölçütü $\pm 3,29$ aralığında alınmıştır. Bu aralığın dışında kalan 7 anket değerlendirme dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak araştırma 248 anket üzerinden gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, Biruni Üniversite Hastanesi'nde, 01.02.2023-31.03.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada sağlık çalışanlara uygulamak üzere Bayer (2016) tarafından oluşturulmuş “Kalite Algı Ölçeği” ve AHRQ tarafından hazırlanan "Hasta Güvenliği Kültürü" ölçekleri kullanılmıştır. Katılımcılara, araştırmada 5’li likert tipinden oluşan iki ölçek uygulanmıştır. Araştırmanın verileri, toplam 3 bölümden oluşan anket ile toplanmıştır. Anketin yanıtlanma süresi yaklaşık 5 dakikadır. Anket bölümlerinde sırasıyla şunlar yer almaktadır:

1. Kalite Algı Ölçeği
2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği
3. Demografik Bilgiler

Kalite Algı Ölçeği: Bayer (2016) tarafından sağlık çalışanları üzerinde geçerliliği ve güvenirliliği yapılarak 7 alt boyut olarak düzenlenmiştir. Bu alt boyutlar; yönetim ve liderlik (12 soru), insan kaynakları kullanımı (14 soru), kalite eğitimi (6 soru), ölçme ve değerlendirme (6 soru), kurum yararı (10 soru), personel yararı (8 soru) ve hasta yararı (14 soru). “Kalite Algı Ölçeği” nin sağlık çalışanları ile yapılan geçerlik güvenirlik çalışması sonucunda 70 soru, 5’li likert olarak puanlanmış ve madde

toplam puan korelasyonları .41 ile .68 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısının toplamda .90 alt boyutlarında ise .78 ile .97 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Bayer ve Baykal (2018) yaptıkları çalışma sonucunda “Kalite Algı Ölçeği” nin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu, sağlık çalışanları arasında farklı meslek gruplarına uygulanabileceği sonucuna varılmıştır.

Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği: AHRQ derneği tarafından oluşturulmuş ve geçerlilik güvenirliği yapılmıştır. AHRQ tarafından 12 boyut olarak belirlenen Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Filiz ve Bodur (2010) tarafın ilk Türkçe geçerlilik analizi yapılarak Türkçe geçerlilik anket formu 10 boyut olarak saptamıştır. Bu boyutlar; raporlanan olayların sıklığı (3 soru), yönetim ve iletişim (6 soru), genel güvenlik algısı (4 soru), örgütsel öğrenme (3 soru), takım çalışması (3 soru), hataların değerlendirilmesi (3 soru), personel (3 soru), hastane yönetimi (3 soru), birimler arası ilişkiler (3 soru), görev değişimi (3 soru) ve genel (3 soru). Bu çalışmada Çakır (2007) tarafından kullanılan ve kendi çalışmasında geçerliliği ve güvenirliğini yaptığı 38 sorudan oluşan Hasta Güvenliği Kültürü anketi kullanılmıştır. Bu sorulardan 37’ si 5’li likert tipi, 1 tanesi ise hata raporlama zaman aralığını ölçmek için oluşturulmuş 6 seçenekli sorudan oluşmaktadır. Hasta Güvenliği Kültürü seti için yapılan faktör analizinde, KMO sayısı örneklem ölçümü 0,923 olarak gerçekleşmiştir. Buna bağlı olarak, Barlett Test’s of Sphericity değeri anlamlıdır ve $\chi^2 = 13524.661$ $p=0,0001$ olarak gerçekleşmiştir.

3.6. Verilerin Analizi

Tüm veriler bilgisayarda SPSS (statistical package for social sciences) for Windows 22.0 programına kaydedilerek analiz edilmiştir. Bağımsız değişkenler, katılımcıların demografik durumları (meslek, tecrübe, eğitim, çalıştıkları birim). Bağımlı değişkenler, Kalite Algı Ölçeği puanı ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanıdır. Verilerin analizinde ilk olarak normal dağılım testi uygulanarak parametrik nonparametrik testlerden hangilerinin uygulanacağına karar verilmiştir. Kolmogorov-Smirnov değerlerine bakılmış, normal dağılımın diğer varsayımları olan basıklık ve çarpıklık değerlerinden yararlanılarak dağılımın normalliğine karar verilmiştir. Birbirinden bağımsız 2 grup arasındaki karşılaştırmada t-testi (Independent sample t-

testi) kullanılmıştır. Birbirinden bağımsız 2’den fazla olan grup karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi kullanılmış, gruplar arası farkın nedeninin belirlenmesi için anova testinde post hoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiye Pearson korelasyon katsayısı ile bakılmıştır. Elde edilen değerlerin anlamlı olup olmadığının yorumlanmasında $p \leq 0.05$ anlamlılık düzeyi ölçüt olarak kullanılmıştır.

Çalışmada kullanılan Kalite Algı Ölçeği ve Hasta Güvenliği Kültürü ölçeği puanlarının güvenilirliklerini test etmek için Cronbach Alfa değerlerine bakılmıştır. Cronbach Alfa değeri, Cronbach (1951)’ın geliştirmiş olduğu alfa katsayı yöntemidir. Anket sorularının iç tutarlılıklarını tahmini ölçen yöntemdir. Alfa katsayısı, ölçekte yer alan belirli maddelerin toplam varyanslarının genel varyansa oranı ile bulunan ağırlıklı standart değişimin ortalaması olarak tanımlanmaktadır (Ercan ve İsmet, 2004).

Cronbach Alpha katsayısı 0 ile 1 arasında değerler ile ölçülür ve ölçeğin güvenilirlik düzeyi aşağıdaki değerlere göre belirlenir (İslamoğlu ve Alniaçık, 2014);

Ölçeğin Cronbach Alpha değeri $0,01 \leq \alpha < 0,40$ arasında ise ölçek güvenilir değildir.

Ölçeğin Cronbach Alpha değeri $0,40 \leq \alpha < 0,60$ arasında ise güvenilirliği düşüktür.

Ölçeğin Cronbach Alpha değeri $0,60 \leq \alpha < 0,80$ arasında ise güvenilirliği kabul edilebilir seviyededir;

Ölçeğin Cronbach Alpha değeri $0.80 \leq \alpha < 1,00$ arasında ise güvenilirliği yüksektir.

Tablo 3.1: Kalite algı ölçeği ve hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarına ilişkin güvenilirlik analizi

	Cronbach's Alpha
Kalite Algı Ölçeği	0,986
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	0,892

Tablo.3.1 incelendiğinde sağlık çalışanlarının kalite ve hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarının yüksek güvenilirlik seviyesinde olduğu tespit edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönu

- Araştırmanın yapılacağı hastanede, kurum izni 09.12.2022 tarihinde alınmıştır.
- İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Fen, Sosyal ve Girişimsel Olmayan Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı'nca 09.01.2023 tarihli 2023/01-983 numaralı kararla etik kurul onayı verilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Biruni Üniversite Hastanesi'nde, 01.02.2023-31.03.2023 tarihleri arasında görev yapan çalışanların katılımı ile sınırlıdır. Çalışmamamızdan elde edilen veriler sadece araştırmanın yapıldığı kurumla sınırlıdır, tüm sağlık çalışanlarına genellenemez.

3.9. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın finansmanı tamamen araştırmacı tarafından sağlanmıştır.

4. BULGULAR

Katılımcıların; %75,53'ünün kadın, % 24,47'sinin erkek olduğu, %46,75'inin 18-25 yaş aralığında olduğu, %44,63'ünün ön lisans mezunu olduğu, %36,18' inin hemşire olduğu, katılımcıların %39,75'inin kapalı alanlarda görev yaptığı ve tecrübe düzeylerinde ise %38,21' inin 1-5 yıl arasında tecrübesi olduğu görülmektedir. Demografik özelliklere ilişkin bulgular Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1: Katılımcıların demografik özellikleri

		n	%
Yaş	18-25	115	46,75
	26-35	72	29,27
	36-45	40	16,26
	46-üstü	19	7,72
Cinsiyet	Kadın	179	75,53
	Erkek	58	24,47
Eğitim Durumu	Diğer (Lise öncesi eğitim)	16	6,50
	Lise	40	16,53
	Ön Lisans	108	44,63
	Lisans	59	24,38
	Lisansüstü	20	8,26
Meslek	Doktor	16	6,50
	Hemşire	89	36,18
	Yardımcı Sağlık Personeli (Anestezi, Radyoloji, Teknikeri, Temizlik Personeli, YSP, FTR vb.)	63	25,61
	İdari Personel (Hasta Hizmetleri, Hasta Hakları, Teknik, İK, Muhasebe, Ofis Personeli vb.)	56	22,76
	Diğer (Diyetisyen, Psikolog vb.)	22	8,94
Çalışılan Bölüm	Açık Alanlar (Yatan Hasta Katı, Acil Servis, vb.)	61	25,00
	Kapalı Alanlar (Yoğun Bakım, Ameliyathane vb.)	97	39,75
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler (Poliklinik, FTR, Radyoloji vb.)	48	19,67
	Diğer (İdari Ofis, Çağrı Merkezi vb.)	38	15,57
Mesleki Tecrübe	1 Yıldan az	51	20,73
	1-5	94	38,21
	6-10	45	18,29
	11-15	23	9,35
	16-üzeri	33	13,41

Normal Dağılım testinde Kolmogorov-Smirnov değerlerinden elde edilen anlamlılık düzeyi $p \leq 0,05$ 'ten küçük olan verilerde ve basıklık-çarpıklık değerleri $\pm 2,0$ arasında olduğu görülmüş ve değerlerin normal dağılım gösterdiği değerlendirilerek analizler parametrik testler ile gerçekleştirilmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Normallik varsayımına ilişkin bulgular

	Kolmogorov-Smirnov			Çarpıklık	Basıklık
	İstatistik	sd	p		
Yönetim ve liderlik	0,12	248	0,00	-0,56	-0,42
İnsan kaynakları kullanımı	0,08	248	0,00	-0,49	-0,05
Kalite eğitimi	0,17	248	0,00	-1,01	0,64
Ölçme ve değerlendirme	0,14	248	0,00	-0,91	0,55
Kurum yararları alt ölçeği	0,14	248	0,00	-1,08	0,76
Personel yararları alt ölçeği	0,17	248	0,00	-1,36	1,72
Hasta yararları alt ölçeği	0,15	248	0,00	-1,22	1,29
KALİTE ALGI ÖLÇEĞİ	0,12	248	0,00	-1,04	0,96
Raporlanan olayların sıklığı	0,15	248	0,00	-0,77	-0,16
Yönetim ve iletişim	0,13	248	0,00	-0,78	-0,09
Genel güvenlik algısı	0,15	248	0,00	-0,30	1,28
Örgütsel öğrenme	0,18	248	0,00	-0,92	0,33
Takım çalışması	0,16	248	0,00	-0,69	-0,40
Hataların değerlendirilmesi	0,11	248	0,00	-0,34	-0,28
Personel	0,13	248	0,00	0,23	-0,25
Hastane yönetimi	0,14	248	0,00	<-0,62	0,31
Birimler arası ilişkiler	0,13	248	0,00	-0,49	0,13
Görev değişimi	0,11	248	0,00	0,45	-0,08
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ	0,05	248	0,10	0,23	0,17

Yönetim ve liderlik puanları ile katılımcıların cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t: -2,24; p < 0,05$). Ortalama değerlere bakıldığında kadınların ($3,51 \pm 1,02$) erkeklere göre ($3,85 \pm 0,94$) yönetim ve liderlik puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Kalite algı ölçeği ve diğer alt boyut puanları ile katılımcıların cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Raporlanan olayların sıklığı puanları ile katılımcıların cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t:-2,38;p<0,05$). Ortalama değerlere bakıldığında kadınların ($3,82\pm1,07$) erkeklere göre ($4,20\pm0,91$) raporlanan olayların sıklığı puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Yönetim ve iletişim puanları ile katılımcıların cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t:-2,13;p<0,05$). Ortalama değerlere bakıldığında kadınların ($3,78\pm1,08$) erkeklere göre ($4,11\pm0,79$) yönetim ve iletişim puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Takım çalışması puanları ile katılımcıların cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t:-2,15;p<0,05$). Ortalama değerlere bakıldığında kadınların ($3,47\pm1,22$) erkeklere göre ($3,86\pm1,12$) takım çalışması puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Hataların değerlendirilmesi puanları ile katılımcıların cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t:-2,04;p<0,05$). Ortalama değerlere bakıldığında kadınların ($3,12\pm0,98$) erkeklere göre ($3,43\pm1,08$) takım çalışması puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Personel puanları ile katılımcıların cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t:-3,42;p<0,05$). Ortalama değerlere bakıldığında kadınların ($2,97\pm0,88$) erkeklere göre ($3,44\pm1,00$) takım çalışması puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Hasta güvenliği kültürü ölçeği puanları ile katılımcıların cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t:-3,17;p<0,05$). Ortalama değerlere bakıldığında kadınların ($3,42\pm0,56$) erkeklere göre ($3,69\pm0,56$) hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre kalite algı ölçeği ve hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	t	sd	p
Yönetim ve liderlik	Kadın	179	3,51±1,02	-2,24	235	0,03
	Erkek	58	3,85±0,94			
İnsan kaynakları kullanımı	Kadın	179	3,53±0,87	-1,70	235	0,09
	Erkek	58	3,75±0,89			
Kalite eğitimi	Kadın	179	3,80±1,02	-0,81	235	0,42
	Erkek	58	3,93±1,01			
Ölçme ve değerlendirme	Kadın	179	3,74±0,98	-0,94	235	0,35
	Erkek	58	3,87±0,92			
Kurum yararları alt ölçeği	Kadın	179	3,82±1,02	-0,88	235	0,38
	Erkek	58	3,95±0,94			
Personel yararları alt ölçeği	Kadın	179	3,88±1,00	-1,38	235	0,17
	Erkek	58	4,08±0,78			
Hasta yararları alt ölçeği	Kadın	179	3,86±1,00	-1,72	235	0,09
	Erkek	58	4,11±0,84			
KALİTE ALGI ÖLÇEĞİ	Kadın	179	3,69±0,89	-1,83	235	0,07
	Erkek	58	3,92±0,75			
Raporlanan olayların sıklığı	Kadın	179	3,82±1,07	-2,38	235	0,02
	Erkek	58	4,20±0,91			
Yönetim ve iletişim	Kadın	179	3,78±1,08	-2,13	235	0,03
	Erkek	58	4,11±0,79			
Genel güvenlik algısı	Kadın	179	3,19±0,78	-1,63	235	0,10
	Erkek	58	3,39±0,90			
Örgütsel öğrenme	Kadın	179	3,75±1,11	-1,01	235	0,31
	Erkek	58	3,91±1,01			
Takım çalışması	Kadın	179	3,47±1,22	-2,15	235	0,03
	Erkek	58	3,86±1,12			
Hataların değerlendirilmesi	Kadın	179	3,12±0,98	-2,04	235	0,04
	Erkek	58	3,43±1,08			
Personel	Kadın	179	2,97±0,88	-3,42	235	0,00
	Erkek	58	3,44±1,00			
Hastane yönetimi	Kadın	179	3,47±0,97	-0,79	235	0,43
	Erkek	58	3,59±1,01			
Birimler arası ilişkiler	Kadın	179	3,33±0,98	-0,78	235	0,43
	Erkek	58	3,45±1,11			
Görev değişimi	Kadın	179	3,19±0,71	-1,84	235	0,07
	Erkek	58	3,40±0,84			
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ	Kadın	179	3,42±0,56	-3,17	235	0,00
	Erkek	58	3,69±0,56			

t:Bağımsız örneklem t test

Katılımcıların yaşları ile kalite algı ölçeği ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Sağlık çalışanlarının yaşlarına göre kalite algı ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölçek puanları	Grup	n	$\bar{X} \pm ss$	F	p
Yönetim ve liderlik	18-25	115	3,69±1,04	2,232	0,09
	26-35	72	3,33±1,06		
	36-45	40	3,68±0,78		
	46-üstü	19	3,74±0,83		
İnsan kaynakları kullanımı	18-25	115	3,67±0,91	1,32	0,27
	26-35	72	3,42±0,91		
	36-45	40	3,54±0,69		
	46-üstü	19	3,70±0,84		
Kalite eğitimi	18-25	115	3,91±1,04	0,86	0,46
	26-35	72	3,71±0,97		
	36-45	40	3,70±0,96		
	46-üstü	19	3,95±1,02		
Ölçme ve değerlendirme	18-25	115	3,80±1,00	0,33	0,80
	26-35	72	3,70±0,95		
	36-45	40	3,70±0,80		
	46-üstü	19	3,90±1,05		
Kurum yararları alt ölçeği	18-25	115	3,92±1,00	0,75	0,52
	26-35	72	3,71±0,97		
	36-45	40	3,81±1,04		
	46-üstü	19	3,95±0,92		
Personel yararları alt ölçeği	18-25	115	3,97±1,02	0,88	0,45
	26-35	72	3,80±0,90		
	36-45	40	3,88±0,88		
	46-üstü	19	4,15±0,74		
Hasta yararları alt ölçeği	18-25	115	3,95±1,05	0,88	0,45
	26-35	72	3,80±0,89		
	36-45	40	3,82±0,87		
	46-üstü	19	4,15±0,83		
KALİTE ALGI ÖLÇEĞİ	18-25	115	3,82±0,91	1,09	0,36
	26-35	72	3,60±0,82		
	36-45	40	3,69±0,73		
	46-üstü	19	3,84±0,84		

F: Tek yönlü varyans analizi

Hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut puanları ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Hasta güvenliği kültürü ölçeği genel puanları ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($F: 3,66$; $p < 0,05$). Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında 26-35 yaş grubu katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği genel puanlarının 46 yaş üzeri katılımcıların puanlarına göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Sağlık çalışanlarının yaşlarına göre hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölçek puanları	Grup	n	$\bar{X} \pm ss$	F	p	Fark
Raporlanan olayların sıklığı	18-25	115	3,96±1,01	2,11	0,10	
	26-35	72	3,78±1,11			
	36-45	40	3,67±1,13			
	46-üstü	19	4,33±0,88			
Yönetim ve iletişim	18-25	115	4,00±0,94	2,57	0,06	
	26-35	72	3,63±1,15			
	36-45	40	3,62±1,06			
	46-üstü	19	3,95±1,09			
Genel güvenlik algısı	18-25	115	3,27±0,79	2,13	0,10	
	26-35	72	3,05±0,78			
	36-45	40	3,30±0,66			
	46-üstü	19	3,50±1,18			
Örgütsel öğrenme	18-25	115	3,86±1,11	1,76	0,16	
	26-35	72	3,60±1,08			
	36-45	40	3,69±0,96			
	46-üstü	19	4,15±0,96			
Takım çalışması	18-25	115	3,61±1,16	2,39	0,07	
	26-35	72	3,36±1,29			
	36-45	40	3,49±1,09			
	46-üstü	19	4,15±1,07			
Hataların değerlendirilmesi	18-25	115	3,24±0,99	1,38	0,25	
	26-35	72	3,05±0,94			
	36-45	40	3,10±0,96			
	46-üstü	19	3,52±1,31			
Personel	18-25	115	3,07±0,92	2,05	0,11	
	26-35	72	3,07±0,85			
	36-45	40	2,90±0,88			
	46-üstü	19	3,53±1,21			
Hastane yönetimi	18-25	115	3,65±0,98	1,99	0,12	
	26-35	72	3,38±0,89			
	36-45	40	3,28±1,03			
	46-üstü	19	3,50±1,10			
Birimler arası ilişkiler	18-25	115	3,45±1,04	0,78	0,51	
	26-35	72	3,28±0,97			
	36-45	40	3,21±0,95			
	46-üstü	19	3,42±1,13			
Görev değişimi	18-25	115	3,27±0,81	0,83	0,48	
	26-35	72	3,14±0,62			
	36-45	40	3,35±0,73			
	46-üstü	19	3,20±0,81			
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ	18-25 ¹	115	3,56±0,54	3,66	0,01	2<4
	26-35 ²	72	3,34±0,54			
	36-45 ³	40	3,38±0,62			
	46-üstü ⁴	19	3,71±0,62			

F: Tek yönlü varyans analizi

Kalite algı ölçeği ve alt boyut puanları ile katılımcıların eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerine göre kalite algı ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölçek puanları	Grup	n	$\bar{X} \pm ss$	F	p
Yönetim ve liderlik	Lise	40	3,34±0,97	2,31	0,06
	Ön Lisans	108	3,72±1,03		
	Lisans	59	3,40±0,96		
	Lisansüstü	20	3,95±0,84		
	Diğer	15	3,65±1,09		
İnsan kaynakları kullanımı	Lise	40	3,34±0,86	1,81	0,13
	Ön Lisans	108	3,67±0,93		
	Lisans	59	3,44±0,79		
	Lisansüstü	20	3,77±0,74		
	Diğer	15	3,77±0,91		
Kalite eğitimi	Lise	40	3,59±0,95	2,08	0,08
	Ön Lisans	108	3,98±1,00		
	Lisans	59	3,61±1,03		
	Lisansüstü	20	4,03±0,83		
	Diğer	15	3,77±1,21		
Ölçme ve değerlendirme	Lise	40	3,45±0,92	2,04	0,09
	Ön Lisans	108	3,90±0,96		
	Lisans	59	3,65±0,91		
	Lisansüstü	20	3,96±0,77		
	Diğer	15	3,77±1,32		
Kurum yararları alt ölçeği	Lise	40	3,58±1,12	1,49	0,20
	Ön Lisans	108	3,96±0,94		
	Lisans	59	3,71±1,05		
	Lisansüstü	20	4,00±0,71		
	Diğer	15	3,96±1,07		
Personel yararları alt ölçeği	Lise	40	3,73±1,08	1,04	0,39
	Ön Lisans	108	4,04±0,91		
	Lisans	59	3,80±1,00		
	Lisansüstü	20	3,91±0,66		
	Diğer	15	3,99±0,97		
Hasta yararları alt ölçeği	Lise	40	3,60±1,03	2,25	0,06
	Ön Lisans	108	4,04±0,91		
	Lisans	59	3,74±1,04		
	Lisansüstü	20	4,11±0,67		
	Diğer	15	4,03±1,00		
KALİTE ALGI ÖLÇEĞİ	Lise	40	3,44±0,93	2,60	0,04
	Ön Lisans	108	3,87±0,83		
	Lisans	59	3,60±0,87		
	Lisansüstü	20	3,95±0,65		
	Diğer	15	3,79±0,84		

F: Tek yönlü varyans analizi

Raporlanan olayların sıklığı puanları ile katılımcıların eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (F:2,46; p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında ön lisans mezunu katılımcıların raporlanan olayların sıklığı puanlarının lisans mezunu katılımcıların puanlarına göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yönetim ve iletişim puanları ile katılımcıların eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (F:2,72; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında lise mezunu katılımcıların yönetim ve iletişim puanlarının ön lisans mezunu katılımcıların puanlarına göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hastane yönetimi puanları ile katılımcıların eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (F:3,68; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında ön lisans mezunu katılımcıların hastane yönetimi puanlarının diğer eğitim düzeyine sahip katılımcıların puanlarına göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Birimler arası ilişkiler puanları ile katılımcıların eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (F:3,90; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında ön lisans mezunu katılımcıların birimler arası ilişkiler puanlarının diğer eğitim düzeyine sahip katılımcıların puanlarına göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Görev değişimi puanları ile katılımcıların eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (F:3,90; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında ön lisans mezunu katılımcıların görev değişimi puanlarının lisans eğitim düzeyine sahip katılımcıların puanlarına göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hasta güvenliği kültürü ölçeği puanları ile katılımcıların eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (F:4,45; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında ön lisans mezunu katılımcıların hasta güvenliği kültürü puanlarının lise ve diğer eğitim düzeyine sahip katılımcıların puanlarına göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerine göre hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölçek puanları	Grup	n	$\bar{X} \pm ss$	F	p	Fark
Raporlanan olayların sıklığı	Lise ¹	40	3,89±0,96	2,46	0,04	2>3
	Ön Lisans ²	108	4,09±1,05			
	Lisans ³	59	3,58±1,09			
	Lisansüstü ⁴	20	3,79±0,64			
	Diğer ⁵	15	4,07±1,29			
Yönetim ve iletişim	Lise ¹	40	3,45±1,17	2,72	0,03	1<2
	Ön Lisans ²	108	4,04±0,98			
	Lisans ³	59	3,71±1,00			
	Lisansüstü ⁴	20	3,80±0,71			
	Diğer ⁵	15	3,66±1,47			
Genel güvenlik algısı	Lise ¹	40	3,10±0,86	0,91	0,46	
	Ön Lisans ²	108	3,28±0,79			
	Lisans ³	59	3,28±0,64			
	Lisansüstü ⁴	20	2,98±0,64			
	Diğer ⁵	15	3,28±1,47			
Örgütsel öğrenme	Lise ¹	40	3,42±1,00	2,65	0,06	
	Ön Lisans ²	108	3,89±1,15			
	Lisans ³	59	3,87±0,82			
	Lisansüstü ⁴	20	3,93±0,78			
	Diğer ⁵	15	3,22±1,64			
Takım çalışması	Lise ¹	40	3,10±1,22	2,47	0,08	
	Ön Lisans ²	108	3,70±1,24			
	Lisans ³	59	3,56±0,95			
	Lisansüstü ⁴	20	4,00±0,91			
	Diğer ⁵	15	3,07±1,55			
Hataların değerlendirilmesi	Lise ¹	40	3,25±0,78	2,05	0,09	
	Ön Lisans ²	108	3,27±1,07			
	Lisans ³	59	3,18±0,82			
	Lisansüstü ⁴	20	3,03±1,02			
	Diğer ⁵	15	2,52±1,47			
Personel	Lise ¹	40	2,96±0,82	1,45	0,22	
	Ön Lisans ²	108	3,22±0,97			
	Lisans ³	59	2,89±0,73			
	Lisansüstü ⁴	20	3,17±0,83			
	Diğer ⁵	15	3,01±1,46			
Hastane yönetimi	Lise ¹	40	3,34±1,01	3,68	0,01	2>5
	Ön Lisans ²	108	3,69±0,97			
	Lisans ³	59	3,41±0,85			
	Lisansüstü ⁴	20	3,55±0,82			
	Diğer ⁵	15	2,76±1,29			
Birimler arası ilişkiler	Lise ¹	40	3,18±0,99	3,90	0,00	2>5
	Ön Lisans ²	108	3,55±1,07			
	Lisans ³	59	3,31±0,75			
	Lisansüstü ⁴	20	3,40±0,71			
	Diğer ⁵	15	2,53±1,46			
Görev değişimi	Lise ¹	40	3,22±0,81	2,44	0,04	2>3
	Ön Lisans ²	108	3,38±0,78			
	Lisans ³	59	3,02±0,52			
	Lisansüstü ⁴	20	3,24±0,79			
	Diğer ⁵	15	3,10±0,87			

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ	Lise ¹	40	3,30±0,48	4,45	0,00	2>1,5
	Ön Lisans ²	108	3,62±0,62			
	Lisans ³	59	3,39±0,45			
	Lisansüstü ⁴	20	3,49±0,42			
	Diğer ⁵	15	3,17±0,80			

Yönetim ve liderlik puanları ile katılımcıların meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (F:5,29; p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında doktorların yönetim ve liderlik puanlarının hemşirelerin puanlarına göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Ölçme ve değerlendirme puanları ile katılımcıların meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (F:3,62; p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında hemşirelerin ölçme ve değerlendirme puanlarının yardımcı sağlık personellerin puanlarına göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Personel yararları alt ölçeği puanları ile katılımcıların meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (F:2,39; p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında yardımcı sağlık personellerinin personel yararları alt ölçeği puanlarının diğer meslek gruplarının puanlarına göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hasta yararları alt ölçeği puanları ile katılımcıların meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (F:4,17; p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında yardımcı sağlık personeli, doktor ve idari personellerin, hasta yararları alt ölçeği puanlarının diğer meslek grupların puanlarına göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Diğer ölçek puanları ile katılımcıların meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8: Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre kalite algı ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölçek puanları	Grup	n	$\bar{X} \pm ss$	F	p	Fark
Yönetim ve liderlik	Doktor ¹	16	4,13±0,66	5,29	0,00	1>2
	Hemşire ²	89	3,30±0,93			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	3,92±1,07			
	İdari Personel ⁴	56	3,60±0,99			
	Diğer ⁵	22	3,34±1,01			
İnsan kaynakları kullanımı	Doktor ¹	16	3,84±0,57	1,80	0,13	
	Hemşire ²	89	3,47±0,84			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	3,75±0,98			
	İdari Personel ⁴	56	3,58±0,81			
	Diğer ⁵	22	3,32±0,92			
Kalite eğitimi	Doktor ¹	16	4,19±0,55	2,59	0,04	
	Hemşire ²	89	3,70±0,99			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	3,98±1,09			
	İdari Personel ⁴	56	3,90±0,95			
	Diğer ⁵	22	3,36±1,07			
Ölçme ve değerlendirme	Doktor ¹	16	4,07±0,59	3,62	0,01	2<3
	Hemşire ²	89	3,49±0,92			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	4,00±1,02			
	İdari Personel ⁴	56	3,87±0,87			
	Diğer ⁵	22	3,67±1,13			
Kurum yararları alt ölçeği	Doktor ¹	16	4,18±0,57	1,74	0,14	
	Hemşire ²	89	3,69±1,02			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	4,00±1,02			
	İdari Personel ⁴	56	3,91±0,91			
	Diğer ⁵	22	3,62±1,16			
Personel yararları alt ölçeği	Doktor ¹	16	4,01±0,52	2,39	0,05	3>5
	Hemşire ²	89	3,85±0,91			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	4,07±0,96			
	İdari Personel ⁴	56	4,04±0,85			
	Diğer ⁵	22	3,41±1,31			
Hasta yararları alt ölçeği	Doktor ¹	16	4,19±0,59	4,17	0,00	1,3,4>5
	Hemşire ²	89	3,77±0,96			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	4,11±0,92			
	İdari Personel ⁴	56	4,04±0,81			
	Diğer ⁵	22	3,30±1,33			
KALİTE ALGI ÖLÇEĞİ	Doktor ¹	16	4,07±0,49	3,14	0,02	
	Hemşire ²	89	3,58±0,84			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	3,91±0,92			
	İdari Personel ⁴	56	3,82±0,74			
	Diğer ⁵	22	3,40±0,99			

F:Tek yönlü varyans analizi Yardımcı Sağlık Personeli ³: Anestezi, Radyoloji, Teknikeri, Temizlik Personeli, YSP, FTR vb., İdari Personel ⁴: Hasta Hizmetleri, Hasta Hakları, Teknik, İK, Muhasebe, Ofis Personeli vb., Diğer⁵: Diyetisyen, Psikolog vb.

Takım çalışması puanları ile katılımcıların meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (F:2,32; p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında hemşirelerin takım

çalışması puanlarının yardımcı sağlık personeli puanlarına göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Personel puanları ile katılımcıların meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($F:4,71$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında yardımcı sağlık personeli katılımcıların personel puanlarının hemşire ve idari personelin puanlarına göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hasta güvenliği kültürü ölçeği puanları ile katılımcıların meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($F:3,71$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında hemşire ve idari personellerin hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarının yardımcı sağlık personelinin puanlarına göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Diğer ölçek puanları ile katılımcıların meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9: Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölçek puanları	Grup	n	$\bar{X}\pm ss$	F	p	Fark
Raporlanan olayların sıklığı	Doktor ¹	16	3,87±0,70	1,20	0,31	
	Hemşire ²	89	3,91±0,95			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	4,02±1,11			
	İdari Personel ⁴	56	3,88±1,17			
	Diğer ⁵	22	3,45±1,21			
Yönetim ve iletişim	Doktor ¹	16	3,93±0,57	1,51	0,20	
	Hemşire ²	89	3,80±0,92			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	4,02±1,11			
	İdari Personel ⁴	56	3,78±1,16			
	Diğer ⁵	22	3,42±1,24			
Genel güvenlik algısı	Doktor ¹	16	2,92±0,66	3,11	0,02	
	Hemşire ²	89	3,14±0,72			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	3,48±0,94			
	İdari Personel ⁴	56	3,10±0,78			
	Diğer ⁵	22	3,40±0,74			
Örgütsel öğrenme	Doktor ¹	16	3,81±1,04	1,67	0,16	
	Hemşire ²	89	3,62±1,04			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	4,04±1,09			
	İdari Personel ⁴	56	3,66±1,15			
	Diğer ⁵	22	3,89±0,89			

Takım çalışması	Doktor ¹	16	3,81±1,15	3,32	0,01	2<3
	Hemşire ²	89	3,31±1,19			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	3,97±1,18			
	İdari Personel ⁴	56	3,43±1,26			
	Diğer ⁵	22	3,56±0,72			
Hataların değerlendirilmesi	Doktor ¹	16	2,85±1,11	2,09	0,08	
	Hemşire ²	89	3,19±0,86			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	3,45±1,13			
	İdari Personel ⁴	56	3,00±0,98			
	Diğer ⁵	22	3,12±0,97			
Personel	Doktor ¹	16	3,19±0,91	4,71	0,00	3>2,4
	Hemşire ²	89	2,91±0,76			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	3,44±1,18			
	İdari Personel ⁴	56	2,83±0,78			
	Diğer ⁵	22	3,29±0,71			
Hastane yönetimi	Doktor ¹	16	3,52±0,89	1,73	0,14	
	Hemşire ²	89	3,47±0,80			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	3,75±1,11			
	İdari Personel ⁴	56	3,31±1,08			
	Diğer ⁵	22	3,36±0,93			
Birimler arası ilişkiler	Doktor ¹	16	3,25±0,84	1,07	0,37	
	Hemşire ²	89	3,31±0,95			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	3,57±1,15			
	İdari Personel ⁴	56	3,22±1,01			
	Diğer ⁵	22	3,39±0,93			
Görev değişimi	Doktor ¹	16	3,24±0,69	0,79	0,53	
	Hemşire ²	89	3,14±0,73			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	3,32±0,86			
	İdari Personel ⁴	56	3,26±0,66			
	Diğer ⁵	22	3,37±0,71			
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ	Doktor ¹	16	3,46±0,42	3,71	0,01	2,4<3
	Hemşire ²	89	3,39±0,47			
	Yardımcı Sağlık Personeli ³	63	3,71±0,68			
	İdari Personel ⁴	56	3,37±0,59			
	Diğer ⁵	22	3,42±0,49			

Yardımcı Sağlık Personeli ³: Anestezi, Radyoloji, Teknikeri, Temizlik Personeli, YSP, FTR vb., İdari Personel ⁴: Hasta Hizmetleri, Hasta Hakları, Teknik, İK, Muhasebe, Ofis Personeli vb. Diğer⁵: Diyetisyen, Psikolog vb.

Kalite algı ölçeği puanları ile katılımcıların birimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (F:2,61; p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında açık alanlarda çalışan katılımcıların kalite algı ölçeği puanlarının ayaktan hasta hizmeti verilen bölümlerde çalışanların puanlarına göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Diğer ölçek puanları ile katılımcıların birimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Sağlık çalışanlarının çalıştıkları birimlere göre kalite algı ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölçek puanları	Grup	n	$\bar{X} \pm ss$	F	p	Fark
Yönetim ve liderlik	Açık Alanlar ¹	61	3,43±0,96	1,79	0,15	
	Kapalı Alanlar ²	97	3,58±1,04			
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	3,86±0,98			
	Diğer Alanlar ⁴	38	3,55±0,96			
İnsan kaynakları kullanımı	Açık Alanlar ¹	61	3,48±0,91	1,75	0,16	
	Kapalı Alanlar ²	97	3,54±0,89			
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	3,83±0,85			
	Diğer Alanlar ⁴	38	3,55±0,74			
Kalite eğitimi	Açık Alanlar ¹	61	3,53±1,10	2,51	0,06	
	Kapalı Alanlar ²	97	3,95±0,98			
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	3,95±0,94			
	Diğer Alanlar ⁴	38	3,80±0,95			
Ölçme ve değerlendirme	Açık Alanlar ¹	61	3,55±1,03	2,35	0,07	
	Kapalı Alanlar ²	97	3,72±1,00			
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	3,99±0,85			
	Diğer Alanlar ⁴	38	3,93±0,83			
Kurum yararları alt ölçeği	Açık Alanlar ¹	61	3,62±1,03	1,81	0,15	
	Kapalı Alanlar ²	97	3,90±1,01			
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	4,04±0,90			
	Diğer Alanlar ⁴	38	3,85±1,00			
Personel yararları alt ölçeği	Açık Alanlar ¹	61	3,67±1,08	2,11	0,10	
	Kapalı Alanlar ²	97	3,98±0,87			
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	4,07±0,89			
	Diğer Alanlar ⁴	38	4,02±0,95			
Hasta yararları alt ölçeği	Açık Alanlar ¹	61	3,63±1,09	2,46	0,06	
	Kapalı Alanlar ²	97	4,00±0,89			
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	4,07±0,90			
	Diğer Alanlar ⁴	38	3,90±0,94			
KALİTE ALGI ÖLÇEĞİ	Açık Alanlar ¹	61	3,51±0,95	2,61	0,05	1<3
	Kapalı Alanlar ²	97	3,77±0,83			
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	3,95±0,79			
	Diğer Alanlar ⁴	38	3,76±0,79			

F: Tek yönlü varyans analizi Açık Alanlar¹: Yatan Hasta Katı, Acil Servis, vb., Kapalı Alanlar²: Yoğun Bakım, Ameliyathane vb., Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler³: Poliklinik, FTR, Radyoloji vb., Diğer Alanlar⁴: İdari Ofis, Çağrı Merkezi vb.

Hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyut puanları ile katılımcıların birimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Sağlık çalışanlarının çalıştıkları birimlere göre hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölçek puanları	Grup	n	$\bar{X} \pm ss$	F	p
Raporlanan olayların sıklığı	Açık Alanlar ¹	61	4,00±0,88	1,92	0,13
	Kapalı Alanlar ²	97	4,03±1,01		
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	3,62±1,19		
	Diğer Alanlar ⁴	38	3,79±1,16		
Yönetim ve iletişim	Açık Alanlar ¹	61	3,75±0,91	1,63	0,18
	Kapalı Alanlar ²	97	4,01±0,98		
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	3,68±1,24		
	Diğer Alanlar ⁴	38	3,71±1,12		
Genel güvenlik algısı	Açık Alanlar ¹	61	3,21±0,74	0,22	0,89
	Kapalı Alanlar ²	97	3,21±0,91		
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	3,20±0,95		
	Diğer Alanlar ⁴	38	3,32±0,37		
Örgütsel öğrenme	Açık Alanlar ¹	61	4,03±0,86	2,49	0,06
	Kapalı Alanlar ²	97	3,64±1,15		
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	3,62±1,26		
	Diğer Alanlar ⁴	38	3,97±0,84		
Takım çalışması	Açık Alanlar ¹	61	3,70±0,96	0,42	0,74
	Kapalı Alanlar ²	97	3,51±1,28		
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	3,50±1,36		
	Diğer Alanlar ⁴	38	3,63±1,04		
Hataların değerlendirilmesi	Açık Alanlar ¹	61	3,31±0,87	1,51	0,21
	Kapalı Alanlar ²	97	3,13±1,14		
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	3,30±1,01		
	Diğer Alanlar ⁴	38	2,92±0,73		
Personel	Açık Alanlar ¹	61	3,10±0,88	0,96	0,41
	Kapalı Alanlar ²	97	3,02±0,99		
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	3,26±0,98		
	Diğer Alanlar ⁴	38	2,97±0,72		
Hastane yönetimi	Açık Alanlar ¹	61	3,42±1,00	0,52	0,67
	Kapalı Alanlar ²	97	3,60±0,99		
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	3,44±1,05		
	Diğer Alanlar ⁴	38	3,45±0,83		
Birimler arası ilişkiler	Açık Alanlar ¹	61	3,29±1,04	0,52	0,67
	Kapalı Alanlar ²	97	3,46±1,13		
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	3,26±0,91		
	Diğer Alanlar ⁴	38	3,38±0,77		

Görev değişimi	Açık Alanlar ¹	61	3,08±0,78	1,47	0,22
	Kapalı Alanlar ²	97	3,31±0,76		
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	3,33±0,75		
	Diğer Alanlar ⁴	38	3,23±0,61		
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ	Açık Alanlar ¹	61	3,48±0,44	0,28	0,84
	Kapalı Alanlar ²	97	3,52±0,63		
	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler ³	48	3,43±0,64		
	Diğer Alanlar ⁴	38	3,45±0,52		

F:Tek yönlü varyans analizi Açık Alanlar¹: Yatan Hasta Katı, Acil Servis, vb., Kapalı Alanlar²: Yoğun Bakım, Ameliyathane vb., Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler³: Poliklinik, FTR, Radyoloji vb., Diğer Alanlar⁴: İdari Ofis, Çağrı Merkezi vb.

Kalite algı ölçeği puanları ile katılımcıların mesleki tecrübeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (F:2,86; p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında 6-10 yıl mesleki tecrübesi olan katılımcıların kalite algı ölçeği puanlarının 16 yıl ve üzeri tecrübesi olan katılımların puanlarına göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Diğer ölçek puanları ile katılımcıların mesleki tecrübeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12: Sağlık çalışanlarının mesleki tecrübesine göre kalite algı ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölçek puanları	Grup	n	$\bar{X} \pm ss$	F	p	Fark
Yönetim ve liderlik	1 Yıldan az ¹	51	3,75±1,07	1,33	0,26	
	1-5 ²	94	3,55±1,10			
	6-10 ³	45	3,42±0,93			
	11-15 ⁴	23	3,40±0,89			
	16-üzeri ⁵	33	3,81±0,74			
İnsan kaynakları kullanımı	1 Yıldan az ¹	51	3,71±0,92	2,18	0,07	
	1-5 ²	94	3,60±0,91			
	6-10 ³	45	3,36±0,90			
	11-15 ⁴	23	3,29±0,82			
	16-üzeri ⁵	33	3,79±0,58			
Kalite eğitimi	1 Yıldan az ¹	51	3,95±1,04	2,41	0,05	
	1-5 ²	94	3,87±1,05			
	6-10 ³	45	3,54±1,01			
	11-15 ⁴	23	3,49±0,88			
	16-üzeri ⁵	33	4,09±0,82			

Ölçme ve değerlendirme	1 Yıldan az ¹	51	3,95±0,95	1,68	0,16	
	1-5 ²	94	3,73±1,05			
	6-10 ³	45	3,65±0,95			
	11-15 ⁴	23	3,43±0,87			
	16-üzeri ⁵	33	3,95±0,72			
Kurum yararları alt ölçeği	1 Yıldan az ¹	51	3,98±1,05	2,12	0,08	
	1-5 ²	94	3,85±0,95			
	6-10 ³	45	3,52±1,07			
	11-15 ⁴	23	3,76±0,93			
	16-üzeri ⁵	33	4,12±0,89			
Personel yararları alt ölçeği	1 Yıldan az ¹	51	3,93±1,13	1,45	0,22	
	1-5 ²	94	3,99±0,91			
	6-10 ³	45	3,67±0,90			
	11-15 ⁴	23	3,78±1,01			
	16-üzeri ⁵	33	4,13±0,69			
Hasta yararları alt ölçeği	1 Yıldan az ¹	51	3,96±1,14	2,86	0,02	
	1-5 ²	94	4,00±0,91			
	6-10 ³	45	3,57±0,94			
	11-15 ⁴	23	3,63±0,88			
	16-üzeri ⁵	33	4,18±0,72			
KALİTE ALGI ÖLÇEĞİ	1 Yıldan az ¹	51	3,86±0,96	2,86	0,02	3<5
	1-5 ²	94	3,78±0,85			
	6-10 ³	45	3,44±0,87			
	11-15 ⁴	23	3,52±0,74			
	16-üzeri ⁵	33	3,99±0,62			

F: Tek yönlü varyans analizi

Hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyut puanları ile katılımcıların mesleki tecrübeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13: Sağlık çalışanlarının mesleki tecrübelerine göre hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölçek puanları	Grup	n	$\bar{X}\pm ss$	F	p
Raporlanan olayların sıklığı	1 Yıldan az	51	3,99±1,09	0,85	0,50
	1-5	94	3,95±1,04		
	6-10	45	3,67±1,10		
	11-15	23	3,74±1,06		
	16-üzeri	33	3,97±1,02		
Yönetim ve iletişim	1 Yıldan az	51	4,08±0,91	2,34	0,06
	1-5	94	3,88±1,06		
	6-10	45	3,51±1,13		
	11-15	23	3,54±1,13		
	16-üzeri	33	3,91±0,93		
Genel güvenlik algısı	1 Yıldan az	51	3,27±0,78	0,81	0,52
	1-5	94	3,14±0,81		
	6-10	45	3,29±0,92		
	11-15	23	3,45±0,67		
	16-üzeri	33	3,18±0,77		

Örgütsel öğrenme	1 Yıldan az	51	3,98±1,08	0,87	0,48
	1-5	94	3,72±1,14		
	6-10	45	3,61±1,04		
	11-15	23	3,72±1,08		
	16-üzeri	33	3,88±0,91		
Takım çalışması	1 Yıldan az	51	3,80±1,08	1,51	0,20
	1-5	94	3,45±1,28		
	6-10	45	3,32±1,22		
	11-15	23	3,75±0,94		
	16-üzeri	33	3,71±1,16		
Hataların değerlendirilmesi	1 Yıldan az	51	3,14±0,98	0,14	0,97
	1-5	94	3,18±1,01		
	6-10	45	3,13±1,03		
	11-15	23	3,26±0,94		
	16-üzeri	33	3,27±1,03		
Personel	1 Yıldan az	51	3,29±0,95	1,33	0,26
	1-5	94	2,95±0,92		
	6-10	45	3,13±0,93		
	11-15	23	3,19±0,83		
	16-üzeri	33	2,99±0,93		
Hastane yönetimi	1 Yıldan az	51	3,66±1,06	0,87	0,48
	1-5	94	3,43±1,00		
	6-10	45	3,41±0,99		
	11-15	23	3,71±0,69		
	16-üzeri	33	3,43±0,92		
Birimler arası ilişkiler	1 Yıldan az	51	3,56±1,04	1,68	0,15
	1-5	94	3,22±1,07		
	6-10	45	3,29±0,98		
	11-15	23	3,69±0,79		
	16-üzeri	33	3,33±0,94		
Görev değişimi	1 Yıldan az	51	3,36±0,88	0,91	0,46
	1-5	94	3,17±0,68		
	6-10	45	3,14±0,74		
	11-15	23	3,35±0,67		
	16-üzeri	33	3,31±0,73		
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ	1 Yıldan az	51	3,63±0,47	1,74	0,14
	1-5	94	3,43±0,61		
	6-10	63	3,71±0,68		
	11-15	56	3,37±0,59		
	16-üzeri	22	3,42±0,49		

Yönetim ve liderlik puanları ile raporlanan olayların sıklığı (düşük düzey), yönetim ve iletişim (orta düzey), takım çalışması (düşük düzey), personel (düşük düzey) ve hasta güvenliği kültürü ölçeği genel puanları ile (düşük düzey) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Sırasıyla $r:0,29$ $r:0,33$ $r:0,27$ $r:0,16$ $r:0,25$; $p<0,05$).

İnsan kaynakları kullanımı puanları ile raporlanan olayların sıklığı (düşük düzey), yönetim ve iletişim (orta düzey), takım çalışması (düşük düzey) ve hasta güvenliği

kültürü ölçeği genel puanları ile (düşük düzey) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Sırasıyla $r:0,21$ $r:0,31$ $r:0,20$ $r:0,17$; $p<0,05$).

Kalite eğitimi puanları ile raporlanan olayların sıklığı (düşük düzey), yönetim ve iletişim (orta düzey), takım çalışması (düşük düzey), hataların değerlendirilmesi (negatif yönde düşük düzey) ve hasta güvenliği kültürü ölçeği genel puanları ile (düşük düzey) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Sırasıyla $r:0,22$ $r:0,37$ $r:0,24$ $r:-0,13$ $r:0,19$; $p<0,05$).

Ölçme ve değerlendirme puanları ile raporlanan olayların sıklığı (düşük düzey), yönetim ve iletişim (orta düzey), takım çalışması (düşük düzey) ve hasta güvenliği kültürü ölçeği genel puanları ile (düşük düzey) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Sırasıyla $r:0,19$ $r:0,30$ $r:0,20$ $r:0,17$; $p<0,05$).

Kurum yararları alt ölçeği puanları ile raporlanan olayların sıklığı (düşük düzey), yönetim ve iletişim (orta düzey), takım çalışması (düşük düzey) ve hasta güvenliği kültürü ölçeği genel puanları ile (düşük düzey) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Sırasıyla $r:0,23$ $r:0,33$ $r:0,22$ $r:0,18$; $p<0,05$).

Personel yararları alt ölçeği puanları ile raporlanan olayların sıklığı (düşük düzey), yönetim ve iletişim (düşük düzey), takım çalışması (düşük düzey) ve hasta güvenliği kültürü ölçeği genel puanları ile (düşük düzey) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Sırasıyla $r:0,19$ $r:0,27$ $r:0,19$ $r:0,16$; $p<0,05$).

Hasta yararları alt ölçeği puanları ile raporlanan olayların sıklığı (düşük düzey), yönetim ve iletişim (orta düzey), takım çalışması (düşük düzey) ve hasta güvenliği kültürü ölçeği genel puanları ile (düşük düzey) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Sırasıyla $r:0,27$ $r:0,34$ $r:0,21$ $r:0,18$; $p<0,05$).

Kalite algı ölçeği puanları ile raporlanan olayların sıklığı (düşük düzey), yönetim ve iletişim (orta düzey), takım çalışması (düşük düzey) ve hasta güvenliği kültürü ölçeği genel puanları ile (düşük düzey) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Sırasıyla $r:0,27$ $r:0,36$ $r:0,24$ $r:0,21$; $p<0,05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14: Kalite algı ölçeği ile hasta güvenliği kültürü ölçeği puanları arası ilişki

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Yönetim ve liderlik	r	0,29	0,33	-0,08	0,12	0,27	-0,08	0,16	0,06	0,12	0,06	0,25
	p	0,00	0,00	0,20	0,06	0,00	0,20	0,01	0,32	0,06	0,34	0,00
İnsan kaynakları kullanımı	r	0,21	0,31	-0,06	0,09	0,20	-0,06	0,09	-0,03	0,02	0,02	0,17
	p	0,00	0,00	0,38	0,15	0,00	0,38	0,18	0,69	0,80	0,80	0,01
Kalite eğitimi	r	0,22	0,37	-0,06	0,09	0,24	-0,13	0,03	0,01	0,07	0,03	0,19
	p	0,00	0,00	0,35	0,16	0,00	0,04	0,64	0,87	0,29	0,60	0,00
Ölçme ve değerlendirme	r	0,19	0,30	-0,06	0,12	0,20	-0,10	0,09	-0,01	0,04	0,02	0,17
	p	0,00	0,00	0,37	0,06	0,00	0,10	0,14	0,82	0,54	0,81	0,01
Kurum yararları alt ölçeği	r	0,23	0,33	-0,06	0,06	0,22	-0,11	0,07	-0,02	0,08	0,02	0,18
	p	0,00	0,00	0,32	0,31	0,00	0,07	0,28	0,71	0,20	0,78	0,00
Personel yararları alt ölçeği	r	0,19	0,27	0,00	0,09	0,19	-0,04	0,06	-0,07	0,03	-0,01	0,16
	p	0,00	0,00	0,95	0,15	0,00	0,56	0,32	0,25	0,59	0,88	0,01
Hasta yararları alt ölçeği	r	0,27	0,34	-0,04	0,08	0,21	-0,09	0,06	-0,03	0,04	-0,04	0,18
	p	0,00	0,00	0,51	0,19	0,00	0,18	0,34	0,66	0,52	0,51	0,00
KALİTE ALGI ÖLÇEĞİ	r	0,27	0,36	-0,06	0,11	0,24	-0,09	0,10	-0,01	0,07	0,02	0,21
	p	0,00	0,00	0,35	0,10	0,00	0,14	0,13	0,88	0,30	0,79	0,00

r: Pearson Korelasyon, 1:raporlanan olayların sıklığı, 2:yönetim ve iletişim, 3:genel güvenlik algısı, 4:örgütsel öğrenme, 5:takım çalışması, 6:hataların değerlendirilmesi 7:personel, 8:hastane yönetimi, 9:birimler arası ilişkiler, 10:görev değişimi, 11:hasta güvenliği kültürü ölçeği

Sağlık çalışanlarının son 12 ay içerisinde hata raporlama bildirme sayılarına bakıldığında çalışanların %68,15' inin hiç bildirim yapmadığı görülmektedir (Tablo 4.15).

Tablo 4.15: Bildirilen hata raporlama sayısı

Hata Raporlama Sıklığı	n	%
0 olay raporu	169	68,15%
1 ya da 2 olay raporu	45	18,15%
3 ya da 5 olay raporu	18	7,26%
6 ya da 10 olay raporu	7	2,82%
11 ya da 20 olay raporu	4	1,61%
20 üstü olay raporu	5	2,02%

Elde edilen bulgular doğrultusunda kabul ve reddedilen hipotezler aşağıda verilmiştir (Tablo 4.16).

Tablo 4.16: Hipotez kabul / ret tablosu

Hipotezler		Kabul / Ret
Hipotez 1	H₁: Sağlık çalışanlarının kalite algısı ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı ilişki vardır.	Kabul Edilmiştir
	H₀: Sağlık çalışanlarının kalite algısı ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı ilişki yoktur.	Reddedilmiştir
Hipotez 2	H₁: Kalite algısı, sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerine göre farklılık göstermektedir.	Reddedilmiştir
	H₀: Kalite algısı, sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerine göre farklılık göstermemektedir.	Kabul Edilmiştir
Hipotez 3	H₁: Hasta Güvenliği Kültürü, sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerine göre farklılık göstermektedir.	Kabul Edilmiştir
	H₀: Hasta Güvenliği Kültürü, sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerine göre farklılık göstermemektedir.	Reddedilmiştir
Hipotez 4	H₁: Kalite algısı, sağlık çalışanlarının mesleklerine göre farklılık göstermektedir.	Reddedilmiştir
	H₀: Kalite algısı, sağlık çalışanlarının mesleklerine göre farklılık göstermemektedir.	Kabul Edilmiştir
Hipotez 5	H₁: Hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanlarının mesleklerine göre farklılık göstermektedir.	Kabul Edilmiştir
	H₀: Hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanlarının mesleklerine göre farklılık göstermemektedir.	Reddedilmiştir
Hipotez 6	H₁: Kalite algısı, sağlık çalışanlarının çalıştıkları birime göre farklılık göstermektedir.	Kabul Edilmiştir
	H₀: Kalite algısı, sağlık çalışanlarının çalıştıkları birime göre farklılık göstermemektedir.	Reddedilmiştir
Hipotez 7	H₁: Hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanlarının çalıştıkları birime göre farklılık göstermektedir.	Reddedilmiştir
	H₀: Hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanlarının çalıştıkları birime göre farklılık göstermemektedir.	Kabul Edilmiştir
Hipotez 8	H₁: Kalite algısı, sağlık çalışanlarının tecrübesine göre farklılık göstermektedir.	Kabul Edilmiştir
	H₀: Kalite algısı, sağlık çalışanlarının tecrübesine göre farklılık göstermemektedir.	Reddedilmiştir
Hipotez 9	H₁: Hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanlarının tecrübesine göre farklılık göstermektedir.	Reddedilmiştir
	H₀: Hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanlarının tecrübesine göre farklılık göstermemektedir.	Kabul Edilmiştir

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık çalışanlarının hastaya hizmet sunumu sırasında hata meydana geldiğinde telafisi zor hatta geri dönüşü olmayabilir. Bu nedenle zaman içerisinde hasta güvenliği, güvenli sağlık hizmeti vb. kavramlar sağlıkta yerini almıştır. Güvenli sağlık hizmeti sunulması için sistemli çalışmak gerekmektedir. Sağlıkta ihtiyacı duyulan bu sistem ise kalitenin sağlık sektörüne dahil olmasıyla kurulmuştur. Sağlık kurumlarının en temel bileşenlerinden biri ise hizmeti sunan sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanlarının sundukları hizmete dair algıları, inançları ve alışkanlıkları hizmet sunumunu direkt etkileyen unsurlardır. Bu sebeple sağlık çalışanlarının kaliteye yaklaşımı ve hasta güvenliği kültürü güvenli sağlık hizmeti sunumunda önem arz etmektedir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının kalite algısı ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişki ve sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre farklılık olup olmadığı incelenmiştir.

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının kalite algı ölçeği toplam puanı ile cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Erdem'in (2022) sağlık çalışanlarının kalite algısı üzerine yaptığı çalışmada da bu araştırma sonucunda çalışanların kalite algılarının cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Başka bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının kalite algısı ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ve erkek çalışanların kalite algısı puanlarının, kadın çalışanların puanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Örtlek vd., 2017). Cinsiyetin kalite algısı üzerindeki etkisi farklı araştırmalar sonuçlarına göre değişiklik gösterdiği tespit edilmiştir. Bunun temel sebebinin ise araştırmanın yapıldığı kurum, araştırmaya katılan meslek grubu ve çalışmada kullanılan ölçeklerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan araştırma sonucu hasta güvenliği kültürü ölçeği puanları sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Ortalama değerlere bakıldığında kadınların hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının erkeklere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Oksay ve arkadaşlarının (2019) sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü üzerine yaptıkları araştırma sonucunda cinsiyet ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı farklılık bulunmadığını tespit etmişlerdir. Hemşirelerin

hasta güvenliği kültürü konusunda yapılan bir çalışmada hasta güvenliği kültürü ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Solak ve Topçu, 2022). Bu sonuçlara bakıldığında farklı sağlık meslek grupları üzerinde yapılan araştırmalar sonucunda kalite algısı ve hasta güvenliği kültürünün cinsiyete göre anlamlı farklılık olup olmaması araştırmanın yapıldığı örnekleme göre değiştiği gözlemlenmiştir. Bunun temel sebebi ise araştırmanın yapıldığı kurum(lar) ve çalışmaya dahil edilen sağlık meslek gruplarının çeşitli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kalite algı ölçeği puanları ile sağlık çalışanlarının yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yapılan başka bir çalışmada bu çalışmayla örtüşür niteliğinde yaş ile kalite algısı arasında anlamlı fark saptanmadığı görülmüştür (Örtlek vd., 2017). Erdem'in (2022) çalışması sonucuna göre; 36-45 yaş arası sağlık çalışanlarının kalite algıları 25 yaş ve altı çalışanların kalite algılarına daha yüksek olduğunu saptamıştır. Hemşireler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise yaş ile sağlık çalışanlarının kalite algıları ortalamalarına bakıldığında, 18-24 yaş aralığında bulunanların kalite algılarının ile diğer yaş aralıklarında bulunan katılımcılardan daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Yorulmaz ve Pirol, 2019). Bu sonuçlara bakıldığında farklı sağlık meslek grupları üzerinde yapılan araştırmalar sonucunda kalite algısının yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu çalışmada fark bulunmamasının temel sebebi ise çalışmaya katılan sağlık çalışanların %46,75'nin 18-25 yaş grubundayken diğer çalışmaların yaş gruplarının dağılımında katılımcılarının çoğunluğunu 25 yaş üstü olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmada hasta güvenliği kültürü ölçeği genel puanlarına bakıldığında 46 yaş ve üstü olan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ölçeğine verdikleri yanıtın 26-35 yaş grubu çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Doğrusöz ve arkadaşlarının (2020) hemşirelerin hasta güvenliği kültürü üzerine yaptıkları çalışmada yaşı 35 ve üzeri olan hemşirelerin diğer hemşire yaş gruplarına göre hasta güvenliği kültürü genel toplam puanlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Başka bir çalışmada ise 18-25 yaş arasındaki çalışanların hasta güvenliği ölçeği puanlarının diğer yaş grubundaki çalışanların puanlarına göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Oksay vd., 2019). Bu sonuçlara göre yapılan

alışmalar kapsamında sağlık çalışanlarının yaşlarının ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişki olduğu görülmektedir. Yaş ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişkinin olmasının yaş ile birlikte artan tecrübe, hastalarla olan temas sürecinin artması ve farklılaşması vb. kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kalite algı lği ve alt boyut puanları sağlık çalışanlarının eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kılıç' ın (2022) sağlık yöneticileri üzerinde Bayer' in (2016) hemşireler üzerinde yaptığı araştırmada eğitim durumuna göre kalite algı lği ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptamamıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda yapılan araştırmalar kapsamında sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri ile kalite algıları arasında ilişki olmadığı görülmektedir. Kalite algısı kurumda yerleşen sistem doğrultusunda çalışanların bakış açısını ortaya koymaktadır. Kalite, kurumda her süreci ilgilendirdiği için her meslek grubundan çalışanında dahil olduğu bir sistemdir. Kurumda alışan bireylerin eğitim düzeyleri ne olursa olsun yaptıkları iş, yönettikleri süreci kuruma ait olan oluşturulmuş sistem kapsamındadır. Bu sistemin kurgulanması ve çalışanların bu sistem doğrultusunda çalışması gerekmektedir. Görevlerin yerine getirilmesinde kalite algısının yüksek ya da düşük olması çalışanların eğitim düzeylerine göre farklılık göstermeyebilir. Bu araştırmada hasta güvenliği kültürü lği puanları sağlık çalışanlarının eğitim düzeyine göre bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. n lisans mezunu sağlık çalışanların hasta güvenliği kültürü puanları lise ve diğer eğitim düzeyine sahip çalışanlara göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Koç ve arkadaşlarının (2020) hemşireler üzerinde yaptığı çalışma ile Oksay ve arkadaşlarının (2019) sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları hasta güvenliği kültürü algıları konulu çalışmada katılımcıların eğitim düzeyleri ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı fark saptamamışlardır. Bu sonuçlara bakıldığında farklı meslek grupları üzerinde yapılan araştırmalar sonucunda kalite algısı ve hasta güvenliği kültürünün eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık olup olmaması araştırmanın yapıldığı rneklemeye göre değiştiği gözlemlenmiştir. Bunun temel sebebi ise araştırmanın yapıldığı kurum(lar) ve çalışmaya dahil edilen meslek gruplarının çeşitli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu araştırmada fark saptanmasının sebebi ise ankete katılım

sağlayan çalışanlarının %44'ünün ön lisans mezunu olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada kalite algı ölçeği puanları sağlık çalışanlarının mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Güngör'ün (2022) sağlık çalışanı kalite algısı üzerine yaptığı araştırmada sağlık çalışanlarının meslek grupları ile kalite algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yapılan başka bir araştırmada ise sağlık çalışanlarının mesleklerine göre kalite algısı arasında anlamlı fark saptanmış ve hemşire meslek grubunun diğer meslek gruplarına göre daha yüksek ortalama elde ettikleri saptanmıştır (Hupal, 2019). Meslek grubu ile kalite algısı arasında fark bulunmasının temel sebebi ise Hupal' ın (2019) yaptığı araştırmanın dış hastanesi sağlık çalışanlarını kapsadığı ve dış hastanesinde genel hastaneye oranla daha az ve farklı meslek gruplarının yer almasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kurumda yerleşen bir kalite sisteminin olması ve çalışanlara bunun benimsetilmesi en başta eğitim ile gerçekleşir. Kalite süreçlerinde verilen eğitimler tüm personeli meslek grubu ayrılmadan yapılmalıdır. Bu sebeple meslek grupları ile kalite algısı arasında fark saptanmayabilir. Bu araştırma sonucunda hasta güvenliği kültürü ölçeği puanları ile sağlık çalışanlarının mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Yardımcı sağlık personeli (Anestezi, Radyoloji, Tekniker, Temizlik Personeli, YSP, FTR vb.) meslek grubuna dahil olan çalışanlar doktor ve hemşirelerden daha yüksek puan elde etmişlerdir. Yapılan başka bir araştırmada yine meslek grupları ile hasta güvenliği kültürü arasında fark bulunmuş ve teknisyenler doktorlardan daha yüksek skor elde etmişlerdir (Muftawu, 2017). Yapılan bir diğer araştırmada ise doktorların hasta güvenliği kültürü puanları, diğer meslek gruplarından daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Oksay vd., 2019). Bu sonuçlara göre hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Sağlık sektöründeki her meslek grubunun farklı bir uzmanlık alanı olması ve çalışanların hastayla olan iletişimlerinin ve hastayla geçirdikleri zamanın farklı olmasından dolayı hasta güvenliği kültürünün meslek gruplarında göre farklılık gösterdiği düşünülmektedir.

Bu araştırmanın sonucunda kalite algı ölçeği puanları ile sağlık çalışanlarının birimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Açık alanlarda (Yatan Hasta Katı, Acil Servis, vb.) çalışan sağlık çalışanlarının Ayaktan (Poliklinik, FTR, Radyoloji vb.) hasta hizmeti verilen bölümlerde çalışan personele göre kalite algılarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Hekim ve hemşirelerin kalite algısını ölçmek üzere yapılan bir çalışmada yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin toplam ölçek puanları, acil servis ve yataklı serviste görev yapan hemşirelerin toplam ölçek puanlarından anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (Koç, 2022). Bu sonuçlara göre kalite algısı ile çalışılan birim arasında ilişki olduğu görülmektedir. Çalışılan birim ile kalite algısı arasında fark olmasının temel sebebinin ise birimlerin kalite süreçlerinin farklı olmasıdır. Farklı birimlerde çalışanların kalitenin hangi süreçlerine ne kadar dahil oldukları değişmektedir. Örneğin yoğun bakım vb. alanların ayaktan alanlara göre yüksek risk düzeyinde olması kalite süreçlerinin daha fazla entegre olmasını gerektirmektedir. Bu durumun çalışanların kalite algısını etkilediği düşünülmektedir. Bu çalışmada hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyut puanları sağlık çalışanlarının birimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Oksay ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları çalışma sonucunda çalışanların hasta güvenliği kültürü puanlarının görev yerine göre anlamlı farklılık gösterdiği yoğun bakım çalışanlarının, klinik ve diğer alanlarda çalışanlarından daha yüksek, ameliyathane çalışanlarının klinik, acil ve diğer alanlarda çalışanların puanlarından anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşireler üzerinde yapılan farklı bir çalışmada serviste görev yapan hemşirelerin, yoğun bakımda görev yapan hemşirelere göre, dahili birimlerde görev yapan hemşirelerin ise cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelere göre hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Doğrusöz vd, 2020). Bu çalışmada diğer araştırmalara nazaran birimlere göre fark saptanmamasının sebebi birimlerin daha karma olarak ele alınması, kurumdaki her meslek grubunun çalışmaya katılım sağlaması ve birimlerde çalışanların hasta ile olan süreçlerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırma sonucunda kalite algı ölçeği puanları ile sağlık çalışanlarının mesleki tecrübelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. 16 yıl ve üzeri

tecrübesi olan çalışanlar 6-10 yıl arası tecrübesi olan çalışanlara göre daha yüksek puan almışlardır. Erdem'in (2022) yaptığı çalışmanın sonucunda mesleğini 11 yıl ve daha fazla süredir yapan çalışanların kalite algısı mesleğini 5 yıl ve altı süredir yapan çalışanlara göre daha olumlu olduğunu saptamıştır. Yapılan başka bir araştırmada kurumda 11-15 yıl aralığında çalışanların diğer çalışma yılı aralığında olanlara göre kalite algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Hupal, 2019). Bu araştırma sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının tecrübesi arttıkça kalite algılarının da arttığı görülmektedir. Bunun temel sebebinin ise tecrübenin artmasıyla çalışanların daha fazla sürece hakim olduğu, daha fazla tıbbi hata ile karşılaşma olasılıklarının olması ve daha fazla kurumdaki kalite süreçlerine müdahil olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu araştırma sonucunda hasta güvenliği kültürü ölçeği ile sağlık çalışanlarının mesleki tecrübelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Muftawu' nun (2017) sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü üzerine yaptığı araştırmada, sağlık çalışanlarının hastanedeki kıdemine göre hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü üzerine yapılan çalışmalarda ise 10 yıl ve üzeri çalışma tecrübesi olan hemşirelerin çalışma tecrübesi 10 yıldan daha az olan hemşirelere göre (Doğrusöz vd., 2020), kurumda 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin diğer hemşirelere göre daha hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Sütçü, 2019). Bu sonuçlara göre sağlık çalışanlarının dahil edildiği araştırmalarında mesleki tecrübe ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı ilişki olmadığı ancak spesifik olarak sadece hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçüldüğünde tecrübe ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişki olduğu görülmektedir. Hemşire, hekim vb. meslek gruplarının hasta ile olan etkileşimlerinin diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte hemşire, hekim vb. çalışanların mesleklerini icra ederken yapacakları küçük bir hatanın bile hastaya ciddi zarar verebileceğinin bilincinde olmaları nedeniyle hasta güvenliğine olan hassasiyetlerinin arttığı düşünülmektedir. Bu sebeple hastayla etkileşimi daha fazla olan sağlık çalışanlarının tecrübeleri arttıkça hasta güvenliği kültürlerinin daha fazla yerleştiği düşünülmektedir. Hasta güvenliği kültürü kurumun tüm sağlık çalışanlarını kapsadığı için her meslek grubunun hasta ile etkileşimi farklı olduğu için tecrübeleri ne kadar artarsa artsın rutin çalışma koşullarında hasta ile

olan etkileşimlerinde değişim olmadığı sürece sağlık çalışanlarının tecrübelerinin hasta güvenliği kültürleri üzerinde farklılık yaratmadığı düşünülmektedir.

Kalite algı ölçeği genel puan toplamı ve tüm alt boyutları ile hasta güvenliği kültürü ölçeğinin genel puan toplamı ile alt boyutları (raporlanan olayların sıklığı, yönetim ve iletişim ve takım çalışması) arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının kalite algısının kurumda yürütülen kalite sisteminin verimliliğine bağlıdır. Sağlık kurumlarında çalışanların kalite algılarının yüksek olması verimli ve etkin sağlık hizmetleri sunumunu doğrudan etkilemektedir (Güngör, 2022). Ertem ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada insan kaynaklı tıbbi hataların %62,1'i acemilikten, % 19,2' si ihmalden, %17,4' ü yanlış tedaviden, %11,6'sı dikkatsizlikten, %10,5'i yanlış tanıdan ve %8,7' si hatalı ilaç uygulamalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. İnsan kaynaklı tıbbi hataların yaşanmasının temel kaynağı kalite sisteminin kurumda etkin işletilememesidir. Etkin işletilen kalite sistemleri olmasına rağmen çalışanlar kalite sistemini tam olarak ne olduğunu ve kuruma faydalarını kavramadıkları durumda kalite ile hasta güvenliği arasındaki ilişki çalışanlar tarafından net anlaşılamaz. Bu çalışmada çalışmaya katılan çalışanların %68,15'ini son 12 ay içerisinde hiç olay bildirim yapmadıkları görülmektedir. Bu sonuca göre kurumda hata raporlama kültürünün yerleşmediği düşünülmektedir. Bu çalışma sonucunda Kalite Algı Ölçeği ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Raporlanan Olayları Sıklığı alt boyutu ile pozitif yönde düşük düzey yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Hasta güvenliği konusunda yapılan iyileştirme çalışmaların hata raporları büyük önem taşımaktadır. Kalite sisteminin hasta güvenliği kültürü üzerinde etkisi yüksektir. Yapılan çalışmalar sonucunda Kalite Yönetim Sistemi ile Hasta Güvenliği Kültürü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Topaloğlu, 2017;Taş vd., 2013). Hasta güvenliği kültürünün kurumda hakim olmasının yolu kalite sisteminin iyi kurulması ve sağlık çalışanlarına kalitenin benimsetilerek kalite algılarının yüksek tutulması gerekmektedir. Güçlü bir kalite sistemi ile başta hata raporlama olmak üzere farklı kalite iyileştirme süreçleri etkin hale getirilerek hasta güvenliği sağlanabilir. Kurumun üst yönetiminin kaliteyi benimsemesi ve hasta güvenliğini önemsemesi gerekir. Kalite sistemini geliştirmek ve kurumda hasta güvenliği kültürünü

yerleştirmek için öncelikle st yönetimin liderlik etmesi gerekir. st yönetim liderliğinde tüm çalışanlara eğitimler verilmeli, çalışanların kalite ve hasta güvenliği süreçlerinde aktif rol almaları sağlanmalıdır. Sağlık çalışanlarına, yapılan her kalite ve hasta güvenliğine yönelik çalışmanın amacı, kuruma etkileri anlatılmalıdır. Yapılan çalışmaların sonucu kurumun sağlık çalışanları ile paylaşılarak başarının veya başarısızlığın tüm sağlık çalışanlarına ait olduğu hissettirilmeli ve gerekli iyileştirmeler için çalışanlar motive edilmelidir. Sağlık alışanların bu süreçte motivasyonunu arttırmak için etkinlikler düzenlenebilir. Ekip içi ve ekipler arası etkin iletişim sağlanmalıdır. Her birimin kendi sürecinin doğrudan veya dolaylı olarak kalitenin başarısını etkilediği ve hasta güvenliğine etkisi olduğu çalışanlara anlatılmalı ve ekiplerin ortak amaç için çalışması sağlanmalıdır. Bunun için ise farklı ekipler bir araya getirilerek olumlu rekabet ortamı sağlanabilir. Sağlık kurumlarında kaliteden ödün, hasta güvenliğinden taviz verilemez. Sağlık alışanlarının kalite algısı ve kurumda hakim olan hasta güvenliği kültürü bu sebeple çok önemlidir.

Yapılan literatür taramasında Kalite Algısı lği ile Hasta Güvenliği Kültürü lği' nin bir arada kullanılarak ve tüm sağlık çalışanları meslek grupları dahil edilerek gerçekleştirilen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hasta Güvenliği Kültürü lği ile yapılan çalışmalarda daha çok hemşireler üzerinde yapılan çalışmalara rastlanmıştır. Kalite, sağlık kurumundaki tüm süreçleri ve tüm meslek gruplarını kapsayan hasta güvenliğini gözeten meslek, birim, vb. bir ayrımın yapılamayacağı bütün bir sistemdir. Bu sebeple bu çalışmada kalite algısı ve hasta güvenliği ile ilgili kullanılan ölçekler tüm meslek gruplarına uygulanarak kalite algısı ve hasta güvenliği kültürü bir bütün olarak incelenmiştir. Kalite algısı ve Hasta Güvenliği Kültürü arasındaki araştırmaların devam ettirilmesi ile hasta güvenliği uygulamaları ve iyileştirme çalışmalarının artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

6. KAYNAKLAR

Abdulkareem A.S. Hastanelerde Tıbbi Hataların Klinik Yönetimi: Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği. T.C Süleyman Demirel Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Isparta.

Adıgüzel O. Hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanları tarafından algılanmasına yönelik bir araştırma. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2010;28:1-9.

Akalın E.H. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi. 2005;5(3):141-146.

Akar G. Cerrahi Hemşirelerinin Kişilik Tipi ile Tıbbi Hataya Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Ordu.

Aktan U. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutumlarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Çanakkale.

Alaman O. Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul.

Alexander J.A, Weiner B.J, Griffith J. Quality improvement and hospital financial performance. Journal of Organizational Behaviour. 2006;27:1003–1029.

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

Arslan G, Küçüker E. Türkiye’de toplam kalite yönetimi modelinin eğitimin kamu hizmeti niteliğine ve eğitim öğretim süreçlerine uygunluğu. Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi. 2011;6(2):202-224.

ASQ (American Society for Quality, 2005. Total Quality Management-Primary Elements.

Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000; 4(2):22-27.

Aydın B. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi. Seminer Notu, İstanbul, 2002, s.9.

Baştürk H. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerinin Belirlenmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2019, Manisa.

Bayer E, Çevik G. Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkilerinin araştırılması: bir araştırma uygulama hastanesi örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2019;22(3):653-676.

Bayer N, Baykal Ü. (2018). Sağlık çalışanları kalite algı ölçeğinin geliştirilmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi. 2018;5(2):86-99. doi:10.5222/SHYD.2018.086.

Bayer N, Kalite Algı Ölçeğinin Geliştirilmesi Ve Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Hemşirelerin Kalite Algısı. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016.

Bodur S, Filiz E. (2010). Validity and reliability of Turkish version of hospital survey on patient safety culture and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. BMC Health Services Research. 2010;10(1):28-36.

Bolat T. Toplam kalite yönetimi. 1. Baskı, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul;2000, s:36.

Budak M. Hasta güvenliği kültürü. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2008;7:54-57.

Burçoğlu-Karaca Ş. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama (Aydın Devlet Hastanesi Üzerine Bir Çalışma). Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Aydın.

Canatan H, Erdoğan A, Yılmaz S. Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2015;2(2):82-89.

Cengiz C. Sağlık hizmetlerinde akreditasyon programları ve TÜSKA. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi. 2018;1:21-26.

Conca F.J, Llopis J, Tari J.J. Development of a measure to assess quality management in certified firms. European Journal of Operational Research. 2004;156(3):683-697.

Çakır A. (2008). Hasta Güvenliği Kültürü İle Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, İzmir.

Çelik G. Sağlıkta Kalite Yönetimi Bağlamında Çalışanların Hasta Ve Çalışan Güvenliği Kültürü Algıları: Özel Ve Kamu Hastaneleri Karşılaştırması. T.C. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Ankara.

Çolakoğlu-Babacan A. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul.

Deilkas E.T, Hofoss D. (2008). Psychometric Properties of The Norwegian Version of The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). BMC Health Services Research, 8(191), 1-10. doi: 10.1186/1472-6963-8-191.

Doğrusöz L.A, Polat Ş, Kumsar A.K. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü: bir üniversite hastanesinde kesitsel bir araştırma. OPUS International Journal of Society Researches, 2020;16(28):1374-1395.

Donabedian A. Seven pillars of quality arch. Pathol. Lab med, 1990;114(2):1115-1119.

Edwards M.T. An Organizational Learning Framework for Patient Safety. Am J Med Qual. 2017;32(2):148-55.

Ercan İ, İsmet K. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30(3): 211-216.

Erdem F. Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı: İki Devlet Hastanesi Karşılaştırma Örneği. T.C. Maltepe Üniversitesi, Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022, İstanbul.

Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. Dirim Tıp Gazetesi. 2009;84(1):1-10.

Evans S.M, Berry J.G, Smith B.J, Esterman A.J. (2004). Anonymity Or Transparency İn Reporting Of Medical Error: A Community-Based Survey İn South Australia. Med J Aust. Jun 7, 180(11), 577-80. doi: 10.5694/j.1326-5377.2004.tb06095.x. PMID: 15174989

Famolaro T, Yount N, Hare, R. et al. (2018). Hospital Survey on Patient Safety Culture 2018 User Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD,

under Contract No. HHSA 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; AHRQ Publication No. 18-0025-EF.

Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2009, Konya.

Gallagher T.H, Waterman A.D, Ebers A.G, Fraser V.J, Levinson W. (2003). Patients' And Physicians' Attitudes Regarding The Disclosure Of Medical Errors. JAMA. Feb 26, 289(8), 1001-1007. doi: 10.1001/jama.289.8.1001. PMID: 12597752.

Garvin D. (1984). What does ‘product quality’ really mean? Sloan Management Review. 1984;Fall:25–45.

Gökkaya D. Hasta ve çalışan güvenliği. Olağan dışı durumlarda sağlık yönetimi, Durmuş, A. ve Amarat, M. (Ed.), 1. Baskı, Efeakdemi Yayınları, İstanbul; 2023, s. 247.

Göz F, Kayahan M. Evaluation of the patient safety culture: survey of nurses. Journal of Education and Research in Nursing. 2011;8(2):44.

Graham N.O. Quality trends in health care, quality in healt care, Theory Application and Evolution, Graham N.O, (Ed), Aspen Publishers, Inc. Maryland;1995, s. 5.

Güdük Ö, Kılıç H. Sağlık hizmetleri akreditasyonu ve Türkiye’de gelişimi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017;7 (2):102-107

Güngör M.A. Sürekli İşçilerin Sağlıkta Kalite Algısı: İzmir’ de Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği. T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2022, Aydın.

Güven A. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler Ve Sağlık Okuryazarlığı İle Hasta Güvenliği İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2016, Ankara.

Hayırlıdağ M. Mısır tıbbının gizemi papirüsler. Akademik Tarih ve Araştırmalar Dergisi. 2021;4(4):68-85.

Hupal A.F. Sağlıkta Kalite Standartlarına Yönelik Uygulamaların, Sağlık Çalışanlarının Kalite Algılarına Etkisi (Amasya Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği). İstanbul Esenyurt Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul.

Institute of Medicine (IOM). (2003). Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality, The National Academies Press, Washington D.C. s: 41. doi: 10.17226/10593.

Institute of Medicine (US) Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. (2004). Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. Page A, Editor. Washington (DC): National Academies Press (US). doi: 10.17226/10851.

International Organization for Standardization (ISO). 2015. TS EN ISO 9001 Kalite yönetim sistemleri – Şartlar (2015).

IOM Institute of Medicine (IOM). (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, The National Academy Press, Washington DC. doi: 10.17226/9728.

İslamoğlu A. H, Alınışık Ü. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. 4. Baskı, Beta Basım Yayınevi, İstanbul; 2014, s:291-292.

JCI. (2017). Joint Commission International Kalite Standartları, 6. Versiyon.

Joint Commission International (JCI). Accreditation standards For Hospital. JCI, Illinois, USA, 2008;3:31-35.

Kavak D. Türkiye sağlık hizmetleri kalite ve akreditasyon enstitüsü sağlıkta akreditasyon standartları. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi. 2018;1(1):14-20.

Kavuncubaşı Ş. Hastane ve sağlık kurumları yönetimi. 1. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara;2000, s:54.

Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Hastane ve sağlık kurumları yönetimi. 5.Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara;2012, s:467-488.

Kaya B. Hastane Temizlik Çalışanlarının Biyolojik Etkenlere Yönelik Bilgi Tutum Ve Davranışları İle Güvenlik Kültürü Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Giresun İl Örneği T.C. Avrasya Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Doktora Tezi, 2022, Trabzon.

Kaya S. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite Geliştirme. 1. Baskı, Pelikan Yayınları, Ankara;2005.

Kaya S. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı. S. Kaya (Ed.), 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2864, Eskişehir;2013, s:2-30.

Kılıç U. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi: Elazığ Örneği. T.C. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022, Elazığ.

Kıraç S.M. Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlık Hizmetleri. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul.

Koç K. Nevşehir Devlet Hastanesinde Çalışan Hekim Ve Hemşirelerin Kalite Algılarının Belirlenmesi. T.C. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2022, Nevşehir.

Koç S. Adli tıbbi açıdan malpraktis ve hekim sorumluluğu. Toraks Cerrahisi Bülteni 2014;5(1): 14-22.

Koç Z, Eraydın C, Tezcan B. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörler. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2020;7(2):102-109.

Korkmaz A.Ç. (2018). Geçmişten günümüze hasta güvenliği. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2018;6(1):10-19.

Küçük-Yüceyurt N, Akçin Şenyuva E, Kaya H. Uluslararası ve ulusal çalışmaların hemşirelik eğitime yansımaları. Yükseköğretim Ve Bilim Dergisi. 2023;13(1):1-9.

Leape L.L, Lawthers A.G, Brennan T.A, Johnson W.G. (1993). Preventing medical injury. Quality Review Bulletin. 1993;19(5):144-48.

McNutt R.A, Abrams R, Aron D.C. (2002). Patient Safety Efforts Should Focus on Medical Errors. JAMA, 287(15). doi:10.1001/jama.287.15.1997

Mills D.H. Medical Insurance Feasibility Study. A technical summary. West J Med. 1978;128(4):360-5.

Morath J.M, Turnbull J.E. To Do No Harm. San Francisco. Josey Bass, 2005;23-43.

Mubaraki M. Application of total quality management principles in small and medium firms. European Scientific Journal, 2012;25(8):20-27.

Muftawu M. Hasta Güvenliği Kültürünün Belirlenmesi: Gana’da Bir Eğitim Hastanesi Uygulaması. T.C. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2017, Ankara.

Myers S.A. Patient safety and hospital accreditation. 1st Ed, New York. Springer Publishing Company, New York;2011, s:1-7.

Nikolova Jahn I. Aspects of Total Quality Management Implementation. Recent, 2008; 2 (23): 56-57.

Ogaard T, Marnburg E, Larsen S. (2008). Perceptions of organizational structure in the hospitality industry: consequences for commitment, job satisfaction and perceived performance. Tourism Management. 2008;29 (4): 661-671.

Oksay A, Kılınç M, Sayhan M. Sağlık çalışanlarında hasta güvenliği kültürü algısının değerlendirilmesi üzerine bir araştırma. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2019;19(2):455-475.

Oksay A. Sağlık hizmetlerinde kalite tam olarak ne demek?-what actually is quality in healthcare?. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016;8(14):181-192.

Önal S. Acil Bakım Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul.

Örtlek M, Yanık A, Kalkan A.C, Topaloğlu S, Kalaner A, Baç A. Sağlık çalışanlarının hastane kalite çalışmalarına yönelik görüşleri ve kalite algısı. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 2017;3(2):37-51.

Özcan-Çaklı İ. Sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi donabedian kalite özellikleri ve sağlık çalışanlarının hizmet kalitesi üzerine etkisi. İş'te Davranış Dergisi. 2021;6(1):1-15.

Özyer Y. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerde İş Yüğü Algısı, İşe Bağlı Gerginlik ve Tıbbi Hata Tutumları. Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2016, Ordu.

Parasuraman A, Zeithaml V.A, Berry L.L. a conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*. 1985;49(4):41-50.

Parlak S. İşletmelerde toplam kalite yönetimi. 1. Baskı, Ekin Kitapevi, Bursa; 2004, s. 45.

Peşkircioğlu N. Toplam kalite yönetimi ve katılımcılık. *Verimlik Dergisi*, Toplam Kalite Özel Sayısı, MPM Yayını. 1995, s:31-40.

Pidgeon N. Safety culture: key theoretical issues. *Work and Stress*. 1998;12:202 –216.

Pietra L.L, Calligaris L, Molendini L, Quattrin R, Brusaferrò S. Medical errors and clinical risk management: state of the art. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2005; 25:339-346.

Pirhan Ş. Sağlık Hizmetinde Toplam Kalite Yönetimi: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul.

Pizzi LT, Goldfarb N.I, Nash D.B. Promoting a culture of safety. K.G. Shojania, B.W Duncan, K.M McDonald, R.M Wachter (Eds.), *Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices*. AHRQ Evidence Report/Technology Assessment, Number 43. Rockville;2001, s: 447-457.

Powell T.C. Total quality management as competitive advantage: A review and empirical study. *Strategic Management Journal*. 1995;16(1):19.

Rogers A.E, Hwang W.T, Scott L.D, Aiken L.H, Dinges D.F. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 2004;23(4), 202-212.

Sammer C.E, Lykens-Singh K.P, Manians D.A, Lackan N.A, What is patient safety culture? A review of the literatue. Journal of Nursing Scholarship. 2010,42(2):156-165.

Sayek F. Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya. 1. Baskı, TTB Raporları /Kitapları, Ankara; 2010, s:13-15.

Saygılı T. Sağlık Hizmet Kuruluşlarının Akreditasyon Sürecinde İnsan Kaynaklarının Önemi. Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul.

Sila I, Ebrahimpour M. Examination and comparison of the critical factors of total quality management (TQM) across countries. International Journal of Production Research. 2003;41(2):235–268.

Solak M, Topçu S. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesi. İzmir Democracy University Health Sciences Journal, 2022;5(3):681-693.

Sur H, Özhan S.H, Say B. Hastane Yönetimi. H. Sur, T. Palteki (Ed.), Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 2013, s: 509-520.

Sütçü N. Hasta Güvenliği Kültürü Algısı İle Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Analizi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul.

Swaminath G, Raguram R. Medical errors II, the aftermath: mea culpa! Indian Journal of Psychiatry. 2011;53(1):9-12.

Şentürk C. Toplam Kalite Yönetimi Işığında Okullarda Verimlilik Kültürünün Oluşturulması. Bilim ve Aklın Aydınlığında Eğitim. 2011;141: 22-29.

Taş Y, Akpınar A.T, İşçi E. (2013). Kalite Yönetim Sistemi İle Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma: Üniversite Hastanesi Örneği. 7. Ulusal Sağlık Ve Hastane İdaresi Kongresi.

Tengilimoğlu D. Sağlık hizmetlerinde akreditasyon, belgelendirme ve kalite ödülleri. S. Kaya (Ed.), 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2864, Eskişehir;2013, s:180-212.

The Joint Commission (JCI). The essential role of leadership in developing a safety culture. Sentinel Event Alert, A Complimentary Publication of the Joint Commission. 2017;(57)1:1-8.

Tokaç M. Türk tıp tarihine ait belgelerde hasta güvenliği. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2008;7:86-90.

Topaloğlu B. (2017). Sağlık İşletmelerinde Kalite Yönetim Sistemi Ve Hasta Güvenliği Kültürü Değişkenlerinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul.

Topçu N. Toplam kalite yönetimi ve faaliyete dayalı maliyetleme yöntemi. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2010;13(7):189-217.

URL-1: Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti Versiyon 6.1, (2020). <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR,64476/sks-hastane-surum-6-yayinlandi.html> [Erişim Tarihi: 11.12.2022).

URL-2: Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite, Akreditasyon Ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı Web sitesi <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 01.07.2023).

URL-3: TÜSEB, 2023 <https://tuska.tuseb.gov.tr/akreditasyon/tuskadan-akredite-olan-kuruluslar> Erişim tarihi 01.07.2023

URL-4: World Health Organization (WHO) 2017. Patient Safety: Making health care safer. Geneva: World Health Organization; 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Erişim Tarihi: 03.07.2023).

URL-5: WHO 2004 World Alliance for Patient Safety <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about/world-alliance-for-patient-safety> Erişim Tarihi: 03.07.2023

URL-6: WHO 2005 Draft Guidelines For Adverse Event Reporting And Learning Systems <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Erişim Tarihi: 03.07.2023

URL-7: WHO JCI Patient Safety Solutions 2007 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/psf/patient-safety-solutions/patient-safety-solutions-preamble.pdf?sfvrsn=f1ab7f09_6 Erişim Tarihi: 03.07.2023

URL-8: JCI National Patient Safety Goals Effective 2023 for the Hospital Program, March, 2023. <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/> Erişim tarihi 01.07.2023

URL-9: WHO 2021 Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 - Towards eliminating avoidable harm in health care <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan> Erişim Tarihi: 03.07.2023

URL-10: Sağlık Bakanlığı Gvelik Raporlama Sistemi <https://hgbs.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 03.07.2023

URL-11: European Commission (2014). Patient safety : progress made, more needed. Erişim: 04.07.2023 https://health.ec.europa.eu/latest-updates/patient-safety-progress-made-more-needed-2014-06-19-0_en

URL-12: NCC MERP-National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. (t.y.). About Medication Errors. What is a medication error? Erişim: 04.07.2023, <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>

URL-13: Sağlık Bakanlığı, VIII. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 2022, Antalya <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-94080/ulusal-hasta-guvenligi-hedefleri-hakkinda.html> Erişim Tarihi: 11.05.2023

URL-14: Sağlık Bakanlığı SKS-ADSH Versiyon 4, 2023 <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-52460/guncel-standartlar.html> Erişim Tarihi: 06.07.2023

URL-15: Joint Commission International (2016). Facts About Speak Up. https://www.jointcommission.org/facts_about_speak_up/ Erişim Tarihi: 06.07.2023

URL-16: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital Survey on Patient Safety Culture. https://search.ahrq.gov/search?q=+patient+safety+culture+dimensions&_gl=1*_byokmd*_ga*NzQzMDc4MzgyLjE2OTIxOTA0NDY.*_ga_1NPT56LE7J*MTY5MjE5MDQ0Ni4xLjEuMTY5MjE5MDgzNi42MC4wLjA. Erişim Tarihi: 02.07. 2023

Wiegmann D. A, Zhang H, Von Thaden T. L, Sharma G, and Gibbons A. M. Safety culture: An integrative review. The International Journal of Aviation Psychology. 2004;14(2): 117-134.

Yaman Y. Toplam Kalite Yönetimi Ve Sağlık Sektörü. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul.

Yenersoy G. Toplam kalite yönetimi. 1. Baskı, Rota Yayınevi, İstanbul;1997, s:19-20.

Yıldız A. Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Akreditasyonun Hizmet Kalitesine Etkisi Hakkındaki Algıları. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2010, Ankara.

Yılmaz A. Hasta güvenliği kültürü kavramının boyutları ile incelenmesi boyutların hasta güvenliği uygulamalarına etkisinin araştırılması. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2020;7(3): 223-230.

Yılmaz M. Kalite Yönetim Sistemlerinin Evrimi Ve Toplam Kalite Yönetiminin Banknot Matbaası Genel Müdürlüğünde Uygulanabilirliği. T.C. Merkez Bankası Piyasalar Genel Müdürlüğü. Uzmanlık Yeterlilik Tezi, 2003, Ankara.

Yorulmaz M, Pirol M. Sağlık çalışanlarında kalite algısının ölçülmesi üzerine bir araştırma. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi. 2019;2(1):15-21.

Yumuşakbaş-Sevinç, A. Bir Üniversite Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim Ve Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutumları Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, 2023, Ordu.

Yurtseven F.M. TC Sağlık Bakanlığı Tarafından Uygulanan Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5 (SKS-Hastane V5)İn EFQM Mükemmellik Modeli (EFQM MM) İle Karşılaştırılmasına Yönelik Durum Çalışması. T.C. Beykent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Doktora Tezi, 2019, İstanbul.

Yusof SRM. And Aspinwall E. Critical success factors for total quality management implementation in small and medium enterprises. Total Quality Management. 1999;10(4-5):803-809.

EKLER

EK-1 : Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu anket “Sağlık Çalışanlarının Kalite Algısı ile Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” isimli yüksek lisans tezinde kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Çalışmada elde edilen veriler, yalnızca bilimsel amaçla kullanılacak, kişi bilgilerine yer verilmeyecektir. Anketin uygulanabilmesi hususunda hastane yönetiminden gerekli izinler alınmıştır. Ankete katılımınız yalnızca gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ankete katıldıktan sonra istediğiniz anda vazgeçebilirsiniz. Lütfen aklınıza takılan soruları anketi uygulayan yetkiliye sormaktan çekinmeyiniz. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilebilmesi için, eksiksiz ve içtenlikle doldurmaya özen göstermenizi rica eder, çalışmamıza verdiğiniz katkı ve kıymetli vaktinizden bize ayırdığınız için şimdiden çok teşekkür ederim.

Elif ESENDEMİR

KALİTE ALGI ÖLÇEĞİ					
Bu ölçek yataklı tedavi kurumlarında görev yapan sağlık çalışanlarının kurumlarında yürütülen kalite çalışmalarına ilişkin algılarını ölçmeye yönelik oluşturulmuştur. Size en uygun gelen seçeneği boş bırakmadan işaretleyiniz.					
İFADELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
YÖNETİM VE LİDERLİK					
1. Hastane yönetimi, kalite geliştirme çabasında öncü ve itici güçtür.					
2. Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli olan parasal kaynakları ayırır.					
3. Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli olan insan kaynağını sağlar.					
4. Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli komiteleri oluşturur.					
5. Hastanenin hizmet ve bakım kalitesini iyileştirmeye yönelik bir vizyon ve misyonu vardır.					

6. Hastane yönetimi hizmet ve bakım kalitesini artırmak için gerekli değişimleri gerçekleştirir.					
7. Hastane yönetimi hizmet kalitesini artırmak için uygun ve yeterli sarf malzemeyi sağlar.					
8. Hastane yönetimi kalite çalışmalarında görünen aksaklıkları hızlı şekilde çözümler.					
9. Hastane yönetimi, kalite hedeflerini tüm çalışanlara benimsetir.					
10. Hastane yönetimi, hizmet kalitesine odaklanan bir kurum kültürü oluşturmaya çalışır.					
11. Hastane yönetimi, karar alırken ilgili yöneticinin görüşünü dikkate alır.					
12. Hastane yönetimi, tüm çalışanların kalite çalışmalarıyla ilgili kararlara katılımını destekler.					
İNSAN KAYNAKLARI KULLANIMI					
1. Hastanenin işe alım kuralları ve süreci kalite çalışmaları çerçevesinde oluşturulur.					
2. Hastanenin kalite çalışmalarının yürütülüyor olması, adayların işe başvurusunu artırır.					
3. Kalite çalışmaları hastanenin personel sayısının artırılmasında etkili olur.					
4. Kalite çalışmaları, iyi işleyen bir performans değerlendirme sistemini zorunlu kılar.					
5. Kalite çalışmaları, çalışan performans değerlendirme sisteminin adil yürütülmesini sağlar.					
6. Kalite çalışmalarında hemşireler diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla görev üstlenir.					
7. Kalite çalışmalarına katılma çalışanların mesleki açıdan güçlenmesini sağlar.					
8. Kalite çalışmaları iş güvenliğine yönelik önlemler alınmasını sağlar.					
9. Kalite çalışmaları, bölümler ve çalışanlar arası işbirliğini destekler.					
10. Kalite geliştirme çalışmalarına katkı sağlayanlar mali olarak ödüllendirilir.					
11. Kalite geliştirme çalışmalarına katılanlar teşekkür mektubu gibi manevi ödül sistemiyle ödüllendirilir.					
12. Kalite çalışmaları, çalışanlar arasında adil bir ödül sistemi oluşturulmasını sağlar.					
13. Kalite çalışmaları, çalışanların özlük haklarının korunmasını destekler.					
14. Kalite çalışmaları, maliyeti düşürerek verimliliği artırır.					
KALİTE EĞİTİMİ					
1. Hastanede kalite çalışmalarına yönelik eğitim ve oryantasyon yapılır.					
2. Çalışanlara mesleki beceri ve performanslarını geliştirecek sürekli eğitim verilir.					

3. Hastanede çalışanların hata yapmalarını engelleyecek kontrol mekanizmaları vardır.					
4.Hastanede çalışan personel, etik kurallar konusunda bilgilendirilir.					
5. Kalite çalışmalarına karşı olumsuz tutumu önleyici eğitimlere önem verilir.					
6. Sağlık çalışanlarının mesleki yenilikleri kullanmalarına olanak sağlanır.					
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME					
1. Kalite çalışmaları kapsamında belirlenen hizmet standartları tüm çalışanlar tarafından bilinir.					
2. Kalite çalışmaları kapsamında yapılan anketlerin sonuçları hizmetin iyileştirilmesinde dikkate alınır.					
3.Kalite çalışmalarında kayıt ve belgelendirmeye önem verilir.					
4. Kalite çalışmalarının zorunlu kıldığı kayıt sistemi, sağlık çalışanlarının iş yükünü azaltır.					
5. Hastanede kayıt tutma zorunluluğu hizmetin uygun verilmesini sağlar.					
6. Kalite çalışmalarıyla risk analizinin yapılması risklerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olur.					
KALİTE UYGULAMALARININ YARARLARI					
Kurum Yararları Alt Ölçeği					
1. Kalite çalışmaları hastanede bilimsel ve çağdaş hizmet sunumunu sağlar.					
2. Kalite çalışmalarıyla hastanede teknolojik açıdan en uygun hizmet verilir.					
3. Kalite çalışmalarıyla hastanenin müşteri memnuniyetinde sürekli artış sağlanır.					
4. Kalite çalışmaları hastanenin laboratuvar, radyoloji vb. tıbbi destek hizmetlerinde gelişme sağlar.					
5. Hastanenin kalite belgesine sahip olması hastalar tarafından tercih edilmesinde etkilidir.					
6. Kalite çalışmalarıyla hastanedeki ekipman ve teçhizat sürekli kontrol edilir.					
7. Kalite çalışmaları hastanenin dış paydaşları (SGK, diğer kurumlar) işbirliği geliştirmesine katkı sağlar.					
8. Kalite çalışmaları, hastaneyi yenilikçi fikirlere açık hale getirir.					
9. Kalite çalışmalarının uygulanması hastaneye yapılan hasta sevk ve transferlerinde tercih nedenidir.					
10. Kalite çalışmaları hastanenin fizik koşullarının iyileştirilmesini sağlar.					
Personel Yararları Alt Ölçeği					
1. Kalite çalışmaları, sağlık çalışanlarının hizmet kalitesiyle ilgili tutum ve davranışlarını değiştirir.					
2. Kalite çalışmaları gereği doldurulan formlar, sağlık					

çalışanlarının yasal durumlara karşı kendisini korumasını sağlar.					
3. Kalite çalışmaları gereği doldurulan formlar, sağlık çalışanlarının hastalara ayıracağı zamanı azaltır.					
4. Kalite çalışmaları sağlık çalışanlarının yaptığı hatayı çekinmeden raporlamasını sağlar.					
5. Kalite çalışmaları, hastaya yapılan her uygulama öncesinde kimlik doğrulamayı zorunlu kılar.					
6. Kalite çalışmaları iş güvenliği için gerekli önlemlerin alınmasını zorunlu kılar.					
7. Kalite çalışmaları hasta ve çalışanların taciz ve saldırılara maruz kalmaları durumunda gerekli güvenlik önlemleri alınmasını zorunlu kılar.					
8. Kalite çalışmaları sağlık çalışanlarının çalışma ortamının iyileştirilmesini sağlar.					
Hasta Yararları Alt Ölçeği					
1. Kalite çalışmaları hastaların uluslararası standartlarda hizmet almasını sağlar.					
2. Kalite çalışmaları hasta güvenliğinin sağlanmasında etkilidir.					
3. Kalite çalışmalarıyla hastalara bütüncül hizmet sunumu sağlanır.					
4. Hasta güvenliğini tehdit eden bir olay geliştiğinde çalışanlar bunu çekinmeden raporlar.					
5. Hasta güvenliğini etkileyen hatalarla ilgili olarak sağlık çalışanlarına eğitim verilir.					
6. Hasta güvenliğini etkileyen olaylar kalite bölümü tarafından incelenerek gerekli önlemler alınır.					
7. Kalite çalışmaları hasta ve sağlık çalışanı arasındaki çatışmaları azaltır.					
8. Kalite çalışmaları hasta gereksinimi ve beklentilerinin doğru değerlendirilerek karşılanmasını sağlar.					
9. Kalite çalışmaları, hastanenin enfeksiyon oranı, düşme göstergelerini azaltır.					
10. Hastanede oluşturulan hasta bakım protokollerinin düzenli uygulanması hasta yatış süresini kısaltır.					
11. Hastalara, hastane hizmetleriyle ilgili tanıtım kitapçığı dağıtılır.					
12. Hastalara sağlık bakım ihtiyaçlarının ve sonuçlarının değerlendirildiği politikalar/süreçler mevcuttur.					
13. Hastalara gereksinimlerine uygun sağlık eğitimi verilir.					
14. Hastalara, hakları konusunda bilgi verilir.					

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

“Hasta Güvenliği”, tedavi ve/veya diğer hizmetlerden kaynaklanan hasta yaralanmaları ya da istenmeyen olaylardan kaçınma ya da korunma anlamına gelmektedir. “Olay”, hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın, herhangi bir hata türü, kaza ya da sapma olarak değerlendirilmektedir.

RAPORLANAN OLAYLARIN SIKLIĞI	Asla	Nadiren	Ara sıra	Çoğu zaman	Her zaman
1. Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?					
2. Bir hata gerçekleştiğinde, ancak bunun hasta açısından olası bir tehlikesi yoksa, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?					
3. Bir hata gerçekleştiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmışsa, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?					
YÖNETİM VE İLETİŞİM					
4. Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, personel özgürce fikirlerini iletir.					
5. Hastanemizde oluşan hatalarla ilgili bilgilendirilmekteyiz.					
6. Personelin alınan karar ve uygulamaları sorgulama özgürlüğü vardır.					
7. Hastanemizde tekrarlanmaması için hataları önleme yollarını tartışırız.					
8. Hasta güvenliğine yönelik bir iş yapıldığında, amirim takdir eder.					
9. Amirim hasta güvenliği ile ilgili personel önerilerini ciddiyetle ele alır.					
GENEL GÜVENLİK ALGISI	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
10. Daha çok işi yapabilmek uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez.					
11. Daha ciddi hataların olmaması tamamıyla şans eserdir.					
12. Hastanemizde hasta güvenliği ile ilgili sorunlarımız vardır.					

13. Hataların oluşmasına engel olacak prosedürlerimiz ve sistemimiz mevcuttur.					
ÖRGÜTSEL ÖĞRENME					
14. Hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif olarak çalışmalar yapmaktayız.					
15. Hatalarımızdan ders alırız.					
16. Hasta güvenliğini artırmak için bir değişiklik yaptığımızda, değişikliğin etkinliğini değerlendiririz.					
TAKIM ÇALIŞMASI					
17. Hastanemizde, insanlar birbirini desteklemektedir.					
18. İş yükü ağırlaştığında, işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız.					
19. Hastanemizde, herkes birbirine saygı göstermektedir.					
HATALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ					
20 .Personel yaptığı hataların, kendi aleyhine kullanıldığını düşünür.					
21. Herhangi bir olay rapor edildiğinde, olayın kendisi değil, hataya yol açan kişilerin rapor edileceği düşünülür.					
22. Personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar.					
PERSONEL					
23. İş yükünü paylaşacak yeterli personelimiz vardır.					
24. Hasta bakımı için füzuli olarak, gereğinden fazla personel takviyesi alırız.					
25 .Daha çok işi daha hızlı yapabilmek için, sürekli aşırı yoğun bir tempoda çalışmaktayız.					
HASTANE YÖNETİMİ					
26. Hastane yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır					
27. Hastane yönetimi için, hasta güvenliği en öncelikli konudur.					
28. Hastane yönetimi, sadece ters bir olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgileniyor izlenimi vermektedir.					
BİRİMLERARASI İLİŞKİLER					
29. Birlikte çalışması gereken birimler arasında, iyi düzeyde işbirliği bulunmaktadır.					
30 .Hastane birimleri en iyi düzeyde hasta bakımı sağlamak için, birlikte uyum içinde çalışmaktadır.					
31. Hastane birimleri birbirleriyle eşgüdümlü (koordinasyonlu) çalışmamaktadır.					
GÖREV DEĞİŞİMİ					
32. Önemli hasta bakım bilgileri vardiya değişikliğinde kaybolmaktadır.					
33. Hastanede sorunlar genellikle birimler arası bilgi alışverişi sırasında, ortaya çıkmaktadır.					

34. Vardiya değişiklikleri bu hastanedeki hastalar için sorun yaratmaktadır.					
GENEL	Çok iyi	İyi	Ne iyi Ne kötü	Kötü	Çok kötü
35 .Genel olarak, hastanemizin kalite yönetimi sistemi,					
36. Genel olarak, hastanemizde sunulan hizmetin kalitesi,					
37. Genel olarak hasta güvenliğini, hastanemiz açısından derecelendiriniz.					

38. Geçtiğimiz 12 ay içinde, kaç tane olay raporu doldurdunuz ya da imzaladınız?

- a. 0 olay raporu
b. 1 ya da 2 olay raporu
c. 3 ya da 5 olay raporu
d. 6 ya da 10 olay raporu
e. 11 ya da 20 olay raporu
f. 20 üstü olay raporu

Demografik Bilgiler

1. Yaşınız: ☐ 18 – 25 ☐ 26 – 35 ☐ 36 – 45 ☐ 46 ve üstü
2. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Eğitim Durumunuz: ☐ Diğer (*Lise Öncesi*) ☐ Lise ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü
4. Mesleğiniz:
- ☐ Doktor
- ☐ Hemşire
- ☐ Yardımcı Sağlık Personeli (*Anestezi, Radyoloji, Teknikeri, Temizlik Personeli, YSP, FTR vb.*)
- ☐ İdari Personel (*Hasta Hizmetleri, Hasta Hakları, Teknik, İK, Muhasebe, Ofis Personeli vb.*)
- ☐ Diğer (*Diyetisyen, Psikolog vb.*)
5. Çalıştığınız Birim:
- ☐ Açık Alanlar (*Yatan Hasta Katı, Acil Servis, vb.*)
- ☐ Kapalı Alanlar (*Yoğun Bakım, Ameliyathane vb.*)
- ☐ Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler (*Poliklinik, FTR, Radyoloji vb.*)
- ☐ Diğer (*İdari Ofis, Çağrı Merkezi vb.*)
6. Mesleki Tecrübeniz: ☐ 1 Yıldan az ☐ 1 – 5 Yıl ☐ 6 – 10 Yıl ☐ 11 – 15 Yıl ☐ 16 Yıl ve

üzeri