

Yayın Geliş Tarihi: 22.05.2012
Yayına Kabul Tarihi: 21.11.2012
Online Yayın Tarihi: 27.02.2013

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi
Cilt: 14, Sayı: 4, Yıl: 2012, Sayfa: 91-112
ISSN: 1302-3284 E-ISSN: 1308-0911

HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDA YÖNETİCİLERİN TUTUMUNU ALGILAYIŞI

Oya KORKMAZ*

Öz

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetleri sırasında oluşabilecek hataların hastaların zarar görebilecek bir şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek sistemleri kurmayı ve gerekli tedbirleri almayı gerektirmektedir. Bu nedenle hastane yönetiminin en önemli görevlerinden biri hasta güvenliği kültürünü kurmak ve geliştirmektir. Hasta güvenliği sürecinde hasta bakım aşamasının ve tıbbi faaliyetlerin büyük bir kısmını hemşireler yürütmektedir. Bu nedenle çalışma, hemşirelerin sayıca yoğun ve hasta ile en fazla muhatap olan sağlık personeli grubu olmaları sebebiyle, hastane yönetiminin hasta güvenliği konusundaki uygulamalarına bakış açısını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde görev yapan 355 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel çözümlenmesinde ise faktör analizi, ANOVA ve t testinden yararlanılmıştır. Yapılan istatistikî analizler sonucunda hasta güvenliği açısından yönetimin daha çok tedarik faktörü üzerinde durması gerektiği ortaya çıkmıştır.

Anahtar kelimeler: *Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Tıbbi Hatalar, Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelik.*

NURSES' PERCEPTION OF MANAGERS' ATTITUDE TO PATIENT SAFETY

Patient safety necessitates building the systems which prevent the errors that may emerge during healthcare services from occurring in such a way to harm patients and taking necessary measures. For this reason, one of the most significant duties of the hospital management is to establish and develop patient safety. Throughout patient safety, a major part of patient care and medical activities is conducted by nurses. Therefore, this study was performed with the intent of evaluating nurses' perception of management's patient safety practices on the grounds that both the number of nurses is high and nurses are a member of the healthcare staff that is object of the patient most. The population of the research comprised of 355 nurses serving at Bulent Ecevit University Practice and Research Hospital. In collecting data, questionnaire forms were used. Factor analysis, ANOVA and t-test were exploited in the statistical analysis of the data. As a result of the conducted statistical analyses, it was found that the management has to lay emphasis on supply factor in terms of patient factor.

Keywords: *Patient Safety, Patient Safety Culture, Medical Errors, Patient Safety Practices, Nursing.*

* Yrd. Doç. Dr., Mersin Üniversitesi, Tarsus Uygulamalı Teknoloji ve İşletmecilik Yüksekokulu, oyakorkmaz@yahoo.com

GİRİŞ

Sağlık sektörü geliştikçe sağlık hizmetleri sunumunda hasta güvenliği ve kültürünün giderek ön plana çıktığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti verirken bazen tıbbi hatalara neden oldukları görülmektedir. Sağlık çalışanlarının bu hizmetleri verirken neden oldukları tıbbi hataları sıfıra indirmek mümkün olmasa da hastanelerde hasta güvenliği kültürünün yerleştirilip geliştirilmesi ve aynı zamanda tüm çalışanlar tarafından içselleştirilmesi ile bu hata ve risklerin en az sayıya indirilebileceği görülmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanmasında ilk hedef, riskleri azaltmak olmalıdır. Bu da hastane yönetiminin kurum içerisindeki hataları raporlaması, nedenlerini araştırması ve tekrarlarının önlenmesi için gerekli tedbirleri alması ile mümkün olacaktır.

Sağlık sektörü hata kabul etmeyen bir sektördür. Bu nedenle hasta güvenliği konusunda ve tıbbi hataların azaltılmasında önemli aktörlerden biri olan hastane yönetimi çeşitli yaklaşımlarla hasta güvenliği kültürünü kurum içerisine yerleştirmekle yükümlüdür. Hasta güvenliği konusunda en etkin yaklaşımlardan biri de hasta güvenliği ile ilgili süreçlerin iyi yönetilmesini sağlamaktır. Bu nedenle yönetici, süreçlerin ve sistemlerin iyi yönetilebilmesi için süreçlerle ve sistemle ilgili sorunların kurum içerisinde açıkça ve cezalandırma korkusu olmadan tartışabileceği bir ortam yaratır. Ayrıca sağlık çalışanlarının işe alındıkları günden itibaren eğitime tabi tutulmasını sağlayarak hasta güvenliği kültürünün çalışanlarda oluşmasını ve farkındalıklarının artırılmasını da sağlamaktadır.

Üst düzey idareciler, örgüt içerisinde sağlık çalışanlarının kararlara katılımını sağlayacak ve kurum içerisinde ortak faaliyetleri cesaretlendirecek bir iklim yaratarak onlara bilgiyi, zamanı, insan kaynaklarını, fiziksel ve finansal kaynakları hasta güvenliğini geliştirecek ve performansı artıracak bir şekilde dağıtmaktadırlar (Joint Commission Resources, 2009: 9).

Hastane yönetimi, personelin aşırı iş yükü ve uzun çalışma saatlerinden kaynaklanan stres ve stres kaynaklı rahatsızlıkların önüne uyguladığı insan kaynakları politikaları sayesinde geçerek hasta güvenliğini sağlamaktadır. Ayrıca acil servise gelen travmalı hastaların ve yakınlarının kendilerine olduğu kadar çevrelerine de verebilecekleri zararları önleyebilmek adına hastanede yaşam güvenlik koşullarını inşa etmektedirler. Bütün bunların yanında hasta güvenliği için hastaların doğru ve zamanında dokümantasyon bilgilerinin elde edilebileceği bir güvenlik sistemini de hastanede kurmaktadır. Ayrıca maliyetleri ve tıbbi hataları azaltmak amacıyla kalite yönetim sistemlerini hastane içerisinde kurmakta ve uygulamaktadırlar (Byers ve White, 2004: 38).

Yöneticiler planlama ve kontrol faaliyetlerini yürütürken, süreçleri tıbbi hataları azaltacak bir şekilde tasarlamakta, güvenlikle ilgili beklentilere ve gelişmelere cevap vermektedirler. Bu nedenle organizasyonu profesyonel grupları (hemşire, doktor, eczacı ve vs.) çekebilecek cazip bir hale getirmekte ve kurumu son teknolojilerle donatmaktadır. Ayrıca atıkları azaltarak kaynak israfının ve

çevre kirlenmesinin önüne geçmektedirler. Örgütü esnek bir organizasyon yapısı haline dönüştürerek hasta güvenliğini sağlamak ve hastaların daha iyi tedavi görmesi amacıyla sağlık organizasyonlarına akreditasyon kurallarını (JCAHO-Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) adapte etmektedirler. Ayrıca vizyonlarını ve misyonlarını geliştirerek, misyonlarını (Amerikan Hastanesi Misyonu: hasta güvenliğini temel alarak; kaliteli, etkin, güvenilir sağlık hizmeti sunmak ve toplum sağlığına katkıda bulunmak) hasta güvenliğinin bir bileşeni durumuna getirmektedirler (Youngberg ve Hatlie, 2004: 61).

Bu çalışma, hasta güvenliğine zarar verecek yanlış yönetim politikalarının neden olduğu riskleri ortadan kaldırabilmek veya azaltabilmek için gerekli önlemleri önceden almayı amaçlamaktadır. Ayrıca bu çalışma, yöneticilerin dikkatini hasta güvenliği konusuna çekerek hasta güvenliğini, öncelikli strateji haline getirmeyi hedeflemektedir. Böylelikle hastaların daha az zarar görmesi ve bunun yansımaları olarak da maliyetlerin azaltılması amaçlanmaktadır.

HASTA GÜVENLİĞİ

Hasta güvenliği, bir hastanın müdahale ve potansiyel sağlık tehlikesi oluşturabilecek durumlardan uzak olması, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması olarak tanımlanırken, tıbbi hata (tıbbi hata) ise hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında kasıtsız bir aksamanın neden olduğu beklenilmeyen bir sonuç olarak tanımlanmaktadır (Yalçın ve Acar, 2010: 12). Sağlık hizmetine bağlı hataların; yetersiz eğitimden, kullanışsız prosedürlerden, düşük kalite standartlarından, zayıf ya da yetersiz teknoloji, eksik ekipmandan, zaman baskısından, yetersiz ve tecrübesiz personelden kaynaklandığı görülmektedir (Sandars ve Cook, 2007: 6).

Günümüzde sağlık hizmetleri sağlık sektöründeki gelişmelere paralel olarak karmaşık bir durum almıştır. Hızlı hareket etme baskısı, geniş donanımlı teknolojik cihazlar ve bireysel kararlar sağlık çalışanlarının hata yapmasına neden olmaktadır. Tıbbi hataların kişilerden daha çok sistemden kaynaklandığı görülmektedir. Gerek kişilerden, gerekse sistemden kaynaklanan tıbbi hataların hastanın yaralanmasına ve ölümüne yol açtığı görülmektedir (WHO, 2004: 1). Olumsuz sonuçlara yol açan bu hataların yönetimin aldığı bir dizi kararla önlenmesi gerekmektedir. Bu kapsamda yönetim personel devir hızını azaltacak yönde birtakım önlemler alınmalıdır. Aksi takdirde özellikle hemşire azlığı hasta bakım faaliyetlerini olumsuz yönde etkileyecek ve hasta güvenliği açısından olumsuz sonuçların doğmasına neden olabilecektir. Türkiye'deki hemşire arzı ve ihtiyacı ise Tablo 1'de verilmiştir. Bunun yanında hastane yönetimi hastane içerisinde bilgisayar dökümantasyon sistemini hemşirelerin daha fazla zaman kazanması amacıyla etkin kullanılmasını sağlamalıdır. Böylelikle daha fazla zamana sahip olan hemşirelerin daha kaliteli sağlık bakım hizmeti vererek hasta güvenliğini sağlayacakları ifade edilmektedir (Keohane vd., 2008: 19).

Tablo 1. Türkiye’deki Hemşire Arzı ve İhtiyacı (Bin Kişi)

| Hemşire | 2000 | | 2005 | |
|---------|------|---------|------|---------|
| | Arz | İhtiyaç | Arz | İhtiyaç |
| | 71.0 | 172.8 | 77.1 | 212.8 |

Kaynak: DPT (2001-2005). *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. <http://www.dpt.gov.tr> (20.09.2012).

Hemşirelerin iş çevresi, hasta güvenliği açısından ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Bu tehdidin kaynağını ise yönetim uygulamaları ve örgütsel kültür oluşturmaktadır. Örgütsel kültürün yaratılmasında yöneticinin önemli bir rolü bulunmaktadır. Yöneticinin hemşirelere sağladığı olumlu iş çevresi sayesinde hemşirelerin strese girmediği, dolayısıyla duyu düzenlemelerinin sabit kaldığı ve bu nedenle hata yapma risklerinin azaldığı görülmektedir. Ayrıca uygun güvenlik çevresinin yaratılmasında etkin yönetim tarzının da önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Bütün bunların yanında yöneticinin hasta güvenliği açısından kendisiyle hemşireler arasına koyduğu mesafeyi ortadan kaldırarak, hasta güvenliği kültürünün örgüt içerisinde oluşturulmasına ve gelişmesine katkı sağladığı görülmektedir (Zakari, 2011: 231).

Hasta güvenliği 1990’ların sonlarından beri tüm dünyada oldukça ilgi gören konulardan biri olmuştur. Son zamanlarda hasta güvenliği birçok ülkenin sağlık politikalarında ve sağlık uygulamalarında önemli bir yer tutmuştur. Yakın zamanlarda yapılan araştırmalar (Dursun vd., 2010; Türkmen, vd., 2011) yönetimin tutumunu hasta güvenliği kültürünün boyutlarından birini oluşturduğunu göstermektedir (Abdou ve Saber, 2011: 17).

HASTA GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ YÖNETİMİN TUTUMU

Sağlık hizmetlerinde kalite programlarının en önemli konularından birisini hasta güvenliği oluşturmaktadır. Hasta güvenliği, hastalara zarar vermemek amacıyla hastanede çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamını kapsamaktadır. Türkiye’de tıbbi hatalarla ilgili resmi bir kayıt sistemi bulunmamasına rağmen her yıl tıbbi hatalar nedeniyle birçok kişi ya hayatını kaybetmekte ya da sakat kalmaktadır. Bu durum hasta güvenliğinin ne kadar önemli bir konu olduğunu ortaya koymaktadır.

Son derece önemli olan hasta güvenliği, hastane yönetiminin tutumundan etkilenmektedir. Hastane yönetimi hasta güvenliğini örgüt kültürü durumuna dönüştürmekte ve hasta güvenliği için gerekli olan kaynakları temin etmektedir.

Hasta güvenliği tüm sağlık çalışanlarının olduğu kadar yönetimin de sorumluluğundadır. Hasta güvenliği ile ilgili olaylar hastanede yatan hastalar için zararlı sonuçlar doğurmakla beraber hastaneye ek bir maliyet de getirebilmektedir. Bunun için çeşitli stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir (Sari vd., 2007: 81). Bu stratejiler arasında profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi ve meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele,

ilaçların güvenli kullanımı, cihazların alımı, kullanımı ve emniyeti, sağlıklı klinik uygulamaları, çevre güvenliği, risk yönetimi gibi stratejiler yer almaktadır (Çırpı vd., 2009: 27). Risk yönetimi stratejisi çerçevesinde ise hasta güvenliği için başarılı uygulamalar yaygınlaştırılmakta ve bunun için gerekli kaynak, teşvik ve ödül sistemini hastanede kurulmaktadır. Ayrıca hasta güvenliği açısından hata yapan da cezalandırılmaktadır.

Karar vericilerin öncelikli konularından birisi hasta güvenliğini sağlamak ve geliştirmektir. Yöneticilerin aldığı kararlar hasta güvenliğini etkileyebilmektedir. İdarenin az personelle çalışma politikası personelin uykusuzluk ve aşırı iş yükü nedeniyle konsantrasyon düşüklüğü yaşamasına ve hata yapmasına yol açabilmektedir. Yönetici sadece aldığı kararlarla değil aynı zamanda organizasyon içerisindeki birimlerle kurduğu iyi iletişim (e-mail, telefon ve yüz yüze görüşme) aracılığıyla da hasta güvenliğini etkileyebilmektedir. Birim yetkilileri örgüt içerisinde kurdukları iyi iletişim sayesinde birimlerdeki önemli bilgileri zamanında toplayarak ve gerektiğinde ilgili birimlere geri beslemede bulunarak bu bilgileri hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla kullanmaktadırlar. Ayrıca, birimlerden topladıkları bu bilgiler ışığında sorunlara çözüm aramaktadırlar. Yapılan hatalardan ve yanlışlardan örgütün ders çıkarmasını ve böylelikle örgütün öğrenen bir organizasyon haline dönüşmesini de sağlamaktadırlar (Emslie vd., 2003: 5).

Yönetimin hasta güvenliği konusunda aldığı tedbirler aynı zamanda hasta güvenliği hizmetlerinin kalitesinin gelişmesine de katkıda bulunmaktadır. Güvenlik ve kalite birbiriyle iç içe geçmiş bir kavram olduğu için yönetim hastalara güvenli hizmet sunarken, bunun yanında kaliteli hizmet de sunmuş olacaktır. Hastane yönetimi hastalara güvenli ve kaliteli hizmet sunarken yaşanabilecek finansal kayıpların önüne geçmek amacıyla iyi bir maliyet yönetim sistemi kurmalıdır. Aksi takdirde personel kayıplarından ve ilaç israfından hasta güvenliğinin tehlikeye düşebileceği ifade edilmektedir (Emslie vd., 2003: 7).

Tepe yönetim, hasta güvenliği açısından takım çalışması ruhunu hastaneye yerleştirmekte ve geliştirmektedir. Ayrıca hizmet içi eğitim programlarını planlamakta ve hayata geçirmektedirler. Yeni teknolojilere ve yeni teknolojik altyapılara da yatırım yapmaktadırlar. Teknolojiye yapılan yatırımlar sayesinde işler standartlaştırılmakta ve basitleştirilmektedir. Böylelikle örneğin ilaç uygulama hatalarıyla ilgili (isim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) ortaya çıkabilecek tıbbi hataların da önüne geçilmiş olunacaktır. Aynı zamanda zaman zaman hasta memnuniyeti anketini uygulayarak hasta istek ve beklentilerini gözden geçirmekte ve gerekli düzenlemeler yapmaktadırlar. Ayrıca kurumlarında hasta güvenliği kültürünün kurulmasını ve yerleştirilmesini de sağlamaktadırlar. Bunun için personeli güçlendirme faaliyetinde bulunmakta ve hasta güvenliği zincirinin de liderliğini yapmaktadırlar (Halbach ve Sullivan, 2003: 15-16).

Hasta güvenliğinin oluşturulması ve geliştirilmesini isteyen hastane yönetimi enformasyon sistemlerine yatırım yapmaktadır. Çünkü enformasyon sistemlerinin sağladığı kolaylıklar hasta güvenliğini destekler nitelikte olmaktadır. Ayrıca hastanede hasta güvenliği politikalarını belirleyen, uygulamaya geçişine hız veren bir hasta güvenliği liderinin belirlenmesine ve hasta güvenlik komitesinin hastane içerisinde kurulmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Lider hasta güvenliğini geliştirebilecek başka bir etkin yaklaşım olan olay raporlama sistemlerinin hastane içerisinde kurulmasında, işlerlik kazanmasında ve uygulamalara yönelik verilerin işlenerek kurum için yararlı bilgiye dönüşmesinde de etkin bir rol oynamaktadır. Bunların yanı sıra hasta şikâyetlerinin değerlendirilmesi, yanlış uygulamaların raporlanarak olayların nedenlerinin ve çözümlerinin belirlenmesi yoluna gidilerek maliyetlerin azaltılmasına imkân verilmektedir. Böylece daha iyi bir örgütsel performans ve hasta içinse daha iyi ve güvenli bir sağlık hizmetine ulaşılmaktadır. Ayrıca çalışanların hatalara karşı tutumlarını belirleyerek, hasta güvenliğinin farkındalığını artırarak, güvenliğe ilişkin bireylerin görev ve sorumluluklarını açıkça belirleyerek ve sağlık personeliyle iletişimi artırarak hataların raporlanmasının cesaretlendirilmesi yoluna gidilmektedir. Ayrıca hasta güvenliği için güvenlik uygulamaları ve programları zaman içerisinde değerlendirilmekte, içsel ve dışsal kıyaslama yoluna gidilerek başarılı uygulamalar yaygınlaştırılmaktadır. Organizasyon içerisinde paylaşılan ortak bir güvenlik kültürü oluşturulabilmesi ve yerleştirilebilmesi için etkili bir bilgi yönetim uygulamalarına ağırlık verilmesi gerekmektedir (Altındış, 2010: 344-345).

Tepe yönetim hastanesinin maliyet yapısını ve bütçesini oluştururken, sağlık bakım politikalarını uygulamak için gerekli olan yaşamsal kaynakları sağlık çalışanlarına sağlamakla yükümlüdür. Bu şekilde hem tıbbi hizmetlerin maliyeti daha kolay kontrol edilmiş olacak, hem de daha düşük maliyetle hastalara daha kaliteli ve daha güvenli bir sağlık hizmeti sunulmuş olacağı ifade edilmektedir (Chowdhury ve Khosla, 2007: 363).

Hastane yöneticileri oldukça karmaşık bir bütçeye sahip bir kurumu yönetmektedirler. Yöneticiler; kalite yönetimi, risk yönetimi, işgören yönetimi ve kaynak yönetimi çerçevesinde temel hizmetlerin, yardımcı hizmetlerin ve işletme fonksiyonları ile ilgili hizmetlerin sıfır hata ile yerine getirilmesinden sorumlu bulunmaktadır. Ayrıca hasta güvenliği konusunda örgütün güçlü ve zayıf yönlerini tespit ederek örgütün zayıf yönlerine odaklanmakta ve zayıf yönlerin düzeltilmesini, güçlü yönlerinin ise geliştirilmesini sağlamaktadırlar.

ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Bu başlık altında çalışmanın amacı, evreni, örnekleme, sınırlılığı, yöntemi ve çalışmada kullanılan tekniklere ilişkin bilgiler verilmiştir.

Çalışmanın Amacı

Bu çalışma, hasta güvenliğine zarar verecek yanlış yönetim politikalarının neden olduğu yönetim risklerini ortadan kaldırmak veya azaltabilmek için gerekli önlemleri önceden almayı amaçlamaktadır. Ayrıca bu çalışma, yönetimin dikkatini hasta güvenliğine çekerek hasta güvenliğini yönetimin öncelikli stratejisi haline getirmeyi hedeflemektedir. Böylelikle hastaların daha az zarar görmesi ve bunun yansması olarak da kaynak israfının önlenmesi, hasta ve hasta yakınlarına verilen tazminat bedellerinin azaltılarak hasta maliyetlerin düşürülmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmanın Evreni ve Örnekleme

Çalışmanın evrenini Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hemşireler oluşturmaktadır. Diğer sağlık personellerinin kapsam dışında bırakılmasının nedenleri arasında hemşirelerin sağlık bakım hizmetlerinde kilit rol oynamaları ve sayıca fazla olmaları gelmektedir. Veri toplamada örneklem büyüklüğü için tamsayım yapılmış, veriler anket tekniği kullanılarak toplanmıştır. Çalışma kapsamında 355 hemşireden 194'ünden anket formlarının geri dönüşü sağlanmıştır. Anketlerin geri dönüş oranı %54.64'tür. Yapılan inceleme sonucunda 10 anket geçersiz sayılarak 184 anket formu değerlendirmeye alınmıştır.

Çalışmada Kullanılan Yöntem ve Teknik

Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerin yönetimin hasta güvenliği konusunda tutumunu belirlemeye yönelik bu çalışmada veri toplamak için anket tekniği tercih edilmiştir. Anket soruları kapalı uçlu sorular halinde literatür incelenmesi sonucu ulaşılan bilgiler yardımıyla hazırlanmıştır. Değerlendirme ölçeği olarak metrik ölçek türlerinden beşli Likert ölçeği kullanılmıştır. Ölçekte 1 "Kesinlikle katılmıyorum", 2 "Katılmıyorum", 3 "Kararsızım", 4 "Katılıyorum", 5 "Kesinlikle katılıyorum" ifadelerini temsil etmektedir. Ankette katılımcıların kişisel ve mesleki niteliklerine ilişkin soruların yanı sıra hastane yönetiminin (başhekim ve yardımcıları, hastane müdürü ve yardımcıları, başhemşire ve yardımcıları) hasta güvenliğini sağlamak amacıyla alması gereken tedbirleri ölçmeye yönelik sorular da yer almaktadır. Literatür incelemesi sonucu oluşturulan anket öncelikle yoğun bakım, dahili birimler, cerrahi birimler, yönetim ve diğer bölümlerde çalışan 50 pilot hemşireye daha sonra ise tüm örnekleme uygulanmıştır.

ÇALIŞMANIN BULGULARI

Örneklemin Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Çalışmanın bulguları başlığı altında önce ankete katılanların, yaş, cinsiyet, birimde çalışma yılı, eğitim durumu, ünvanı, çalıştığı birimi, medeni durumu, hastanede çalışma yılı, meslekte çalışma yılı ve haftalık çalışma süresi gibi

demografik değişkenlere göre durumu ortaya konulmaktadır. Daha sonra belirlenen bu faktör gruplarının hasta güvenliği üzerindeki etkileri analiz edilmektedir.

Ankete katılanların yaş gruplarına bakıldığında, en fazla yoğunluğun %57.6 ile 30'dan az yaş grubunda olduğu görülmektedir. Bu yaş grubunu %34.8 ile 30-34 yaş grubu ve %7.6 ile 35-39 yaş grubu izlemektedir (Tablo 2). Bu rakamlar Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerin genç personel yapısına sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 2. Örneklemin Yaş Değişkenine Göre Dağılımı

| Yaş | Sayı | % |
|---------------|------------|------------|
| 30'dan az | 106 | 57.6 |
| 30-34 | 64 | 34.8 |
| 35-39 | 14 | 7.6 |
| Toplam | 184 | 100 |

Ankete katılan hemşirelerin %3.8'inin 6 aydan az, %2.2'sinin 6-11 ay, %15.2'sinin 1-2 yıl, %51.6'sının 3-7 yıl, %22.3'ünün 8-12 yıl, %4.3'ünün ise 13-20 yıl arasında değişen hastane çalışma sürelerine sahip oldukları görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Örneklemin Hastanede Çalışma Yılı Değişkenine Göre Dağılımı

| Hastanede çalışma yılı | Sayı | % |
|------------------------|------------|------------|
| 6 aydan az | 7 | 3.8 |
| 6-11 ay | 4 | 2.2 |
| 1-2 yıl | 28 | 15.3 |
| 3-7 yıl | 95 | 51.9 |
| 8-12 yıl | 41 | 22.4 |
| 13-20 yıl | 8 | 4.4 |
| Toplam | 183 | 100 |

Ankete katılan hemşirelerin %10.3'ünün 6 aydan az, %7.6'sının 6-11 ay, %22.3'ünün 1-2 yıl, %46.2'sinin 3-7 yıl, %11.4'ünün 8-12 yıl ve %2.2'sinin ise 13-20 yıl arasında çalıştığı birimde kıdeme sahip olduğu gözlenmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Örneklemin Çalışma Süresi Değişkenine Göre Dağılımı

| Çalışma Süresi | Sayı | % |
|----------------|------------|------------|
| 6 aydan az | 19 | 10.3 |
| 6-11 ay | 14 | 7.6 |
| 1-2 yıl | 41 | 22.3 |
| 3-7 yıl | 85 | 46.2 |
| 8-12 yıl | 21 | 11.4 |
| 13-20 yıl | 4 | 2.2 |
| Toplam | 184 | 100 |

Tablo 5. Örneklemin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

| Eğitim Durumu | Sayı | % |
|----------------------|------------|------------|
| Sağlık meslek lisesi | 39 | 21.2 |
| Önlisans | 14 | 7.6 |
| Lisans | 122 | 66.3 |
| Yüksek lisans | 9 | 4.9 |
| Toplam | 184 | 100 |

Ankete katılan hemşirelerin eğitim durumuna baktığımızda %21.2'sinin sağlık meslek lisesi, %7.6'sının önlisans, %66.3'ünün lisans ve %4.9'unun ise yüksek lisans mezunu olduğu gözlenmektedir (Tablo 5).

Tablo 6'ya bakıldığında, ankete katılanların %1.1'inin başhemşire ve yardımcılardan, %16.8'inin sorumlu hemşirelerden, %80.4'ünün servis hemşirelerinden ve %1.6'sının ise diğer servislerde çalışan hemşirelerden oluştuğu görülmektedir.

Tablo 6. Örneklem Unvan Değişkenine Göre Dağılımı

| Unvan | Sayı | % |
|---------------------------|------------|------------|
| Başhemşire ve yardımcılar | 2 | 1.1 |
| Sorumlu hemşire | 31 | 16.8 |
| Servis hemşiresi | 148 | 80.4 |
| Diğer | 3 | 1.6 |
| Toplam | 184 | 100 |

Ankete katılan hemşirelerin %17.4'ünü yoğun bakım hemşiresi, %38'ini dahili birim hemşiresi, %37'sini cerrahi birim hemşiresi ve %7.6'sını ise yönetim ve diğer birimlerde çalışan hemşirelerin oluşturduğu görülmektedir (Tablo 7).

Tablo7. Örneklem Çalıştığı Birim Değişkenine Göre Dağılımı

| Çalıştığı birim | Sayı | % |
|------------------|------------|------------|
| Yoğun bakım | 32 | 17.4 |
| Dahili birimler | 70 | 38.0 |
| Cerrahi birimler | 68 | 37.0 |
| Yönetim ve diğer | 14 | 7.6 |
| Toplam | 184 | 100 |

Medeni duruma ilişkin tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında örneklemdeki hemşirelerin büyük bir çoğunluğunu evli (% 60.3) ve geriye kalan %39.7'lik kısmını ise bekar ve boşanmış hemşirelerin oluşturduğu görülmektedir (Tablo 8).

Tablo 8. Örneklem Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı

| Medeni durum | Sayı | % |
|---------------|------------|------------|
| Evli | 111 | 60.3 |
| Bekar | 73 | 39.7 |
| Toplam | 184 | 100 |

Ankete katılanların cinsiyetlerine göre dağılımı Tablo 9'da verilmektedir. Ankete katılanların %100'ünü kadınlar oluşturmaktadır.

Tablo 9. Örneklem Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı

| Cinsiyet | Sayı | % |
|---------------|------------|------------|
| Kadın | 184 | 100 |
| Toplam | 184 | 100 |

Ankete katılan hemşirelerin %1.1'inin 6 aydan az, %2.7'sinin 6-11 ay, %6'sının 1-2 yıl, %51.1'inin 3-7 yıl, %28.3'ünün 8-12 yıl, %10.3'ünün ise 13-20 yıl arasında değişen meslekte çalışma sürelerine sahip oldukları görülmektedir (Tablo 10).

Tablo 10. Örneklemde Meslekte Çalışma Yılı Değişkenine Göre Dağılımı

| Meslekte çalışma yılı | Sayı | % |
|-----------------------|------------|------------|
| 6 aydan az | 2 | 1.1 |
| 6-11 ay | 5 | 2.7 |
| 1-2 yıl | 11 | 6.0 |
| 3-7 yıl | 94 | 51.4 |
| 8-12 yıl | 52 | 28.4 |
| 13-20 yıl | 19 | 10.4 |
| Toplam | 183 | 100 |

Ankete katılan hemşirelerin %45.1'inin 49 saat ve daha az bir çalışma süresine, %54.3'ünün ise 50 saat ve daha fazla çalışma süresine sahip oldukları görülmektedir (Tablo 11).

Tablo 11. Örneklemde Haftalık Çalışma Süresi Değişkenine Göre Dağılımı

| Haftalık çalışma süresi | Sayı | % |
|-------------------------|------------|------------|
| 49 saat ve daha az | 83 | 45.4 |
| 50 saat ve daha fazla | 100 | 54.6 |
| Toplam | 183 | 100 |

Faktör Analizi Sonuçları

Anketin yönetimin hasta güvenliği açısından alması gereken önlemlere yönelik 2. bölüm sorularının Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.945 olarak bulunmuştur. Alpha değeri 0 ile 1 arası değerler almakta ve kabul edilebilir bir Alpha katsayısının 0.7'den büyük olması istenmektedir (George ve Mallery, 2002: 231). Dolayısıyla bu anket çalışması arzulanan düzeyde bir iç tutarlılık katsayısına sahiptir.

Ankette hasta güvenliğini ölçmeye yönelik 27 soru yönetim ve liderlik, tedarik, personelin eğitimi ve güçlendirilmesi ana başlıkları altında sorulmuştur. Ancak ankette yer alan 2 soru (X5 ve X24) faktör yapısını bozduğu için analizden çıkartılmıştır. Anket çalışmasında yönetimin hasta güvenliği açısından alması gereken çok sayıda önlemleri olduğundan, bu önlemlerden daha az sayıda ortak değişkenler elde edebilmek için boyut indirgeme yöntemi olan faktör analizi kullanılmıştır. Verilen faktör analizine uygunluğu çeşitli ölçütlere göre belirlenebilmektedir. Çalışmada değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları, Barlett küresellik testi ve Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) uygunluk ölçütü ile araştırılmıştır. KMO ölçütü 1'e ne kadar yakınsa verilerin faktör analizi için o kadar uygun olduğunu göstermektedir. Barlett küresellik testi ve KMO uygunluk ölçütü sonuçları Tablo 12'de verilmiştir. Ayrıca KMO uygunluk ölçütü 0.923 olarak elde edilmiştir. Barlett ve KMO testleri sonucunda verilerin faktör analizi için uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 12. Barlett Küresellik ve KMO Uygunluk Testleri Sonuçları

| | |
|-----------------------------------|------------------|
| KMO Uygunluk Ölçütü | 0.923 |
| Bartlett Küresellik Testi | |
| χ^2 istatistiği [Anlamlılık] | 2867.735 [0.000] |

Faktör analizinde ikinci aşama türetilen uygun faktör sayısının belirlenmesidir. Faktör türetmede literatürde yaygın olarak kullanılan yöntem varyansa katılma yüzdesi 1'den büyük olan faktörlerin dikkate alınmasıdır. Bununla birlikte türetilen faktörlerin toplam değişkenliğin belirli bir yüzdesini açıklama yeteneğine sahip olması ve yorumlanabilirlik açısından uygun olması da gerekmektedir. Çalışmada tüm kriterler göz önünde bulundurularak elde edilen sonuçlar Tablo 13'te verilmiştir. Tablo 13'teki sonuçlara göre varyansa katılma yüzdesi birden büyük olan dört tane faktör elde edilmiş ve bu dört faktör toplam varyansın %63.993'ünü açıklama yeteneğine sahip olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu dört faktör için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları; birinci faktör için 0.929, ikinci faktör için 0.880, üçüncü faktör için 0.828 ve dördüncü faktör içinse 0.746 olarak bulunmuştur.

Tablo 13. Açıklanan Toplam Varyans

| Faktör | Başlangıç Özdeğerleri | | | Türetilen Kareli Ağırlıklar Toplamı | | | Çevrilmiş Kareli Ağırlıklar Toplamı | | |
|--------|-----------------------|-------------|---------------|-------------------------------------|-------------|---------------|-------------------------------------|-------------|---------------|
| | Toplam | Varyans (%) | Kümülatif (%) | Toplam | Varyans (%) | Kümülatif (%) | Toplam | Varyans (%) | Kümülatif (%) |
| 1 | 11.180 | 44.721 | 44.721 | 11.180 | 44.721 | 44.721 | 6.141 | 24.563 | 24.563 |
| 2 | 2.003 | 8.013 | 52.734 | 2.003 | 8.013 | 52.734 | 4.171 | 16.682 | 41.245 |
| 3 | 1.553 | 6.213 | 58.947 | 1.553 | 6.213 | 58.947 | 3.449 | 13.795 | 55.040 |
| 4 | 1.261 | 5.046 | 63.993 | 1.261 | 5.046 | 63.993 | 2.238 | 8.952 | 63.993 |
| 5 | 0.937 | 3.749 | 67.742 | | | | | | |
| 6 | 0.835 | 3.339 | 71.081 | | | | | | |
| 7 | 0.725 | 2.899 | 73.980 | | | | | | |
| 8 | 0.648 | 2.591 | 76.571 | | | | | | |
| 9 | 0.610 | 2.441 | 79.012 | | | | | | |
| 10 | 0.551 | 2.205 | 81.217 | | | | | | |
| 11 | 0.511 | 2.045 | 83.262 | | | | | | |
| . | . | . | | | | | | | |
| 25 | 0.106 | 0.424 | 100.000 | | | | | | |

Faktör yüklerinin yorumlanmasını basitleştirmek amacıyla varimax faktör rotasyon işlemi uygulanmış ve elde edilen faktörler ile faktör yükleri Tablo 14'te verilmiştir ve faktör yükü %30'dan büyük olan değişkenler gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre ilk faktör X20, X21, X15, X22, X6, X13, X23, X14, X19 ve X7 değişkenlerinden oluşmakta ve Yönetim ve Liderlik faktörü olarak adlandırılmaktadır. İkinci faktör ise X10, X12, X11, X16, X9, X18, X8 ve X17 değişkenlerinden oluşmakta ve Tedarik faktörü olarak adlandırılmaktadır. Üçüncü faktör ise X2, X3, X1 ve X4 değişkenlerinden oluşmakta ve Personel Eğitimi olarak adlandırılmaktadır. Dördüncü faktör ise X25, X26 ve X27 değişkenlerinden oluşmakta ve Personel Güçlendirme olarak adlandırılmaktadır.

Tablo 14. Dönüştürülmüş Faktör Matrisi

| | F1 | F2 | F3 | F4 |
|-----|--------------|--------------|--------------|--------------|
| X20 | 0.819 | 0.225 | 0.120 | 0.108 |
| X21 | 0.803 | 0.249 | 0.209 | 0.136 |
| X15 | 0.799 | 0.230 | 0.126 | -0.013 |
| X22 | 0.780 | 0.111 | 0.305 | 0.236 |
| X6 | 0.719 | 0.244 | 0.156 | 0.055 |
| X13 | 0.707 | 0.241 | 0.207 | 0.077 |
| X23 | 0.645 | 0.319 | 0.230 | 0.196 |
| X14 | 0.618 | 0.165 | 0.420 | 0.029 |
| X19 | 0.577 | 0.510 | 0.069 | 0.226 |
| X7 | 0.442 | 0.382 | 0.223 | 0.168 |
| X10 | -0.025 | 0.682 | 0.360 | 0.244 |
| X12 | 0.413 | 0.663 | 0.135 | -0.017 |
| X11 | 0.404 | 0.661 | 0.177 | -0.073 |
| X16 | 0.369 | 0.627 | 0.269 | 0.088 |
| X9 | 0.255 | 0.614 | 0.166 | 0.162 |
| X18 | 0.470 | 0.545 | 0.344 | 0.139 |
| X8 | 0.407 | 0.517 | -0.034 | 0.292 |
| X17 | 0.280 | 0.512 | 0.495 | 0.177 |
| X2 | 0.246 | 0.182 | 0.791 | 0.170 |
| X3 | 0.176 | 0.069 | 0.757 | 0.026 |
| X1 | 0.240 | 0.222 | 0.734 | 0.032 |
| X4 | 0.190 | 0.315 | 0.661 | 0.199 |
| X25 | 0.115 | -0.032 | 0.078 | 0.824 |
| X26 | 0.156 | 0.212 | 0.083 | 0.796 |
| X27 | 0.104 | 0.412 | 0.316 | 0.637 |

Demografik Değişkenler İtibarı İle Yönetimin Hasta Güvenliği Konusundaki Tutumunun Hemşireler Tarafından Algılanması

Hemşirelerin demografik özelliklerine göre yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumuna bakış açılarının farklı olup olmadığını ortaya çıkarmak için bağımsız t testi ve ANOVA yapılmıştır. Böylelikle hemşireler arasında farklı demografik özelliklere sahip olmanın yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumuna bakış açısını algılama konusunda bir farklılık yaratıp yaratmayacağı incelenebilecektir.

Hemşirelerin demografik özelliklerine göre yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumuna bakış açılarının farklılık gösterip göstermediği iki aşamada incelenecektir. Demografik özelliklerden; medeni durum ve haftalık çalışma süresi hariç diğer bütün demografik özellikler grup sayısı ikiden fazla değişken içerdiği için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) testi uygulanmıştır. Hemşirelerin medeni durumuna ve haftalık çalışma süresine göre yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumuna bakış açılarının farklılık gösterip göstermediğini ortaya çıkarmak içinse bağımsız t testi yapılmıştır. ANOVA ve t testi yapılırken gruplara ait ortalamaların varyanslarının eşit olup olmadığı Levene testi ile araştırılmıştır. Test sonucuna göre eğer gruplara ait ortalamaların varyansı eşit olarak bulunmadıysa, değişen varyans durumuna göre sonuçlar rapor edilmiştir.

Hemşirelerin yaş demografik özellikleri itibariyle yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumunu algılamaları arasındaki farklılıkları tespit etmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 15'te verilmiştir. Bu konuda dikkate alınacak hipotez ise aşağıdaki gibidir:

H₀: Yaşın; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.

H₁: Yaşın; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Tablo 15. Hemşirelerin Yaşı İle Yönetimin Hasta Güvenliği Konusundaki Tutumunu Algılamaları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Varyans Analizi Sonuçları

| | F-ist. | Anlamlılık |
|----------------------|--------|------------|
| Yönetim ve Liderlik | 1.023 | 0.361 |
| Tedarik | 0.735 | 0.481 |
| Personel Eğitimi | 0.075 | 0.928 |
| Personel Güçlendirme | 2.524 | 0.083 |

Anova testi sonucuna göre H₀ hipotezi kabul edilmekte, H₁ hipotezi ise red edilmektedir (p>0.05). Yapılan Tek Yönlü Anova sonucunda (0.05 anlamlılık düzeyinde), demografik özelliklerden yaşın; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Yapılan analiz sonucuna göre her yaş grubundaki hemşirelerin yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumunu (yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerini) aynı şekilde algıladıkları ve hemşirelerin yaş gruplarına göre algılarında bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Hemşirelerin birimde çalışma yılı demografik özellikleri itibariyle yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumunu algılamaları arasındaki farklılıkları tespit etmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 16'da verilmiştir. Bu konuda dikkate alınacak hipotez ise aşağıdaki gibidir:

H₀: Birimde çalışma yılının; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.

H₁: Birimde çalışma yılının; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Tablo 16. Hemşirelerin Birimde Çalışma Yılı İle Yönetimin Hasta Güvenliği Konusundaki Tutumunu Algılamaları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Varyans Analizi Sonuçları

| | F-ist. | Anlamlılık |
|----------------------|--------|------------|
| Yönetim ve Liderlik | 0.891 | 0.489 |
| Tedarik | 1.469 | 0.202 |
| Personel Eğitimi | 0.233 | 0.948 |
| Personel Güçlendirme | 0.899 | 0.483 |

Anova testi sonucuna göre H_0 hipotezi kabul edilmekte, H_1 hipotezi ise red edilmektedir ($p>0.05$). Yapılan Tek Yönlü Anova sonucunda (0.05 anlamlılık düzeyinde), demografik özelliklerden birimde çalışma yılının; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Yapılan analiz sonucuna göre hemşirelerin birimde çalışma yılı grupları açısından yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumunu (yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerini) aynı şekilde algıladıkları ve birimde çalışılan yılı gruplarına göre algılarında bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Hemşirelerin eğitim durumu demografik özellikleri itibariyle yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumunu algılamaları arasındaki farklılıkları tespit etmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 17’de verilmiştir. Bu konuda dikkate alınacak hipotez ise aşağıdaki gibidir:

H_0 : Eğitim durumunun; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.

H_1 : Eğitim durumunun; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Tablo 17. Hemşirelerin Eğitim Durumu İle Yönetimin Hasta Güvenliği Konusundaki Tutumunu Algılamaları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Varyans Analizi Sonuçları

| | F-ist. | Anlamlılık |
|----------------------|--------|------------|
| Yönetim ve Liderlik | 0.620 | 0.649 |
| Tedarik | 1.001 | 0.409 |
| Personel Eğitimi | 0.400 | 0.808 |
| Personel Güçlendirme | 2.188 | 0.072 |

Anova testi sonucuna göre H_0 hipotezi kabul edilmekte, H_1 hipotezi ise reddedilmektedir ($p>0.05$). Yapılan Tek Yönlü Anova sonucunda (0.05 anlamlılık düzeyinde), demografik özelliklerden eğitim durumunun; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Yapılan analiz sonucuna göre hemşirelerin eğitim durumu grupları açısından yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumunu (yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerini) aynı şekilde algıladıkları ve eğitim düzeyi gruplarına göre algılarında bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Hemşirelerin ünvan demografik özellikleri itibariyle yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumunu algılamaları arasındaki farklılıkları tespit etmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 18’de verilmiştir. Bu konuda dikkate alınacak hipotez ise aşağıdaki gibidir:

H₀: Unvanın; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.

H₁: Unvanın; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Tablo 18. Hemşirelerin Unvanı İle Yönetimin Hasta Güvenliği Konusundaki Tutumunu Algılamaları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Varyans Analizi Sonuçları

| | F-ist. | Anlamlılık |
|----------------------|--------|------------|
| Yönetim ve Liderlik | 0.853 | 0.467 |
| Tedarik | 0.898 | 0.444 |
| Personel Eğitimi | 0.701 | 0.553 |
| Personel Güçlendirme | 1.400 | 0.244 |

Anova testi sonucuna göre H₀ hipotezi kabul edilmekte, H₁ hipotezi ise red edilmektedir (p>0.05). Yapılan Tek Yönlü Anova sonucunda (0.05 anlamlılık düzeyinde), demografik özelliklerden ünvanın; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Yapılan analiz sonucuna göre hemşirelerin unvan grupları açısından yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumunu (yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerini) aynı şekilde algıladıkları ve unvan gruplarına göre algılarında bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Hemşirelerin çalıştığı birim demografik özellikleri itibariyle yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumunu algılamaları arasındaki farklılıkları tespit etmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 19’da verilmiştir. Bu konuda dikkate alınacak hipotez ise aşağıdaki gibidir:

H₀: Hemşirelerin çalıştığı birimin; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.

H₁: Hemşirelerin çalıştığı birimin; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Tablo 19. Hemşirelerin Çalıştıkları Birim İtibariyle Yönetimin Hasta Güvenliği Konusundaki Tutumunu Algılamaları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Varyans Analizi Sonuçları

| | F-ist. | Anlamlılık |
|----------------------|--------|------------|
| Yönetim ve Liderlik | 1.287 | 0.283 |
| Tedarik | 0.704 | 0.553 |
| Personel Eğitimi | 1.015 | 0.387 |
| Personel Güçlendirme | 0.103 | 0.958 |

Anova testi sonucuna göre H₀ hipotezi kabul edilmekte, H₁ hipotezi ise red edilmektedir (p>0.05). Yapılan Tek Yönlü Anova sonucunda (0.05 anlamlılık düzeyinde), demografik özelliklerden hemşirelerin çalıştığı birimin; yönetim ve

liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Yapılan analiz sonucuna göre hemşirelerin çalıştıkları birime ait gruplar açısından yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumunu (yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerini) aynı şekilde algıladıkları ve çalıştıkları birime ait gruplar açısından algılarında bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Hemşirelerin hastanede çalışma yılı demografik özellikleri itibariyle yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumunu algılamaları arasındaki farklılıkları tespit etmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 20’de verilmiştir. Bu konuda dikkate alınacak hipotez ise aşağıdaki gibidir:

H₀: Hastanede çalışma yılının; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.

H₁: Hastanede çalışma yılının; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Tablo 20. Hemşirelerin Hastanede Çalışma Yılı İle Yönetimin Hasta Güvenliği Konusundaki Tutumunu Algılamaları Arasındaki İlişiyi Gösteren Varyans Analizi Sonuçları

| | F-ist. | Anlamlılık |
|----------------------|--------|------------|
| Yönetim ve Liderlik | 1.415 | 0.221 |
| Tedarik | 3.393 | 0.006 |
| Personel Eğitimi | 0.387 | 0.857 |
| Personel Güçlendirme | 1.322 | 0.257 |

Anova testi sonucuna göre (0.05 anlamlılık düzeyinde), demografik özelliklerden hastanede çalışma yılının; yönetim ve liderlik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenirken, tedarik faktörüne bakış açıları üzerinde ise anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir.

Yapılan analiz sonucu hemşirelerin hastanede çalışma yılı gruplarına göre sadece tedarik faktörü açısından algı farkının olduğunu göstermektedir. Bu sonuç yönetimin hasta güvenliği konusunda hemşireler tarafından algılanan öncelikli görevinin tedarik faktörü olduğunu göstermektedir. Tedarik faktörüne bakış açısı ise hemşirelerin çalışma yılı gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Hemşirelerin meslekte çalışma yılı demografik özellikleri itibariyle yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumunu algılamaları arasındaki farklılıkları tespit etmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 21’de verilmiştir. Bu konuda dikkate alınacak hipotez ise aşağıdaki gibidir:

H₀: Meslekte çalışma yılının; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.

H₁: Meslekte çalışma yılının; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Tablo 21. Hemşirelerin Meslekte Çalışma Yılı İle Yönetimin Hasta Güvenliği Konusundaki Tutumunu Algılamaları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Varyans Analizi Sonuçları

| | F-ist. | Anlamlılık |
|----------------------|--------|------------|
| Yönetim ve Liderlik | 1.636 | 0.153 |
| Tedarik | 1.298 | 0.267 |
| Personel Eğitimi | 0.510 | 0.769 |
| Personel Güçlendirme | 0.229 | 0.949 |

Anova testi sonucuna göre H₀ hipotezi kabul edilmekte, H₁ hipotezi ise red edilmektedir (p>0.05). Yapılan Tek Yönlü Anova sonucunda (0.05 anlamlılık düzeyinde), demografik özelliklerden hemşirelerin meslekte çalışma yılının; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Yapılan analiz sonucuna göre hemşirelerin meslekte çalışma yılına ait gruplar açısından yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumunu (yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerini) aynı şekilde algıladıkları ve meslekte çalışma yılı grupları açısından algılarında bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Hemşirelerin medeni durum demografik özellikleri itibarıyla yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumunu algılamaları arasındaki farklılıkları tespit etmek amacıyla T testi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 22 'de verilmiştir. Bu konuda dikkate alınacak hipotez ise aşağıdaki gibidir:

H₀: Medeni durumun; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.

H₁: Medeni durumun; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Tablo 22. Hemşirelerin Medeni Durumu İle Yönetimin Hasta Güvenliği Konusundaki Tutumunu Algılamaları Arasındaki İlişkiyi Gösteren T Testi Sonuçları

| Faktörler | Gruplar | N | \bar{X} | Std. Sapma | t | Anlamlılık |
|----------------------|---------------------|-----|-----------|------------|--------|------------|
| Yönetim ve Liderlik | Evli | 111 | 0.064 | 0.955 | 1.088 | 0.278 |
| | Bekar/ Boşanmış/Dul | 73 | -0.098 | 1.063 | | |
| Tedarik | Evli | 111 | 0.063 | 0.934 | 1.065 | 0.288 |
| | Bekar/ Boşanmış/Dul | 73 | -0.096 | 1.091 | | |
| Personel Eğitimi | Evli | 111 | -0.062 | 1.056 | -1.044 | 0.298 |
| | Bekar/ Boşanmış/Dul | 73 | 0.094 | 0.905 | | |
| Personel Güçlendirme | Evli | 111 | -0.066 | 1.098 | -1.117 | 0.266 |
| | Bekar/ Boşanmış/Dul | 73 | 0.101 | 0.825 | | |

T testi sonucuna göre H_0 hipotezi kabul edilmekte, H_1 hipotezi ise red edilmektedir ($p>0.05$). Yapılan T testi sonucunda (0.05 anlamlılık düzeyinde), demografik özelliklerden; medeni durumun yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Yapılan analiz sonucuna göre hemşirelerin medeni durum grupları açısından yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumunu (yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerini) aynı şekilde algıladıkları ve medeni durum grupları açısından algılarında bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Hemşirelerin haftalık çalışma süresi demografik özellikleri itibarıyla yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumunu algılamaları arasındaki farklılıkları tespit etmek amacıyla T testi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 23'de verilmiştir. Bu konuda dikkate alınacak hipotez ise aşağıdaki gibidir:

H₀: Hemşirelerin haftalık çalışma süresinin; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.

H₁: Hemşirelerin haftalık çalışma süresinin; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Tablo 23. Hemşirelerin Haftalık Çalışma Süresi İle Yönetimin Hasta Güvenliği Konusundaki Tutumunu Algılamaları Arasındaki İlişkiyi Gösteren T Testi Sonuçları

| Faktörler | Gruplar | N | \bar{X} | Std. Sapma | t | Anlamlılık |
|----------------------|-----------------------|-----|-----------|------------|-------|------------|
| Yönetim ve Liderlik | 49 saat ve daha az | 83 | 0.092 | 0.909 | 1.221 | 0.224 |
| | 50 saat ve daha fazla | 100 | -0.085 | 1.067 | | |
| Tedarik | 49 saat ve daha az | 83 | 0.077 | 0.898 | 0.977 | 0.330 |
| | 50 saat ve daha fazla | 100 | -0.067 | 1.081 | | |
| Personel Eğitimi | 49 saat ve daha az | 83 | 0.009 | 1.078 | 0.131 | 0.896 |
| | 50 saat ve daha fazla | 100 | -0.009 | 0.940 | | |
| Personel Güçlendirme | 49 saat ve daha az | 83 | 0.154 | 0.890 | 1.912 | 0.057 |
| | 50 saat ve daha fazla | 100 | -0.128 | 1.074 | | |

T testi sonucuna göre H_0 hipotezi kabul edilmekte, H_1 hipotezi ise red edilmektedir ($p>0.05$). Yapılan T testi sonucunda (0.05 anlamlılık düzeyinde), demografik özelliklerden; haftalık çalışma süresinin yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerine bakış açıları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Yapılan analiz sonucuna göre hemşirelerin haftalık çalışma süresi grupları açısından yönetimin hasta güvenliği konusundaki tutumunu (yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesi faktörlerini) aynı şekilde algıladıkları ve haftalık çalışma süresi grupları açısından algılarında bir farklılık olmadığı görülmektedir.

SONUÇ

Günümüzde sağlık sektörü, hasta güvenliği açısından yöneticisinden hemşiresine, hemşiresinden doktoruna kadar birçok paydaşlarla uyum içerisinde çalışmayı gerektirmektedir. Hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak hasta güvenliğinin temel amacını oluşturmaktadır. Hasta güvenliğinde temel amaç hastaların fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz etkilenmelerinin önüne geçmektir. Hasta güvenliğinin sağlanmasında birçok faktör etkili olmaktadır. Bunlardan biri de yönetim faktörüdür. Yönetim, hasta güvenliğini için acil duruma hazır olma, tehlikeli atıklar, enfeksiyon kontrolü sağlamak amacıyla kimyasal temizlik, iş kazaları ve radyasyon kontrolü vb. birçok programı uygulamakta ve yönetmektedir.

Her yıl tıbbi hatalar nedeniyle milyonlarca insanın olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir. Hasta güvenliği açısından hemşirelik hizmetlerinde en sık karşılaşılan hataların başında; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, yetersiz işlem, iletişim sorunları ve malzeme kullanımına bağlı hataların geldiği görülmektedir. Bu nedenle çalışmada hemşirelik hizmetleri sırasında ortaya çıkabilecek hataları Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi yönetiminin ortadan kaldırabilmesi için alması gereken önlemler dört faktör altında toplanmıştır. Bu faktörler; yönetim ve liderlik, tedarik, personel eğitimi ve güçlendirilmesiyle ilgili soruları içermektedir. Bu dört faktörün hasta güvenliği açısından pozitif bir katkısı olduğu görülmektedir. Bu faktörlerden hasta güvenliği açısından birinci derecede etkili olan faktörün tedarik faktörü olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu faktörlerden tedarik faktörünün hemşirelerin hastanede çalışma yılı demografik özelliğine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu durum hemşirelerin tedarik faktörüne bakış açısının hastanede çalışma yılı demografik özelliğine göre farklılık gösterdiğini ifade etmektedir. Çalışmada diğer demografik özelliklerden yaşın, birimde çalışma yılının, eğitim durumunun, unvanın, çalışılan birimin, medeni durumun, meslekte çalışma yılının ve haftalık çalışma süresinin hasta güvenliği üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

Özmen ve Başol (2010), hemşirelerin hastanede çalışma yıl sayısına baktıklarında hastanede daha uzun çalışan kişilerin hastaneyi daha güvenilir bulduklarını belirtmişlerdir. Özmen ve Başol (2010)'un çalışmasında belirtilen diğer demografik özelliklerden kişinin çalıştığı pozisyonun ve haftalık çalışma süresinin hasta güvenliğini algılama konusunda anlamlı bir fark yaratmadığını tespit etmişlerdir. Bu sonuçlar çalışma bulgularını destekler nitelikte olup, hasta güvenliği algısının hastanede çalışma yılına göre farklılık gösterdiğini belirtmektedir. Abdou ve Saber (2011) yaptıkları çalışmada hemşirelerin hasta güvenliğini algılama konusunda; yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, tecrübe ve pozisyona göre anlamlı bir fark olduğunu bulmuşlardır. Hassan ve Ahmed (2012) yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin; yaş, iş tecrübesi ve eğitim düzeyi gibi demografik özellikleri itibariyle hasta güvenliğini algılamaları konusunda önemli bir fark bulduklarını, medeni durum demografik özelliği itibariyle ise anlamlı bir fark bulamadıklarını belirtmişlerdir. Tabrizchi ve Sedaghat

(2012) ise meslekte çalışma yılı ve cinsiyet demografik değişkenleri itibariyle hemşirelerin hasta güvenliğini algılama konusunda anlamlı bir ilişkiye rastlamamışlardır. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında yabancı hemşirelerin yerli hemşirelere göre hasta güvenliği kültürünü ekonomik, teknolojik ve sosyo-kültürel alandaki farklılıklar nedeniyle daha farklı algıladıkları tespit edilmiştir.

Bu bulgular çalışmamızı destekler nitelikte olup literatür desteğiyle hazırlanan bu ölçeğin gelecek çalışmalar için daha da geliştirilerek kullanılması tavsiye edilmektedir. Tüm bunların yanı sıra hasta güvenliğini sağlamak için yönetimin alması gereken önlemlerin yanında siyasal iradenin de yönetime insan gücü ve finansal kaynak sağlaması gerekmektedir. Ayrıca hasta güvenliği kültürünü hastanede tesis edebilmek için karar yapımcıların ve yönetimin de sağlık personeli tarafından desteklenmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Abdou, A. H. ve Saber, K. M. (2011). A baseline assessment of patient safety culture among nurses at student university hospital. *World Journal of Medical Sciences*, 6 (1): 17-26.

Altındış, S. (2010). Bilgi yönetimi uygulamalarının hasta güvenliğine katkısı: kavramsal bir çerçeve. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15 (3): 325-352.

Byers, J. F. ve White, S. V. (2004). *Patient safety: principles and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Chowdhury, B. ve Khosla, R. (2007) "RFID-based hospital real-time patient management system" 6th IEEE/ACIS International Conference on Computer and Information Science, July 11-13, Melbourne.

Çırpı, F., Merih, Y. D. ve Kocabey, M. Y. (2009). Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2 (3): 26-34.

DPT (2001-2005). Sekizinci beş yıllık kalkınma planı. <http://www.dpt.gov.tr> (20.09.2012).

Dursun, S., Bayram, N. ve Aytaç, S. (2010). Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 8 (1): 1-14.

Emslie, S., Knox, K. ve Pickstone, M. (2003). *Improving patient safety: insights from American, Australian and British healthcare, 1st Edition*. United Kingdom: ECRI Europe for BMJ.

George, D. ve Mallery, P. (2002). *SPSS for Windows step by step a simple guide and reference 11.0 Update, 4th Edition*. U.S.A: Allyn & Bacon.

Halbach, L. J. ve Sullivan, L. (2003). *Medical errors and patient safety: a curriculum guide for teaching medical students and family practice residents, 3rd Edition*. New York: Medical College Department of Family Medicine New York Medical College.

Hassan, M. R. ve Ahmed, T. S. (2012). Patient safety assessing nurses' compliance. *Journal of American Science*, 8 (1): 748-755.

Joint Commission Resources (2009). *Patient safety essentials for health care, (5th Edition)*. U.S.A: Joint Commission Resources.

Keohane, A. C., Bane, A. D., Featherstone, E., Hayes, J., Woolf, S., Hurley, A., Bates, D. W., Gandhi, T. K. ve Poon, E. G. (2008). Quantifying nursing workflow in medication administration. *The Journal of Nursing Administration*, 38 (1): 19-26.

Özmen, S. ve Başol, O. (2010) "Hasta güvenliği kültürü: Bursa'da özel bir hastane uygulama örneği" II. Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 28 Nisan-1 Mayıs, Ankara.

Sanders, J. ve Cook, G. (2007). *ABC of patient safety, 1st Edition*. U.S.A: BMJ Books.

Sari, A. B. A., Sheldon, T. A., Cracknell, A. ve Turnbull, A. (2007). Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: Retrospective Patient Case Note Review. *BMJ*, 334 (7584): 79-82.

Tabrizchi, N. ve Sedaghat, M. (2010). The first study of patient safety culture in Iranian primary health centers. *Acta Medica Iranica*, 50 (7): 505-510.

Türkmen, E., Baykal, Ü., Seren, Ş. ve Altuntaş, S. (2011). Hasta güvenliği kültürü ölçeği'nin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (4): 38-46.

World Health Organization (2004). *World alliance for patient safety*. http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf (07. 05. 2012).

Yalçın, Ş. ve Acar, A. (2010) "Avrupa Birliği ülkelerinde hasta güvenliği ve güvenli hastane ilişkisi" II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 28 Nisan-1 Mayıs, Ankara.

Youngberg, J. B. ve Hatlie, M. J. (2004). *The patient safety handbook*. U.S.A: Jones & Bartlett Learning.

Zakari, M. A. N. (2011). Attitude of academic ambulatory nurses toward patient safety culture in Saudi Arabia. *Life Science Journal*, 8 (3): 230-237.

EK: ANKET**S-1) Yaşınız?**

30'dan az 30-34 35-39 40-44 45 ve daha fazla

S-2) Medeni Durumunuz?

Evli Bekar Dul/Boşanmış

S-3) Cinsiyetiniz?

Bayan Bay

S-4) Eğitim Düzeyiniz?

Sağlık Meslek Lisesi Önlisans Lisans Yüksek Lisans Doktora

S-5) Unvanınız?

Başhemşire Başhemşire Yardımcısı Sorumlu Hemşire Servis Hemşiresi

S-6) Çalıştığınız Birim

Yoğun Bakım Dahili Birimler Cerrahi Birimler Yönetim ve Diğer

S-7) Meslekte Çalışma Yılıınız?

6 aydan az 6-11 ay 1-2 yıl 3-7 yıl 8-12 yıl 13-20 yıl 21 yıl ve daha fazla

S-8) Hastanede Çalışma Yılıınız?

6 aydan az 6-11 ay 1-2 yıl 3-7 yıl 8-12 yıl 13-20 yıl 21 yıl ve daha fazla

S-9) Birimde Çalışma Yılıınız?

6 aydan az 6-11 ay 1-2 yıl 3-7 yıl 8-12 yıl 13-20 yıl 21 yıl ve daha fazla

S-10) Haftalık Çalışma Süreniz?

49 saat ve daha az 50 saat ve daha fazla

| Yargılar | Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Tamamen Katılıyorum |
|--|-------------------------|--------------|------------|-------------|---------------------|
| Yönetimin öncelikleri arasında hasta güvenliği gelir. | | | | | |
| Yönetim hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinden ve yaygınlaştırılmasından sorumludur. | | | | | |
| Yönetim hizmet içi eğitimlerle personelin hasta güvenliği konusundaki farkındalıklarını ve niteliklerini artırarak yanlış davranışların düzeltilmesini sağlar. | | | | | |
| Yönetim ilaç uygulama hatalarıyla ilgili (isim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alır. | | | | | |
| Yönetim hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlar. | | | | | |
| Yönetim çalışanların kurumdan ayrılmalarını azaltıcı önlemler alır. | | | | | |
| Yönetim hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda bunların giderilmesine (özür dileme ve tazminat ödeme) çalışır. | | | | | |
| Yönetim doğru teşhis, tedavi ve hasta değerlendirmesi süreçlerinde gereksinim duyulan tüm laboratuvar testlerini ve görüntüleme hizmetlerini modern cihazlar ile sağlar. | | | | | |
| Yönetim hasta güvenliği açısından tüm tıbbi cihazların periyodik kontrollerini, bakımlarını ve kalibrasyonunu yetkili firmalara yaptırır. | | | | | |
| Yönetim hastaları enfeksiyon risklerine karşı korumak amacıyla atıkların toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birime teslim edilmesinden sorumludur. | | | | | |
| Yönetim hasta güvenliği açısından tüm personeli afet (deprem, yangın ve sel) konusunda eğitir ve gerekli tüm cihazları hastanede bulundurur. | | | | | |
| Yönetim hasta güvenliği açısından hastaların hastaneye ulaşmasını ya da tahliyesini sağlayacak araçları hastanede hazır bulundurur. | | | | | |
| Yönetim hasta güvenliği açısından 24 saat esasına dayalı olarak görev yapabilecek nitelikte ve sayıda vardiyalı personel bulundurur. | | | | | |
| Yönetim tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verir. | | | | | |
| Yönetim hasta güvenliği açısından tüm çalışanları 12 saatten fazla çalıştırmaz. | | | | | |
| Yönetim hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi ve dışı kıyaslamalarda bulunur. | | | | | |
| Yönetim hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreçlerini kullanır. | | | | | |
| Yönetim hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik önerileri dikkate alır. | | | | | |
| Yönetim yeni teknoloji ve ekipmanları hastaneye alır ve bu ekipmanların kullanımı konusunda çalışanların eğitimini sağlar. | | | | | |
| Yönetim hasta güvenliği açısından hastaların ve personelin ayırıcı muameleyle maruz kalmasını önler. | | | | | |
| Yönetim hasta güvenliği açısından hastaların ve personelin fiziksel saldırı ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik önlemlerini alır. | | | | | |
| Yönetim hataların kişilerden değil, sistemden kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder. | | | | | |
| Yönetim hastanenin fiziksel yapısının tasarlanmasında, mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde hasta güvenliği kriterini göz önünde bulundurur. | | | | | |
| Yönetim hasta güvenliği için iyi bir maliyet yönetim sistemi kurar. | | | | | |
| Yönetim hasta güvenliği için başarılı uygulamaları teşvik eder, kötü uygulamaları ise cezalandırır. | | | | | |
| Yönetim hasta güvenliği için kurumda açık iletişimi teşvik eder. | | | | | |
| Yönetim personele hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devreder. | | | | | |