

Hastane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Belirlenmesi*

Ali YILMAZ**
Oğuz IŞIK***
Nesrin AKCA****

ÖZ

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği tutumu algı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca çalışmada sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre hasta güvenliği tutumu algı düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup olmadığı araştırılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Güvenlik Tutum Ölçeği (Safety Attitudes Questionnaire-SAQ) kullanılmıştır. 05 Ocak-15 Mart 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilen araştırmanın evrenini Kırıkkale ilinde faaliyet gösteren bir kamu hastanesinde çalışan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre hasta güvenliği tutumunu oluşturan boyutlardan; algılanan stres ile güvenlik iklimi ve iş tatmini arasındaki ilişkiler dışındaki tüm boyutlar arasındaki ilişkiler pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Araştırma sonuçlarına göre, en yüksek katılım algılanan stres boyutunda olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği tutumu, hastane çalışanları, hasta güvenliği, SAQ

The Level of Hospital Employees' Patient Safety Attitude Perception Determinated

ABSTRACT

This study was conducted to determine the levels of perception of the attitude of patient safety in health care employees. Also in this study according to the socio-demographic characteristics of health care employees levels of the attitude of patient safety whether or not a statistically significant difference was investigated. Safety Attitude Questionnaire was used as a data collection tool. The study population conducted between January 5 to March 15, 2012 date were health professionals working in a public hospital operating in the province of Kırıkkale. According to the findings of the study of the dimensions of patient safety attitude and a positive correlation was found to be statistically significant. Only dimensions of the relationship between perceived stress and job satisfaction and safety climate was not statistically significant. According to the survey, the size of perceived stress was the highest participation

Keywords: Patient safety attitude, hospital employees, patient safety, SAQ

* 13-15 Eylül 2012, Isparta, VI Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi 'nde, Sözel Bildiri Olarak Sunulmuştur.

** Yrd. Doç. Dr., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, aliylmaz69@gmail.com

*** Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, oguzisik@hacettepe.edu.tr

**** Yrd. Doç. Dr., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, nakca@kku.edu.tr

I. GİRİŞ

Hasta güvenliği konusu, sağlık bakım uygulayıcıları için yeni bir yaklaşım değildir. Geçmiş Hammurabi yasalarına kadar dayanan bu konu, Yunan Tıbbı'nda "önce, zarar verme- *first, do no harm*" kuralıyla yer almaktadır. Günümüzde ise, Institute of Medicine (IOM 2001) tarafından "To err is human: Building a safer health system" raporunun yayımlanmasıyla birlikte kamunun, medyanın, halkın ve politika yapıcıların tüm dikkatleri bu konuya odaklanmıştır (Kohn et al. 1999). Hasta güvenliği sağlık hizmetlerinin temel prensibidir ancak sağlık hizmeti sunumunun doğasında her bir noktada güvenli olmayan uygulamalar barındırabilir (Albrecht 2015).

Sağlık bakım organizasyonlarında güvenli sistem hastayı, ailesini ve yakınlarını, sağlık bakım profesyonellerini, hizmet paydaşlarını, gönüllüleri ve sağlık bakım hizmetinde yer alan diğer tüm tarafların zarar görmelerini engellemektir. Güvenlik, hastayı yalnızca zarar görmekten korumak değil, etkili olmayan veya zararlı olabilecek hizmetler vermemek, beklenen faydayı sağlayacak uygun tedavi ve hizmetleri sunmak olarak tanımlanan kalite yaklaşımının bir sonucudur. (Kohn et al. 1999; WHO 2016)

Bilişsel bilim (cognitive science) açısından hasta güvenliği ve tıbbi hata yaklaşımının öncülerinden James Reason'a göre ise hata, eylem temelli olarak iki boyutta ele alınmaktadır (Akt. Byers, White 2004) (Tablo 1).

Tablo 1. Hata Tipleri

Aşama	Tanım	Konu	Görünebilirlik	Odaklanma	Örnek
Planlama hatası	Amaca ulaşmak için hatalı plan kullanma	Hastaya tedavi planlama veya problemi çözme isteği	Kolayca görülemez	Hasta hakkında detaylı bilgi elde etme, tedavi yöntemlerine kapsamlı olarak odaklanma, kanıta dayalı tıp (evidence-based medicine) uygulamaları	Hekimin organizmanın duyarlı olmadığı ilacı reçetelemesi.
Uygulama hatası	Planlanan eylemin istenen şekilde sonuçlanmasında başarısızlık	Hasta bakımında beklenmeyen/ istenmeyen durumların ortaya çıkması, prosedürlerin hatalı olması, çalışanın eğitim yetersizliği, deneyim yetersizliği vb.	Hasta bakımı ile hasta arasında görülebilir.	Ahşılmış uygulamalara güvenme, Standart uygulamadan uzaklaşma Stres, unutma	Hemşirenin hatalı antibiyotiği uygulaması, Tedavi planı doğru, uygulama yanlış. Nedeni yetersiz düzenlenmiş aşamalar.

Kaynak: Byers, White 2004

Birinci boyutta; eylemin planlama aşamasında ortaya çıkan planlama hatası yani uygun olmayan eylemin uygulanması olarak tanımlanır. Planlama hatası bilişsel problem çözme yöntemleri ile ele alınır. Sağlık bakım çalışanı hastanın tedavisi için bir plan düzenler ve uygulanması için istemde bulunur. Bu noktada hata, hastada istenen sonuç elde edilemediği gözlemlenene kadar ortaya çıkmaz. Bu konuda en iyi örnek, hekimin hastanın organizmasının dirençli olduğu antibiyotiği reçete etmesi gösterilebilir. Planlama hataları hastaya zarar verebilir veya vermeyebilir fakat hastada sonucun istenen düzeyin altında olmasına yol açar. Örneğin erken safhada aspirin kullanımının Akut Miyokard Enfarktüsü (AMI) vakalarında ölüm oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu kritere uyan AMI vakalarında aspirin reçete edilmemesi bir planlama hatasıdır. Benzer şekilde antibiyotik

alerjisi olduğu bilinen hastaya bu antibiyotiği veya organizmanın duyarlı olmadığı bir antibiyotiği reçete etmek bir planlama hatasıdır (Byers, White 2004). İkinci boyutta ise; uygun eylemin istenen şekilde uygulanamaması, uygulama hatasıdır. Planlanan veya istenen tıbbi uygulamada başarısız olma olarak tanımlanmaktadır. Bu tip hatalar hastaya tedavi uygulama aşamasında hastayla-bakım veren arasında görülebilir. Bu tip hataların çok değişik nedenleri olabilir. Örneğin, hasta tedavisinde beklenmeyen/istenmeyen durumların ortaya çıkması, prosedürlerin hatalı olması (rule based error), bilgi eksikliğine bağlı hatalar (knowledge based error), bakım veren sağlık çalışanının eğitim yetersizliği, deneyim yetersizliği, beceri eksikliklerine bağlı hatalar (skill based error) gibi. Bu tip hatalar hekim ile hasta arasında olayın olduğu anda gözlemlenebilir. Bu hatalara örnek olarak hemşirenin hastaya yanlış ilaç vermesi, tedavi planının doğru olmasına karşı hatalı uygulanması, yanlış etiketlendirme veya isimlendirmeye bağlı ilaç hataları verilebilir (Byers, White 2004).

Tıbbi hatalar bireyin sağlık durumunu etkilerken aynı zamanda kendisine ve tüm hataların toplam sonucundan halka direkt ve dolaylı maliyetler yüklemektedir. Hataların direkt etkisi artan yüksek sağlık harcamaları; dolaylı maliyetleri ise iş gücü kaybı, yeti yitimine bağlı maliyetler, kişisel bakımın topluma yüklediği ek maliyettir. “To err is human” raporunun temelini oluşturan Colorado ve Utah araştırmalarında 28 hastaneden 14.372 rastgele seçilen tıbbi kayıt incelemesinde 459 istenmeyen olayın toplam maliyeti 662 milyon USD’dir. Bu 459 istenmeyen olayın 265’i önlenemez istenmeyen olaydır ki bu olayların maliyeti 308 milyon USD’dir. Yazara göre ABD’de istenmeyen olayların maliyeti 1992 yılında 37,6 milyar USD’dir. Bu rakamın 17 milyar USD’si ise önlenemez istenmeyen olayların maliyetidir. 1996 yılında istenmeyen olayların maliyeti ulusal sağlık harcamalarının yaklaşık %4’üne ulaşmıştır (Kohn et al. 1999).

Sağlık hizmetlerinin verilmesinde hasta güvenliği ve tıbbi hatalar çok önemli yer tutmaktadır. Tıbbi hataların dolayısıyla hasta güvenliğinin önemli bir kısmı bireysel hatalardan ziyade örgüt yapısı, çalışan sayısı ve teknik alt yapı yetersizliği gibi sistemden kaynaklanmaktadır (Taş ve diğerleri 2013).

Sağlık bakım profesyonelleri genellikle sık ortaya çıkmayan hatalardan birincil derecede sorumlu değildirler. Yazın incelendiğinde hasta güvenliğini tehdit eden olayların kökeninde bireylerden daha çok sistemden kaynaklanan olayların neden olduğu, hastaların genellikle sistemin kötü düzenlenmesinden dolayı zarar gördüğü ifade edilmektedir. Günümüz sağlık hizmeti sunumunda hataları önlemede kişisel yaklaşım yerine, hastayı hasta güvenliğini etkileyen kusurlu ekipman, sistem dizaynı, yorgunluk, insan hafızasının yetersizliği ve dikkatsizlik gibi insani faktörleri bütünüyle ele alan sistem yaklaşımı içerisinde değerlendirmek gerektiği ifade edilmektedir. Hasta güvenliğini sağlamada etkili yöntem, hataya yol açan unsurları öğrenme ve bu bilgiyi sistemlerin düzenlenmesinde ve tıbbi hatayı önlemede kullanmak, hata ortaya çıktığında izleme mekanizmalarını oluşturmak, hasta hataya maruz kaldığında en az hasar vermesini sağlamaktır. Yeni sağlık hizmetleri sisteminde prosedürler, iş tasarımı, ekipman, iletişim ve bilgi teknolojileri insan faktörünü dikkate alarak; hatalar ortaya çıktığında en az yaygınlıkta ve en az hasar vermesini sağlayacak mekanizmalar yer almaktadır (IOM 2001).

Leape ve diğerleri tarafından tıbbi hataların önlenmesine yönelik geliştirilen öneriler ise şunlardır:

- *Hafızaya dayalı işlemleri en aza indir:* Uzun süre dikkat gerektiren, kısa süreli hafıza kullanmaya zorlama gibi hata yapma olasılığını artıran uygulamaları içeren insan unsurunu en aza indiren düzenlemeler yapılmalıdır. Örneğin, kontrol listeleri (checklist), tedavi protokolleri, bilgisayara dayalı karar destek sistemleri uygulamaları sağlık bakım sürecinde yapılabilecek düzenlemelere en iyi örnektir.

- *Bilgiye erişimi iyileştir:* Bilgiye ihtiyaç olan yerde, ihtiyaç olan zamanda ve uygun formatta erişimi sağlayacak yaratıcı yöntemler ve uygulamalar geliştir.
- *Hata eğilimli süreçler:* Eğer yapılabilirse, kritik uygulamalar için hata olmamasını sağlamaya yönelik zorlayıcı uygulamalar geliştir. Örneğin, bilgisayara dayalı ilaç uygulamalarında öldürücü yüksek doz olabilecek istem girildiğinde uyarı yapabilecek veya engelleyebilecek “zorlayıcı sistemler” geliştirilebilir.
- *Görevlerin/uygulamaların standardizasyonu:* Hataları azaltmanın etkili yolu, yapılması mümkün olan, süreçlerde standardizasyona gitmektir. Eğer bir uygulama her zaman ve herkes tarafından aynı yöntemle yapılabilirse hata olma olasılığı daha az olacaktır.
- *Hands-off (elden ele-hastanın aktarılması) uygulamalarının standardizasyonu:* Birçok hata materyalin, bilginin, kişinin, uygulama talimatının ve/veya sunumunun aktarımında yaşanan atlama/yanılma/ihmalden kaynaklanmaktadır. Süreçte (hands off -elden ele), işlemlerinde atlama veya ihmallerin azaltılması gerekmektedir (Kohn et al. 1999). Bunun için hastanın durumu hakkında hekim ve hemşire arasında standart bir iletişim stratejisinin geliştirilmesi önerilmektedir. Hastanın geçmişi (tıbbi öyküsü), değerlendirmesi, öneriler bir standart geliştirilerek iletişim sağlanmalıdır (SBAR= Standart, background, assessment, recommendation). Bu yöntemin uygulanması, istenmeyen olayları (adverse event) azaltmada etkili bir yöntemdir (Tsao, Browne 2015).

Sağlık çalışanlarının özellikle hemşirelerin iş yükü, çalıştıkları ortam, tükenmişlik düzeyleri gibi örgütsel faktörlerin hasta güvenliğini sağlamada önemli olduğu yapılan araştırmalarda ortaya koyulmuştur (Aiken et al. 2012).

Bu nedenle etkili bir insan kaynakları yönetimi geliştirilmelidir. İnsan kaynakları yönetiminde izlenecek yol; hastanın tedavisinde yer alan tüm çalışanların seçiminde iletişime açık ve birlikte çalışabilme becerisine sahip bireylerin seçilmesi, ekip yaklaşımı içerisinde ve aynı hedefe yönelik çalışabilme isteğinde olmaları bakımın devamlılığı ve istenen hasta çıktısını elde etmede önemlidir (Byers, White 2004).

Sağlık hizmetlerinde yaşanan hataların önlenmesi veya düzeltilmesinde önemli faktörlerden birisi de kurumda hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasıdır. Hasta güvenliği kültürü, örgüt kültürünün bir parçasıdır ve hasta güvenliği ile ilgili olarak çalışanların paylaştığı tutumlar, inançlar, algılar ve değerlerden meydana gelmektedir (Kaya 2009).

Sağlık bakım örgütleri örgütün düzenleme süreçlerinde güvenlik kültürünü geliştirmeli ve çalışanlar bakım süreçlerinde güvenlik ve güvenilirliğin geliştirilmesinde dramatik değişimin olduğu bu dönemde açıkça belirlenmiş hedeflere odaklanmalıdır. Güvenlik, kamusal üst düzey yönetimin, örgütsel yönetimin, klinik yöneticilerin profesyonel desteğini gerektirdiği, açık örgütsel liderliğin olması zorunlu bir örgütsel hedeftir. Bu süreç üst düzey yönetimin bu hedefe bağlılığını gösterdiği, örgütü güvenli uygulamalarla örtüşen uygulamalara yönelttiği düzenli uygulamalarla başlar.

Sağlık bakım örgütleri yönetimin sorumluluğunun belirlendiği ve güvenlik için güçlü, açık, görülebilir desteğin olduğu bir hasta güvenliği programı oluşturmalıdır. Bu programda orta kademe yöneticilerin sorumluluğu, amaçları, uygulama planları, personeli, bütçesi, veri toplama ve analiz yöntemleri ve sürekli izleme, üst yönetime raporlama yöntemi belirlenmelidir (Kohn et al.1999).

Hasta güvenliği gelişmeleri; performans geliştirme, çevre güvenliği ve risk yönetimi, enfeksiyon kontrolü, güvenli ilaç kullanımı, güvenli ekip, güvenli klinik uygulama ve

güvenli bakım çevresi dahil çok sayıda etmenin yer aldığı kompleks bir sistem olduğu göz ardı edilmemelidir (Vincent 2003).

Sağlık yöneticilerinin, yüksek güvenli ve güvenilir bir sağlık hizmeti sunumu için, sağlık hizmetlerinde yaygın olarak görülen işlevsiz uygulamalara dikkat çekmesi örgütsel dönüşümü başlatmada ilk adımı oluşturur. Bu ilk adım sağlık kuruluşlarına dışardan empoze edilen/edilecek birçok uygulamadan daha etkili bir değişim ortaya çıkaracaktır. Lao Tzu'nun deyişiyle “binlerce mil sürececek yolculuk ilk adımla başlar”. Hedefi ortaya koyduğunuzda en büyük zorluk ilk adımı atmaktır. Yöneticinin, örgütsel kaynakların kısıtlı olduğu ve önceliklendirme yapması gerektiği düşünüldüğünde, “*hastaya klinik süreçlerde hatadan uzak, zarar vermeden bir hizmeti verebilmek için örgütsel yeteneklerim nelerdir, ilk olarak hangisini harekete geçirmeliyim?*” sorusu ilk adımı oluşturmalıdır. Bu soruya yöneticinin vereceği cevap, hasta güvenliği konusunda örgütsel öğrenme ve en önemli iyileştirme alanlarını belirlemede etkili bir yöntem olarak görülmelidir (Edwards 2016).

II. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği tutumu algı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca çalışmada sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre hasta güvenliği tutumu algı düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup olmadığı araştırılmıştır.

2.2. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak University of Texas Center for Healthcare Quality and Safety (Sexton, Thomas 2003) tarafından geliştirilen ve Kaya ve diğerleri (2010) tarafından Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Güvenlik Tutum Ölçeği (Safety Attitudes Questionnaire-SAQ) kullanılmıştır. Ölçek 30 ifadenin oluşturduğu 6 boyuttan (takım iklimi, güvenlik iklimi, iş tatmini, algılanan stres, yönetimin algıları ve çalışma koşulları) oluşmaktadır. Ayrıca ölçeğin ikinci bölümünde çalışmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla ifadeler yer almaktadır.

Çalışma 05 Ocak-15 Mart 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup, evrenini Kırıkkale ilinde faaliyet gösteren bir kamu hastanesinde çalışan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarih itibarıyla toplam 600 personelin yer aldığı hastanede örneklem seçilmeden tüm çalışanlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Personel sayısı dikkate alınarak dağıtılan 600 anketten 510 (%85) anketin geri dönüşü sağlanabilmiştir. Ancak yapılan ön değerlendirme sonucunda (özellikle demografik bilgilerin eksik olduğu ve özensiz doldurulan anketlerin çalışma dışı bırakılması nedeniyle) 424 (%70,6) anket analizlerde kullanılabilmiştir.

Çalışmada anketin güvenilirliğini test etmek amacıyla Cronbach’s Alfa katsayısından yararlanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı 0,915 bulunmuştur. Çalışmada elde edilen veriler SPSS 18.0 paket programından yararlanılarak, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, bağımsız örneklerde t testi, tek yönlü varyans analizi ve korelasyon analizi kullanılarak analiz edilmiştir. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

III. BULGULAR

Tablo 2’de de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların %51,3’ü erkek ve %48,7’si kadınlardan oluşmaktadır. %32,3’ü 31-35 yaş aralığında olan katılımcıların, %43,2’si 5-9 yıl arasında çalıştıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının büyük çoğunluğunu hemşireler (%50,2) oluşturmaktadır.

Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet (n=421)	Erkek	216	51,3
	Kadın	205	48,7
Yaş (n=387)	≤30	70	18,1
	31-35	125	32,3
	36-40	111	28,7
	≥41	81	20,9
Unvan (n=414)	Hekim	34	8,2
	Hemşire	208	50,2
	Sağlık Teknisyeni	51	12,3
	Memur	32	7,7
	Şirket elemanı	89	21,5
Çalışma Süresi (n=391)	≤4	140	35,8
	5-9	169	43,2
	≥10	82	21,0

Tablo 3’de hasta güvenliği tutumunu oluşturan boyutlar arasındaki ilişki verilmiştir. Tablo incelendiğinde de görüldüğü gibi algılanan stres boyutu ile güvenlik iklimi ve iş tatmini arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Hasta güvenliği tutumunun diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkiler bulunmaktadır ($p<0,05$). Boyutlar arasındaki en yüksek ilişki ise iş tatmini ile çalışma koşulları ($r=0,788$) arasında çıkmıştır.

Tablo 3. Hasta Güvenliği Tutumu Boyutları Arasındaki İlişki Düzeyi (n=424)

	Ort.	Ss.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Takım İklimi	3,296	0,980	r	1				
			p					
Güvenlik İklimi	3,079	0,826	r	0,691**	1			
			p	0,000				
İş Tatmini	3,116	1,080	r	0,598**	0,756**	1		
			p	0,000	0,000			
Algılanan Stres	3,476	0,856	r	0,211**	0,044	0,002	1	
			p	0,000	0,373	0,967		
Yönetimin Algıları	3,128	0,998	r	0,579**	0,744**	0,714**	0,096*	1
			p	0,000	0,000	0,000	0,048	
Çalışma Koşulları	3,021	1,024	r	0,727**	0,764**	0,788**	0,109*	0,696**
			p	0,000	0,000	0,000	0,025	0,000
** $p<0,01$								
* $p<0,05$								

Hastane çalışanlarının cinsiyetlerine göre hasta güvenliği tutumu algı düzeylerine ilişkin değerlendirmeleri bağımsız örneklerde t testi kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonucunda hasta güvenliği tutumu algısına ilişkin algılanan stres ve çalışma koşulları

boyutlarında sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kadın çalışanlar erkeklere oranla stres oluşturan unsurlardan daha fazla etkilendikleri ve çalışma koşullarının daha kötü olduğu görüşündedirler (Tablo 4).

Tablo 4. Çalışanların Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Değerlendirmesi

		n	Ort	Ss.	t	p
Takım iklimi	Erkek	216	3,380	0,981	1,861	0,827
	Kadın	205	3,202	0,976		
Güvenlik iklimi	Erkek	216	3,236	0,832	4,073	0,265
	Kadın	205	2,914	0,789		
İş tatmini	Erkek	216	3,459	1,070	6,992	0,159
	Kadın	205	2,763	0,969		
Algılanan stres	Erkek	214	3,333	0,902	-3,440	0,002
	Kadın	204	3,617	0,783		
Yönetimin algıları	Erkek	216	3,314	0,982	4,062	0,601
	Kadın	205	2,926	0,979		
Çalışma koşulları	Erkek	216	3,236	1,059	4,594	0,027
	Kadın	205	2,788	0,941		

Hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumu algılarına ilişkin boyutlar hakkındaki değerlendirmelerinin yaş, unvan ve çalışma sürelerine göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan özelliklerde farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır.

Tablo 5'de görüldüğü gibi hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumları algılarına ilişkin boyutlar ile ilgili değerlendirmeleri algılanan stres ve çalışma koşulları dışındaki boyutlarda yaşlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Yapılan Tukey HSD testi sonucunda takım iklimi, güvenlik iklimi, iş tatmini ve yönetimin algıları boyutlarında farkın 31-35 yaş grubunda olanlar ile 41 ve üzeri yaşta olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca yönetimin algıları boyutunda farkın 31-35 yaş grubunda olanlar ($2,884\pm 0,931$) ile 36-40 yaş grubunda olanlardan ($3,273\pm 0,988$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 5. Çalışanların Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Yaşlarına Göre Değerlendirmesi

	Yaş	n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc.
Takım iklimi	≤30 ¹	70	3,200	0,883	3,919	0,009	2-4 p=0,010
	31-35 ²	125	3,087	0,863			
	36-40 ³	111	3,388	0,957			
	≥41 ⁴	81	3,519	1,180			
	Toplam	387	3,284	0,978			
Güvenlik iklimi	≤30 ¹	70	3,065	0,762	3,273	0,021	2-4 p=0,029
	31-35 ²	125	2,899	0,765			
	36-40 ³	111	3,165	0,832			
	≥41 ⁴	81	3,223	0,907			
	Toplam	387	3,073	0,823			
İş tatmini	≤30 ¹	70	3,134	1,086	5,704	0,001	2-4 p=0,000
	31-35 ²	125	2,823	1,029			
	36-40 ³	111	3,088	1,022			
	≥41 ⁴	81	3,443	1,117			
	Toplam	387	3,085	1,075			
Algılanan stres	≤30 ¹	70	3,311	0,763	2,021	0,111	
	31-35 ²	124	3,529	0,778			
	36-40 ³	111	3,561	0,768			
	≥41 ⁴	80	3,334	1,156			
	Toplam	385	3,458	0,869			
Yönetimin algıları	≤30 ¹	70	3,025	1,041	5,284	0,001	2-3 p=0,015 2-4 p=0,003
	31-35 ²	125	2,884	0,931			
	36-40 ³	111	3,273	0,988			
	≥41 ⁴	81	3,377	1,031			
	Toplam	387	3,124	1,005			
Çalışma koşulları	≤30 ¹	70	2,929	1,019	2,481	0,061	
	31-35 ²	125	2,847	0,986			
	36-40 ³	111	2,993	1,005			
	≥41 ⁴	81	3,235	1,069			
	Toplam	387	2,985	1,021			

Tablo 6’da görüldüğü gibi hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumları algılarına ilişkin boyutlar ile ilgili değerlendirmeleri unvanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Yapılan Tukey HSD testi sonucunda takım iklimi boyutunda farkın şirket elemanı olarak çalışanlar ($3,602\pm0,842$) ile hemşire ($3,242\pm1,031$) ve sağlık teknisyenlerinden ($3,086\pm0,712$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Güvenlik iklimi boyutundaki farkın şirket elemanı olarak çalışanlar ($3,595\pm0,722$) ile hemşire ($2,941\pm0,829$), sağlık teknisyeni ($2,882\pm0,627$) ve memurlardan ($2,946\pm0,992$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). İş tatmini ve çalışan Koşulları boyutundaki farkın şirket elemanları ile hekim, hemşire, sağlık teknisyeni ve memurlardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Algılanan stres boyutundaki farkın şirket elemanları ($3,250\pm0,850$) ile hekim ($3,735\pm0,744$) ve hemşirelerden ($3,577\pm0,804$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Yönetimin algıları boyutundaki farkın ise hekimler ($3,574\pm0,703$) ile hemşire ($2,906\pm0,981$) ve sağlık teknisyenlerinden ($2,995\pm0,791$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 6. Çalışanların Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Unvanlarına Göre Değerlendirmesi

	Unvan	n	Ort.	Ss.	F	p	Post Hoc.
Takım iklimi	Hekim ¹	34	3,418	0,545	3,167	0,014	5-2 p=0,027 5-3 p=0,020
	Hemşire ²	208	3,242	1,031			
	Sağlık teknisyeni ³	51	3,086	0,712			
	Memur ⁴	32	3,238	1,376			
	Şirket elemanı ⁵	89	3,602	0,842			
	Toplam	414	3,314	0,969			
Güvenlik iklimi	Hekim ¹	34	3,185	0,475	12,682	0,000	5-2 p=0,000 5-3 P=0,000 5-4 p=0,001
	Hemşire ²	208	2,941	0,829			
	Sağlık teknisyeni ³	51	2,882	0,627			
	Memur ⁴	32	2,946	0,992			
	Şirket elemanı ⁵	89	3,595	0,722			
	Toplam	414	3,095	0,818			
İş tatmini	Hekim ¹	34	3,076	0,900	28,649	0,000	5-1 p=0,000 5-2 p=0,000 5-3 P=0,000 5-4 p=0,001
	Hemşire ²	208	2,772	0,983			
	Sağlık teknisyeni ³	51	2,945	0,811			
	Memur ⁴	32	3,263	1,399			
	Şirket elemanı ⁵	89	4,047	0,759			
	Toplam	414	3,130	1,072			
Algılanan stres	Hekim ¹	34	3,735	0,744	3,190	0,013	5-1 p=0,036 5-2 p=0,020
	Hemşire ²	208	3,577	0,804			
	Sağlık teknisyeni ³	51	3,466	0,806			
	Memur ⁴	32	3,391	1,136			
	Şirket elemanı ⁵	87	3,250	0,850			
	Toplam	412	3,493	0,848			
Yönetimin algıları	Hekim ¹	34	3,574	0,703	13,027	0,000	1-2 p=0,001 1-3 p=0,044
	Hemşire ²	208	2,906	0,981			
	Sağlık teknisyeni ³	51	2,995	0,791			
	Memur ⁴	32	2,969	1,160			
	Şirket elemanı ⁵	89	3,681	0,897			
	Toplam	414	3,143	0,990			
Çalışma koşulları	Hekim ¹	34	3,066	0,694	15,197	0,000	5-1 p=0,007 5-2 p=0,000 5-3 P=0,000 5-4 p=0,001
	Hemşire ²	208	2,788	0,985			
	Sağlık teknisyeni ³	51	2,873	0,761			
	Memur ⁴	32	2,922	1,307			
	Şirket elemanı ⁵	89	3,716	0,936			
	Toplam	414	3,031	1,022			

Tablo 7’de görüldüğü gibi hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumu algılarına ilişkin boyutlar ile ilgili değerlendirmeleri çalışma sürelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p < 0,05$). Yapılan Tukey HSD testi sonucunda iş tatmini boyutunda farkın 10 yıl ve daha fazla süre çalışanlar ($2,727 \pm 1,136$) ile 4 yıl ve daha az süre çalışanlar ($3,166 \pm 0,986$) ve 5-9 yıl arasında çalışanlardan ($3,196 \pm 1,087$) kaynaklandığı saptanmıştır

($p<0,05$). Yönetimin algıları boyutunda farkın 10 yıl ve daha fazla süre çalışanlar ($2,805\pm 1,096$) ile 4 yıl ve daha az süre çalışanlar ($3,230\pm 0,987$) ve 5-9 yıl arasında çalışanlardan ($3,194\pm 0,950$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışma Koşulları boyutunda farkın 10 yıl ve daha fazla süre çalışanlar ($2,677\pm 1,089$) ile 4 yıl ve daha az süre çalışanlar ($3,047\pm 1,026$) ve 5-9 yıl arasında çalışanlardan ($3,098\pm 0,956$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 7. Çalışanların Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Çalışma Sürelerine Göre Değerlendirmesi

	Çalışma Süresi	n	Ort.	Ss.	F	p	Post Hoc.
Takım iklimi	$\leq 4^1$	140	3,309	0,960	0,075	0,928	
	5-9 ²	169	3,280	0,955			
	$\geq 10^3$	82	3,259	1,062			
	Toplam	391	3,286	0,978			
Güvenlik iklimi	$\leq 4^1$	140	3,122	0,788	2,997	0,051	
	5-9 ²	169	3,134	0,825			
	$\geq 10^3$	82	2,877	0,903			
	Toplam	391	3,076	0,833			
İş tatmini	$\leq 4^1$	140	3,166	0,986	5,989	0,003	3-1 p=0,009 3-2 p=0,003
	5-9 ²	169	3,196	1,087			
	$\geq 10^3$	82	2,727	1,136			
	Toplam	391	3,087	1,076			
Algılanan stres	$\leq 4^1$	140	3,529	0,823	0,919	0,400	
	5-9 ²	169	3,456	0,878			
	$\geq 10^3$	80	3,366	0,916			
	Toplam	389	3,464	0,867			
Yönetimin algıları	$\leq 4^1$	140	3,230	0,987	5,431	0,005	3-1 p=0,006 3-2 p=0,011
	5-9 ²	169	3,194	0,950			
	$\geq 10^3$	82	2,805	1,096			
	Toplam	391	3,125	1,006			
Çalışma Koşulları	$\leq 4^1$	140	3,047	1,026	5,124	0,006	3-1 p=0,024 3-2 p=0,006
	5-9 ²	169	3,098	0,956			
	$\geq 10^3$	82	2,677	1,089			
	Toplam	391	2,991	1,021			

IV. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumları algılarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma sonuçlarına göre, hasta güvenliği tutumu boyutları arasında algılanan stres ile güvenlik iklimi ve iş tatmini dışındaki tüm boyutlarda pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. En yüksek ilişki ise çalışma koşulları ile iş tatmini arasındaki ilişkiye çıkmıştır. Buna göre hastane çalışanlarının çalışma koşullarının iyileştirilmesi işlerinden sağlayacağı tatmin düzeylerini de aynı oranda olumlu olarak etkileyebileceği söylenebilir. Dolayısıyla hastane çalışanlarının iş tatminlerini yüksek düzeyde tutmak için çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenilmesi, teşhis ve tedavi sürecinde gerekli tüm bilgilere rutin olarak ulaşılması, personelin iyi eğitilmesi ve denetlenmesi hususlarının önemli olduğu savunulabilir.

Hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumuna ilişkin algı düzeylerinde en yüksek katılım algılanan stres boyutunda olmuştur. Diğer bir ifadeyle, sağlık çalışanları; iş yükü artışının performanslarını düşürdüğü, yorgun olduklarında işte daha az etkili olduklarını,

gerginliklerin yaşandığı ortamda hata yapma ihtimallerinin daha fazla olduğu ve acil durumlarda aşırı yorgunluğun performanslarını bozduğu görüşündedirler. Özellikle bu boyutta hekim ve hemşirelerin yüksek katılım göstermeleri hasta güvenliği açısından daha da önem göstermektedir. Bu nedenle hasta güvenliğinin geliştirilmesi için bu olumsuz faktörlerin giderilmesi veya asgariye indirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aiken L, Sermeus W., Hedee K., Sloane D. M., Reinhard B., McKee M. ... and Tishelman C. (2012) Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Hospital Care: Cross Sectional Surveys of Nurses and Patients in 12 Countries in Europe and the United States **BMJ** 344: 1-14.
2. Albrecht M. R. (2015) Patient Safety: The What, How and When. **The American Journal of Surgery** 210: 978-982.
3. Byers J. F. and White S.V. (2004) **Patient Safety Principles and Practice**. Springer Publishing Company, New York.
4. Edwards M. (2016) An Organizational Learning Framework for Patient Safety. **American Journal of Medical Quality** 32(2): 1–8.
5. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America (2001) **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st**. National Academy Press, Washington D.C.
6. Kaya S. (2009) Hasta Güvenliği Kültürü Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? **Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi** 1 (1): 32-34.
7. Kaya S., Barsbay S. and Karabulut E. (2010) The Turkish Version of the Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties and Baseline Data. **Qual Saf Health Care** 19: 572-577.
8. Kohn L. T., Corrigan J. M., Donaldson M. S. (Eds) (1999) **To Err is Human. Building a Safer Health System**. National Academy Press, Washington D.C.
9. Leape L. L, Brennan T. A., Laird N., Lawthers A. G, Localio A. R, Barnes B.A. ... and Hiatt H. (1991), The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. **N Engl J Med** 324: 377-84.
10. Sexton J. B. and Thomas E. J. (2003) The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) Guidelines for Administration. **The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, Technical Report 03-02**, Teksas.
11. Taş Y., Akpınar A. T. ve İşçi E. (2013) Kalite Yönetim Sistemi İle Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma: Üniversite Hastanesi Örneği. 7. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı, ss: 635-647. Konya.
12. Tsao K. and Browne M. (2015) Culture of Safety: A Foundation for Patient Care. **Seminars in Pediatric Surgery** 24: 283–287.
13. Vincent C. (2003) Understanding and Responding to Adverse Events. **The New England Journal of Medicine** 348(11): 1051-1056.

14. WHO (World Health Organization) (2016) **Patient Safety**
http://www.who.int/topics/patient_safety/en/ Eriřim Tarihi: 10.05.2016.