

İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



SAĞLIK KURUMLARINDA HASTA GÜVENLİĞİ
KÜLTÜRÜNÜN ARAŞTIRILMASI: BİR ÖZEL HASTANE
ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELİF NURDAN KAPLAN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. İtir ERKAN

İSTANBUL, 2025

İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



SAĞLIK KURUMLARINDA HASTA GÜVENLİĞİ
KÜLTÜRÜNÜN ARAŞTIRILMASI: BİR ÖZEL HASTANE
ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELİF NURDAN KAPLAN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. İtir ERKAN

Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Şeyda SAYDAMLI

Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Meral MADENOĞLU KIVANÇ

İSTANBUL, 2025

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

Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı 24111103008 numaralı öğrencisi Elif Nurdan KAPLAN 'ın “Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliği Kültürünün Araştırılması: Bir Özel Hastane Örneği” adlı tez çalışması, Enstitümüz Yönetim Kurulunu 05.12.2025 tarih ve 2025/28 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oy birliğiyle Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26.12.2025

Doç. Dr. İtir ERKAN
Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Şeyda SAYDAMLI
Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Meral M. KIVANÇ
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.

26 / 12 / 2025

Elif Nurdan KAPLAN

ÖNSÖZ

Kıymetli danışman Hocam Doç. Dr. İtir Erkan'a bu tezin hazırlanmasında gösterdiği tüm emekleri için sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Danışmanlığında yürüttüğüm yüksek lisans tezimin tasarlanmasında, potansiyelime ulaşmam için cesaretlendirmiş, ve her aşamada sonsuz sabır ve özveri göstererek destek olmuştur. Kendisiyle beraber çalışmaktan ve hem lisans hem de yüksek lisans öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyacağım.

Sayın Hocam Doç. Dr. Murat Hamit Aytar'a, hastane bünyesindeki yöneticilerle iletişime geçmeme imkân sağladığı ve araştırmama yönelik anket çalışmalarında bilgi ve deneyimlerini paylaşarak destek verdiği için teşekkür ederim.

Desteklerini ve sevgilerini yaşam boyu hissettiğim sevgili ailem; babam Prof. Dr. Süleyman Kaplan'a, annem Nurdan Kaplan'a, ablam Dr. Arife Ahsen Kaplan'a ve kız kardeşim Neyran'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY BELGESİ.....	1
ETİK BEYAN	i
ÖNSÖZ	ii
TABLolar LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık Kavramı	3
2.1.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı	4
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	5
2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	6
2.1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	6
2.1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	7
2.1.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	8
2.1.4. Sağlıkın Geliştirilmesi Faaliyetleri	8
2.2. Hasta Güvenliği Tarihçesi.....	9
2.3. Hasta Güvenliği Kavramı	11
2.3.1. Hasta Güvenliğinin Önemi ve Amaçları.....	14
2.3.2. Hasta Güvenliği İklimi	15
2.3.3. Hasta Güvenliği Kültürü ve Oluşturulması	16
2.3.4. Hata Raporlama Sistemi	18
2.3.5. Hasta Güvenliğinde Tıbbi Hata Türleri	19
2.3.6. Hasta Güvenliğinde Yaklaşımlar	22
2.3.6.1. Düzeltici-Önleyici Faaliyet Yaklaşımı.....	23
2.3.6.2. Kişi Modeli (Suçlayıcı-Cezalandırıcı Model)	24
2.3.6.3. Sistem Düşüncesi Yaklaşımı	24

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Amacı	26
3.2. Araştırmanın Metodu.....	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	27
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27
3.5. Veri Toplama Yöntemi.....	27
3.6. Verilerin Analizi.....	28
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	28
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.9. Araştırmanın Bütçesi.....	29
4. BULGULAR.....	30
4.1 Hastane Çalışanlarının Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular	30
4.2 Hastane Çalışanlarında Hasta Güvenliği Kültürünün HGKHA Alt Boyutlarına Göre Değerlendirilmesi.....	31
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	62
6. KAYNAKLAR	69
EKLER	78

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 2.1. Hasta Güvenliği ve Kalitesi ile İlgili Önemli Çalışmalar	11
Tablo 2.2. Hata Türleri ve Açıklamaları (Demirel vd., 2020' den uyarlanmıştır)	21
Tablo 4.1: Hastane Çalışanlarının Tanıtıcı Özellikleri (n=202)	30
Tablo 4.2: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları.....	31
Tablo 4.3: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyut Maddeleri	32
Tablo 4.4: Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yılına Göre Dağılımı	38
Tablo 4.5: Sağlık Çalışanlarının Çalışma Saatlerinin Kıyaslanması (n=202), Tukey HSD	39
Tablo 4.6: Sağlık Çalışanlarının Haftalık Çalışma Saatlerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları	39
Tablo 4.7: Sağlık Çalışanlarının Haftalık Çalışma Saatlerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları Grup Kıyaslamalarına Ait p Değerleri	41
Tablo 4.8: Mesleklere Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları... 44	
Tablo 4.9: Mesleklere Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları grup kıyaslamalarına ait p değerleri.....	47
Tablo 4.10: Çalışma Birimine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları	50
Tablo 4.11: Çalışma Birimine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları p değerleri	53
Tablo 4.12: Sağlık Çalışanlarının Çalışma süresine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları	56
Tablo 4.13: Sağlık Çalışanlarının Tecrübesine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları grup kıyaslamalarına ait p değerleri	58
Tablo 4.14: Korelasyon Değerleri.....	60

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Sağlığın belirleyicilerine ilişkin genel çerçeve. (G. Dahlgren ve M. Whitehead, 1991'den ve Marks 1996'dan uyarlanmıştır)	4
Şekil 2.2. Hasta Güvenliği (Sabuncu ve Ertekin, 2022).....	15



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

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

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HSOPSC: Hospital Survey on Patient Safety Culture

HGKHA: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi

IOM: International Organization for Migration (*Uluslararası Göç Örgütü*)

JCI: Joint Commission International (Uluslararası Ortak Komisyon)

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

SB: Sağlık Bakanlığı

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

SAĞLIK KURUMLARINDA HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN ARAŞTIRILMASI: BİR ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ

Sağlık kurumlarının hata kabul etmeyen hizmet sunumu ilkesi ve son zamanlarda hem tıbbi hata oranlarının hem de sağlıkta kalite kavramının öneminin artmasıyla hasta güvenliğine yönelik çalışmaların yapılmasını zorunlu kılmıştır. Tıbbi hataların oranlarının artış göstermesi ile aynı oranda hasta güvenliği çalışmalarının da sayısında artışların olduğu bilinmektedir. Önce zarar verme ilkesiyle bireylere zarar verebilme ihtimali olan hataların önceden belirlenmesi ve bu doğrultuda önlemlerin alınabilmesi adına sağlık çalışanlarına ve kuruma önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu sorumluluklar doğrultusunda sağlık kurumlarında yürütülen kalite ve hasta güvenliği kültürü çalışmaları hem hasta ve hasta yakınlarının hem de sağlık çalışanlarının daha güvenli sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını sağlayacaktır. Araştırmada bir özel hastanede hasta güvenliği kültürü kavramının önemi incelenmiş ve bu kapsamda sağlık kavramı, sağlık hizmetleri kavramları, hasta güvenliği kavramı ve hasta güvenlik kültürü kavramları detaylı olarak aktarılmıştır. İstanbul ilinde özel bir hastanede görev yapan 202 sağlık çalışanına çevrimiçi anket uygulanmıştır. Yapılan araştırmada Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı tarafından hazırlanan Hospital Survey on Patient Safety Culture (TR –HSOPSC 2.0)” anketinin Emel Filiz ve Müjdat Yeşildal tarafından Türkçeye uyarlanmış “TR_Hasta Güvenliği Hastane Anketi (versiyon 2.0)” ölçekleri kullanılmış ve elde edilen veriler SPSS 22.0 programına kaydedilerek grup karşılaştırmalarında ANOVA testi uygulanmış; değişkenler arası ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırmanın bulguları sonucunda hasta güvenliği kültürü anketinin alt boyutları değerlendirmesi sonucunda toplam pozitif cevap ortalaması %80 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin on alt boyutu meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde anlamlı farklar bulunmuştur. Aynı zamanda yapılan araştırmada sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algısı ile çalışma saatleri, kurumdaki çalışma süreleri ve çalıştıkları birimler arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Güvenlik Kültürü, Sağlık Çalışanları.

Elif Nurdan KAPLAN, 2025

ABSTRACT

INVESTIGATION OF PATIENT SAFETY CULTURE IN HEALTHCARE INSTITUTIONS: A PRIVATE HOSPITAL CASE

The principle of error-free service delivery in healthcare institutions, along with the recent increase in both medical error rates and the importance of the concept of quality in healthcare, has made it necessary to conduct studies focusing on patient safety. It is known that the number of patient safety studies has increased in parallel with the rise in medical error rates. In line with the principle of “first, do no harm,” healthcare professionals and institutions hold significant responsibilities in identifying potential errors that may harm individuals and in taking preventive measures accordingly. Through these responsibilities, the quality and patient safety culture practices carried out in healthcare institutions ensure safer healthcare services for both patients and their relatives, as well as healthcare employees. In this study, the importance of the concept of patient safety culture in a private hospital was examined, and within this scope, the concepts of health, healthcare services, patient safety, and patient safety culture were discussed in detail. An online survey was administered to 202 healthcare workers employed in a private hospital in Istanbul. The “Hospital Survey on Patient Safety Culture (TR-HSOPSC 2.0)” developed by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) and adapted into Turkish by Emel Filiz and Müjdat Yeşildal as “TR_Hospital Patient Safety Questionnaire (version 2.0)” was used as the measurement tool. The collected data were entered into the SPSS 22.0 program; ANOVA was applied for group comparisons, and Pearson correlation analysis was used to determine the relationships between variables. According to the findings of the study, the overall positive response rate for the sub-dimensions of the patient safety culture questionnaire was determined as 80%. Significant differences were found among professional groups when the ten sub-dimensions of the scale were evaluated. Additionally, the study revealed significant relationships between healthcare workers’ perceptions of patient safety culture and their working hours, tenure in the institution, and the units in which they worked.

Keywords: Patient Safety, Safety Culture, Healthcare Workers.

Elif Nurdan KAPLAN, 2025

1. GİRİŞ

Gelişen sağlık hizmetleri sonucunda toplumun bilinçlenmesi ile sağlıkta kalite kavramının önemi artmaktadır. Bu bilinçlenme sonucunda hasta güvenliği en hayati öneme sahip olmaktadır (Erkul vd., 2015).

Sağlık sisteminin hatayı kabul etmez oluşu sebebiyle sağlık hizmetlerinde oluşan hata diğer hizmetlerden farklı ve telafisi olmayan hatalara neden olabilmektedir. Bu durum hasta güvenliği kültürü kavramının önemini artırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapıda olması sebebiyle tıbbi hataların oluşma riski yüksektir. Karmaşık ve çok branşlı yapısı sebebiyle, bütün sağlık çalışanları ile hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerekmektedir (Oksay vd., 2019).

Sağlık çalışanlarının öncelikli amacı hastaya zarar vermemek ilkesidir fakat sağlık hizmeti sunucularının bilgi eksikliği, deneyimsizlik, yoğun çalışma koşulları gibi durumlar tıbbi hatalara neden olabilmektedir ve tıbbi hataların tüm ülkelerin sorunu olduğu belirtilmektedir. Tüm bu durumlar ve oluşabilecek tıbbi hatalar sebebiyle hasta güvenliğinin sağlanması ve kültürün oluşturulması önemli hale gelmektedir (Altınbaş ve Karaca, 2020).

Hasta güvenliğinde amaç sağlık hizmetleri sunumu sırasında meydana gelecek olan hataların engellenmesi ve en aza indirilecek seviyeye getirilmesidir. Hasta güvenliği konusunda hedefleri ve çalışmaları bulunan Uluslararası Akreditasyon Komisyonu (Joint Commission International -JCI), hasta güvenliği ile ilgili hedeflerini 2014 yılında belirtmiştir. JCI'nin belirttiği hedefler; hasta kimlik doğrulanması yapılmalı, ekip içi iletişimi etkin şekilde olmalı, ilaç güvenliği sağlanmalı, hasta güvenliğiyle ilgili kurumlarda alarm sistemlerinin güçlendirilmeli, hasta bakım sürecindeki enfeksiyonlar önlenmeli, hasta güvenliğini tehdit eden unsurlar saptanmalı ve önlenmeli, cerrahi uygulama hataları önlenmelidir (Arslan vd., 2020; Karahan vd., 2021; Filiz ve Yeşildal, 2022).

Tüm sağlık çalışanlarının hizmet sunumları sırasında birçok hata ile karşı karşıya gelme olasılıkları bulunmaktadır. Bu olasılıklardan dolayı çalışanlar arasındaki tutum

davranışların tıbbi hatalara sebep olmasını engellemek ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla önceden saptanması önemlidir. Hasta güvenliğini iyileştirmek için atılacak ilk adımlardan biri, bir kurumdaki sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki güvenlik kültürünü değerlendirmektir (Ricklin vd.,2019). Sağlık kurumlarında güvenlik kültürünün oluşturulması adına bütün sağlık çalışanlarında güvenlik kültürü algısının önemli olduğu vurgulanmaktadır. Hasta güvenliği sağlık kurumlarında genel bir simgedir ve bu sebeple bütün çalışanlara önemli roller düşmektedir. Tüm bu sebeplerden dolayı tüm sağlık çalışanları hasta güvenliği ile ilgili bilinçlendirilmeli ve kurumun kendi hasta güvenliği kültür yapısını oluşturması gerekmektedir (Arslan vd., 2020; Erkul vd., 2015; Karahan vd., 2020).

Bu tez çalışması İstanbul’da bir özel hastanedeki sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürünün araştırılması ve algılarının belirlenmesi için yapılan bu çalışma dört ana bölümden oluşmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde sağlık kavramı, sağlık hizmeti kavramları, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve sağlığın geliştirilmesi konuları ele alınmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde hasta güvenliği, Dünyada hasta güvenliği çalışmaları, Türkiye’de hasta güvenliği çalışmaları, hasta güvenliği kültürü, güvenlik ikliminin öneminden bahsedilmiş ve hasta güvenliğinde yaklaşımlarına dikkat çekilmiştir. Sağlık hizmetlerinde istemeden oluşan hataların meydana gelmeden önce saptanması ve önlenabilir tedbirlerin alınması güvenliği artırarak hata oranlarının düşmesini sağlamak ve bununla birlikte başarıyı getirmektedir.

Çalışmanın yöntemine ait bilgilere üçüncü bölümde yer verilmekteyken, elde edilen verilerin analizlerinin yapıldığı bölüm ise, çalışmanın bulgular başlığı ile sunulmuştur. Elde edilen analizler ve taranan kaynaklar neticesinde oluşan sonuçların aktarılması çalışmanın son bölüm olan tartışma ve sonuç başlığında yer almaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, insanlık tarihinin varoluşundan bu zamana kadar süregelen evrensel bir kavramdır. Sağlığın tanımından bahsedilirse birden fazla tanımı olduğu görülmektedir. Batı tıbbi 19. yüzyılda ve 20. yüzyılın başlarında, hastalıkların ve sakatlıkların yokluğuna dayanan ve fiziksel parametrelerle tanımlanan indirgemeci bir sağlık anlayışına sahipti (Larson,1999; Leonardi, 2018). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sağlık tanımı 1940'ların sonlarında “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” olarak tanımlanmıştır. Bu tanım ile birden fazla yönüyle ele aldığı için ortak bir tanım olarak kabul edilmiştir. Bireylerin sadece bedeninin hastalık halinin olmaması değil, yaşam kalitesi, çevresel faktörler ve toplumsal etmenlerle birlikte sosyal çevresinin de sağlık tanımı ile ilişkilendirilerek yapılmış bir tanımdır (Şekil 1). Sadece bedeninin sağlığı yeterli olmaz ruhsal olarak da iyi olması, bu iyilik halinin sosyal yaşamda da devam ettirilmesi gerekmektedir. DSÖ'nün tanımında yer alan “tam bir iyilik hali” ifadesinin bozulması mümkün bir durumdur. İyilik halinin bozulması durumunda sağlık hizmetlerinden faydalanılır (Ünal ve Kırılmaz, 2020; Şahinli ve Çınarlık, 2021).

Leonardi 2018, sağlık tanımını için yeni bir perspektif sunmuştur. Sağlık, eylemlerin, seçimlerin, niyetlerin vb. toplumsal fikirler, beklentiler, toplumsal pratikler ve kurumlar ağına gömülü, rastlantısal bir sonucu olarak görülebilir. Sağlığın tek başına tek bir tanımı olamadığı; eylemlerin, seçimlerin, niyetlerin, toplumsal fikirlerin, beklentilerin, toplumsal pratiklerin etkisi altında olduğunu, onu kullanan insan sayısı kadar tanımı bünyesinde barındırdığını ifade etmiştir. Etimolojik açıdan bakıldığında, homojen anlamlar yoktur, çünkü Anglo-Sakson kültürlerinde sağlık anlamları statik bir kavrama ve yapısal özelliklere eğilimlidir, oysa Yunan-Latin kültürlerinde sağlık dinamik bir süreci ve işlevsellik değişkenlerini kapsar. Anglo-Sakson kültürlerinde “sağlık” kelimesi “bütün” kelimesiyle aynı köke sahiptir ve bütünlük, zarar görmemişlik, eksiksizlik ve tamlık ile ilişkilidir, oysa Yunan-Latin kültürlerinde “sağlık” “uyum”, “doğayla denge” ve “denge” olarak görülmüştür (Cagurangan & Fuentes, 2025). Sağlık anlamları ve sembolleri yalnızca farklı kültürler arasında değil,

aynı kültür içinde de değişiklik göstermiştir; bu durum Batı toplumunda ortaya çıkan farklı sağlık paradigmalarından da anlaşılmaktadır (Leonardi, 2018).



Şekil 2.1. Sağlığın belirleyicilerine ilişkin genel çerçeve. (G. Dahlgren ve M. Whitehead, 1991’den ve Marks 1996’dan uyarlanmıştır)

Günümüzde üç çeşit sağlık tanımı kullanılmaktadır. Birincisi, sağlık kavramı bir hastalık ya da herhangi bir bozukluğun olmamasıdır. İkinci sağlık tanımı, kişilerin günlük yaşam içinde tüm taleplerle etkili ve yeterli bir şekilde başa çıkmasını sağlayan durumdur. Üçüncü ve son sağlık tanımında ise, bireylerin hem kendi içinde hem de sosyal çevresi ile Oluşturduğu bir denge hâli olduğunu belirtir (Pirhan ve Eter, 2022).

2.1.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Her birey için temel ihtiyaçlardan biri olan sağlık hizmetleri Maslow’un ihtiyaçlar piramidinde de fiziksel varlığın gerçekleştirilmesi için sağlık en temel basamaktır. Sağlık hizmetlerinde hastaya veya hasta adayına sunulan hizmetin kalitesi, maliyeti, erişilebilir olması günümüzde en önemli konulardandır (Çetin, 2023).

Sağlık hizmetleri, pozitif ve negatif dışsallık özelliklerinden dolayı sadece hizmeti alanlar ile sınırlı kalmayıp toplumdaki diğer bireyleri de etkilemektedir. Bu sebeple sağlık hizmeti toplum ve ekonomi için de önemlidir. Gelişen dünya, nüfus artışları, yaşam kalitesindeki artış da sağlık hizmetlerine duyulan talep ve ihtiyaçlarda artışı göz önüne çıkartmaktadır (Akar ve Arıkan, 2023).

İnsan hayatının vazgeçilmesi olan sağlık hizmetleri, çoğu zaman aciliyet arz etmesi ve ertelenemez nitelikte olması sebebiyle öncelikle insan sağlığını korumayı amaçlar ve gereklilik durumunda tedavi edilmesi için sunulan hizmetlerdir. Ulusal ve uluslararası güvenceye alınmış yapısıyla temel insan haklarından biri olduğu için sağlık hizmeti sunucularının etkili ve verimli bir şekilde hizmet sunması yüksek düzeyde önemlidir (Alp ve Arslan, 2024).

Sağlık sektöründe sunulan hizmetler ulusal anlamda kamusal nitelikler taşıması sebebiyle de önemlidir. Aynı zamanda sağlık hizmetleri nitelikleri bakımından formal olması sebebiyle çalışanlara önemli sorumluluklar yüklemektedir. Etik değerlere bağlı kalmaları gerekmektedir ve bu da ayrıca sorumluluk yüklemektedir. Hasta veya hasta yakınları ve yönetsel açıdan ortaya çıkan etik sorunlar sebebiyle sağlık hizmeti sunucularının performans ve motivasyonlarını etkilemektedir (Sarıhan ve Yazar, 2021).

Bütün sağlık sistemlerinden dünya genelinde iki temel amaca yönelik çalışması beklenmektedir. Bu amaçlardan birincisi, hastalıkların nedenleri, sağlığın geliştirilmesi ve bunlarla ilgili eldeki verilerle halk sağlığını iyi seviyeye getirmektir. İkinci amaç ise toplumun alt grupları arasındaki sağlık hizmetine erişim ve sağlığın iyileştirilmesine yönelik eşitsizleri en az seviyeye indirmektir (Yaradılmış, 2019).

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri emek yoğun, depolanma yapılamayan, başka bir hizmet ile değiştirilemeyen ve tüm bu sebeplerden de değeri ölçülemeyen bir hizmettir.

Sağlık hizmetlerinin özel olmasını sağlayan diğer hizmetlerden farklı yapan konular:

- İhtiyacın ne zaman oluşacağı önceden tahmin edilememektedir ve tesadüftür.

- Sağlık hizmetlerinde yerine başka bir hizmet yerleştirilemez.
- Sağlık hizmetlerinde kullanım geciktirilemez ve risk ile karşı karşıya gelindiğinde bu hizmetten yararlanılması gerekmektedir (Akar ve Arıkan, 2023).
- Sağlık hizmetinin sunulmasını belirleyen kişi hekimdir. Hizmeti alan ve hizmet sunan arasında bulunan bilgi asimetrisi olduğu için hasta aldığı hizmet ile ilgili tam bilgiye sahip değildir. Bu durum da olağan olmayan karşılıklı bağımlılık oluşturmaktadır (Çıraklı vd., 2017).
- Sağlık hizmetlerinde aldığı hizmetin yararı diğer hizmetlerdeki gibi ölçülememektedir, faydalananların davranışları irrasyoneldir.
- Sağlık hizmetlerinde hizmeti alanlar hizmeti sunanlara güvenmek durumundadır. Hizmeti almadan önce başarı düzeyini tespit etmek zordur.
- Sağlık hizmetleri dışsallık özelliği sebebiyle bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve toplumu ilgilendiren hizmet türleri devlet kurumları tarafından yürütülmektedir.
- Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmete değer biçilemez ve parasal değerle ifade edilememektedir (Akar ve Arıkan, 2023).

2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri temel olarak üçe ayrılmaktadır; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon. Sağlık hizmetlerinin sunumu sınıflandırıldığında öncelikli olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin olduğu bilinmektedir. Bu önceliğin sebebi de korumak tedavi etmekten daha az maliyete sahiptir. Yüksek teknoloji, uzmanlık gereken işleyiş ve karmaşıklık erişimi zor olan ve pahalı olan hizmet sınıfı tedavi edici sağlık hizmetleridir. Hasta olduktan sonra oluşan maliyetler de tedavi edici sağlık hizmetleri süresince maliyetleri arttırmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre bu hizmetlerin etkinlikleri de artmaktadır. Sağlık hizmetleri aynı zamanda ilaç, eczacılık ve laboratuvar hizmetlerini de kapsamaktadır (Çetin, 2023; Karahüseyinoğlu, 2021; Akman ve Kopuz, 2021).

2.1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinde en önemli vazife insanları hastalıklardan korumaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, aile planlamaları, yetersiz

beslenmelerin önlenmesi, hasta olmadan tedbirlerin alınması ve bilgilendirmelerin yapılması olarak nitelendirilmektedir. Tüm bu hizmetleri sağlık bakanlığı eşit koşullarda ve tüm bireylere koşulsuz sunmaktadır (Karahüseyinoğlu, 2021; Şen Toprak ve Çoban, 2025).

2.1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlıklı olma durumu bozulan bireylerin, sağlıklarına kavuşmaları amacıyla verilen hizmetlerdir. Hizmet sınıflarının içinde en yüksek maliyeti oluşturan hizmettir. Bireyler hasta olduktan sonra tedavi ihtiyaçlarının hem devlete hem de bireye yüksek maliyet riskleri oluşturmaktadır (Akman ve Kopuz, 2021). Tüm tedavi hizmetlerini karşılamaktadır.

Tedavici edici sağlık hizmetleri üç basamağa ayrılmaktadır. Hastaların öncelikle birinci basamak hizmetlerine başvurmaları gerekmektedir. Birinci basamakta yer alan sağlık hizmeti, sağlık talebi için hasta bireylerin ilk başvurdukları kuruluşlardır. Birinci basamak sağlık hizmetleri: 112 Acil Yardım İstasyonları, Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Verem Savaş Dispanserleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri ve Sağlık ocakları vermektedir. Hekim kararı ile birinci basamağın yeterli olmadığı durumlarda aile hekimleri tarafından tedavi edici sağlık hizmetlerine sevk eder. Bunlar: ikinci basamak sağlık hizmetleri kuruluşlarıdır. Hastaların yatışlarının yapılarak tedavi süreçlerinin devam ettirildiği hizmetlerdir. Bilgi ve tıbbi teknoloji açısından donanımın çok fazla gerekli görülmediği hastalıkların belirlenmesinde ve yatarak tedavi hizmetinin sunulmasını sağlayan kuruluşlardır. Eğitim ve araştırma hastanesi görevi olmayan devlet hastaneleri, ağız ve diş sağlığı hastaneleri, entegre ilçe hastanesi, kamu kurumlarına ait olup Bakanlıkça ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri gibi birinci basamak hekimin sevkiyle ya da doğrudan başvuru yapılarak hizmet alınan tedavi kurumlarıdır (Karahüseyinoğlu, 2021; Güven, 2021).

Üçüncü basamak sağlık hizmetlerini üniversiteler, tıbbi teknolojilerin yüksek olduğu tıp fakülteleri ve dal hastanelerinde uygulanan sağlık hizmetleridir. Hastalık ilerlemiş veya sağlık hizmeti almak için başvuran hastanın durumu ağırlaşmış olabilir, bu gibi

durumlarda üçüncü basamak sağlık hizmetine başvuru yapmak gerekmektedir. Ülkemizde bu tür hizmetleri sunan hastaneler, onkoloji hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri, çocuk hastaneleri, göğüs hastalıkları hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri gibi uzmanlık hastaneleridir (Atlı ve Yücel, 2018; Güven, 2021).

2.1.3.3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık veya yaralanma sonucu bireyler kaybettikleri bedensel ve ruhsal sağlıklarına tam anlamda kavuşamayabilirler. Bu durumlarda bireylerin sağlıklarına kavuşmak amacıyla başvurdıkları sosyal ve tıbbi hizmetlere, rehabilitate edici sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır.

Tıbbi rehabilitasyon: Hastalık ve yaralanmaların olması durumunda işlevini kaybeden organların yerine protez-ortez takılması ve güçsüzleşen organın fizik tedavi ya da tıbbi tedavi yollarıyla tekrar organların işlevlerinin kazandırılması amacıyla verilen hizmetlere denilmektedir (Türkmen vd., 2023; Aytaç ve Aslan, 2023).

Sosyal Rehabilitasyon: Sağlıklarına fiziksel veya psikolojik olarak kavuşamayan bireylerin kaybettikleri sağlıkları ile ortaya çıkan fiziksel veya sosyal eksikliklerinden dolayı sosyal ilişkileri de etkilenecektir. Bu sebeple, bireylerin ailesine ve topluma zahmet vermeden yaşamlarını sürdürebilmeleri için sosyal hizmet kurumlarından faydalanmalarının hepsi sosyal rehabilitasyon hizmetlerinde yer almaktadır. Yeni iş fırsatları bulma, topluma uyum sağlanması için destekleyici faaliyetler, meslek imkanları tanımak gibi faaliyetler bu hizmetlerin kapsamında yer almaktadır (Aytaç ve Aslan, 2023).

2.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Faaliyetleri

Sağlığın geliştirilmesi kavramı Kanada’da gerçekleştirilen ilk konferans ile 4 Aralık 1986 yılında imzaya sunulan Ottawa Bildirgesinde kendine yer edinmiştir (WHO, 1986). Bu bildirmede sağlığın geliştirilmesi, “Kişilerin sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmayı hedefleyen ve sağlıklarını geliştirmeleri için imkân oluşturan bir süreç” olarak yer almaktadır. DSÖ, sağlık için temel kaynak ve şartları; barınak, barış, istikrarlı bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet, gelir, eğitim ve gıda olarak

tanımlamıştır. Sağlıkta iyileştirmenin bu temel şartlar üzerinde olması gerektiğini iletmiştir (Aydın 2019; Öztürk ve Vardarlier, 2020).

Sağlığın geliştirilmesi konusunda sorumluluk bireylerdedir ve önemli olan yaşam biçimi, kişilerin sağlıklarını etkileyecek yaşam şekillerini ifade etmektedir. Sağlıklı bir yaşam biçimi, bireylerin sağlıkları için fayda sağlayacak inisiyatif aldıkları eylemleri ifade eder. Sağlığın geliştirilmesi ile birlikte bireylerin çabalarının da dahil olduğu, bedensel, ruhsal ve zihinsel sağlık durumlarının geliştirilmesi ve sonucunda yaşam kalitesinin arttığı ve yaşam süresinin uzadığı bir hayat amaçlanmaktadır (Yiğitalp, 2022; Canatan ve Söyler, 2023).

2.2. Hasta Güvenliği Tarihçesi

Son yıllarda çok konuşulan bir konu haline gelen ve sağlık personellerinin karşılaştığı hatalarla hasta güvenliği kavramının tarihi çok eskilere dayanmaktadır. Bazı kaynaklara göre hasta güvenliği kavramının temelleri M.Ö. 1700’lü yıllarda olan “Hamurabi Kanunları”na dayandığı söylenmektedir. Bir başka çalışmada hasta güvenliği kavramının Hipokrat tarafından belirtilen ve tıbbın genel ilkesi olan “Önce zarar verme” anlayışına dayandırmaktadır (Özdemir vd., 2019; Basit ve Arslan, 2021).

Hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ile ilk adımın atıldığı görülmektedir. İlk çalışma yine 1955 yılında ABD’li Cedman tarafından yapılan çalışmalar olmuştur. ABD’nin New York eyaletinde, 1984 yılında Anestezi Hasta Güvenliği Vakfı öncülüğünde 'Harvard Tıp Uygulama Çalışması' kurulmuştur (Öztürk vd., 2022, Tarhan ve Yıldırım, 2021). Hasta güvenliğiyle ilgili bilimsel çalışmaların temelleri, New York’taki hastanelerde 1984 yılında tedavi alan bireylerin hasta kayıtları üzerinde gerçekleştirilen iki ayrı araştırmayla atılmıştır. 2000’li yıllarda ise konu, Uluslararası Göç Örgütü’nün (IOM) Tıp Enstitüsünün yayımladığı " Hata Yapmak İnsanlıktır: Daha Güvenli Bir Sağlık Sistemi Oluşturmak (To Err is Human)" başlıklı raporla yeniden gündeme taşınmıştır. Raporda, yalnızca Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl yaklaşık 98 bin kişinin tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını yitirdiği belirtilmiş ve bu durum, hasta güvenliğini sağlık hizmetlerinde öncelikli bir konu haline getirmiştir. (Kohn vd., 2000; Donaldson, 2008).

Dünyada hasta güvenliği ile ilgili araştırmalar, düzenlemeler başlangıcı 1950 yıllarında olmasına rağmen ülkemizdeki sağlık sisteminde uygulamalar 2000’li yılların sonunda kanunlarla desteklenmeye başlamıştır. Türkiye’ de hasta güvenliği ile ilgili en eski denilecek düzenleme, Hasta Hakları Yönetmeliği olmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik’te tüm sağlık çalışanlarının ve hastaların güvenliği için uygulanması gerekenlerden bahsedilmiştir. Bu yönetmelikten sonra, yine Sağlıkta Kalite Sistemi kapsamında 2015 yılında sağlık hizmetinin kaliteli sunumunun sağlanmasına yönelik hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini kapsayan Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik takip etmiştir. 2023 yılında yapılan son revizesi ile yönetmelik kullanılmaya devam edilmektedir (Sağlık Bakanlığı [SB]., 2023; Öztürk vd., 2022).

Tablo 2.1’de hasta güvenliği ve kalitesi ile ilgili 1955-2003 tarihleri arasında yapılan çalışmalar sırası ile verilmiştir.

Tablo 2.1. Hasta Güvenliği ve Kalitesi ile İlgili Önemli Çalışmalar

1955	Codman'ın hasta çıktıları üzerine yoğunlaşmasıyla hasta güvenliği alanında ilk adımlar atılmıştır.
1984	Anestezi Hasta Güvenliği Vakfı tarafından New York'ta, Harvard Tıp Fakültesi'nin öncülüğünde "Uygulama Çalışması" kurulmuştur.
1992	Colorado ve Utah eyaletlerinde "Tıbbi Uygulama Çalışması" gerçekleştirilmiştir.
1995	İlk "Annenberg Hasta Güvenliği Konferansı" düzenlenmiştir.
1996	Hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar hız kazanmış; politika yapıcılar konuyu gündemlerine alarak ilgili düzenlemeler üzerinde çalışmaya başlamışlardır.
1997-1998	Bu yıllarda hasta güvenliği konusundaki araştırmalar derinleşmiş, elde edilen bulgular raporlanarak kamuoyu ile paylaşılmıştır.
2000	Hasta bakım kalitesini artırmak amacıyla, kalite ve hasta güvenliği ile ilgili standartların oluşturulmasına başlanmıştır.
2001	Ulusal Hasta Güvenliği Görev Gücü (FDA, AHRQ, CDC, CMS) kurulmuştur.
2002	Sağlık sigorta şirketleri hasta güvenliği konusuna aktif olarak dahil olmuş ve bu alandaki katkılarını gösteren çalışmalar yürütmüşlerdir.
2003	"Uluslararası Birleşik Komisyon" tarafından "Halkın Sağlığını Artırma Stratejileri Vizyonu" duyurulmuş; Uluslararası Güç Örgütü (IOM) tarafından yayımlanan "Ulusal Eylem için Öncelikli Alanlar" raporunda, FDA'nın ilaç kodlama kriterlerinin belirlenmesi ve sağlık geliştirme enstitüsünce interaktif kalite kaynaklarının geliştirilmesi önerilmiştir.

2.3. Hasta Güvenliği Kavramı

Hasta güvenliğini, DSÖ 2021-2030 Küresel Hasta Güvenliği Eylem Planında, "sağlık hizmetlerinde sürekli ve sürdürülebilir şekilde riskleri azaltan, önlenabilir zarar oluşumunu azaltan, hatayı daha az olası hale getiren ve meydana geldiğinde etkisini azaltan kültürler, süreçler, prosedürler, davranışlar, teknolojiler ve ortamlar oluşturan organize faaliyetler çerçevesi" olarak tanımlanmış ve kaliteli sağlık hizmeti sunmanın

temel unsuru hasta güvenliğinin olduğunu bildirmiştir. (World Health Organization [WHO], 2021).

Hasta güvenliği kavramını Latince “Primum non nocere” şeklinde adlandırılan ve “Öncelikle zarar verme” olarak bilinen etik tanım olarak ifade edilmektedir. Florence Nightingale hasta güvenliği konusunda “Garip gelebilir fakat bir hastanenin ilk olarak hastaya zarar vermekten kaçınması gerekir. Bir hastanenin mikrop saçmak yapmaması gereken ilk şeydir.” sözleri ile fikrini dile getirmiştir (Kaya ve Gündüz, 2022).

Hasta güvenliği “hizmet alan tüm bireylerin zarara uğramalarına yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehditleri, kabul edilebilecek bir risk seviyesinde tutmak için alınabilecek önlemler ve iyileştirme amacıyla faaliyetler” olarak da tanımlanmaktadır. Bunlar bilgilendirme eksikliği, hatalı hasta kayıt süreçleri, yanlış ilaç uygulama, kalibre edilmesi gereken cihazların takipsizliği, sağlık kurumunun güvensizliği gibi hasta güvenliğini olumsuz etkileyen unsurlar arasındadır (Korkmaz, 2022; Öztürk vd., 2022).

Avrupa Tıp ve Sağlık Bakımı Kalite ve Güvenlik Kurulu (ATSBKKGK), hasta güvenliği kavramını; sağlık bakım sürecinde meydana gelmesi olası zararların sistematik ve sürdürülebilir bir yöntemle azaltılmasını amaçlayan, ortak inanç ve değerlerle şekillenen ve bireysel, örgütsel düzeyleri kapsayan bütünsel bir model olarak tanımlamaktadır. DSÖ ise hasta güvenliğini, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında önlenabilir nitelikteki hata ve zararların engellenmesi ve ortaya çıkabilecek risklerin en düşük seviyeye indirilmesine yönelik uygulamalar bütünü şeklinde tanımlamaktadır. Bu örgüte göre her on hastadan biri oluşan tıbbi hatalar sebebiyle zarara uğramakta, dünyada her yıl ortalama on milyon insan önlenabilir hatalı uygulamalar sebebiyle sakatlanmakta ya da hayatını kaybetmektedir (Arslan ve Basit, 2021; Bacaksız vd., 2020; Toygar vd., 2020).

Sağlık hizmet kalitesinin giderek artan önemi ve hasta güvenliği kavramının da her geçen gün daha da değer kazanmasına rağmen çok sayıda hatalar ve olumsuzluklarla karşılaşmaktadır. Güvenilir olması zor olan tahminlere göre hastanede yatan hastaların %10'nun tıbbi hatalara maruz kaldığı ve en az %50'sinin önlenabilir olduğu ile ilgili fikir birliği bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) başlıca ölüm

nedenlerinden üçüncü sırada yer alan ölüm nedeni tıbbi hatalar olduğu bilinmektedir. Aynı tahminler Birleşik Krallıkta yapıldığında tıbbi hata sebebiyle yaklaşık her 35 saniyede bir hastaya zarar verilme olayının raporlandığı belirtilmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde bulunan hastanelerde güvenli olmayan bakım kaynaklı her sene 134 milyon istenmeyen olayın olduğu ve yılda 2,6 milyon ölümle sonuçlandığı bilinmektedir. DSÖ (2019) verilerine göre küresel halk sağlığı sorunu olan hasta güvenliği, uçak seyahatinde ölüm riskinin üç milyonda bir olduğu öngörülürken, sağlık hizmeti alımında hata sebebiyle hastaların ölme riskinin 300’de 1 düzeyinde gerçekleştiği ifade edilmektedir (Ay, 2020; Korkmaz Çiçek, 2018; Kaya, 2021).

Hasta güvenliği başka bir açıdan kaliteli hasta bakımı olarak değerlendirildiğinde, sağlık hizmeti sırasında meydana gelebilecek kazalardan kaçınma, önleme, oluşan olumsuz sonuçları iyileştirme, güven kültürünün oluşturmak ve sağlıkta varılmak istenen sonucu gerçekleştirmek için uygulamalar olarak da açıklanabilir (Korkmaz, 2022; Korkmaz Çiçek, 2018).

DSÖ (WHO) tarafından hasta güvenliğine dikkat çekmek amacıyla yayımladığı 2019 yılına ait raporunda on gerçek olarak şu şekilde belirtmiştir.

- Her 10 hastadan 1’i hastanede bakım sırasında zarara uğruyor.
- Bakımların güvenli olmaması sebebiyle istenmeyen olayların gerçekleşmesi tahminen dünya genelinde başlıca 10 ölüm ve sakatlık sebeplerinden biridir.
- Bakımların güvenli olmaması nedeniyle olumsuz olayların meydana gelmesi tahminen dünya genelinde başlıca 10 ölüm ve sakatlık sebeplerinden biridir.
- Kanada’da harcanan her yedi dolardan en az biri, hastane bakımı ve tedavi sırasında hastaya verilen zararın oluşturduğu etkileri tedavi etmek için harcanmaktadır.
- Finansal tasarrufun sağlanması hasta güvenliğine yapılan yatırımlar ile sağlanabilir.
- Hatalı ilaç kullanımlarıyla milyonlarca zarar gören hastaların tedavilerine ABD’de milyarlarca dolar harcamalarına mal olur.
- Teşhislerin yanlış veya gecikmiş olması hastalara zarar vermenin en çok görülen nedenleri arasındadır ve milyonlarca hastayı etkiler.

- Hastane enfeksiyonları, hastanede tedavi gören her yüz hastadan onu bu durumdan etkilenir.
- Cerrahi işlemler sonucunda ortaya çıkan istenmeyen etkiler nedeniyle her yıl bir milyonun üstünde hasta hayatını kaybetmektedir.
- Radyasyona tıbbi maruziyet hem halk sağlığı hem de hasta güvenliği sorunudur (WHO, 2019).

2.3.1. Hasta Güvenliğinin Önemi ve Amaçları

DSÖ'ye göre hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin sunumunda temel ve vazgeçilmez ilkelerden biri olarak kabul edilmektedir. Hasta güvenliği; bireylerin önlenabilir nitelikteki hata risklerinden korunmasını sağlamayı ve sağlık hizmetlerinin güvenli bir biçimde sunulmasına yönelik süreçlerin geliştirilmesini hedeflemesi nedeniyle sağlık sistemleri açısından kritik bir öneme sahiptir (Tarhan ve Yıldırım, 2021).

Olumsuz çalışma koşulları, iş yükü fazlalığı, çalışma saatlerinin uzunluğu, yetersiz sağlık personeli, eksik malzeme, tıbbi cihazların kullanımı, stresli çalışma ortamı gibi etkiler sebebiyle hasta güvenliği konusunda risklerle karşılaşma ihtimalini arttırmaktadır. Aynı zamanda teknolojinin hızla gelişmesi yeni ilaçlar ve tedavilerin kullanımlarının artması, ekonomik baskıların artması ile sağlık hizmetlerinin çok daha karmaşık bir yapıya sahip olmasına neden olmuştur. Bu durumlar çalışılan birimlere göre değerlendirildiğinde, cerrahi birimler, ameliyathaneler, acil servisleri, yoğun bakım üniteleri gibi çabuk karar verilmesi gereken ve hemen uygulamaya geçilmesi gereken ve stres düzeyinin yüksek olduğu birimler olarak hasta güvenliği açısından yüksek öneme sahiptir (Aykaç ve Yeşilyurt, 2023; Sabuncu ve Ertekin, 2022).

Hasta güvenliğinde amaçtan bahsedersek öncelikle hasta ve hasta yakınına zarar vermeme ilkesi yer almaktadır. Hastane çalışanlarını hem fiziki hem de psikolojik olumlu yönde etkileyecek güvenli ortam sağlamak, hataları önleyen sistemler kurularak hasta güvenliğinin mümkün olduğu belirtilmektedir (Korkmaz, 2022).



Şekil 2.2. Hasta Güvenliği (Sabuncu ve Ertekin, 2022).

DSÖ'nün tanımına göre hasta güvenliği, sağlık hizmetinin en önemli özelliği ve temel prensibidir. Hastayı hem önlenebilir zararlardan koruyabilmeyi hem de sunulan sağlık hizmetini daha güvenli hale getirmek adına süreçleri oluşturmayı hedefler (WHO).

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumunda bakımın kalitesi ile hem nitelikli hem de profesyonel bir hizmet vermenin önemli bir parçasıdır. Sağlık hizmeti sunan kurumlarda hasta ve hasta yakınlarının güvenliğini olumsuz yönde etkileyecek etkenlerin engellenmesi, oluşabilecek zararlardan kaçınılması, her işlem sırasında oluşacak hata olasılıklarının azaltılması ve hata oluşmasının engellenmesi hasta güvenliği tanımlarıdır. Temel amacı hizmet alan hasta veya hasta yakınının zarar görmeden sağlıklı bir hizmet almalarının sağlanmasıdır (Yılmaz ve Oskay, 2021; Korkutan ve Kurt, 2021).

2.3.2. Hasta Güvenliği İklimi

Sağlık kurumlarında güvenlik iklimi, genel anlamıyla güvenli davranışları ve güvenlik tutumlarını etkileyen bir kavramdır. Kazaların meydana gelmesinde belirleyici nedenlerden biri de güvenli olmayan davranış olarak bilinmektedir.

Güvenlik iklimi, sağlık çalışanlarının kurumdaki hasta güvenliğine ilişkin algılarını tanımlayan hastaların güvenliğinin yanı sıra çalışanların kendi aralarındaki yaralanmalar ve güvenli çalışma uyumlarıyla da tanımlanmaktadır. Kurumun güvenlikle ilgili uygulamalarına ve faaliyetlerine olan tutumları ve farkındalıkları da güvenlik iklimini oluşturmaktadır (Yalçın ve Birgili, 2025; Nenni ve Kırılmaz, 2020).

Başka bir tanıma göre güvenlik iklimi, hastayı zarara uğratabilecek uygulamalardan uzak tutmayı, hasta ve hasta yakınlarının, sağlık çalışanlarının hem psikolojik hem de fiziksel durumlarını olumlu yönde etkileyecek koşullar oluşturmayı amaçlamaktadır (İkier ve Sayan, 2023).

Güvenlik iklimi ve güvenlik performansı konularında Türkiye’de çalışmalar yapılmıştır ve hala yapılmaktadır. İki kavram arasındaki ilişkinin incelenmesi için farklı analiz yöntemleri kullanılarak ulusal yazına dahil edilmesi hedeflenmiştir. Katılımcı sayısı belirlenmesi için de uluslararası literatürde kabul edilmiş araştırmalar değerlendirilerek (Gorsuch, 1983; Kline, 1979; Tabachnick ve Fidell, 2007; Cattell, 1978; Norusis, 1994; Aktaran: Sakallı vd., 2022) rastgele seçilen 317 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Bu çalışma sonucunda analiz değerlendirmesiyle, güvenlik ikliminin güvenlik performansı üzerine pozitif yönde etkisi görülmüştür. Aynı zamanda motivasyon düzeylerinin de güvenlik performansını anlamlı şekilde etkilediği görülmüştür (Sakallı vd., 2022).

Sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerdeki güvenlik iklimini iyileştirmek için DSÖ, üyesi olan ülkelerdeki küresel faaliyetleri harekete geçirmeyi hedefleyen Dünya Hasta Güvenliği İttifakı’nı kurmuştur (Yalçın ve Birgili, 2025). Güvenlik iklimi, suçlamalardan arınmış bir çalışma ortamı, hatalara karşı cezalandırıcı bir tutum içermeyen duruş, sağlık kurumlarında güvenliğin iyileştirilmesi için önemli bir yöntem olarak geçerli sayılmaktadır (Gurko vd.,2020; İkier ve Sayan, 2023).

2.3.3. Hasta Güvenliği Kültürü ve Oluşturulması

Hasta güvenliği, oluşabilecek zararlardan korunulması ve engellenmesi olarak tanımlanmakta iken bu hasta güvenliğinin sağlanması için meydana gelebilecek olumsuz olayların yaşanmadan ortadan kaldırılmasında ya da azaltılmasında sağlık

kurumlarında hasta güvenliği kültürünün tüm sağlık çalışanları tarafından benimsenmesi ve geliştirilmesi önemli bir yer tutmaktadır. Güvenlik kültürü, sağlık hizmetlerinin bakım süreçlerini iyileştirmeye ve işgücünün niteliğini artırmaya, hastanın sağlık hizmetinden duyduğu güveni güçlendirmeye odaklanır. Tüm bu durumlar, güvenlik kültürünün önemini ve hasta güvenliği için sağlık kurumlarında önemli bir kavram olduğunu göstermektedir (Aykaç ve Yeşilyurt, 2023; Afşar Doğrusöz, vd. 2020; Fidan, 2023).

Amerika’da faaliyet gösteren Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansının yayımladığı (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) Ulusal Sağlık Hizmetleri Kalitesi ve Eşitsizlikleri Raporunda (National Healthcare Quality and Disparities Report) hasta güvenliği kültürünü, sağlık çalışanlarının bu güvenliği sağlaması için ortak tutum, inanç, değer ve davranışları olarak tanımlamaktadır (AHRQ, 2022; Söyler, 2025). Stock ve McFadden (2017) çalışmasından bahseden Öztürk ve Öztürk, hasta güvenliği kültürünün oluşumu için hasta güvenliğindeki sürecin kalitesi ve hasta memnuniyeti ile pozitif yönlü bir etkileşim olduğunu saptamıştır. Güvenlik iklimi sağlık kurumlarında oluşan bireysel algı benzerliklerine ve o anki güvenlik kültürünün ölçümü olması sebebiyle çevresel şartlar doğrultusunda değişime uğramaktadır (Öztürk ve Öztürk, 2023; Stock ve McFadden, 2017).

Güvenlik kültürü, sağlık kurumlarında başlıca hasta güvenliğini arttırmasıyla birlikte, hata sıklıklarının azaltılmasında, sağlık çalışanlarının hata oranlarının daha kolay raporlanabilmesinde ve en önemlisi de hastanın zarar görmesinin engellenmesinde katkı sağlamaktadır. Tüm bu katkılardan dolayı da hasta güvenliği kültürüne sahip sağlık çalışanları iyi iletişim sağlayarak ortak görüşlerle hareket etmektedir (Fidan, 2023; Khosravizadeh vd., 2020). Hasta güvenliği kültürünün desteklenmesi, hatalara sebep olan etkileri tanıyarak tıbbi hataları etkin bir şekilde düşürebilir aynı zamanda güvenlik eksikliği ile ilgili endişeleri de giderebilir (Tabatabaee vd., 2023).

Hasta güvenliği kültürünün pozitif yönlü oluşturulması için en başta gelen adımlardan biri mevcut durumun tespit edilmesidir (Söyler, 2025). Mevcut durumun tespiti sonrasında sağlık çalışanlarının grup odaklı olarak hasta güvenliğini benimsemesi

ve hasta güvenliği adımlarını uygulaması sonucunda daha az tıbbi hataların oluşacağı belirtilmektedir (Stock vd., 2007; McFadden vd., 2006; Katz-Navon vd., 2005; Aktaran: Öztürk vd., 2022).

Kim vd. (2007) Korede yaptıkları çalışmada eğitim hastanelerinde sağlık çalışanlarının potansiyel hataları açıkça konuşabilecekleri ve cezalandırıcı olmayan bir yaklaşım ile hasta güvenliğinin geliştirilebileceği öne sürülmüştür. Tuncay ve Kılıç (2023) deki çalışmasında da sağlık kurumlarındaki yöneticilerin raporlamalarda cezalandırıcı olmayan, öğrenmeye teşvik eden bir anlayış benimsemeleri gerektiğini belirtmiştir. Hasta güvenliğinin bütün bileşenleri arasında ilişkiler olduğu kadar sağlık çalışanlarının aralarındaki ilişkinin gücünün de önemi saptanmıştır (Tuncay ve Kılıç, 2023; Kim vd., 2007; Aktaran: Öztürk vd., 2022).

2.3.4. Hata Raporlama Sistemi

Güvenlik kültürü oluştururken etkili olması adına iki önemli kavramdan söz edilir; hataların raporlanması ve hataların açıklanması. Hataların belirlenmesi, kabullenilmesi, raporlanması, ilgili kişi veya etkilenen kişilerin durumu bildirmesi güvenliğin iyi işlediğini göstermektedir (Filiz, 2009). Raporlama sistemlerinin öncelikli hedefi, gerçekleşen hatalardan öğrenmeyi desteklemek, güvenlik standartlarının sürekli iyileşmesini sağlamaktır. Bu doğrultuda, cezalandırıcı bir yaklaşım yerine iyileştirmeye yönelik anlayış benimsenmektedir (Aslan, 2019).

Hasta güvenliği uygulamalarının iyileştirilmesi ve tıbbi hataları önlemenin yöntemlerinden biri de “ramak kala” olayları bildirilmesidir. Olumsuz ya da istenmeyen olayların bildirilmesi fikri, 1975 yılında havacılıkta “ramak kala (near miss)” olaylarına yönelik geliştirilen raporlama sistemiyle başlamış ve zamanla anestezi uygulamaları ile diğer tıbbi alanlarda da kullanılmaya başlanmıştır. (Çakmak vd., 2018; Aslan vd., 2024).

Dünyadaki birçok ülkenin bu raporlama sistemlerini kullandıkları bilinmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde 24 eyalet, hata bildirimlerini zorunlu hale getirmiştir. Raporlama sistemlerini geliştirerek Kore, Japonya ve Fransa da uygulamıştır. İngiltere’de de ulusal hasta güvenliği raporlama sistemi kullanıldığı bilinmektedir.

Ülkemizde de 2011 yılında hazırlanan Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemiyle (GRS) sistemi kurulmuştur. Bu sistem ile sık görülen tıbbi hataların iyileştirilmesine yönelik önlemlerin alınması ve sağlık çalışanlarının kimlik bilgileri gizli tutularak bildirimde bulunabilecekleri bir platformun oluşturulması amaçlanmıştır (Ekiyor vd., 2021; Çakmak vd., 2018). Ülkemizde, 2016 yılında fiilen veri toplanmaya başlanmış olup, ilk istatistiksel değerlendirme raporu 2017 yılında yayımlanmıştır. Yayımlanan raporda toplam 74.380 hata bildiriminin yapıldığı, bu bildirimlerin büyük çoğunluğunun laboratuvar kaynaklı hatalardan oluştuğu (%93,8) belirtilmiştir. Ayrıca bildirilen hataların %1,5'inin hasta güvenliği hataları, %1,6'sının cerrahi hatalar ve %3,1'inin ise ilaç hataları kapsamında değerlendirildiği ifade edilmiştir (Yılmaz vd., 2022).

2.3.5. Hasta Güvenliğinde Tıbbi Hata Türleri

Tıbbi hatalar, hasta güvenliğini doğrudan etkileyen temel unsurlardan birini oluşturmaktadır. ABD'de son zamanlarda ciddi bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilmeye başlanılmış ve ölüm nedeni olarak üçüncü sırada yerini aldığı bildirilmiştir. Tıbbi hataların görülme oranına ilişkin tahminler yapılan çalışmalarda farklılık göstermektedir. Rodziewicz ve arkadaşlarının (2024) belirttiğine göre bir çalışmada her yıl 400.000 hastanın önlenebilir zarar gördüğünü bildirirken bir diğeri yılda 200.000 hasta ölümünün de önlenebilir tıbbi hata sebebiyle olduğundan bahsetmiştir (Rodziewicz, 2025). Schoen ve arkadaşları tarafından (2005) yapılan bir araştırmada tıbbi hataların yapıldığına inanan kişilerin ABD, Kanada, Avusturya, Almanya ve İngiltere ülkelerinde %22-%34 arasında değişkenlik gösterdiğinden bahsetmiştir (Schoen, 2005; Yüçetürk ve Çuvadar, 2025).

Hasta güvenliğinde tıbbi hata türleri açısından on dokuzuncu yüzyıllarda hekimlerin hastane kaynaklı enfeksiyonların farkına varmaları ve Semmelweis'in puerperal ateşini azaltmak için hastaya temasta bulunmadan önce el yıkamayı tavsiye etmesi bir başlangıç olarak görülmektedir. Yirminci yüzyıllara gelindiğinde Codman başarısız sonuç aldığı tedavilerin sebebini hatalı ekipman, cerrahi muayene ve tanı becerisi, bilgi eksiklikleri olarak belirtmiştir (Avcı ve Aktan, 2015). Sağlık çalışanlarının, ortaya çıkacak olumsuz olayları anlamak ve önleyebilmesi için tıbbi hata türlerine yönelik bilgi sahibi olmalıdır. En yaygın olarak bilinen tıbbi hata türleri; cerrahi hatalar, teşhis (tanı)

hataları, ilaç hataları, hasta düşmesi, hastane kaynaklı enfeksiyonlar, cihaz arızaları ve iletişim hatalarıdır (Rodziewicz, 2025).

Sağlık kurumları her ne kadar hata kabul etmeyen hizmet sunucuları olarak tanımlansa da insan faktörünün bulunduğu her ortamda hata ve kazaların tamamen önlenmesi mümkün olmayacaktır (Stock ve McFadden, 2017). Tıbbi hata, tıbbi uygulama hatası veya tıbbi kötü uygulama olarak Türkçeye çevirisi yapılan malpraktis kavramı, Latince olup, ” mala” ve praxis kelimelerinden oluşmuştur. Kötü, hatalı uygulama anlamına gelen tıbbi hata kavramının Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı’nın tanımına göre, sağlık hizmeti sunumu sırasında kasıt olmadan oluşan beklenmeyen sonuçlardır. Tıbbi hata başka bir tanıma göre planlı bir uygulamanın tamamlanamaması ve beklenen şekilde sonuçlanamaması ya da yanlış plan yapılmasıdır (Avcı ve Aktan, 2015).

Tıbbi hatalar, tüm dünyada sağlık sektöründe geçmişten günümüze kadar büyüyen bir problem olmakla birlikte sıklıkla rastlanılan bir durum olduğu belirtilmektedir. Tıbbi hatadan bahsedilirken bir tedavinin yanlış uygulanmasından veya eksik sağlık hizmeti sunulmasından değil aynı zamanda yapılması gereken tedavinin yapılmaması hatta yapılması gerekmediği halde yapılması da anlamlarını taşımaktadır. Hastaya zarar veren sağlık çalışanının bilgisizlik, dikkatsizlik veya deneyimsizliği sebebiyle hastanın hastanede kalma süresini arttıran uygulamalar da tıbbi hata olarak adlandırılmaktadır. (Aygin ve Deniz, 2011; Avşar vd., 2014).

Bu hatalardan oluşan sonuçlar hasta güvenliğini tehdit etmenin dışında mortalite ve morbidite artışına, yatış süresince uzamalara, hukuksal sorunlar ve en nihayetinde sağlık hizmetlerinde mali yükümlülüklerin artmasına neden olmaktadır (Korkmaz, 2022). Ayrıca hasta ve hasta yakınlarının sağlık sistemine olan güvenlerinin sarsılmasına, sağlık çalışanlarında motivasyon ve moral düşüklüğüne sebep olmaktadır (Avcı ve Aktan, 2015). Sağlık kurumlarında en sık rastlanılan tıbbi hata türlerinin başında; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, yatak yaraları, tedavi sürecinde gecikmeler, teşhis sürecinde yapılan yanlışlar ve cerrahi müdahale komplikasyonları öne çıkmaktadır (Demirel vd., 2020).

Tıbbi hata türleri yapılan çalışmalar neticesinde zaman içerisinde farklı şekillerde ele alınmıştır. Farklı çalışmalara göre tıbbi hatalar farklı kategoriler altında değerlendirilmiştir. Kök nedenine göre tıbbi hatalar; işleme bağlı hatalar, ihmal sebebiyle yapılan hatalar, uygulama ile ilgili hatalar olarak üçe ayrılmaktadır (Canatan vd., 2015). Leape ve çalışma arkadaşları tarafından gerçekleştirilen araştırmada tıbbi hata türleri; tanıya yönelik hatalar, tedavi sürecine ilişkin hatalar, önleyici uygulamalardaki hatalar ve diğer hata türleri olmak üzere sınıflandırılmıştır. Literatürde yer alan farklı çalışmalarda ise tıbbi hataların; ilaç uygulamalarına bağlı hatalar, cerrahi girişim hataları, tanı koyma sürecindeki hatalar, sistemsel yetersizliklerden kaynaklanan hatalar ve diğer hatalar şeklinde gruplandırıldığı görülmektedir (Çakmak vd., 2018). Demirel ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada hekimlerin hasta güvenliğinde en çok yaptığı hataların başında ilaç hataları ve iletişim sorunları kaynaklı hatalar öne çıkmıştır (Demirel vd., 2020).

Tablo 2.2. Hata Türleri ve Açıklamaları (Demirel vd., 2020’ den uyarlanmıştır)

Hata Türü	Açıklama ve Örnek Durumlar
Tanı ile İlgili Hatalar	Yanlış, eksik ya da gecikmiş tanı konulması Gereken tanısal testlerin uygulanmaması veya yanlış yorumlanması Güncelliğini yitirmiş tanı yöntemlerinin tercih edilmesi Tetkik sonuçlarının bütüncül şekilde değerlendirilememesi
Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	Tıbbi işlem veya cerrahi girişim sırasında yapılan uygulama hataları İlaç yönetiminde hata (yanlış ilaç, doz veya uygulama şekli) Tedavi sürecinde izlem ve değerlendirmede gecikme Yanlış veya uygun olmayan tedavi protokollerinin uygulanması
Koruyucu (Önleyici) Tedavi Hataları	Profilaktik tedavi uygulamalarının yetersiz veya hatalı yürütülmesi Tedavi sonrası izlem ve kontrol süreçlerinin aksatılması Önleyici sağlık hizmetlerinin planlanmasında eksiklikler

Sistem ve İletişim Kaynaklı Hatalar

Sağlık çalışanları arasındaki iletişim eksikliklerinden doğan hatalar
Tıbbi cihaz, ekipman veya donanım arızalarından kaynaklanan hatalar
Kurumsal süreçlerdeki yönetsel ve organizasyonel aksaklıklar

2.3.6. Hasta Güvenliğinde Yaklaşımlar

Tıbbi hatalara sebep olacak olayların oluşmasının engellenebilmesi ve hasta güvenliğinin oluşturulabilmesi için sağlık çalışanlarını hatalardan sorumlu tutma yaklaşımından uzaklaşıp sistem kaynaklı yaklaşıma yerini bırakmıştır. Bu sistem yaklaşımıyla çalışanların hatalar yapabileceğini fakat onların etrafında oluşan hatalar için güvenlik sisteminin sağlanması gerektiği belirtilmektedir. (De Vries et al. 2008).

Bu sebeple, olumsuz olayların sebep olacağı hataların ortadan kaldırılması için güvenlik raporlama sistemlerinin gerekliliği belirtilmektedir. Tıbbi hataların, organizasyonel, çevresel ve insan kaynaklı etmenlerden kaynaklanabilmesi nedeniyle, bu hataların önlenmesi veya azaltılması amacıyla yönetsel açıdan; etkin liderlik anlayışıyla desteklenen olumlu bir güvenlik kültürü ikliminin oluşturulmasının ve cezalandırıcı olmayan hata bildirim sistemlerinin kullanılmasının önemi vurgulanmaktadır. (Aslan ve Alp, 2024).

Hasta güvenliğinde olaylar genel olarak bireysel hataların aksine karmaşık sistem arızalarından kaynaklanan birçok etkenden kaynaklanır. Bu anlayış hem insan hem de sistem düzeyindeki faktörleri bir bütün olarak ele alan stratejilere ihtiyacı vurgulamaktadır (Kakemam vd., 2025). DSÖ'nün (WHO) 2021-2030 yıllarına ait Küresel Hasta Güvenliği Eylem Planında odak noktasını bireysel suçlamadan organizasyonel ve yapısal iyileştirmelere kaydırarak sistemsal güvenlik açıklarını ele alınmasının öncelikli bir konu olduğunu belirtmektedir (DSÖ,2021).

2.3.6.1. Düzeltici-Önleyici Faaliyet Yaklaşımı

Sağlık hizmetlerinin sunumunda sorunlar ortaya çıkmadan önce önleyici önlemler alınması hem ekonomik hem zamanın verimli kullanılmasını sağlar hem de kaynak israfını engeller. Yaşanması istenmeyen bir olay oluştuğundan sonra alınacak düzeltici önlemlerin değerli olduğu bilinse de hasta güvenliğinin riske atılması, işgücü, zaman, finansal ve oluşan kriz sebebiyle sağlık çalışanlarının stresli çalıştıkları iş ortamlarında stresin daha da artması gibi sebeplerden dolayı önleyici yaklaşım tercih edilmelidir (Sarp, 2018; Aslan ve Polat, 2023). Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, sağlıkta kalite standartları çerçevesinde belirlenen olayları, oluşan hatanın kaynağını ya da hata oluşturma potansiyeli olan olayları ortadan kaldırmak amacıyla gösterilen faaliyetler olarak tanımlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020)

DSÖ, sağlık kurumlarında oluşan istenmeyen olaylarla ilgili önleyici yaklaşım faaliyetlerinin uygulamaya geçirilmesi için uygun davranış biçimlerinin gösterilmemesi, benzer hataların tekrarlanmasına yol açmakta ve hastaların önlenebilir olan bu hatalardan olumsuz etkilendiği ifade etmektedir (WHO, 2006). Raporlaması yapılan düzeltici ve önleyici faaliyetlerin bir plan içerisinde öncelikli görülmesi ve oluşturulan planın uygulanması, benzer istenmeyen olayların tekrar oluşmasını engelleyerek ve hatta oluşacak sonuçları hafifleterek hasta güvenliğine fayda sayılabilir Oluşan olayların bildirilmesiyle analiz edilerek tekrar yaşanmaması için düzeltici faaliyetlerin planlanması ve gerek duyulduğunda plan içerisindeki değişikliklerin tasarlanması için düzeltici ve önleyici faaliyetler için temel oluşturmaktadır (Vacher vd., 2021; WHO, 2005).

Oluşan hatalar aynı zamanda sağlık kurumuna duyulan güveni de olumsuz etkilemektedir (Aslan ve Polat, 2023). Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Yönetim Rehberinde yer alan düzeltici-önleyici faaliyetler başlığında, kurumların düzeltici-önleyici faaliyet çalışmalarını kendi belirledikleri kurallar olarak form veya benzeri bir kayıt sistemi ile izlenmelidir olarak ve Değerlendirme ölçütü olarak “Düzeltilici Önleyici Faaliyet Formu” oluşturulmalıdır şeklinde belirtmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Önleyici faaliyetler açısından raporlama yapan çalışanların yaptıkları bildirimler için iyileştirmelerin yapıldığına dair bilgilerin paylaşılması çalışanların güven duygusunun oluşması ve iyileştirme planı içerisinde olması onları teşvik etme açısından önemlidir (Lee vd., 2018).

2.3.6.2. Kişi Modeli (Suçlayıcı-Cezalandırıcı Model)

Bu yaklaşım modeli sağlık çalışanlarının güvenli olmayan eylemlerine, davranışlarına yani hatalara ve prosedürün ihlal edilmesi sonucu kişiler tarafından oluşan hatalara odaklanmaktadır. Güvenli olmayan eylemlerin sebepleri arasında, unutkanlık, dikkatsizlik, motivasyondaki düşüklükler gibi kişi kaynaklı ve zihinsel süreçlerden kaynaklı olduğunu düşünülmektedir. Tüm bu sebeplerden hataları önlemek için temel olarak insan davranışındaki beklenmeyen değişkenliği azaltmaya odaklanmaktadır. Bu yöntemler arasında sağlık çalışanlarının korku duygusuna iten disiplin cezaları, suçlama ve hatta utandırma gibi eylemler yer almaktadır (Reason, 2000). Doğrusöz ve arkadaşları (2020) çalışmasında hata raporlandığında yönetimin tutumu anlayışlı ve olumlu olması durumunda hasta güvenliği kültürü algısının yüksek, hata raporlandığından yönetimin tutumu suçlayıcı, cezalandırıcı olması durumunda hasta güvenliği kültürü algısının daha düşük olduğunu belirtmiştir (Doğrusöz, 2020).

2.3.6.3. Sistem Düşüncesi Yaklaşımı

Sistem yaklaşımının odaklandığı hataların nedenlerinden ziyade sonuçlarıdır. Hataların nedenlerinin sistemsel faktörlerden kaynaklandığı belirtilmektedir. Yani olumsuz bir olay ile karşılaşıldığında, kimin hata yaptığı ile ilgilenmez, hatanın nasıl ve neden olduğu ile ilgilenir. Hasta güvenliğinde olayların genel olarak bireylerin hatalarından değil karmaşık sistem arızalarından kaynaklanan birden çok faktörden kaynaklanmaktadır. Sistem yaklaşımı sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısını ele alır ve bunun için bir çerçeve sunar. Hatalara karşı önlemler, çalışan koşullarının değiştirilmesi, iş protokollerinin değiştirilmesi, çalışanlar arasındaki etkili iletişimin güçlendirilmesi gibi etkilerin değerlendirilmesi gerekir. Örneğin, hemşireler tarafından yapılan bir ilaç hatasının sadece bireysel bir hata olarak değil, iletişimi veya yetersiz

alışan sayısı gibi sebeplerden kaynaklanabilir düşüncesi bulunur (Kakemam vd., 2025; Reason, 2000).

Sistem düşüncesinin sağlık çalışanlarının riskleri öngörme, belirsiz durumlara uyum sağlama ve disiplinler arası iletişimi sağlama yeteneklerini geliştirdiğini belirtilmektedir (Kekemam vd., 2025). Sağlık kurumları hizmetlerinde hasta güvenliği olaylarının sistem tabanlı bir yaklaşım ile araştırılması önerileri 20 yıldır bahsedilmektedir, fakat bu yaklaşımın benimsenmesi yavaş olmuştur. Sağlık hizmetlerinde güvenlik araştırmaları için sistem alt yapılı yaklaşımları geliştirmek amacıyla 2017 yılında Sağlık Güvenliği Araştırma şubesi (HSIB) kurulmuştur. Bu şubenin amacı, sağlık çalışanlarına suç veya sorumluluk yüklemek yerine, gelecekte tekrarlanabilecek benzer olayların oluşmasını önlemektir (Weaver vd., 2021; Liberati vd., 2018).

Weaver ver ark. (2021) araştırmasında, hasta güvenliği olaylarında sistem yaklaşımlarında çalışanların karşılaşılacak hataların önlenmesi olasılığının bireysel hatalara ve suçlamalara odaklanan araştırmalara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Hasta güvenliği olayları oluştuğunda sistem yaklaşımı ile araştırma ve öneriler kullanan sağlık kurumlarının güvenlik kültürlerinde iyileşme gösterme olasılıkları daha yüksek olarak iletilmiştir (Weaver vd., 2021).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu yüksek lisans tez çalışması için yapılan araştırmada amaç, bir özel hastanede çalışan sağlık çalışanlarının (doktor, hemşire, diğer sağlık personeli ve idari personel) hasta güvenliği kültürünü ve etkileyen faktörleri belirlemektir. Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi yapılarak, sağlık kurumlarında hasta güvenliği farkındalığı tespit edilecektir. Bu çalışma tıbbi, etik ve hukuki sorunların önlenmesine yönelik sistemlerin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Ayrıca elde edilen bulguların literatürdeki bilimsel araştırmaların bulgularıyla karşılaştırılmasıyla tespit edilecek farklılıkların değerlendirilmesinin, alana önemli katkılar sunacağı öngörülmektedir.

3.2. Araştırmanın Metodu

Araştırmada sağlık çalışanlarına uygulamak üzere Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ) tarafından geliştirilen, “Hospital Survey on Patient Safety Culture (TR – HSOPSC 2.0)” anketinin Emel Filiz ve Müjdat Yeşildal tarafından Türkçeye uyarlanmış “TR_Hasta Güvenliği Hastane Anketi (versiyon 2.0)” ölçekleri kullanılmıştır.

HSOPSC 2.0, 2017'de 44 hastanede ve 2019'da 25 hastanede pilot uygulaması yapılarak 2019'da yayımlanmıştır. HSOPSC 2.0'ın alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları ABD çalışmasında 0,67 ile 0,89 arasında değişmektedir. Filiz ve Bodur tarafından 2022'de Türkçeye uyarlanan TR-HSOPSC 2.0'ın 10 alt boyutlu yapısında, Cronbach alfa değeri 0,72 ile 0,82 arasında değişmektedir. HSOPSC 2.0'daki 32 güvenlik kültürü maddesi, katılım (kesinlikle katılmıyorum'dan kesinlikle katılıyorum'a) veya sıklık (asla'dan her zaman'a) açısından 5 puanlık yanıt ölçekleriyle ve ayrıca "uygulanmıyor" veya "bilmiyorum" seçenekleriyle ölçülmektedir. Ankette yer alan iki müstakil maddenin birinde katılımcılardan birimleri için hasta güvenliğinin genel bir derecelendirmesini 5 puanlık yanıt ölçeği (zayıf'dan mükemmel'e) kullanarak değerlendirmesi istenmiştir.

Araştırma İstanbul'da faaliyet gösteren bir özel hastanede görev yapan sağlık çalışanlarına (doktor, hemşire, sağlık teknikeri, hizmetli personel, diğer sağlık personeli) anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırma tanımlayıcı tipte olup, İstanbul'da faaliyet gösteren bir özel hastanede görev yapan ve araştırmaya gönüllü katılım sağlayan 200 sağlık çalışanına (doktor, hemşire, diğer sağlık personeli) uygulanmıştır.

Hastanede görevli yaklaşık 400 personel çalıştığı bilinmektedir. Çalışmada basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmış olup; örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde 2014 yılında Karagöz tarafından geliştirilmiş formülden yararlanılmıştır (Karagöz, 2014). Yapılan hesaplama göre örneklemin en az 196 kişiden oluşması halinde evreni temsil edeceği tespit edildiğinden bu araştırmada 202 kişiye anket uygulanmıştır.

$$n = (N * p * q * Z_{\alpha}^2) / ((N - 1) * d^2 + (p * q * Z_{\alpha}^2))$$

$$n = (400 * 0,5 * 0,5 * 1,96^2) / ((400 - 1) * 0,05^2 + (0,5 * 0,5 * 1,96^2))$$

$$n = 384.16 / 1.9579 = 196.2 \cong 196$$

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, İstanbul'da faaliyet gösteren bir özel hastanede, 20.08.2025-20.09.2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada sağlık çalışanlarına (doktor, hemşire, diğer sağlık personeli) uygulamak üzere Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ) tarafından geliştirilen, “Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC 2.0)” anketinin Emel Filiz ve Müjdat Yeşildal tarafından Türkçeye uyarlanmış “TR_Hasta Güvenliği Hastane Anketi (versiyon 2.0)”

ölçeği kullanılmıştır. Katılımcılara HSOPSC 2.0'daki 10 bölüm ve 32 güvenlik kültürü maddesinden oluşan, hastanelerde çalışanların hasta güvenliğine ilişkin algıları ölçülmüştür. Ankette üç tip yanıt formatı bulunmaktadır, 5'li likert tipi katılım (kesinlikle katılmıyorum'dan kesinlikle katılıyorum'a), sıklık (hiçbir zaman'dan her zaman'a) açısından 5 puanlık yanıt ölçekleriyle ve hastanenin genel hasta güvenliği (zayıf'tan mükemmel'e) ölçümü yapılmıştır. Ayrıca ankette yanıtların içinde "uygulanmıyor" veya "bilmiyorum" seçenekleriyle de ölçüm yapılmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Bu tez çalışmasında veri setinin dağılım özelliklerini değerlendirmek amacıyla basıklık ve çarpıklık değerleri incelendi. Tabachnick ve Fidell (2013), küçük örneklem ve 4'lü Likert tipi ölçeklerde normal dağılımın sağlanmasının güç olduğunu, bu nedenle basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 1.5 aralığında olmasının normalliği gösterebileceğini belirtmiştir. George ve Mallery (2010) ise bu aralığı ± 2 olarak önermektedir. Bu çalışmada ilgili değerler referans sınırları içinde olduğu için parametrik testler kullanılmıştır. Grup karşılaştırmalarında ANOVA testi uygulanmış; değişkenler arası ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0.05, güven düzeyi ise %95 olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

- Araştırmanın yapılacağı hastanede, kurum izni 18.08.2025 tarihinde alınmıştır.
- İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Fen, Sosyal ve Girişimsel Olmayan Sağlık Bilimleri araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı'nca 08.07.2025 tarihli 2025/07-1611 numaralı kararla etik kurul onayı verilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, İstanbul'da faaliyet gösteren bir özel hastanede 20.08.2025-20.09.2025 tarihleri arasında görev yapan sağlık çalışanlarının katılımı ile sınırlıdır. Çalışmada elde edilen veriler yalnızca araştırma yapılan kurumla sınırlı olup, tüm sağlık çalışanları ile genelleme yapılamaz.

3.9. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın finansmanı tamamen araştırmacı tarafından sağlanmıştır.



4. BULGULAR

4.1 Hastane Çalışanlarının Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan hastane çalışanlarının demografik özellikleri bulunmaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Hastane Çalışanlarının Tanıtıcı Özellikleri (n=202)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Meslek		
Doktor	21	10,40
Hemşire-Ebe	49	24,26
İdari Personel	111	54,95
Yardımcı Sağlık Personeli	21	10,40
Çalışılan Bölüm		
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	100	49,5
Açık Alanlar	88	43,6
Kapalı Alanlar	4	2,0
Diğer (idari, teknik ve destek hizmet)	10	5,0
Hastanedeki Mesleki Tecrübe		
Bir yıla kadar	55	27,2
1 yıl ile 5 yıl arası	113	55,9
5 Yıl ile 10 Yıl arası	15	7,4
10 Yıl ile 15 Yıl arası	19	9,4
Çalıştığı Birimdeki Tecrübe		
Bir yıla kadar	65	32,2
1 yıl ile 5 yıl arası	119	58,9
5 Yıl ile 10 Yıl arası	13	6,4
10 Yıl ile 15 Yıl arası	5	2,5
Haftalık Çalışma Saati		
40 saat altı	8	4,0
41-49	137	68,8
50 saat üzeri	54	27,1

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %10,4'ünün doktor, %24,2'sinin hemşire-ebe, %54,9'unun idari personel ve %10,4'ünün de yardımcı sağlık personeli olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının çalışan bölümlerinin ayaktan hasta hizmeti verilen bölümdeki çalışan oranı %43,6, açık alanlardaki oran %49,5, kapalı alanlardaki oran %2 ve diğer çalışma alanlarındaki çalışan oranı %5'tir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hastanedeki mesleki tecrübelerine göre bir yıla kadar çalışan oranı %27,2, 1 ile 5 yıl arası %55,9, 5 ile 10 yıl arası, %7,4 ve 10 yıl ile 15 yıl arası %9,4 olarak saptanmıştır. Araştırmanın yapıldığı kurumdaki çalıştığı birimdeki tecrübe oranlarına bakıldığında bir yıla kadar %32,2, 1 ile 5 yıl arası %58,9, 5 yıl ile 10 yıl arası %6,4 ve 10 yıl ile 15 yıl arası %2,5 oranındadır. Araştırmanın yapıldığı sağlık çalışanlarının hastanedeki haftalık çalışma saati oranlarına bakıldığında 40 saate kadar %4, 41 ile 49 saat arası %69 ve 50 saat üzeri %27 oranındadır.

4.2 Hastane Çalışanlarında Hasta Güvenliği Kültürünün HGKHA Alt Boyutlarına Göre Değerlendirilmesi

Tablo 4.2: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları

HGKHA Alt Boyutları	Pozitif Cevap Yüzdesi
Ekip Çalışması	91.2
Personel ve Çalışma Temposu	40.1
Örgütsel Öğrenme--Sürekli İyileştirme	84.4
Hataya Yanıt	74.5
Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği	80.8
Hata Hakkında İletişim	91.2
İletişim Açıklığı	89.3
Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme	83.3
Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliğine Desteği	86.2
Devir Teslimler ve Bilgi Değişimi	73.6
TOPLAM	80.0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketine (HGKHA) toplam pozitif cevap ortalaması %80 olarak belirlendi. Ölçeğe ait

on alt boyut incelendiğinde en yüksek pozitif cevap oranları %91,2 ile “Ekip Çalışması” ve “Hata Hakkında İletişim” alt boyutlarında bulundu. En düşük pozitif cevap oranına bakıldığında “Personel ve Çalışma Temposu” alt boyutunda bulundu. “Örgütsel Öğrenme--Sürekli İyileştirme” alt boyutunun pozitif cevap oranı %84,4, “Hataya Yanıt” alt boyutunun %74,5, “Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği” alt boyutunun %80,8, “İletişim Açıklığı” alt boyutunun %89,3, “Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme” alt boyutunun %83,3, “Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliğine Desteği” alt boyutunun %86,2, “Devir Teslimler ve Bilgi Değişimi” alt grubunun %73,6 olarak belirlendi.

Tablo 4.3: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyut Maddeleri

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	Katılıyorum/ Kesinlikle Katılıyorum yanıt sayısı	Katılmıyorum/ Kesinlikle Katılmıyorum yanıt sayısı	Toplam yanıt sayısı (uygulanmıyor/bilmiyorum yanıtları çıkarıldıktan sonra)	Olumlu yanıt yüzdesi
1. Ekip Çalışması				
<i>A1. Bu birimde verimli bir ekip olarak birlikte çalışırız.</i>	188	-	202	93.1
<i>A8. Bu birimde çalışanlar işlerin yoğun olduğu zamanlarda birbirine yardım eder.</i>	176	-	201	87.6
<i>A9. Bu birimde çalışanların saygısız/kaba davranışlarıyla ilgili bir sorun var. (Olumsuz ifade)</i>	-	178	202	88.1
2. Personel ve Çalışma Temposu				
<i>A2. Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.</i>	121	-	202	59.9
<i>A3. Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışır. (Olumsuz ifade)</i>	-	29	200	14.5
<i>A5. Bu birim, geçici, dönüşümlü veya yarı zamanlı çalışanlara çok bağımlıdır. (Olumsuz ifade)</i>	-	52	200	26

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	Katılıyorum/ Kesinlikle Katılıyorum yanıt sayısı	Katılmıyorum/ Kesinlikle Katılmıyorum yanıt sayısı	Toplam yanıt sayısı (uygulanmıyor/bilmiyorum yanıtları çıkarıldıktan sonra)	Olumlu yanıt yüzdesi
<i>A11. Bu birimde çalışma temposu hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek kadar hızlı/koşuşturmalıdır. (Olumsuz ifade)</i>	-	121	202	59.9
3. Örgütsel Öğrenme-Sürekliliği				
<i>A4. Bu birim, hasta güvenliği ile ilgili iyileştirmenin gerekli olup olmadığını anlamak için iş süreçlerini düzenli olarak gözden geçirir.</i>	181	-	200	90.5
<i>A12. Bu birimde, hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik değişikliklerin ne kadar etkili olduğu değerlendirilir.</i>	153	-	196	78.1
<i>A14. Bu birim, aynı hasta güvenliği sorunlarının yaşanmaya devam etmesine izin verir. (Olumsuz ifade)</i>	-	171	202	84.7
4. Hataya Yanıt				
<i>A6. Bu birimde çalışanlar, hatalarının kendilerine karşı kullanıldığını hissediyor. (Olumsuz ifade)</i>	-	146	196	74.9
<i>A7. Bu birimde bir olay rapor edildiğinde, raporda sorundan değil, kişiden bahsediliyormuş gibi hissedilir. (Olumsuz ifade)</i>	-	131	199	65.8
<i>A10. Personel hata yaptığında, bu birim bireyleri suçlamak yerine hatadan ders almaya odaklanır.</i>	170	-	201	84.6
<i>A13. Bu birimde hasta güvenliği hatalarına karışan çalışana yeterli destek verilmemektedir. (Olumsuz ifade)</i>	-	143	197	72.6

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	Katılıyorum/ Kesinlikle Katılıyorum yanıt sayısı	Katılmıyorum/ Kesinlikle Katılmıyorum yanıt sayısı	Toplam yanıt sayısı (uygulanmıyor/bilmiyorum yanıtları çıkarıldıktan sonra)	Olumlu yanıt yüzdesi
5. Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği				
<i>B1. Yöneticim (Süpervizör/Yönetici/Klinik sorumlusu) hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.</i>	176	-	202	87.13
<i>B2. Yöneticim ((Süpervizör/Yönetici/Klinik sorumlusu) hasta güvenliğini riske atabilecek prosedürleri düzgün bir şekilde takip etmemek anlamına gelse bile yoğun saatlerde daha hızlı çalışmamızı ister. (Olumsuz ifade)</i>	-	134	201	66.7
<i>B3. Yöneticim (Süpervizör/Yönetici/Klinik sorumlusu) kendisine bildirilen hasta güvenliği sorunlarını çözmek için harekete geçer.</i>	177	-	200	88.5
6. Hata Hakkında İletişim				
<i>C1. Bu birimde yapılan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.</i>	178	-	199	89.4
<i>C2. Bu birimde hatalar meydana geldiğinde, tekrarlanmalarını önlemenin yollarını tartışırız.</i>	183	-	202	90.6
<i>C3. Bu birimde raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.</i>	187	-	200	93.5
7.İletişim Açıklığı				

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	Katılıyorum/ Kesinlikle Katılıyorum yanıt sayısı	Katılmıyorum/ Kesinlikle Katılmıyorum yanıt sayısı	Toplam yanıt sayısı (uygulanmıyor/bilmiyorum yanıtları çıkarıldıktan sonra)	Olumlu yanıt yüzdesi
<i>C4. Bu birimde çalışanlar hasta bakımını olumsuz etkileyen bir şey gördüklerinde bunu dile getirebilir.</i>	183	-	202	90.6
<i>C5. Bu birim çalışanları kendisinden daha yetkili birinin hastalar için güvenli olmayan bir şey yaptığını gördüğünde bunu dile getirebilir.</i>	186	-	199	93.5
<i>C6. Bu birimde çalışanlar konuştuğunda yetkili kişiler bu çalışanların hasta güvenliği konusundaki endişelerini dinler.</i>	181	-	202	89.6
<i>C7. Bu birimde çalışanlar, bir şeyin doğru gitmediğini gördüklerinde soru sormaktan korkar. (Olumsuz ifade)</i>	-	168	201	83.6
8. Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme				
<i>D1. Yapılan bir hata hastaya ulaşmadan fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?</i>	140	-	174	80.5
<i>D2. Hastaya ulaşan, zarar verme potansiyeli olan fakat zarar vermeyen bir hata olduğunda ne sıklıkla rapor ediliyor?</i>	148	-	172	86.0
9. Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliğine Desteği				
<i>F1. Hastane yönetiminin faaliyetleri hasta güvenliğinin çok yüksek bir önceliğe sahip olduğunu göstermektedir.</i>	178	-	199	89.45
<i>F2. Hastane yönetimi hasta güvenliğini geliştirmek için yeterli kaynak sağlar.</i>	178	-	201	88.56

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	Katılıyorum/ Kesinlikle Katılıyorum yanıt sayısı	Katılmıyorum/ Kesinlikle Katılmıyorum yanıt sayısı	Toplam yanıt sayısı (uygulanmıyor/bilmiyorum yanıtları çıkarıldıktan sonra)	Olumlu yanıt yüzdesi
<i>F3. Hastane yönetimi hasta güvenliği ile sadece istenmeyen bir olay olduğunda ilgileniyor gibi görünüyor. (Olumsuz ifade)</i>	-	157	195	80.5
10. Devir Teslimler ve Bilgi Değişimi				
<i>F4. Hastalar bir birimden diğerine nakledilirken önemli bilgiler sıklıkla gözden kaçırılır/atlanır. (Olumsuz ifade)</i>	-	142	196	72.45
<i>F5. Nöbet değişimi sırasında, hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler sıklıkla gözden kaçırılır/atlanır. (Olumsuz ifade)</i>	-	144	187	77.01
<i>F6. Nöbet değişimi sırasında hasta bakımı ile ilgili tüm önemli bilgilerin aktarımı/paylaşımı için yeterli zaman vardır.</i>	136	-	191	71.20
Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi TOPLAM	3.344	1.716	6.323	80.0

Anketin on alt boyutu incelendiğinde en yüksek pozitif cevap oranına sahip “Ekip Çalışması” alt boyutundaki “Bu birimde verimli bir ekip olarak birlikte çalışırız” maddesi olmuştur. Aynı oranda en yüksek pozitif cevap oranına sahip “Hata Hakkında İletişim” alt boyutundaki “Bu birimde raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz” maddesi olmuştur.

Anketin diğer alt boyutları sırası ile incelendiğinde personel ve çalışma temposu alt boyutunda olumlu yanıt oranları, ‘yeterli personel bulunması’ için %59,9, çalışanların daha ‘uzun süre çalışma’ durumuna yönelik olumsuz ifade için %14,5, ‘geçici personele bağımlılığa’ ilişkin olumsuz ifade için %26 ve ‘hızlı çalışma temposuna’ yönelik olumsuz ifade için %59,9’dur.

Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme alt boyutunda ‘süreçlerin gözden geçirilmesine’ ilişkin olumlu yanıt oranı %90,5, ‘yapılan değişikliklerin etkilerinin değerlendirilmesi’ %78,1 ve ‘hasta güvenliği sorunlarının yaşanmasıyla’ ilgili olumsuz ifadeye verilen olumlu yanıt %84,7’dir.

Hataya yanıt alt boyutunda olumlu yanıt oranları, ‘hataların çalışanlara karşı kullanılması’ olumsuz ifadesinde %74,9, ‘olay raporlarının kişiye odaklandığı’ olumsuz ifadesinde %65,8, ‘hatalardan ders almaya odaklanma’ ifadesinde %84,6 ve ‘hatalara karışan personele destek verilmediği’ olumsuz ifadesinde %72,6 olarak saptanmıştır.

Yönetici desteği alt boyutunda olumlu yanıt oranları, ‘önerilerin dikkate alınması’ için %87,13, ‘yoğun dönemlerde daha hızlı çalışmanın istenmesine’ yönelik olumsuz ifade için %66,7 ve ‘sorunlara yönelik harekete geçme’ için %88,5’tir.

Hata hakkında iletişim alt boyutunda ‘hatalar hakkında bilgilendirilme’ %89,4, ‘tekrarları önleme yollarının tartışılması’ %90,6 ve ‘raporlanan olaylara bağlı yapılan değişikliklerden bilgilendirilme’ %93,5 oranında olumlu bulunmuştur.

İletişim açıklığı alt boyutunda olumlu yanıt oranları, ‘olumsuz durumların dile getirilebilmesi’ için %90,6, ‘yetkili birine güvenlik endişesinin iletilebilmesi’ için %93,5, ‘yetkililerin çalışanların endişelerini dinlemesi’ için %89,6 ve ‘soru sormaktan korkma’ olumsuz ifadesinde %83,6’dır.

Olay bildirimi alt boyutunda olumlu yanıt oranları, hastaya ulaşmadan fark edilen hataların raporlanması için %80,5 ve zarar verme potansiyeli olup zarar vermeyen hataların raporlanması için %86,0 olarak belirlenmiştir.

Hastane yönetiminin desteği alt boyutunda olumlu yanıt oranları, hasta güvenliğinin öncelik olduğu algısı için %89,45, kaynak sağlanması için %88,56 ve olumsuz ifadeye verilen olumlu yanıt için %80,5 düzeyindedir.

Devir teslim ve bilgi paylaşımı alt boyutunda nakiller sırasında bilgi atlanmasına yönelik olumsuz ifade için olumlu yanıt oranı %72,45, nöbet değişimlerinde bilgi

atlanmasına yönelik olumsuz ifade için %77,01 ve nöbet değişimlerinde bilgi paylaşımı için yeterli zaman bulunmasına ilişkin olumlu yanıt oranı %71,20 olarak kaydedilmiştir.

Hasta güvenliği kültürü hastane anketinin genel değerlendirmesi sonucu toplam olumlu yanıt oranı %80,0'dır.

Tablo 4.4: Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yılına Göre Dağılımı

ÇALIŞMA YILI	MESLEK									
	Doktor		Hemşire-Ebe		İdari Personel		Yardımcı Sağlık Personeli		Toplam	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Bir yıla kadar	0	0	12	24,5	52	46,8	1	4,8	65	32,2
1 yıl-5 yıl arası	20	95,2	31	63,3	55	49,5	13	61,9	119	58,9
5 Yıl-10 Yıl arası	1	4,8	6	12,2	3	2,7	3	14,3	13	6,4
10 Yıl-15 Yıl arası	0	0	0	0	1	0,9	4	19,0	5	2,5
Toplam	21	100,0	49	100,0	111	100,0	21	100,0	202	100,0

Çalışma yılı dağılımı mesleklere göre farklılık göstermektedir. Doktorların %95,2'sinin 1–5 yıl arasında çalıştığı, en az çalışan sayısının yılı 5-10 yıl arasında olan %4,8'inin yer aldığı ve bir yıla kadar ile 10-25 yıl arasında çalışan olmadığı görülmüştür. Hemşire-ebelerin en fazla çalışan sayısının 1-5 yıl arasında %63,3 olduğu ve en az çalışan sayısının 5-10 yıl arasında %12,2 de yer aldığı görülmüştür. İdari personellerin en fazla çalışan sayısının 1-5 yıl arasında %49,5 olduğu ve en az çalışan sayısının 10-15 yıl arasında %0,9 sahiptir. Yardımcı sağlık personellerinin en fazla çalışan sayısının 1-5 yıl arasında %61,9 olduğu ve en az çalışan sayısının bir yıla kadar %4,8 çalışma süresinde olduğu görülmüştür. Genel toplamda katılımcıların %32,2'si bir yıla kadar, %58,9'u 1–5 yıl, %6,4'ü 5–10 yıl ve %2,5'i 10–15 yıl çalışma süresine sahiptir.

Tablo 4.5: Sağlık Çalışanlarının Çalışma Saatlerinin Kıyaslanması (n=202), Tukey HSD

Sağlık Çalışanları	p değerleri			
	Doktor	Hemşire-Ebe	İdari Personel	Yardımcı Sağlık Personeli
Doktor	-	0,229	0,996	0,948
Hemşire-Ebe	0,229	-	0,008	0,055
İdari Personel	0,996	0,008	-	0,965
Yardımcı Sağlık Personeli	0,948	0,055	0,965	-

Sağlık çalışanlarının çalışma saatleri, meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak amacıyla yapılan Turkey HSD çoklu karşılaştırma analizi sonucunda; doktorlar ile diğer meslek gurupları (hemşire-ebe, idari personel, yardımcı sağlık personeli) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hemşire-ebe grubunun, idari personel ile karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,008$). Yine hemşire-ebe grubuyla yardımcı sağlık personeli arasındaki anlamlılık düzeyine yakın olup ama anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0,055$).

İdari personel ile yardımcı sağlık personelinin çalışma saatleri arasındaki karşılaştırmada anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,965$).

Bu bulguların değerlendirilmesi sonucunda, meslek grupları arasındaki çalışma saatleri bakımından kısıtlı düzeyde farklılıklar olduğu, anlam farkının olduğu ile sadece hemşire-eve grubu ile idari personel arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6: Sağlık Çalışanlarının Haftalık Çalışma Saatlerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	Sayı (n)	Min	Max	$\bar{x}$	ss	Test Analizi
1. Ekip Çalışması						
40 saat altı	7	2,00	5,00	3,9048	,97590	$p=0,287$
41-49 saat	141	2,00	5,00	4,2648	,55566	
50 saat üzeri	54	2,33	5,00	4,2963	,71129	

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	Sayı (n)	Min	Max	$\bar{x}$	ss	Test Analizi
2. Personel ve Çalışma Temposu						
40 saat altı	7	2,75	3,50	3,0714	,23780	p=0,953
41-49 saat	141	2,00	4,75	3,0780	,54593	
50 saat üzeri	54	1,75	4,75	3,0509	,57744	
3. Örgütsel Öğrenme-Sürekli İyileştirme						
40 saat altı	7	2,00	4,67	3,7143	,98936	p=0,205
41-49 saat	141	2,00	5,00	4,0638	,54287	
50 saat üzeri	54	2,00	5,00	4,1296	,61911	
4. Hataya Yanıt						
40 saat altı	7	2,67	4,33	3,3810	,59094	p=0,246
41-49 saat	141	2,00	5,00	3,8121	,79128	
50 saat üzeri	54	2,33	5,00	3,8920	,69677	
5. Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği						
40 saat altı	7	2,00	4,67	3,3333	,94281	p=0,039
41-49 saat	141	2,00	5,00	4,0307	,70812	
50 saat üzeri	54	2,33	5,00	4,0123	,65063	
6. Hata Hakkında İletişim						
40 saat altı	7	2,67	5,00	4,2381	,85449	p=0,646
41-49 saat	141	2,33	5,00	4,4444	,62699	
50 saat üzeri	54	3,33	5,00	4,4043	,50324	
7.İletişim Açıklığı						
40 saat altı	7	2,25	5,00	4,1071	,96671	p=0,446
41-49 saat	141	2,25	5,00	4,3434	,60516	
50 saat üzeri	54	3,50	5,00	4,2608	,50471	
8. Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme						p=0,621

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	Sayı (n)	Min	Max	$\bar{x}$	ss	Test Analizi
40 saat altı	7	2,50	5,00	4,1429	,94491	
41-49 saat	121	2,00	5,00	4,1901	,80171	
50 saat üzeri	48	1,00	5,00	4,0521	,87664	
9. Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliğine Desteği						p=0,722
40 saat altı	7	2,67	4,67	4,0476	,73102	
41-49 saat	140	2,00	5,00	4,1131	,71589	
50 saat üzeri	54	2,00	5,00	4,0247	,63725	p=0,037
10. Devir Teslimler ve Bilgi Değişimi						
40 saat altı	7	2,67	5,00	3,8095	,79015	
41-49 saat	140	2,00	5,00	4,0238	,77418	
50 saat üzeri	54	1,33	5,00	3,6975	,85480	

Sağlık çalışanlarının haftalık çalışma saatlerine göre hasta güvenliği kültürünün alt boyutlarının analizi sonucunda; ekip çalışması, personel ve çalışma temposu, örgütsel öğrenme-sürekli iyileştirme, hataya yanıt, hata hakkında iletişim, iletişim açıklığı, hasta güvenliği olaylarını bildirme, hastane yönetiminin hasta güvenliğine desteği boyutlarının haftalık çalışma sürelerine göre farklılığı istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.6) (sırasıyla: p=0,287, p=0,953, p=0,205, p=0,246, p=0,646, p=0,446, p=0,621, p=0,722; p>0,05).

Süpervizör, yönetici veya klinik liderin hasta güvenliğine desteği alt boyutunun haftalık çalışma süresi açısından farklılık göstermesi (p= 0,039; p<0,05), devir teslimler ve bilgi değişimi alt boyutunun (p= 0,037; p<0,05) kurumda çalışma süresine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Sağlık Çalışanlarının Haftalık Çalışma Saatlerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları Grup Kıyaslamalarına Ait p Değerleri

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	p Değerleri		
1. Ekip Çalışması			
	40 saat altı	41-49 saat	50 saat üzeri
40 saat altı	-	0,290	0,257
41-49 saat	0,290	-	0,945
50 saat üzeri	0,257	0,945	-
2. Personel ve Çalışma Temposu			
	40 saat altı	41-49 saat	50 saat üzeri
40 saat altı	-	0,999	0,995
41-49 saat	0,999	-	0,949
50 saat üzeri	0,995	0,949	-
3. Örgütsel Öğrenme-Sürekli İyileştirme			
	40 saat altı	41-49 saat	50 saat üzeri
40 saat altı	-	0,270	0,180
41-49 saat	0,270	-	0,760
50 saat üzeri	0,180	0,760	-
4. Hataya Yanıt			
	40 saat altı	41-49 saat	50 saat üzeri
40 saat altı	-	0,312	0,219
41-49 saat	0,312	-	0,789
50 saat üzeri	0,219	0,219	-
5. Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği			
	40 saat altı	41-49 saat	50 saat üzeri
40 saat altı	-	0,029	0,044
41-49 saat	0,029	-	0,985
50 saat üzeri	0,044	0,985	

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	p Değerleri		
6. Hata Hakkında İletişim			
	40 saat altı	41-49 saat	50 saat üzeri
40 saat altı	-	0,653	0,773
41-49 saat	0,653	-	0,910
50 saat üzeri	0,773	0,910	-
7.İletişim Açıklığı			
	40 saat altı	41-49 saat	50 saat üzeri
40 saat altı	-	0,561	0,796
41-49 saat	0,561	-	0,661
50 saat üzeri	0,796	0,661	
8. Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme			
	40 saat altı	41-49 saat	50 saat üzeri
40 saat altı	-	0,988	0,960
41-49 saat	0,988	-	0,592
50 saat üzeri	0,960	0,592	-
9. Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliğine Desteği			
	40 saat altı	41-49 saat	50 saat üzeri
40 saat altı	-	0,968	0,996
41-49 saat	0,968	-	0,708
50 saat üzeri	0,996	0,708	-
10. Devir Teslimler ve Bilgi Değişimi			
	40 saat altı	41-49 saat	50 saat üzeri
40 saat altı	-	0,767	0,935
41-49 saat	0,767	-	0,030
50 saat üzeri	0,935	0,030	

Alt grup karşılaştırmalarında süpervizör, yönetici veya klinik liderin hasta güvenliğine desteği alt boyutunda 40 saat altı çalışanlar 41-49 saat çalışanlar ve 50 saat üzeri çalışanlar arasında (sırasıyla: $p=0,029$, $p=0,044$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Devir teslimler ve bilgi değişimi alt boyutunda 41-49 saat kategorisinde çalışanlar 50 saat üzeri çalışan arasında ($p=0,030$) istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Mesleklere Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	Sayı (n)	Min	Max	$\bar{X}$	ss	Test Analizi
1. Ekip Çalışması						
Doktor	21	2,00	5,00	4,5714	0,90764	$p=0,088$
Hemşire-Ebe	49	3,33	5,00	4,2313	0,50094	
İdari Personel	111	2,33	5,00	4,2042	0,60331	
Yardımcı Sağlık Personeli	21	3,33	5,00	4,3175	0,53204	
2. Personel ve Çalışma Temposu						
Doktor	21	2,75	4,25	3,3214	0,38032	$p=0,122$
Hemşire-Ebe	49	2,00	4,75	3,0612	0,64657	
İdari Personel	111	1,75	4,75	3,0518	0,54854	
Yardımcı Sağlık Personeli	21	2,50	3,50	2,9405	0,31529	
3. Örgütsel Öğrenme-Sürekli İyileştirme						
Doktor	21	2,00	4,67	4,3016	0,80901	$p=0,065$
Hemşire-Ebe	49	3,33	5,00	4,1293	0,49449	
İdari Personel	111	2,00	5,00	3,9790	0,55601	
Yardımcı Sağlık Personeli	21	3,33	5,00	4,1746	0,60202	

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	Sayı (n)	Min	Max	$\bar{X}$	ss	Test Analizi
4. Hataya Yanıt						
Doktor	21	3,00	5,00	4,0000	0,54772	p=0,327
Hemşire-Ebe	49	2,00	5,00	3,6735	0,78022	
İdari Personel	111	2,00	5,00	3,8258	0,78861	
Yardımcı Sağlık Personeli	21	2,33	5,00	3,9365	0,75733	
5. Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği						
Doktor	21	2,00	5,00	4,1111	0,87771	p=0,001
Hemşire-Ebe	49	3,00	5,00	3,9660	0,59022	
İdari Personel	111	2,00	5,00	3,8949	0,72611	
Yardımcı Sağlık Personeli	21	4,00	5,00	4,5397	0,41468	
6. Hata Hakkında İletişim						
Doktor	21	3,67	5,00	4,3492	0,46519	p=0,198
Hemşire-Ebe	49	2,67	5,00	4,5510	0,53813	
İdari Personel	111	2,33	5,00	4,3619	0,66396	
Yardımcı Sağlık Personeli	21	4,00	5,00	4,5556	0,48686	
7.İletişim Açıklığı						
Doktor	21	3,50	4,00	3,9048	0,16726	p=0,004
Hemşire-Ebe	49	3,00	5,00	4,4456	0,59937	
İdari Personel	111	2,25	5,00	4,3146	0,63908	
Yardımcı Sağlık Personeli	21	3,50	5,00	4,4048	0,42922	

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	Sayı (n)	Min	Max	$\bar{X}$	ss	Test Analizi
8. Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme						
Doktor	20	3,00	5,00	3,9750	0,54952	p=0,009
Hemşire-Ebe	47	2,00	5,00	4,4894	0,71086	
İdari Personel	89	1,00	5,00	4,0112	0,91384	
Yardımcı Sağlık Personeli	20	3,00	5,00	4,1500	0,69016	
9. Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliğine Desteği						
Doktor	21	4,00	5,00	4,4286	0,35187	p=0,066
Hemşire-Ebe	49	3,33	5,00	4,1088	0,57890	
İdari Personel	110	2,00	5,00	3,9985	0,70041	
Yardımcı Sağlık Personeli	21	2,00	5,00	4,1587	1,01991	
10. Devir Teslimler ve Bilgi Değişimi						
Doktor	21	2,67	5,00	3,5873	0,65748	p=0,084
Hemşire-Ebe	49	2,33	5,00	3,8571	0,74846	
İdari Personel	110	1,33	5,00	3,9773	0,86954	
Yardımcı Sağlık Personeli	21	2,67	5,00	4,1825	0,62340	

Tabloda sağlık çalışanlarının meslek grupları ile hasta güvenliği kültürünün alt boyutlarının arasındaki fark incelendiğinde, ekip çalışması boyutunda meslek gruplarının hasta güvenliği kültürü açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,088$; $p>0,05$). Personel ve çalışma temposu boyutunda meslek gruplarının hasta güvenliği kültürü açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,122$; $p>0,05$). Örgütsel öğrenme-sürekli iyileştirme alt boyutunda meslek gruplarının hasta güvenliği kültürü açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,065$; $p>0,05$). Hataya yanıt alt boyutunda meslek gruplarının hasta güvenliği kültürü açısından

anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,327$; $p>0,05$). Hata hakkında iletişim alt boyutunda meslek gruplarının hasta güvenliği kültürü açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,198$; $p>0,05$). Hastane yönetiminin hasta güvenliğine desteği boyutunda meslek gruplarının hasta güvenliği kültürü açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,066$; $p>0,05$). Devir teslimler ve bilgi değişimi alt boyutunda meslek gruplarının hasta güvenliği kültürü açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,084$; $p>0,05$). Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği alt boyutunda meslek gruplarına göre anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$). İletişim açıklığı alt boyutunda meslek gruplarına göre anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=0,004$; $p<0,05$). Hasta güvenliği olaylarını bildirme alt boyutunda meslek gruplarına göre anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=0,009$; $p<0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9: Mesleklere Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları grup kıyaslamalarına ait p değerleri

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	p değerleri			
1. Ekip Çalışması				
	Doktor	Hemşire-Ebe	İdari Personel	Yardımcı Sağlık Personeli
Doktor	-	0,147	0,060	0,536
Hemşire-Ebe	0,147	-	0,994	0,949
İdari Personel	0,060	0,994	-	0,865
Yardımcı Sağlık Personeli	0,536	0,949	0,865	-
2. Personel ve Çalışma Temposu				
	Doktor	Hemşire-Ebe	İdari Personel	Yardımcı Sağlık Personeli
Doktor	-	0,257	0,159	0,106
Hemşire-Ebe	0,257	-	1,000	0,828
İdari Personel	0,159	1,000	-	0,823
Yardımcı Sağlık Personeli	0,106	0,828	0,823	-

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	p değerleri			
3. Örgütsel Öğrenme-Sürekli İyileştirme				
	Doktor	Hemşire-Ebe	İdari Personel	Yardımcı Sağlık Personeli
Doktor	-	0,663	0,091	0,892
Hemşire-Ebe	0,663	-	0,429	0,991
İdari Personel	0,091	0,429	-	0,487
Yardımcı Sağlık Personeli	0,892	0,991	0,487	-
4. Hataya Yanıt				
	Doktor	Hemşire-Ebe	İdari Personel	Yardımcı Sağlık Personeli
Doktor	-	0,358	0,772	0,993
Hemşire-Ebe	0,358	-	0,650	0,550
İdari Personel	0,772	0,650	-	0,929
Yardımcı Sağlık Personeli	0,993	0,550	0,929	-
5. Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği				
	Doktor	Hemşire-Ebe	İdari Personel	Yardımcı Sağlık Personeli
Doktor		0,850	0,550	0,184
Hemşire-Ebe	0,850		0,931	0,009
İdari Personel	0,550	0,931		0,001
Yardımcı Sağlık Personeli	0,184	0,009	0,001	
6. Hata Hakkında İletişim				
	Doktor	Hemşire-Ebe	İdari Personel	Yardımcı Sağlık Personeli
Doktor		0,572	1,000	0,682
Hemşire-Ebe	0,572		0,260	1,000
İdari Personel	1,000	0,260		0,529
Yardımcı Sağlık Personeli	0,682	1,000	0,529	

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	p değerleri			
7.İletişim Açıklığı				
	Doktor	Hemşire-Ebe	İdari Personel	Yardımcı Sağlık Personeli
Doktor		0,002	0,017	0,029
Hemşire-Ebe	0,002		0,552	0,993
İdari Personel	0,017	0,552		0,914
Yardımcı Sağlık Personeli	0,029	0,993	0,914	
8. Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme				
	Doktor	Hemşire-Ebe	İdari Personel	Yardımcı Sağlık Personeli
Doktor		0,082	0,998	0,902
Hemşire-Ebe	0,082		0,007	0,394
İdari Personel	0,998	0,007		0,898
Yardımcı Sağlık Personeli	0,902	0,394	0,898	
9. Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliğine Desteği				
	Doktor	Hemşire-Ebe	İdari Personel	Yardımcı Sağlık Personeli
Doktor		0,283	0,045	0,581
Hemşire-Ebe	0,283		0,786	0,992
İdari Personel	0,045	0,786		0,761
Yardımcı Sağlık Personeli	0,581	0,992	0,761	
10. Devir Teslimler ve Bilgi Değişimi				
	Doktor	Hemşire-Ebe	İdari Personel	Yardımcı Sağlık Personeli
Doktor		0,567	0,173	0,078
Hemşire-Ebe	0,567		0,818	0,403
İdari Personel	0,173	0,818		0,703
Yardımcı Sağlık Personeli	0,078	0,403	0,703	

İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunan Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği, İletişim Açıklığı, Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme alt boyutlarının mesleklere göre kıyaslamaları analizleri yapılmıştır. Bu analizler sonucunda, Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği alt boyutundaki anlamlı fark yardımcı sağlık personeli ile hemşire-ebe arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,009$; $p<0,05$). Bir diğer alt boyut olan iletişim açıklığı boyutunun doktor ile hemşire-ebe, idari personel ve yardımcı sağlık personeli arasında anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0,002$ $p=0,017$ $p=0,029$; $p<0,05$). Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme alt boyutunda idari personel ile hemşire-ebe arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,007$; $p<0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10: Çalışma Birimine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	Sayı (n)	Min	Max	$\bar{x}$	ss	Test Analizi
1. Ekip Çalışması						
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	100	2,33	5,00	4,2967	0,58774	$p=0,851$
Açık Alanlar	88	2,00	5,00	4,2197	0,64105	
Kapalı Alanlar	4	3,33	5,00	4,3333	0,81650	
Diğer	10	3,33	5,00	4,2333	0,70361	
2. Personel ve Çalışma Temposu						
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	100	1,75	4,75	3,1000	0,56594	$p=0,022$
Açık Alanlar	88	2,00	4,75	2,9830	0,53309	
Kapalı Alanlar	4	2,75	3,25	3,1250	0,25000	
Diğer	10	3,25	3,75	3,5250	0,18447	
3.Örgütsel Öğrenme-Sürekli İyileştirme						
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	100	2,67	5,00	4,0733	0,55723	$p=0,395$
Açık Alanlar	88	2,00	5,00	4,0303	0,62235	
Kapalı Alanlar	4	3,67	4,33	4,0833	0,31914	
Diğer	10	3,67	5,00	4,3667	0,55444	

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	Sayı (n)	Min	Max	$\bar{x}$	ss	Test Analizi
4. Hataya Yanıt						
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	100	2,00	5,00	3,8617	0,79669	p=0,000
Açık Alanlar	88	2,00	5,00	3,6629	0,68648	
Kapalı Alanlar	4	3,50	3,67	3,6250	0,08333	
Diğer	10	4,33	5,00	4,8333	0,23570	
5. Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği						
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	100	2,00	5,00	3,9833	0,77760	p=0,884
Açık Alanlar	88	2,00	5,00	4,0000	0,65116	
Kapalı Alanlar	4	3,67	4,33	4,0833	0,31914	
Diğer	10	3,67	5,00	4,1667	0,65263	
6. Hata Hakkında İletişim						
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	100	2,33	5,00	4,3650	0,66696	p=0,023
Açık Alanlar	88	2,67	5,00	4,4432	0,51719	
Kapalı Alanlar	4	3,33	5,00	4,2500	0,87665	
Diğer	10	4,67	5,00	4,9667	0,10541	
7.İletişim Açıklığı						
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	100	2,25	5,00	4,2692	0,63596	p=0,250
Açık Alanlar	88	3,50	5,00	4,3958	0,53535	
Kapalı Alanlar	4	3,00	4,50	4,0000	0,67700	
Diğer	10	3,75	5,00	4,1500	0,59161	
8. Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme						
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	98	1,00	5,00	3,8673	0,86021	p=0,000
Açık Alanlar	88	1,00	5,00	4,3523	0,70368	
Kapalı Alanlar	4	4,00	4,50	4,3750	0,25000	
Diğer	10	2,00	5,00	3,7000	1,25167	

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	Sayı (n)	Min	Max	$\bar{x}$	ss	Test Analizi
9. Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliğine Desteği						
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	100	2,00	5,00	4,0767	0,79963	p=0,748
Açık Alanlar	88	2,00	5,00	4,0568	0,58552	
Kapalı Alanlar	4	3,50	4,67	4,2083	0,56724	
Diğer	10	3,67	5,00	4,3000	0,55444	
10. Devir Teslimler ve Bilgi Değişimi						
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	100	1,33	5,00	3,9183	0,86602	p=0,002
Açık Alanlar	88	2,00	5,00	3,8409	0,72181	
Kapalı Alanlar	4	3,50	4,33	4,0417	0,39382	
Diğer	10	3,67	5,00	4,8667	0,42164	

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları birime göre hasta güvenliği kültürü alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olup olmadığı test edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ekip çalışması (p=0,851), örgütsel öğrenme-sürekli iyileştirme (p=0,395), süpervizör, yönetici veya klinik liderin hasta güvenliğine desteği (p=0,884), iletişim açıklığı (p=0,250) ve hastane yönetiminin hasta güvenliğine desteği (p=0,748) alt boyutlarında çalışma birimleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Buna karşın personel ve çalışma temposu (p=0,022), hataya yanıt (p=0,000), hata hakkında iletişim (p=0,023), hasta güvenliği olaylarını bildirme (p=0,000) ve devir teslimler ve bilgi değişimi (p=0,002) alt boyutlarının çalışma birimlerine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.10)

Tablo 4.11: Çalışma Birimine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları p değerleri

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri				p değerleri			
1. Ekip Çalışması							
				Açık Alanlar	Kapalı Alanlar	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	Diğer
Açık Alanlar				-	0,984	0,832	1,000
Kapalı Alanlar				0,984	-	0,999	0,993
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler				0,832	0,999	-	0,990
Diğer				1,000	0,993	0,990	-
2. Personel ve Çalışma Temposu							
				Açık Alanlar	Kapalı Alanlar	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	Diğer
Açık Alanlar				-	0,955	0,443	0,015
Kapalı Alanlar				0,955	-	1,000	0,589
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler				0,443	1,000	-	0,082
Diğer				0,015	0,589	0,082	-
3. Örgütsel Öğrenme-Sürekli İyileştirme							
				Açık Alanlar	Kapalı Alanlar	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	Diğer
Açık Alanlar				-	0,998	0,958	0,313
Kapalı Alanlar				0,998	-	1,000	0,845
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler				0,958	1,000	-	0,431
Diğer				0,313	0,845	0,431	-
4. Hataya Yanıt							
				Açık Alanlar	Kapalı Alanlar	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	Diğer
Açık Alanlar				-	1,000	0,243	0,000
Kapalı Alanlar				1,000	-	0,919	0,027
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler				0,243	0,919	-	0,000
Diğer				0,000	0,027	0,000	-

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	p değerleri			
5. Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği	Açık Alanlar	Kapalı Alanlar	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	Diğer
Açık Alanlar	-	0,996	0,999	0,897
Kapalı Alanlar	0,996	-	0,993	0,997
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	0,999	0,993	-	0,866
Diğer	0,897	0,997	0,866	-
6. Hata Hakkında İletişim	Açık Alanlar	Kapalı Alanlar	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	Diğer
Açık Alanlar	-	0,920	0,804	0,044
Kapalı Alanlar	0,920	-	0,981	0,176
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	0,804	0,981	-	0,013
Diğer	0,044	0,176	0,013	-
7.İletişim Açıklığı	Açık Alanlar	Kapalı Alanlar	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	Diğer
Açık Alanlar	-	0,560	0,462	0,600
Kapalı Alanlar	0,560	-	0,810	0,974
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	0,462	0,810	-	0,930
Diğer	0,600	0,974	0,930	-
8. Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme	Açık Alanlar	Kapalı Alanlar	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	Diğer
Açık Alanlar	-	1,000	0,000	0,079
Kapalı Alanlar	1,000	-	0,611	0,497
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler	0,000	0,611	-	0,925
Diğer	0,079	0,497	0,925	-

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri				p değerleri				
9. Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliğine Desteği								
				Açık Alanlar	Kapalı Alanlar	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler		Diğer
Açık Alanlar				-	0,974	0,997		0,725
Kapalı Alanlar				0,974	-	0,983		0,996
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler				0,997	0,983	-		0,771
Diğer				0,725	0,996	0,771		
10. Devir Teslimler ve Bilgi Değişimi								
				Açık Alanlar	Kapalı Alanlar	Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler		Diğer
Açık Alanlar				-	0,959	0,906		0,001
Kapalı Alanlar				0,959	-	0,990		0,286
Ayaktan Hasta Hizmeti Verilen Bölümler				0,906	0,990	-		0,002
Diğer				0,001	0,286	0,002		

Alt grup karşılaştırmalarında personel ve çalışma temposu alt boyutunda diğer birim kategorisinde çalışanlar açık alanlarda çalışanlar ($p=0,015$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Hataya yanıt alt boyutunda diğer birim kategorisinde çalışanlar açık alanlarla ($p=0,000$), kapalı alanlarla ($p=0,027$) ve ayaktan hasta hizmeti verilen bölümlerle ($p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmiştir. Hata hakkında iletişim alt boyutunda “diğer” biriminin ayaktan hasta hizmeti verilen bölümler ($p=0,013$) ve açık alanlarla ($p=0,044$) anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Hasta güvenliği olaylarını bildirme alt boyutunda kapalı alanlar ile ayaktan hasta hizmeti verilen bölümler arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,000$). Devir teslimler ve bilgi değişimi alt boyutunda ise “diğer” biriminin açık alanlar ($p=0,001$) ve ayaktan hasta hizmeti verilen bölümlerden ($p=0,002$) anlamlı düzeyde farklı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.12: Sağlık Çalışanlarının Çalışma süresine Göre Hasta Güvenliği Kültürü
Hastane Anketi Alt Boyutları

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	Sayı (n)	Min	Max	$\bar{x}$	ss	Test Analizi
1. Ekip Çalışması						
Bir yıla kadar	65	2,33	5,00	4,3282	,59070	p=0,760
1 yıl ile 5 yıl arası	119	2,00	5,00	4,2269	,65229	
5 Yıl ile 10 Yıl arası	13	3,33	5,00	4,2564	,41172	
11 Yıl ile 15 Yıl arası	5	3,33	5,00	4,2000	,64979	
2. Personel ve Çalışma Temposu						
Bir yıla kadar	65	1,75	4,75	3,0231	,57064	p=0,825
1 yıl ile 5 yıl arası	119	2,00	4,75	3,1008	,56090	
5 Yıl ile 10 Yıl arası	13	2,50	3,50	3,0385	,28589	
10 Yıl ile 15 Yıl arası	5	2,50	3,50	3,0500	,37081	
3. Örgütsel Öğrenme-Sürekli İyileştirme						
Bir yıla kadar	65	2,00	5,00	4,0231	,54157	p=0,768
1 yıl ile 5 yıl arası	119	2,00	5,00	4,0798	,62919	
5 Yıl ile 10 Yıl arası	13	3,67	5,00	4,2051	,39764	
10 Yıl ile 15 Yıl arası	5	3,33	4,33	4,0667	,43461	
4. Hataya Yanıt						
Bir yıla kadar	65	2,00	5,00	3,7385	,80739	p=0,251
1 yıl ile 5 yıl arası	119	2,00	5,00	3,8936	,75500	
5 Yıl ile 10 Yıl arası	13	3,00	5,00	3,7179	,57488	
10 Yıl ile 15 Yıl arası	5	2,33	4,00	3,3333	,66667	
5. Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği						
Bir yıla kadar	65	2,33	5,00	3,9026	,78555	p=0,368
1 yıl ile 5 yıl arası	119	2,00	5,00	4,0588	,69250	
5 Yıl ile 10 Yıl arası	13	3,00	5,00	3,8718	,51887	
10 Yıl ile 15 Yıl arası	5	4,00	4,67	4,2667	,27889	
6. Hata Hakkında İletişim						
Bir yıla kadar	65	2,67	5,00	4,4333	,59424	p=0,271
1 yıl ile 5 yıl arası	119	2,33	5,00	4,3838	,62079	
5 Yıl ile 10 Yıl arası	13	3,67	5,00	4,6923	,48038	
10 Yıl ile 15 Yıl arası	5	4,00	5,00	4,6667	,47140	
7.İletişim Açıklığı						
Bir yıla kadar	65	2,25	5,00	4,4513	,59946	p=0,003
1 yıl ile 5 yıl arası	119	2,25	5,00	4,2073	,58201	

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	Sayı (n)	Min	Max	$\bar{x}$	ss	Test Analizi
5 Yıl ile 10 Yıl arası	13	3,75	5,00	4,6923	,45819	
10 Yıl ile 15 Yıl arası	5	3,50	4,50	4,0500	,41079	
8. Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme						
Bir yıla kadar	53	1,00	5,00	3,9717	1,03038	p=0,259
1 yıl ile 5 yıl arası	106	2,00	5,00	4,2075	,72331	
5 Yıl ile 10 Yıl arası	12	3,00	5,00	4,3333	,71774	
10 Yıl ile 15 Yıl arası	5	4,00	5,00	4,4000	,41833	
9. Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliğine Desteği						
Bir yıla kadar	65	2,00	5,00	4,0641	,68446	p=0,396
1 yıl ile 5 yıl arası	118	2,00	5,00	4,0593	,72616	
5 Yıl ile 10 Yıl arası	13	4,00	5,00	4,3846	,38118	
10 Yıl ile 15 Yıl arası	5	3,33	4,67	4,2667	,59628	
10. Devir Teslimler ve Bilgi Değişimi						
Bir yıla kadar	65	2,00	5,00	3,8385	,85084	p=0,714
1 yıl ile 5 yıl arası	118	1,33	5,00	3,9689	,80477	
5 Yıl ile 10 Yıl arası	13	2,67	5,00	4,0385	,65318	
10 Yıl ile 15 Yıl arası	5	2,67	4,33	3,8667	,69121	

Sağlık çalışanlarının tecrübe sürelerine göre hasta güvenliği kültürü alt boyutlarında farklılık olup olmadığı incelendiğinde, ekip çalışması (p=0,760), personel ve çalışma temposu (p=0,825), örgütsel öğrenme-sürekli iyileştirme (p=0,768), hataya yanıt (p=0,251), süpervizör, yönetici veya klinik liderin hasta güvenliğine desteği (p=0,368), hata hakkında iletişim (p=0,271), hasta güvenliği olaylarını bildirme (p=0,259), hastane yönetiminin hasta güvenliğine desteği (p=0,396) ve devir teslimler ve bilgi değişimi (p=0,714) alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.13: Sağlık Çalışanlarının Tecrübesine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Boyutları grup kıyaslamalarına ait p değerleri

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	p değerleri			
1. Ekip Çalışması	Bir yıla kadar	1 yıl ile 5 yıl arası	5 Yıl ile 10 Yıl arası	10 Yıl ile 15 Yıl arası
Bir yıla kadar	-	0,715	0,981	0,970
1 yıl ile 5 yıl arası	0,715	-	0,998	1,000
5 Yıl ile 10 Yıl arası	0,981	0,998	-	0,998
11 Yıl ile 15 Yıl arası	0,970	1,000	0,998	-
2. Personel ve Çalışma Temposu	Bir yıla kadar	1 yıl ile 5 yıl arası	5 Yıl ile 10 Yıl arası	10 Yıl ile 15 Yıl arası
Bir yıla kadar	-	0,794	1,000	1,000
1 yıl ile 5 yıl arası	0,794	-	0,980	0,997
6 Yıl ile 10 Yıl arası	1,000	0,980	-	1,000
11 Yıl ile 15 Yıl arası	1,000	0,997	1,000	-
3. Örgütsel Öğrenme-Süreklili İyileştirme	Bir yıla kadar	1 yıl ile 5 yıl arası	5 Yıl ile 10 Yıl arası	10 Yıl ile 15 Yıl arası
Bir yıla kadar	-	0,923	0,737	0,999
1 yıl ile 5 yıl arası	0,923	-	0,884	1,000
5 Yıl ile 10 Yıl arası	0,737	0,884	-	0,970
10 Yıl ile 15 Yıl arası	0,999	1,000	0,970	-
4. Hataya Yanıt	Bir yıla kadar	1 yıl ile 5 yıl arası	5 Yıl ile 10 Yıl arası	10 Yıl ile 15 Yıl arası
Bir yıla kadar	-	0,551	1,000	0,661
1 yıl ile 5 yıl arası	0,551	-	0,859	0,374
5 Yıl ile 10 Yıl arası	1,000	0,859	-	0,772
10 Yıl ile 15 Yıl arası	0,661	0,374	0,772	-
5. Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği	Bir yıla kadar	1 yıl ile 5 yıl arası	5 Yıl ile 10 Yıl arası	10 Yıl ile 15 Yıl arası
Bir yıla kadar	-	0,483	0,999	0,686
1 yıl ile 5 yıl arası	0,483	-	0,803	0,918
5 Yıl ile 10 Yıl arası	0,999	0,803	-	0,716
10 Yıl ile 15 Yıl arası	0,686	0,918	0,716	-

HGKHA Alt Boyutları ve Maddeleri	p değerleri			
6. Hata Hakkında İletişim				
	Bir yıla kadar	1 yıl ile 5 yıl arası	5 Yıl ile 10 Yıl arası	10 Yıl ile 15 Yıl arası
Bir yıla kadar	-	0,951	0,491	0,838
1 yıl ile 5 yıl arası	0,951		0,298	0,732
5 Yıl ile 10 Yıl arası	0,491	0,298		1,000
11 Yıl ile 15 Yıl arası	0,838	0,732	1,000	
7.İletişim Açıklığı				
	Bir yıla kadar	1 yıl ile 5 yıl arası	5 Yıl ile 10 Yıl arası	10 Yıl ile 15 Yıl arası
Bir yıla kadar	-	0,034	0,518	0,442
1 yıl ile 5 yıl arası	0,034	-	0,023	0,933
5 Yıl ile 10 Yıl arası	0,518	0,023	-	0,153
10 Yıl ile 15 Yıl arası	0,442	,933	0,153	-
8. Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme				
	Bir yıla kadar	1 yıl ile 5 yıl arası	5 Yıl ile 10 Yıl arası	10 Yıl ile 15 Yıl arası
Bir yıla kadar	-	0,325	0,517	0,682
1 yıl ile 5 yıl arası	0,325	-	0,959	0,956
5 Yıl ile 10 Yıl arası	0,517	0,959	-	0,999
10 Yıl ile 15 Yıl arası	0,682	0,956	0,999	-
9. Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliğine Desteği				
	Bir yıla kadar	1 yıl ile 5 yıl arası	5 Yıl ile 10 Yıl arası	10 Yıl ile 15 Yıl arası
Bir yıla kadar		1,000	0,427	0,923
1 yıl ile 5 yıl arası	1,000		0,379	0,914
5 Yıl ile 10 Yıl arası	0,427	0,379		0,988
10 Yıl ile 15 Yıl arası	0,923	0,914	0,988	
10. Devir Teslimler ve Bilgi Değişimi				
	Bir yıla kadar	1 yıl ile 5 yıl arası	5 Yıl ile 10 Yıl arası	10 Yıl ile 15 Yıl arası
Bir yıla kadar		0,724	0,848	1,000
1 yıl ile 5 yıl arası	0,724		0,991	0,993
5 Yıl ile 10 Yıl arası	0,848	0,991		0,978
10 Yıl ile 15 Yıl arası	1,000	0,993	0,978	

İletişim açıklığı alt boyutunda ise gruplar arasında anlamlı fark belirlenmiştir (p=0,003). Çoklu karşılaştırmalarda bir yıldan az tecrübesi olanlarla 1–5 yıl arası çalışanlar arasında (p=0,034) ve 1–5 yıl arası çalışanlarla 5–10 yıl tecrübeye sahip

çalışanlar arasında ($p=0,023$) anlamlı fark saptanmıştır. Diğer karşılaştırmalarda anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14: Korelasyon Değerleri

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Hastane çalışma yılı	Kaç olay rapor	Haftalık çalışma saati
1. Ekip Çalışması	1												
2. Personel ve Çalışma Temposu	,243**	1											
3. Örgütsel Öğrenme-Sürekli İyileştirme	,639**	,223**	1										
4. Hataya Yanıt	,506**	,463**	,525**	1									
5. Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin, Hasta Güvenliğine Desteği	,414**	,303**	,479**	,566**	1								
6. Hata Hakkında İletişim	,307**	,372**	,468**	,434**	,338**	1							
7. İletişim Açıklığı	,274**	,115	,344**	,354**	,324**	,609**	1						
8. Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme	,036	,188*	,038	,157*	,113	,508**	,374**	1					
9. Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliğine Desteği	,495**	,421**	,516**	,607**	,538**	,481**	,472**	,222**	1				
10. Devir Teslimler ve Bilgi Değişimi	,175*	,163*	,194**	,479**	,099	,383**	,231**	,413**	,367**	1			
Hastane çalışma yılı	-,006	,154*	,180*	,085	,142*	,163*	-,026	,060	,154*	,114	1		
Kaç olay rapor	,032	,231**	,230**	,139*	,149*	,190**	,051	,142	,153*	,094	,487**	1	
Haftalık çalışma saati	-,051	-,042	-,031	,027	,066	-,081	-,096	-,089	-,099	-,089	-,023	-,184**	1
**. Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (2-tailed).													
*. Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (2-tailed).													

Korelasyon analizi, ölçeğin alt boyutları arasında farklı düzeylerde anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiştir. En yüksek korelasyonlar; Ekip Çalışması ile Örgütsel Öğrenme-Sürekli İyileştirme ($r=0.639$, $p<0.01$), Hata Hakkında İletişim ile İletişim Açıklığı

($r=0.609$, $p<0.01$) ve Hataya Yanıt ile Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliğine Desteği ($r=0.607$, $p<0.01$) arasında saptanmıştır. Orta düzeyde anlamlı ilişkiler, Hataya Yanıt, Örgütsel Öğrenme–Sürekli İyileştirme, Süpervizör/Yönetici Desteği, Devir Teslim ve Bilgi Değişimi gibi boyutlar arasında belirlenmiş; örneğin Süpervizör/Yönetici Desteği ile Hataya Yanıt ($r=0.566$, $p<0.01$) ve Örgütsel Öğrenme–Sürekli İyileştirme ile Hataya Yanıt ($r=0.525$, $p<0.01$) ilişkileri bu grupta yer almıştır. Zayıf düzeyde korelasyonlar ise Personel ve Çalışma Temposu, Hasta Güvenliği Olay Bildirme ve Hastane Çalışma Yılı gibi değişkenlerde görülmüş; bu boyutların diğer ölçüm alanlarıyla düşük korelasyon değerleri verdiği tespit edilmiştir. Haftalık çalışma saatinin ise tüm değişkenlerle düşük ve anlamsız korelasyon gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.14).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık çalışanlarının iş yükünün fazla olması, hata kabul etmeyen bir hizmet sunumu sağlamaları sebebiyle stres kaynaklı istenmeyen hatalar gerçekleşmesinde rol oynayacağı düşünülmektedir. Hasta güvenliği konusunun artık küresel bir öncelik haline geldiğini düşünerek gelişmiş ülkelerde konunun öneminden bahsedildiği gibi ilerleyen dönemlerde gelişmekte olan ülkelerde de konunun önemine vurgu yapılması hasta güvenliği kültürü oluşturulmasıyla birlikte tıbbi hataların azaltılması için gerekli görülmektedir. Tıbbi hataların son zamanlarda ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmeye başlanmış ve ölüm nedenleri arasında ciddi bir sırada yer aldığı bilinmektedir. Bu nedenle hasta güvenliğinin önemi ve güvenlik kültürünün oluşturulması kavramları sağlık kurumlarındaki yerini almıştır.

Aslan ve Alp (2024) 1986- 2023 yıllarında tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konusunda yaptığı çalışmada toplam 2399 sayıda çalışmanın yapıldığını tespit etmiştir. Araştırmanın sonucunda tıbbi hata ve hasta güvenliği konuları ile ilgili yapılan çalışmaların 2004 yılından sonra önemli bir artış gösterdiği ve 2021 yılında en üst seviyeye ulaştığı belirtilmiştir. Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin iyileştirilmesi ve tıbbi hata oranlarının azaltılması için çabaların devam ettiğini göstermektedir.

Hasta güvenliği kültürünün artan önemi doğrultusunda, İstanbul ilindeki bir özel hastanede hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi ve güvenliği etkileyen alt boyutların tespit edilmesi amacıyla bu araştırma 202 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmada anketin 10 boyutu yine ankette yer alan demografik özellik olarak sınıflandırılan meslek grupları, çalışma saatleri, hastanedeki çalışma süresi ve çalıştıkları birimdeki çalışma süresi arasında karşılaştırmalar yapılmıştır.

Bu tez çalışmasında hasta güvenliği kültürü mesleklere göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Bu farklılıklar alt gruplara göre değerlendirildiğinde, “Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği” alt boyutunda yardımcı sağlık personelinin ortalama puanının idari personele kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık personelinin hastayla temasının daha yakın olması nedeniyle, bu alt boyutta yardımcı sağlık personelinin puanının daha

yüksek olduğu düşünülmektedir. Meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde “Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme” alt boyutunun hemşirelerin ortalama puanlarının ve idari personele göre daha yüksek olduğu yine sağlık personelinin hastayla temasının daha yakın olması nedeniyle düşünülmektedir. Öztürk ve arkadaşları tarafından (2022) Ankara’da bir hastanede bulunan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılarının belirlenmesine yönelik yapılan araştırmada, hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Öztürk (2022) çalışmasında mesleklere göre hasta güvenliği kültürü karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu ortaya çıkmış ve hekimlerin hemşirelere göre hasta güvenliği algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda Öztürk ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada mevcut birimdeki çalışma süresine göre hasta güvenliği kültürünün ölçümünün sonucunda anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Aynı şekilde Oksay ve arkadaşları (2019) çalışmasında da hekimlerin güvenlik kültürü algısının hemşirelerden daha yüksek olduğunu belirterek benzer sonuçlar elde etmiştir.

Bu tez çalışmasında hasta güvenliği kültürü haftalık çalışma saatlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Bu farklılıklar alt gruplara göre değerlendirildiğinde, “Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği” alt boyutunda 41-49 saat altı haftalık çalışma puanının 40 saat altı haftalık çalışma saatinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. “Devir Teslimler ve Bilgi Değişimi” alt boyutunda da 41-49 saat altı haftalık çalışma puanının 40 saat altı haftalık çalışma saatinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada haftalık çalışma süresinin artmasıyla birlikte, hasta güvenliği kültürü kapsamında, devir teslim süreçlerinin sağlıklı yürütülmesi, güvenlik kültürünün oluşturulması için yöneticilerde alınan destek puanlarında azalma olduğu saptanmıştır. Bu durum aslında yöneticilerin de çalışma sürelerinin fazla olduğu ve haftalık çalışma süresi artınca onların da verimli çalışma düzeylerinin düşmesiyle alakalı olduğu düşünülmektedir. Bulut ve arkadaşları (2023) İstanbul ilinde bir eğitim araştırma hastanesinde 326 sağlık çalışanının hasta güvenliği kültürünün algı düzeylerini çalıştıkları araştırmada, haftalık çalışma süreleri 40 saatin altında olan sağlık çalışanlarının, 40 saatten fazla çalışanlara göre geri bildirim olumlu puanlarını arttığını belirtmiştir. Aynı zamanda 40 saatin altında çalışanların hataların raporlanma sıklığı,

iletişimin açık tutulması olumlu yanıt puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu da bulunmuştur.

Bu tez çalışmasında sağlık çalışanlarının çalıştıkları birim ile hasta güvenlik kültürü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Bu farklılıklar alt gruplara göre değerlendirildiğinde, “Personel ve Çalışma Temposu” ve “Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme” alt boyutlarında açık alanda çalışanların diğer çalışma alanında çalışanlardan daha düşük puan aldığı saptanmıştır. Açık alanda çalışanların poliklinik, acil servis alanları çalışanları olduğu bilindiğinden hasta akışının yoğun olduğu alanlarda iş yükünün üstesinden gelmenin zor olacağından düşük ortalama puanın bu kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının çalıştıkları birimlere göre Hataya Yanıt alt grubunda kapalı alanlarda çalışanların puanının en düşük olduğu belirlenmiştir. Ameliyathane, yoğun bakım gibi sağlık çalışanların hatalarının sonuçlarının ağır algılanması kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Anketin Hata Hakkında İletişim alt boyutunda kapalı alanlarda çalışanların en düşük ortalama puana sahip olması da aynı şekilde hataların sonuçlarının ağır olması ve dönüşü olmayan durumların oluşabilmesi kaynaklı olduğundan iletişimin düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Hasta güvenliği kültürü çalışan birimleri açısından son olarak “Devir Teslimler ve Bilgi Değişimi” alt grubunda da istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiş ve açık alanlarda çalışanların ortalama puanının en düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durumun yoğun çalışma alanlarının devir teslim sırasında yeterli zamanlarının olmaması ve hızlı teslim yapılması gereken alanlar olmasından kaynaklı olacağı düşünülmektedir.

Doğrusöz ve arkadaşları (2020) İstanbul ilindeki bir üniversitesi hastanesinde çalışan 650 hemşire ile hasta güvenliği kültürünü araştırmak için yapılan çalışmada güvenlik kültürünün orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada serviste çalışan hemşireler ile yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelere göre ölçek toplam puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda dahili birimlerde çalışan hemşireler ile cerrahi birimlerde çalışan hemşireler değerlendirildiğinde dahili birimlerde çalışan hemşirelerin ölçek puanlarının yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir. Kurumdaki çalışma sürelerine bakıldığında çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olan

hemşirelerin, çalışma süresi 10 yıldan az olan hemşirelere göre hasta güvenliği kültürü algılarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Koç ve arkadaşları (2020) JCI standartlarında bir özel hastanede çalışan 145 hemşire ile oluşan çalışmada hasta güvenliği kültürü algılarının ölçüldüğü araştırmada, hemşirelerin çalıştıkları pozisyonları ile hasta güvenlik kültürünün alt boyutları arasında farklılık bulunmamıştır.

Oksay ve arkadaşları (2019) Konya Numune Hastanesinde çalışan 1012 sağlık çalışanı ile hasta güvenliği kültürü ile ilgili durumun incelenmesi üzerine yapılan araştırmada, hasta güvenliği kültürü puanı orta düzeyin üstünde bulunmuştur. Araştırmadaki sağlık çalışanlarının %80'inin Güvenlik Raporlama Sistemini hiç bildirim yapmadığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü puanlarının mesleki tecrübelerine göre anlamlı bir farklılık olduğu belirtilmiştir. 16 yıl ve üzeri mesleki tecrübesi olan çalışanların daha düşük hasta güvenliği kültürü algısına sahip olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada hasta güvenliği kültürü puanlarının, hemşireler, teknisyenler ve tıbbi sekreterlerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yoğun bakım çalışanlarının hasta güvenliği kültürü puanlarında ise klinik ve diğer çalışma alanlarında çalışanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu; ameliyathane çalışanlarının puanlarının ise klinik, acil servis ve diğer çalışanlardan yine anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu tez çalışmasında kurumdaki çalışma süresine göre hasta güvenliği kültürü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Değerlendirme sonucunda çalışma tecrübeleri ile “İletişim Açıklığı” alt boyutunda istatistiksel olarak fark tespit edilmiştir. Kurumda 1-5 yıl arasında çalışma süresi olanların en düşük puanda olduğu ve hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek durumları ve bu konu ile ilgili konuşmaktan, soru sormaktan çekinmeleri kaynaklı olacağı düşünülmektedir. Günaydın ve arkadaşları (2023) Gümüşhane Devlet Hastanesinde çalışan 119 sağlık çalışanı ile hasta güvenliği kültürünün araştırılması için yapılan çalışmada çalışma süresi değişkenine göre 1-5 ve 5 yıl üzeri olan katılımcıların farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Koç ve arkadaşları (2020) JCI standartlarında bir özel hastanede çalışan 145 hemşire ile oluşan çalışmada hasta

güvenliği kültürü algılarının ölçüldüğü araştırmada, hemşirelerin mesleklerindeki çalışma süreleriyle, hasta güvenlik kültürü ve alt boyutları arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Bu araştırmada 11 yıl ve üzeri sağlık çalışanlarının “yönetim liderlik”, “bakım ortamı”, “beklenmedik olay ve hata raporlama”, “çalışan davranışları” alt boyutlarındaki puanların ortalamaları 1-5 yıl ve 6-10 yıl kurumda çalışma sürelerine göre daha yüksek bulunmuştur.

DSÖ hasta güvenliğinin iyileştirilmesi amacıyla “2021-2030 Küresel Hasta Güvenliği Eylem Planı”nda yedi stratejik hedef belirlemiştir.

- Sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda sıfır önlenebilir zararın bir kural haline getirilmesi
- Hastaları zarar görmekten koruyan yüksek güvenilirlikli sağlık sistemleri ve sağlık kuruluşları oluşturulması
- Bütün klinik süreçlerin güvenliğinin sağlanması
- Daha güvenli sağlık hizmetleri için hastaların ve ailelerinin bakım süreçlerine dahil edilmesi
- Güvenli bakım sistemlerinin tasarımına ve sunulmasına katkıda bulunmak için her sağlık çalışanına ilham verilmesi, sağlık çalışanlarının eğitilmesi, beceri kazandırılması ve korunması
- Riskin ve önlenebilir zarar düzeylerinin azaltılması ve bakım süreçlerinin iyileştirilmesi için sürekli bilgi akışının sağlanması
- Hasta güvenliğinin ve bakım kalitesinin iyileştirilmesi amacıyla çok sektörlü ve çok uluslu sinerji, ortaklık ve dayanışmanın geliştirilmesi ve sürdürülmesi amacıyla çaba gösterilmesi önerilmektedir.

Araştırmada kurumun pozitif cevap yüzdeleri incelendiğinde en düşük olan “Personel ve Çalışma Temposu” alt boyutunda sağlık çalışanlarının iş yükü fazlalığı ve stres kaynaklı çalışma tempolarının yüksekliği olduğu bilinmektedir.

Tıbbi hataların raporlanması ve hatalardan öğrenme yönünde strateji oluşturulması için hasta güvenliği kültürü ilk adım olarak görülmelidir. Hasta güvenliği kültüründen bahsedilmek için ölçekte de yer alan “Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme (%83,3)” ve “Ekip Çalışması (%91,2)” alt boyutlarında da bahsedildiği gibi ekip olmak ve hataların raporlanma oranlarının yüksek olması gerekmektedir. Yine aynı ölçekte yer alan alt boyutları olan hataya yanıt, hata hakkında iletişim, iletişime açıklık, hastane yönetiminin hasta güvenliğine desteği ile hasta güvenliği kültüründe iletişimin ve ekip olarak çalışmanın önemi anlaşılmaktadır. Çalışmanın yapıldığı hastanede bu alt boyutların pozitif yönlü cevap yüzdeleri (sırasıyla: %74,5, %91,2, %89,3, %86,2) kurumun aslında hasta güvenliği kültürü için önemli olan iletişim ve ekip olma stratejilerini sağlamaya çalıştığını göstermektedir. Hasta güvenliği kültürünün oluşması için tıbbi hataları raporlamaya teşvik etmek ve yönetim tarafından bunun desteklenmesi, suçlayıcı bir unsur olarak görülmemesi önem taşımaktadır. Hasta güvenliği kültürünü benimsemiş çalışanlarına düzeltici önlemler alınması adına yöntem izleyen kurumlar hem çalışanlarını hem de hastalarına daha güvenli bir sağlık hizmeti sunacaktır.

Tüm bu çalışmalar neticesinde hata raporlama ve hasta güvenliği kültürü alt boyutlarından elde edilen bulgular sonucunda haftalık çalışma saatlerinin Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği ve Devir Teslimler ve Bilgi Değişimi alt boyutlarında geliştirilmesi gerektiği görülmektedir. Haftalık çalışma saatlerinin hasta güvenliği kültürü üzerindeki olumsuz etkilerine bakıldığında, özellikle uzun çalışma saatlerinin devir teslim süreçleri ve yönetici desteği algısı üzerindeki etkisini azaltacak düzenlemeler yapılmalıdır. Çalışma sürelerinin dengelenmesi ve dinlenme sürelerinin etkin planlanması hasta güvenliği açısından önem taşımaktadır. Yönetimin görünür desteği, çalışanların hata bildirimine yönelik tutumlarını olumlu yönde etkileyecektir.

Çalışmada sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre değerlendirmesi sonucunda Süpervizör, Yönetici veya Klinik Liderin Hasta Güvenliğine Desteği, İletişim Açıklığı, Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme alt boyutlarında hemşire-ebe, yardımcı sağlık

personeli ve idari personel arasındaki saptanan anlamlı farklılıklar doğrultusunda ihtiyaçlara yönelik hedeflenmiş eğitim ve farkındalık programları planlanmalıdır.

Çalışma birimlerinin değerlendirilmesi ile açık alan (poliklinik, acil servis), kapalı alan (ameliyathane, yoğun bakım) ve ayaktan hizmet veren birimlerde çalışan personelin hasta güvenliği algılarındaki Personel ve alışma Temposu, Hataya Yanıt, Hata Hakkında İletişim, Devir Teslimler ve Bilgi Değişimi ve Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme alt boyutlarında anlamlı farklılıklar göz önünde bulundurularak, birim bazlı hasta güvenliği iyileştirme stratejileri geliştirilebilir. Başlıca iş yükü yoğun olan birimlerde personel sayısının arttırılması ve iş süreçlerinin tekrar düzenlenmesi önerilmektedir.

Sağlık alışanlarının kurumda çalışma tecrübelerine göre değerlendirilmesiyle kurumda yeni başlayan sağlık çalışanlarının (1–5 yıl) hasta güvenliği ile ilgili olumsuzluklar karşısında sessiz kaldıklarını söyleyebiliriz. Bu grup özelinde güvenli iletişimin sağlanması için güvenli iletişime teşvik edici uygulamalar hayata geçirilmelidir. Hataya Yanıt”, “Hata Hakkında İletişim” ve “Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme” alt boyutlarında belirlenen düşük puanlar dikkate alınarak, cezalandırıcı olmayan, öğrenme odaklı bir hata raporlama sistemi geliştirilmelidir. Çalışanların hataları bireysel bir kusur olarak değil, sistemsel bir iyileştirme fırsatı olarak görmeleri sağlanmalıdır.

Son olarak hasta güvenliği kültürünün sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla, düzenli aralıklarla hasta güvenliği kültürü ölçümleri yapılmalı, elde edilen sonuçlar çalışanlarla paylaşılmalı ve geri bildirimler doğrultusunda sürekli iyileştirme çalışmaları yürütülmelidir. Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde ekip çalışmasının önemi göz önünde bulundurularak, disiplinler arası iş birliğini destekleyen uygulamalar teşvik edilmeli; ekip içi iletişimi güçlendiren toplantılar ve ortak öğrenme ortamları oluşturulmalıdır.

6. KAYNAKLAR

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

AHRQ. (2022). What is patient safety culture. Content last reviewed March 2022. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Erişim adresi <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>

Akar, Y., Arıkan, C. (2023). Sağlık hizmetlerinde talebi etkileyen faktörler. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 21(1), 1-21.

Akar, Yeşim., Arıkan, C. (2023). Sağlık hizmetlerinde talebi etkileyen faktörler. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 21(1), 1-21.

Akman, E. ve Kopuz, K. (2021). Katastrofik Sağlık Harcamalarında Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Rolü. *Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi*, (1), 1-14.

Alp, F., Aslan, Y. (2024). Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık konusunda yapılan çalışmaların görsel haritalama tekniği ile bibliyometrik analizi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 15-28. (DOI: 10.55050/sarad.1361882)

Altınbaş, Y. ve Karaca, T. (2020). Cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin deneyimleri: nitel bir çalışma. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 3, 603-617.

Arslan S, Basit G. Türkiye’de hemşirelik lisans programlarında yürütülen kalite ve hasta güvenliği derslerinin incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 8(2), 252-262.

Arslan, S., Aydingülü N., Gülşen, M., Deniz Doğan, S. ve Erden, S. (2020) Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürleri ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(4): 527-533

Aslan Y., ve Polat F., S. (2023). Düzeltici ve önleyici faaliyet raporlarının değerlendirilmesi: bir özel hastane örneği. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.46971/ausbid.1208167>

Aslan, Y., Alp, F. (2024). 1986-2023 yılları arasında tıbbi hataların web of science veri tabanına dayalı bibliyometrik ağ analizi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, (21,3), 157-183

Atlı, Y. ve Yücel, N.(2018). Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü, *Fırat Üniversitesi İİBF Dergisi*, C.2, S.2, Elazığ.

Avcı, K. ve Aktan, T. (2015). Bir sistem sorunu olarak tıbbi hatalar ve hasta güvenliği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2): 48-54

Avşar G., Atabek Armutçu A., Karaman Özlü Z. (2016). Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilim Düzeyleri ve Tıbbi Hata Türleri: Bir Hastane Örneği. *HSP* 3(2):

Ay, EG. (2020). Tıp fakültesi dönem 6 öğrencilerinin hasta güvenlik kültürüne ilişkin bilgi ve tutumları. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 6(3), 357-363.

Aydın, N. (2019). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi. *Black Sea Journal of Health Science*, 2:1, 21-29.

Aygin, D. Cengiz, H. (2011) İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu, Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni, 45(3);110-114.

Aykaç, K. ve Yeşilyurt, T. (2023). Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 1827-1843 doi: 10.33715/inonusaglik.1161292

Aytaç, E., & Aslan, H. (2023). Sağlık hizmetleri ve hastaneler. Yılık, P ve Beylik, U. (Eds.) *Hastane ve Sağlık Yönetimi: Güncel Konular- I* (4-17). İksad Yayınevi. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10050095>

Bacaksız, F., Taşkiran, G., Uğuz, G., Harmancı Seren, A. Türkiye’de “hasta güvenliği” konusunda son on yılda (2008-2017) yayımlanan ulusal çalışmaların değerlendirilmesi: bibliyografik bir inceleme. *Jaren*, 6(3), 523-37. DOI: [10.5222/jaren.2020.63625](https://doi.org/10.5222/jaren.2020.63625)

Bodur, S., & Filiz, E. (2009). A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 21(5), 348-355. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp035>

Bulut, A., Şengül, H., & Çelik, Z. (2023). *Hasta güvenliği kültürü: bir eğitim araştırma hastanesi örneği*. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 224-240. <https://doi.org/10.55050/sarad.1297905>

Canatan, H., Erdoğan, A., Yılmaz, S. (2015). 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*, 2(2):82-89.

Canatan, Ş. ve Söyler, S. (2023). Sağlığın Geliştirilmesi. Söyler, S. ve Çavmak, D (Eds.), *Modern Sağlık Yönetiminde Temel Konular* (75-84). Eğitim Yayınevi.

Cattell, R. B. (1978). *The Scientific Use Of Factor Analysis*. New York: Plenum.

Çakmak, C., Konca, M., Teleş, M. (2018). Türkiye ulusal güvenlik raporlama sistemi (grs) üzerinden tıbbi hataların değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(3): 423-448

Çetin, B (2023). Sağlık hizmetleri ve yapay zeka. *Uluslararası Ekonomi ve Siyaset Bilimler Akademik Araştırmalar Dergisi*, 17:2, 53-67.

Çetin, B. (2023). Sağlık hizmetleri ve yapay zeka. *Uluslararası Ekonomi ve Siyaset Bilimler Akademik Araştırmalar Dergisi*, 17(2), 53-67.

Çıraklı, Ü., Dalkılıç, S. & Hacıhasanoğlu, T. (2017). Kaos teorisi, karmaşıklık teorisi, karmaşık uyarlamalı sistemler: sağlık hizmetleri açısından bir derleme, 3:16; 330-343 (ISSN:2149-8598)

Çiçek Korkmaz, A. (2018). Geçmişten günümüze hasta güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 10-19. ISSN: 2147-7892

Demiral, G., Akgün, Ö., Doğaner, E. (2020). İntörn öğrencilerin hasta güvenliği tutum ve kültürlerinin tıbbi hata durumlarına etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2):276-283.

Demirel, G., Akgün, Ö., Doğaner, A. (2020). İntörn öğrencilerin hasta güvenliği tutum ve kültürlerinin tıbbi hata durumlarına etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2):276-283.

Donaldson, M. S. (2008). *Hata yapmak insanlık hâlidir: Hasta güvenliği mesajının yeniden vurgulanması*. In R. G. Hughes (Ed.), *Hasta güvenliği ve kalitesi: Hemşireler için kanıta dayalı bir el kitabı* (Bölüm 3). Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (ABD).

DSÖ; 2021. Organizasyon WH. Küresel hasta güvenliği eylem planı 2021–2030: sağlık hizmetlerinde önlenabilir zararların ortadan kaldırılmasına yönelik.

Ekiyor, A., Aykanat, A., Gök, G. (2021). Sağlık hizmetlerinde ulusal güvenlik raporlama sisteminin yeterlilik ölçümü, *International Social Mentality and Researcher Thinkers Journal*, (Issn:2630-631X) 7(44): 940-950.

Erkul, M., Bilişli, Y. ve Özdoğan Tüm, N. (2015). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algısı: üniversite hastanesi örneği. *The Journal of Academic Social Science*, 12, 330-337.

Filiz E, Yeşildal M. Turkish adaptation and validation of revised Hospital Survey on Patient Safety Culture (TR - HSOPSC 2.0). BMC Nurs. 2022 Nov 25;21(1):325. doi: 10.1186/s12912-022-01112-9. PMID: 36434639; PMCID: PMC9701048.

Filiz E. (2023). Safety culture among operating room healthcare workers: still a long way to go. An analytical cross-sectional study from Turkey. Revista Cuidarte, 14(2), e16. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2872>

Filiz, E. (2009). Hastanede hasta güvenliği kültürü algılamasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunun belirlenmesi (Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi)

George, D., and Mallery, M., (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson

Gorsuch, R. L. (1983). Factor Analysis. Hillsdale,NJ: Erlbaum

Gurková, E., Zeleníková, R., Friganovic, A., Uchmanowicz, I., Jarošová, D., Papastavrou, E., & Žiaková, K. (2020). Hospital safety climate from nurses' perspective in four European countries. International Nursing Review, 67(2), 208-217. doi: 10.1111/inr.12561

Günaydın, G. ve Günaydın, M. (2023). Sağlık Çalışanlarının Güvenlik Kültür ve Güvenlik Performanslarının İncelenmesi: Bir Devlet Hastanesi Örneği. Sosyal Güvenlik Dergisi (Journal of Social Security). 13(1). 75 - 90.

Güven, E (2021). Sağlık hizmetleri ve ruhsal hastalıklarda hizmet modelleri: bir uygulama. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 7:1, 75-90.

İkier, F., ve Sayan, İ. (2023). Sağlık kuruluşlarında hemşirelerin hasta güvenliği ikliminin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 5(3), 197-204. doi: 10.48071

Kakemam, E., Mardani, A., Parsarad, E. (2025). Hemşirelerin sistem düşüncesi algılarının hasta güvenliği yeterlilikleri üzerindeki etkisi: kesitsel bir çalışma. *BMC Sağlık Hizmeti Res* 25, 1233. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13456-4>

Karahan, E., Çelik, S. (2021) Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yüğü Algısı, Hasta Güvenliği Tutumu ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Journal of Education and Research in Nursing, 18, 1-9

Karahüseyinoğlu, E.K. (2021). Kalite Yönetimi Perspektifinde Sağlık Hizmetleri. Journal of Academic Value Studies, 7(3), 394-402. <http://dx.doi.org/10.29228/javs.52422>.

Kaya, S. (2021). Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesinde güvenlik tutumları anketi: bibliyometrik bir analiz. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(4), 829-866

Khosravizadeh, O., Mohseni, M., Baghian, N., Maleki, A., Hashtroodi, A., ve Yari, S. (2020). Front-line staff's perspective on patient safety culture in Iranian medical centers: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 31(4), 193-207.

Kline, P. (1979). *Psychometrics and Psychology*. London: Academic Press.

Koç, Z., Eraydın, C., Tezcan, B. (2020). Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörler. *CBU-SBED*, 7(2): 102 -109.

Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S. (2000). *To Err Is Human: Building A Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press.210

Korkmaz, E. (2022). Hasta güvenliğine genel bir bakış. *Jamer* 7(1), 19-25. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2083457>

Korkutan, M. ve Kurt, ME. (2021). Hasta güvenliği kültürünün türkiye'deki mevcut durumu ve önemi. *Uluslararası sağlık yönetimi ve stratejileri araştırma dergisi*, 7(1):19 -31.

Lee, W., Kim, S. Y., Lee, S. I., Lee, S. G., Kim, H. C., & Kim, I. (2018). Barriers to reporting of patient safety incidents in tertiary hospitals: A qualitative study of nurses and resident physicians in South Korea. *The International journal of health planning and management*, 33(4), 1178–1188. <https://doi.org/10.1002/hpm.2616>

Liberati, E. G., Peerally, M. F., & Dixon-Woods, M. (2018). *Learning from high risk industries may not be straightforward: A qualitative study of the hierarchy of risk controls approach in healthcare*. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(1), 39–46.

Nenni Ünal, F., & Kırılmaz, H. (2020). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algılarına yönelik bir araştırma [Research on patient safety climate perceptions of health employees]. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 28(1), 46–54. <https://doi.org/10.5336/mdethic.2019-70748>

Norusis, M. J. (1994). *SPSS Advanced Statistics 6.1*. Chicago, IL: SPSS Inc

Oksay, A., Kılınç, M. ve Sayhan, M. (2019). Sağlık çalışanlarında hasta güvenliği kültürü algısının değerlendirilmesi üzerine bir araştırma. *BAİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2, 455-476.

Özdemir, Ü., Taşçı, Ç., Tekinsoy Kartın, P., Karadağ, S., Ceyhan, Ö., Doğan, N. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği konusundaki bilgi düzeyleri. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 28(2), 81-86.

Öztürk, C. ve Vardarlier, P. (2020). Sağlığın geliştirilmesi ve sağlık iletişimi: sağlık kurumlarının sosyal medya mecra kullanımının incelenmesi. *Modern Leisure Studies*, 2:1, 33-56. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1174094>

Öztürk, S. ve Öztürk, Z. (2024). Gaziantep'teki hemşirelerin hasta güvenlik kültürü algısının hasta bakım kalitesine etkisi. *Journal of Emerging Economies and Policy*, 9(1), 10-20.

Öztürk, Z., Ekinci, N. ve Özzeybek Taş, M. (2022). Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının belirlenmesi: Ankara'da bir hastane örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 24(4), 1433-1445.

Pirhan, Ş., & Eter, M. (2022). Türkiye'de sağlık turizmi alanında 2000–2020 yılları arasında yayımlanan akademik çalışmaların bibliyometrik analizi. *Bingöl Üniversitesi Sağlık Dergisi*, 3(1), 136–149.

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

Ricklin, M. E., Hess, F., & Hautz, W. E. (2019). Patient safety culture in a university hospital emergency department in Switzerland - a survey study. *GMS journal for medical education*, 36(2), Doc14. <https://doi.org/10.3205/zma001222>

Rodziewicz TL, Houseman B, Vaqar S. (2025). Tıbbi Hata Azaltma ve Önleme. [Güncellendi 12 Şubat 2024]. Kaynak: StatPearls [İnternet]. Treasure Island (FL): StatPearls Yayıncılık; 2025 Ocak. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>

Sabuncu, H. & Ertekin, H. (2022). Hasta Güvenliği ve Kültürü. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 9(83), 1106-1118.

Sakallı, A.E., Temur, S., Badem, M.A. & Karataş, E. (2022). Güvenlik İkliminin Güvenlik Performansına Olan Etkisi: Türkiye'deki Çalışanlar Arasında Bir Çalışma. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (33), 93-106.

Sarıhan, M., Yazar, O. (2021). Sağlık sektöründe yönetsel etik kaygılar. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 27, 267-282. (DOI: 10.31590/ejosat.826022)

Sarp, N. (2018). Hasta güvenliğinde hastanın rolü ve katılımının sağlanması. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(2), 22-29. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/608200>

Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, Davis K. (2005) Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Aff (Millwood)*. W5-509-25. doi: 10.1377/hlthaff.w5.509. PMID: 16269444.

Söyler, S. (2025). Türkiye’de hasta güvenliği kültürü: Sistematik bir derleme. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 26(1), 135-150, DOI: 10.31671/doujournal.1443989.

Stock, G. ve McFadden, K. (2017). Improving service operations: linking safety culture to hospital performance. *Journal of Service Management*. 28(1), 57-84 2007 <https://doi.org/10.1108/JOSM-02-2016-0036>

Şahinli, S., & Çınarlık, O. (2021). Türkiye’de sağlıkta liderlik teorileri konusunda yayımlanan lisansüstü tezlerin incelenmesi: Sistematik bir değerlendirme çalışması. *Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 123–130. <https://doi.org/10.47542/sauied.827799>

Şen Toprak, N.G. ve Çoban, B. (2025). Koruyucu sağlık hizmetleri iş gücü verimliliğini artırır mı? Bootstrap panel granger nedensellik testine dayalı ekonometrik bir analiz. *Ekonomi, Politika & Finans Araştırmaları Dergisi*, 10(1): 269-302.

Tabachnick Barbara and Fidell Linda (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.

Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Allyn and Bacon.

Tabatabaee, S. S., Ghavami, V., Kalhor, R. (2023). Evaluation of errors related to surgical pathology specimens in different hospital departments with a patient safety approach: A case study in Iran. *Patient Safety in Surgery*, 17(8). <https://doi.org/10.1186/s13037-023-00360-1>

Tarhan, D. ve Yıldırım, T. (2021). Avrupa birliği ülkeleri ve türkiye’de hasta güvenliği, tıbbi hatalardan öğrenme kültürü. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2021; (19): 46-98.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015, 27 Haziran). *Sağlıkta kalitenin geliştirilmesi ve değerlendirilmesine dair yönetmelik* (Resmî Gazete No: 29399). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20859&MevzuatTur=7&MevzuatTe rtip=5>

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *Sağlıkta Kalite Standartları: Doküman Yönetimi Rehberi*. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/37914/0/dokuman-yonetimi-rehberi-09072020pdf.pdf>

Teleş, M., & Kaya, S. (2019). Staff perceptions of patient safety culture in general surgery departments in Turkey. *African health sciences*, 19(2), 2208–2218. <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i2.46>

Toygar, İ., Hançerlioğlu, S., Gacaner, S. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği konusunda bilgi ve yeterlilikleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 618-629. doi: 10.33715/inonusaglik.747782.

Türkmen, A., Kurt, M.E., Çakmak, M.A., Çakmak, C. (2023). Multidisipliner çözümler ışığında sağlık yönetimi: evde sağlık hizmetleri ve fiziksel tıp ve rehabilitasyon. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 14(40), 1276-1289. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.1258244>

Vacher, A., El Mhamdi, S., d'Hollander, A., Izotte, M., Auroy, Y., Michel, P., & Quenon, J. L. (2021). Impact of an Original Methodological Tool on the Identification of Corrective and Preventive Actions After Root Cause Analysis of Adverse Events in Health Care Facilities: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of patient safety*, 17(7), 483–489. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000437>

Weaver, S., Stewart, K., & Kay, L. (2021). Systems-based investigation of patient safety incidents. *Future healthcare journal*, 8(3), e593–e597. <https://doi.org/10.7861/fhj.2021-0147>

World Health Organization (WHO). (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 Towards eliminating avoidable harm in health care, Third Draft. January 2021. <https://www.who.int/teams/integrated-healthservices/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>.

World Health Organization (WHO). (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. WHO

Yalçın, N. ve Birgili, F. (2025). Pandemi sürecinde sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği iklimi ile ilgili görüşleri. *İnternational Anatolia Academic Online Journal. Health Sciences*. 2025/ 10(1)

Yaradılmış, E. (2019). *Ankara eğitim ve araştırma hastanesi aile hekimliği kliniğine başvuran hastaların üçüncü basamak sağlık kuruluşunu tercih nedenlerinin incelenmesi* (yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=FMDC2jnaPT7CRpeBrvhtzw&no=1dCZwglDc504OOP7o2UbDA>

Yılmaz B, Oskay Ü. (2021). Perinatal hasta güvenliği ve hemşirelik yaklaşımı. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(1), 123-132.DOI:10.38108/ouhcd.825864.

Yılmaz, A., Yıldız Keskin, A., Yeşildal, M. (2022). Hemşirelerin tıbbi hata tutumu ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 1151 – 1159.

Yiğitalp, G. (2022). Sağlığın geliştirilmesi dersinin hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11:1, 271-278.

Yüçetürk S., ve Çuvadar A., (2025). Ebelik öğrencilerinin mesleki kimlik algısı ile tıbbi hatalara karşı tutumları arasındaki ilişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi/Journal of Higher Education and Science*, 15(2), 268-274. <https://doi.org/10.5961/higheredusci.1584211>



EKLER

EK-1: Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu ankette, elde edilecek bilgiler, İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans programında Doç. Dr. İtir ERKAN Danışmanlığında, Yüksek Lisans Öğrencisi Elif Nurdan KAPLAN “Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliği Kültürünün Araştırılması: Bir Özel Hastane Örneği” başlıklı tez araştırmasında kullanılacaktır. Sorulara içtenlikle vereceğiniz cevaplar araştırmanın güvenilirliği için büyük bir önem taşımaktadır. Ankette vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak olup, vereceğiniz yanıtlar sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

TR_Hasta Güvenliği Hastane Anketi (versiyon 2.0)

Yönlendirme

Bu ankette, hastanenizdeki hasta güvenliği sorunları, tıbbi hatalar ve olay bildirimini hakkında görüşleriniz sorulmaktadır. Anketin tamamlanması yaklaşık 10-15 dakika sürmektedir. Anketteki bir soru sizin için veya hastaneniz için geçerli değilse veya cevabını bilmiyorsanız, lütfen "**Geçerli Değil veya Bilmiyorum**" seçeneğini işaretleyin

- "**Hasta güvenliği**", sağlık hizmeti sunumu süreçlerinden kaynaklanan hasta yaralanmaları veya istenmeyen olaylardan kaçınılması ve önlenmesi olarak tanımlanır.
- "**Hasta güvenliği olayı**", hastaya zarar verip vermemesine bakılmaksızın sağlık hizmetiyle ilgili her türlü hata, yanlış veya kaza olarak tanımlanır.

1. Hastanedeki göreviniz nedir?:

2. Hastanedeki temel çalışma alanınızı (birim/bölüm/klinik) belirtiniz:.....

BÖLÜM A:								
Biriminiz/Çalışma Alanınız	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum	Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Geçerli Değil	veya Bilmiyorum
Biriminiz / çalışma alanınız hakkında aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katılıyorsunuz veya katılmıyorsunuz?								
1. Bu birimde verimli bir ekip olarak birlikte çalışırız	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ 4	☐ 5	☐ 9	
2. Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ 4	☐ 5	☐ 9	
3. Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ 4	☐ 5	☐ 9	
4. Bu birim, hasta güvenliği ile ilgili iyileştirmenin gerekli olup olmadığını anlamak için iş süreçlerini düzenli olarak gözden geçirir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ 4	☐ 5	☐ 9	
5. Bu birim, geçici, dönüşümlü veya yarı zamanlı çalışanlara çok bağımlıdır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ 4	☐ 5	☐ 9	
6. Bu birimde çalışanlar, hatalarının kendilerine karşı kullanıldığını hissediyor.	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ 4	☐ 5	☐ 9	
7. Bu birimde bir olay rapor edildiğinde, raporda sorundan değil, kişiden bahsediliyormuş gibi hissedilir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ 4	☐ 5	☐ 9	
8. Bu birimde çalışanlar işlerin yoğun olduğu zamanlarda birbirine yardım eder.	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ 4	☐ 5	☐ 9	

9. Bu birimde çalışanların saygısız/kaba davranışlarıyla ilgili bir sorun var.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
10. Personel hata yaptığında, bu birim bireyleri suçlamak yerine hatadan ders almaya odaklanır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
11. Bu birimde çalışma temposu hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek kadar hızlı/koşuşturmalıdır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
12. Bu birimde, hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik değişikliklerin ne kadar etkili olduğu değerlendirilir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
13. Bu birimde hasta güvenliği hatalarına karışan çalışana yeterli destek verilmemektedir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
14. Bu birim, aynı hasta güvenliği sorunlarının yaşanmaya devam etmesine izin verir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
BÖLÜM B: Yöneticiniz (Süpervizör/Yönetici/Klinik sorumlusu)						
Yöneticiniz (Süpervizör/Yönetici/Klinik sorumlusu) hakkında aşağıdaki ifadelerle ne ölçüde katılıyorsunuz veya katılmıyorsunuz?	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum	Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	Geçerli Değil					veya Bilmiyorum

1. Yöneticim (Süpervizör/Yönetici/Klinik sorumlusu) hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
2. Yöneticim (Süpervizör/Yönetici/Klinik sorumlusu) hasta güvenliğini riske atabilecek prosedürleri düzgün bir şekilde takip etmemek anlamına gelse bile yoğun saatlerde daha hızlı çalışmamızı ister.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
3. Yöneticim (Süpervizör/Yönetici/Klinik sorumlusu) kendisine bildirilen hasta güvenliği sorunlarını çözmek için harekete geçer.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
BÖLÜM C: İletişim						
Biriminizde/çalışma alanınızda aşağıdakiler hangi sıklıkla gerçekleşir?	Asla	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman	Geçerli Değil veya Bilmiyorum
1. Bu birimde yapılan hatalar hakkında bilgilendiriliriz	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
2. Bu birimde hatalar meydana geldiğinde, tekrarlanmalarını önlemenin yollarını tartışırız.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
3. Bu birimde raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
4. Bu birimde çalışanlar hasta bakımını olumsuz etkileyen bir şey gördüklerinde bunu	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9

dile getirebilir.						
5. Bu birim çalışanları kendisinden daha yetkili birinin hastalar için güvenli olmayan bir şey yaptığını gördüğünde bunu dile getirebilir.						☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 9
6. Bu birimde çalışanlar konuştuğunda yetkili kişiler bu çalışanların hasta güvenliği konusundaki endişelerini dinler.						☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 9
7. Bu birimde çalışanlar, bir şeyin doğru gitmediğini gördüklerinde soru sormaktan korkar.						☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 9
BÖLÜM D: Hasta Güvenliği Olaylarını Bildirme						
	Asla	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman	Geçerli Değil veya Bilmiyorum
1. Yapılan bir hata <u>hastaya ulaşmadan fark edilip düzeltildiğinde</u> ne sıklıkla rapor ediliyor?						☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 9
2. Hastaya ulaşan, <u>zarar verme potansiyeli olan fakat zarar vermeyen</u> bir hata olduğunda ne sıklıkla rapor ediliyor?						☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 9
3. Geçtiğimiz 12 ay içinde <u>siz</u> kaç hasta güvenliği olayı rapor <u>ettiniz</u> ?						
☐ Hiç ☐ 1–2 ☐ 3–5 ☐ 6–10 ☐ 11 ve daha fazla						

BÖLÜM E: Hasta Güvenliği Puanlaması

1. Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.

☐ Zayıf ☐ Kabul edilebilir ☐ İyi ☐ Çok İyi ☐ Mükemmel

BÖLÜM F: Hastaneniz							
Hastaneniz hakkında aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katılıyorsunuz veya katılmıyorsunuz?	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum	Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Geçerli Değil veya Bilmiyorum
1. Hastane yönetiminin faaliyetleri hasta güvenliğinin çok yüksek bir önceliğe sahip olduğunu göstermektedir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ 4	☐ 5	☐ 9
2. Hastane yönetimi hasta güvenliğini geliştirmek için yeterli kaynak sağlar	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ 4	☐ 5	☐ 9
3. Hastane yönetimi hasta güvenliği ile sadece istenmeyen bir olay olduğunda ilgileniyor gibi görünüyor.	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ 4	☐ 5	☐ 9
4. Hastalar bir birimden diğerine nakledilirken önemli bilgiler sıklıkla gözden kaçırılır/atlanır	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ 4	☐ 5	☐ 9
5. Nöbet değişimi sırasında, hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler sıklıkla gözden kaçırılır/atlanır	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ 4	☐ 5	☐ 9
6. Nöbet değişimi sırasında hasta bakımı ile ilgili tüm önemli bilgilerin aktarımı/paylaşımı için yeterli zaman vardır.	☐ 1	☐ 2	☐ 3		☐ 4	☐ 5	☐ 9

BÖLÜM G: Genel Sorular

Kaç yıldır bu hastanede çalışıyorsunuz? :

Şu anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz? :

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? :

Bulduğunuz görevde genellikle hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde misiniz?

☐ Evet

☐ Hayır

BÖLÜM H: Yorum

Lütfen bu bölüme hastanenizde hasta güvenliğini etkileyebilecek işlerin nasıl yapıldığı veya nasıl yapılabileceği konusunda yorumlarınızı yazınız:

Anketi tamamladığınız için teşekkür ederiz