

ARAŞTIRMA

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ*

Emine TÜRKMEN** Ülkü BAYKAL*** Şeyda SEREN****
Serap ALTUNTAŞ*****

Alınış Tarihi:14.12.2010

Kabul Tarihi:25.10.2011

ÖZET

Bu çalışma, hasta güvenliği kültürünü değerlendirmede kullanılacak bir ölçme aracı geliştirmek amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, etik kurul onayı ve izinler alındıktan sonra elden dağıtılıp toplanmış ve SPSS 17.00 ve LISREL programında değerlendirilmiştir.

Literatürden yararlanılarak oluşturulan ölçek taslağı kapsam geçerliği için 10 uzmanın görüşüne sunulmuş ve 15 kişilik bir hemşire grubuna pilot uygulama yapılmıştır. 51 maddelik ölçeğin madde-toplam puan korelasyonlarının $r=.46-.75$ arasında ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<.001$). Yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi yapılmış olup tüm maddelerin kendi boyutu ile olan faktör yüklerine denk düşen yol katsayıları .43 ile .82 arasında bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test korelasyon katsayısı yüksek olup ($r= .47$), t-testinde farkın anlamsız olduğu saptanmıştır. Ölçeğin toplam Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı .97, alt boyutların ise .83-.92 arasında değiştiği bulunmuştur. Çalışma sonucunda "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği"nin hemşirelik grubu için geçerli-güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik bakım yönetimi; hastane hemşirelik personeli; hemşirelik araştırması.

ABSTRACT

Development of Patient Safety Culture Scale

The aim of this methodological study was conducted to develop a reliable and valid measurement tool to assess patient safety culture. Data was gathered from 432 nurses and was evaluated by SPSS 17.00 and LISREL program. The scale were excluded after the scale was reviewed by 10 experts for the content validity and then pilot study was done on 15 nurses. It has been found that the correlation coefficient was $r=.46-.75$. There is a statistically significant correlation between these results ($p<.001$). Factor loads of the items was found between .43 and .82. There is no significant difference between two separate applications of the scale in test-retest and correlation coefficient was high ($r= .47$). The Cronbach's Alfa correlation coefficient was found .97 of the total of the scale and .83-.92 of the subscales. The results of this study determined that the "Patient Safety Culture Scale" is valid and reliable and can be used in nursing group.

Keywords: Nursing care management; hospital nursing staff; nursing research.

GİRİŞ

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından 1999 yılında yayınlanan raporda, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında oluşan tıbbi hatalar ortaya konmuş; kaliteli bir sağlık hizmetinin sağlanması ve sürdürülmesinde vazgeçilmez unsurun hasta güvenliği olduğu bildirilmiştir. Bu rapora göre, ABD'de yılda 44000 ile 98000 kişinin tıbbi hatalardan dolayı öldüğü; tıbbi hatalara bağlı ölümlerin meme kanseri ve AIDS gibi hastalıkların önünde yer

aldığı belirtilmiştir (Kohn et al. 1999). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Ekim 2004'de yayınladığı raporda, hasta güvenliği sorununa dikkat çekmiş; Avustralya, Kanada ve İngiltere gibi ülkelerde de hastaların benzer şekilde tıbbi hatalar ile karşı karşıya kaldıklarını bildirmiştir. Ayrıca, gelişmekte olan ülkelerde tıbbi hataların ya da hasta güvenliği sorununun beklenenden fazla olduğunu ileri sürmüş, bu hataların kişilerden çok sistemden kaynaklandığını belirtmiş ve tüm üye ülkelerin bu konuda strateji

* Bu çalışma, 3-6 Haziran 2010 tarihleri arasında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi tarafından düzenlenen "Hasta Bakımı ve Hasta Güvenliği Kongresi"nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

** Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (Yard. Doç. Dr.)

*** İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (Doç. Dr.)

****Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (Doç. Dr.)

***** Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. (Yard. Doç. Dr.) e-mail:serap342002@yahoo.com

geliştirmesi gerektiğini vurgulamıştır (WHO 2004). Ülkemizde, 1990'lı yıllarda başlayan sağlıkta reform hareketleri ile birlikte 2000'li yıllarda sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi çalışmaları hızlanmış (Akdağ 2007); birkaç özel hastane tarafından başlatılan kalite ve akreditasyon çalışmaları hem özel hem de kamu sektöründe yaygınlaşmaya başlamış ve hasta güvenliği kavramı hemşire, hekim ve diğer tüm sağlık çalışanları tarafından tartışılmaya başlanmıştır.

Tıbbi hata “planlanan bir eylemin tamamlanmaması ve istenilen şekilde sonuçlanmaması veya bir amaca ulaşırken yanlış bir planlama yapılması” şeklinde tanımlanmaktadır (Kohn et al. 1999). Tıbbi hataların kök nedenleri incelendiğinde, hataların kişilerden çok organizasyon yapısı, teknik altyapı ve insan gücü yetersizliği gibi sistemle ilgili sorunlardan kaynaklandığı belirlenmiştir (Kohn et al. 1999, Pizzi et al. 2001). ABD’de Sağlık Bakım Araştırma ve Kalite Ajansı 2003 ve WHO 2004 raporlarında, kaliteli ve güvenli bir hizmetin sağlanması için gerekli stratejilere değinilmiştir. Bu stratejiler içinde; hasta güvenliğinin kurumun bütününe yönelik bir sorumluluk olduğu, hastane yöneticilerinin bu konuya öncelik vermesi ve konuyu kapsamlı ele alması, kurumda kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaştırılması ve yerleştirilmesi, kurum içi eğitimin artırılarak mesleki uygulamaların iyileştirilmesi, hataların araştırılması ile ilgili süreçlerin belirlenmesi, elektronik kayıt sisteminden yararlanılması, tüm yönetici ve çalışanlar ile birlikte hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasının çok önemli olduğu vurgulanmıştır (WHO 2004, <http://archive.ahrq.gov/qual/nhqr03/nhqr2003.pdf>) WHO 2004 raporunda, ABD, Kanada, Avustralya, İngiltere, Yeni Zelanda ve Danimarka’da yapılan çalışmalarda, tıbbi hata görülme sıklığının %3.2 ile 16.6 arasında olduğu; dünyada yaklaşık her 10 hastadan birinin tıbbi bakım sırasında herhangi bir nedenle yapılan hatadan ciddi şekilde etkilendiği; tıbbi hataların %14’ünün ölümlerle, %70’inin ise hastanın yaşamında kısıtlılık oluşturacak sakatlıklarla sonuçlandığı belirtilmiştir (WHO 2004). Ülkemizde, tıbbi hatalar ve hasta güvenliği ile ilgili retrospektif olarak hasta kayıtlarından incelenerek yapılmış ulusal sonuçları yansıtan çalışmalar yoktur. Ancak, sağlık ekibi üyelerinin hasta güvenliği ile ilgili bilgilerini değerlendiren, hatalarla ilgili görüş ve deneyimlerini yansıtan çalışmalar

bulunmaktadır (Çırpı ve ark. 2009, Ertem ve ark. 2009, Gökdoğan ve Yorgun 2010, Özata ve Altuncan 2010). Diğer yandan, bu çalışmalarda elde edilen sonuçların da çok sağlıklı veriler olmadığı; ülkemizde sağlık kurumlarında henüz hasta güvenliği kültürünün yerleşmediği, etkin bir hata raporlama sisteminin olmadığı ve hataların gizlendiği belirtilmektedir. Dolayısıyla, öncelikle hasta güvenliği kültürü ve etkin bir hata bildirim sistemi oluşturulmadan, kayıtlar üzerinden yapılacak retrospektif çalışmalarla da sağlıklı sonuçlar elde edilemeyeceği vurgulanmaktadır (Özata ve Altuncan 2010).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için öncelikle, yüksek riskli ve hata oluşturabilecek aktivitelerin belirlenmesi, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve kişilerin cezalandırılmadığı açık bir iletişim ortamının yaratılması, olay raporlama sistemlerinin kişiyi cezalandırıcı yaklaşımlardan (suçlama kültüründen) uzak, olayın gerçek nedenini belirlemeye ve sistemi iyileştirmeye yönelik ele alınması, riske açık uygulamalarda her düzeyde çözümlerin üretilebiliyor olması, hasta güvenliği konusunda kurumun kaynak ayırması gerekmektedir (Akalin 2004, Pizzi et al. 2001). Ayrıca, olumlu hasta güvenliği kültüründe olması gereken açık iletişimin sadece sağlık çalışanları ve yöneticileri arasında değil, hastalar ve onların aileleriyle de olması gerektiği belirtilmektedir (Akgün ve Al-Assaf 2007). Hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olabilmesi için liderlerin konuya sahiplenmesi çok önemlidir. Hasta güvenliği kültürünün yerleştirilebilmesi ve iyileştirilebilmesi için tüm çalışanların hasta güvenliği ile ilgili algı ve tutumlarının ölçülmesi (kültür surveyi) ve bu ölçümlerin aralıklarla tekrar yapılması önerilmektedir (Akalin 2004, Pizzi et al. 2001). Ölçümlerden elde edilen sonuçlar, yönetici ve liderlere, hasta güvenliği ile ilgili çalışanların kaygıları ve kalite ile ilgili iyileştirme yapılacak alanları belirlemede çok yararlı bilgiler vermektedir. Ayrıca, bu sonuçlar diğer kurumlarla yapılacak karşılaştırmalarda da kullanılabilir (Pizzi et al. 2001, Singla et al. 2006).

Singla ve arkadaşları (2006) tarafından hasta güvenliği kültürü ölçmeye yönelik araçların irdelendiği makalede, 13 tane ölçme aracı değerlendirilmiş; bu araçların her birinin içerik, soru sayısı, araç geliştirme süreci ve uygulama yapılacak hedef kitle yönünden

farklılıklar gösterdiği belirtilmiştir. Ayrıca, bu ölçme araçlarında bazı sınırlılıkların olduğu ve konu ile ilgili daha fazla çalışmalara gereksinim olduğu bildirilmiştir (Singla et al. 2006). Konu ile ilgili ulusal literatür tarandığında ise hasta güvenliği kültürü ile ilgili gerçek çıktıları öngörmede veya sonuçları en iyi şekilde analiz etme ve yorumlamada sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır.

Hemşirelerin, hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesinde hastaya olan yakınlıkları, bakım faaliyetlerini 24 saat yürütmedeki etkinlikleri açısından ayrı bir önemi bulunmaktadır. Hastanın güvenli bir ortamda ihmal ve her türlü zarar verici uygulamadan korunarak bakım görmesi temel hasta haklarından biridir. Hemşireler hizmet sundukları her ortamda, olası tehlikelerden hastalarını korumak, hastaya uygulanacak işlem ve tedavilerin istenmeyen sonuçlarını önleme veya en aza indirmekten sorumludurlar. Hemşirelerin bu sorumluluklarını yerine getirebilmesi için hasta güvenliğini bozan çok boyutlu etmenlere karşı dikkatli olmaları, hastalarını kapsamlı şekilde değerlendirmeleri ve bireysel bakım uygulamalarında hasta güvenliğini koruma ve geliştirmeye özen göstermeleri gerekmektedir (Türk ve Eşer 2007). Bu bağlamda, hemşirelerin sağlık bakım ekibinin hem sayısal hem de verdiği hizmet içeriği açısından önemli bir meslek grubunu oluşturması nedeniyle bu çalışmada; hastanelerdeki hasta güvenliği kültürünü değerlendirmek üzere bir ölçek geliştirilmesi planlanmıştır.

AMAÇ

Bu çalışma, hasta güvenliği kültürünü ölçmek üzere geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmek amacıyla, metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Örneklem

Araştırma, kalite belgesi almış; 3 Sağlık Bakanlığı, 2 özel, 1 üniversite hastanesi olmak üzere toplam 6 hastanede gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, tüm servislerde en az bir yıl ve üzerinde görev yapılması örneklem seçim kriteri olarak dikkate alınmış ve örnekleme alınacak hemşire sayısının belirlenmesinde taslak ölçeğin madde sayısı (83) esas alınarak en az beş katı hesabıyla 415 hemşireye ulaşılması hedeflenmiştir. Bu sayıya ulaşmak amacıyla her

hastane grubundan 200 hemşireye veri toplama aracı dağıtılmış ve eksiksiz dolduran 432 kişi üzerinden istatistiksel analizler yapılmıştır. Araştırmada, geri dönüş oranı %72 bulunmuştur.

Ayrıca, test-tekrar test uygulaması için belirlenen hastanelerde görev yapan hemşirelerden basit rastgele örnekleme yöntemiyle 67 kişi ilave olarak belirlenmiş; birinci ve ikinci uygulama sonucunda ölçüğü eksiksiz dolduran ve eşleştirilen 55 kişinin verisi analiz edilmiştir. Eşleştirilen anketlerin yanıtlanma oranı %82 olarak bulunmuştur.

Veri Toplama Aracı

Araştırma verilerini toplamak üzere, araştırmacılar tarafından literatürden (Frankel 2006, Manno et al. 2006, Tütüncü ve Küçükusta 2006, Tütüncü ve ark. 2007, http://www.ecri.org/Documents/Patient_Safety_Center/HRC_SAQ3.pdf (Erişim tarihi 21.04.2008) yararlanılarak geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket formu iki kısımdan oluşmaktadır; birinci kısımda katılımcıların kişisel bilgilerini belirlemeye yönelik 10 soru bulunurken; ikinci kısımda hastanelerde hasta güvenliği kültürünü belirlemeye yönelik olarak oluşturulan “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ)” taslağı bulunmaktadır. Toplam 83 maddeden oluşan taslak ölçek; yönetim ve liderlik (36 madde), çalışan davranışı (20 madde), beklenmedik olay ve hata raporlama (7 madde), çalışanların eğitimi (7 madde) ve bakım ortamı (13 madde) olmak üzere beş alt boyutta tasarlanmıştır. Taslak ölçek, dördümlü likert tipi ve “1. tamamen katılmıyorum”, “2. katılmıyorum”, “3. katılıyorum”, “4. tamamen katılıyorum” şeklindedir.

Ölçek puanının hesaplanmasında; alt boyutlarda yer alan madde puanları toplanıp elde edilen toplam sayı madde sayısına bölünmekte ve 1-4 arasında her bir alt boyutun ortalama puanı elde edilmektedir. Toplam ölçek puanının hesaplanmasında ise 5 alt boyutun ortalama puanı toplanmakta ve 5’e bölünerek 1-4 arasında ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçek puanının yorumlanmasında ise “puan ortalamasının 4’e doğru yükselmesi, olumlu hasta güvenliği kültürünü”, “1’e doğru azalması, olumsuz hasta güvenliği kültürü”nün varlığını göstermektedir.

Verilerin Toplanması

Araştırma için öncelikle etik kurul onayı ve ilgili kurumlardan resmi izinler alınmıştır. Araştırmacılar tarafından kurumlarla ön görüşmeler yapılarak, kurum yöneticilerinin

belirlediği günlerde veri toplama aracı hemşirelerle tek tek görüşülerek dağıtılmış ve yaklaşık bir hafta sonra tekrar gidilerek, elden toplanmıştır. Ayrıca 67 hemşire üzerinde yapılan test-tekrar test uygulamasında verilerin eşleştirilebilmesi için hemşirelerden isim veya rumuz yazmaları istenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin gerekli istatistiksel analizler SPSS 17.0 ve LISREL programında yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği, madde-toplam puan korelasyonları (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon), Cronbach's Alfa katsayısı, bağımlı gruplarda t testi ile test-tekrar test uyum korelasyonu (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu); yapı geçerliği ise doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Literatürde herhangi bir alanda, o alanla ilgili davranışları, tutumları vb. ölçmek için geliştirilen ölçme araçlarının geçerlik ve güvenilirliğinin saptanması ve geçerlik ve güvenilirliğinin yeterli olduğundan emin olunması gerektiği vurgulanmaktadır (Erkuş 2003).

Geçerlik sınavının amacı, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı/davranışı temsil edip etmediğinin bir uzman grubu tarafından incelenerek anlamlı maddelerden oluşan bütünü oluşturmaktır. Uzmanların önerileri ve eleştirileri doğrultusunda ölçek yeniden yapılandırılmaktadır. İçerik-kapsam geçerliliğini saptama özellikle ölçek geliştirme çalışmalarında yapılması gereken önemli bir aşama olarak kabul edilmektedir (Büyüköztürk 2006, Erefe 2002, Gözüm ve Aksayan 2003, Karasar 2000).

Kapsam (içerik) Geçerliği

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin madde havuzu, kapsam geçerliği açısından değerlendirilmek üzere 10 uzmanın görüşüne sunulmuş; kendilerinden maddelerin konuya uygunluğunu ve anlaşılabilirliğini değerlendirmeleri istenmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinden sonra maddelerde gerekli ifade değişiklikleri yapılmış; içerik açısından 30 maddenin çıkarılmasına karar verilmiş ve madde sayısı 53 olarak analizlere alınmıştır. Taslak ölçek, örneklem grubuyla aynı özellikleri taşıyan 15 kişilik bir gruba pilot uygulama yapılarak ifadelerin anlaşılabilirliği tekrar test edilmiş ve alınan geribildirimlerde herhangi bir olumsuzluk

belirtilmediğinden, ölçek geliştirilenin diğer adımlarına geçilmesine karar verilmiştir

Madde-Toplam Puan Analizi

Ölçek geliştirme çalışmalarında taslak ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için yapılan testlerden biri madde istatistikleri olup, madde korelasyon katsayılarının yüksek olması gerektiği belirtilmektedir. Madde güvenilirliği olarak bilinen bu yöntemde amaç, her bir maddenin ölçek toplam puanına katkılarını değerlendirmek ve bütünüyle ne derece ilişkili olduğunu belirlemektir. Bu analizde elde edilen korelasyon katsayısı (r değeri) +1'e yaklaştıkça güvenilirliğin yüksek olduğu bildirilmektedir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi sınırın altında güvenilirliğinin yetersiz sayılacağı konusunda literatürde belirli bir standart değer belirtilmemektedir. Bazı kaynaklarda .50'den küçük katsayısı olan maddelerin güvenilirliğinden kuşku duyulması gerektiği, bazı kaynaklarda ise bu katsayının .30'un üzerinde olması gerektiği belirtilmekte, ancak çoğu araştırmacının .20'yi sınır değer aldığı ifade edilmektedir (Büyüköztürk 2006, Erkuş 2003, Gözüm ve Aksayan 2003). Bu bilgiler doğrultusunda, güvenilirlik ölçütünün araştırmanın amacına ve yapılan ölçmenin niteliğine göre değişebilir olduğu ve hangi test maddelerinin güvenilir ya da güvenilmez olduğuna araştırmacıların karar verdiği belirtilmektedir (Karasar 2000). Son kaynaklara göre ise korelasyon değeri .25'in altında olması halinde ölçekten çıkarılması önerilmekle birlikte bunun kesin bir kural olmadığı, madde çıkarıldığında alfa katsayısındaki değişime bakılarak karar verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Kalaycı 2005, Özdamar 2004).

HGKÖ'nin güvenilirliğini değerlendirmek üzere yapılan madde-toplam puan analizi sonucunda elde edilen korelasyon değerleri Tablo 1'de verilmiştir. Güvenirlik çalışması için 53 maddelik ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde, 7. (r=.30) ve 19. (r=.27) maddelerin korelasyon katsayısının .30 ve altında olduğu, diğer maddelerin korelasyon katsayılarının ise r=.46-.75 arasında ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu analiz sonucunda, korelasyon katsayısı .30 ve altında olan iki madde ölçekten çıkarılmış ve ölçek madde sayısı 51'e düşmüştür (p<.001; Tablo 1).

Tablo 1. HGKÖ Madde-Toplam Puan Korelasyonları ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (s=432)

Alt Boyut	Soru No	Maddeler	r	p	Faktör yükü
Yönetim ve Liderlik	1	Tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.	.55	.000	.61
	2	Sunulan tüm hizmetler, hasta güvenliği açısından değerlendirilir.	.65	.000	.71
	3	Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır.	.65	.000	.67
	4	Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır.	.64	.000	.71
	5	İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (İsim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır.	.59	.000	.66
	6	Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır.	.65	.000	.67
	7	Çalışanların, kurumdan ayrılmalarını azaltıcı önlemler alınır.	.30		
	8	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömoni oranları, düşmeler vb göstergelerden yararlanır.	.64	.000	.71
	9	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb göstergelerden yararlanır.	.65	.000	.72
	10	Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir.	.64	.000	.68
	11	Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate alınır.	.68	.000	.74
	12	Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.	.69	.000	.76
	13	Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme) çalışılır.	.64	.000	.63
	14	Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.	.64	.000	.66
	15	Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreci kullanılır.	.72	.000	.74
	16	Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.	.50	.000	.43
	17	Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.	.56	.000	.48
	18	Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.	.59	.000	.51
Çalışanların Eğitimi	39	Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir.	.73	.000	.77
	40	Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır.	.72	.000	.80
	41	Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.	.64	.000	.72
	42	Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay-hataları tanımlama ve raporlama süreçleri, vb) eğitimler düzenli olarak verilir.	.75	.000	.82
	43	Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.	.72	.000	.77
	44	Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.	.75	.000	.80
	45	Hasta güvenliği eğitim programlarında, isim vermeden gerçek olay raporlarından yararlanır.	.72	.000	.75
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	34	Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.	.63	.000	.66
	35	Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.	.69	.000	.73
	36	Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.	.57	.000	.60
	37	Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.	.74	.000	.78
	38	Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.	.71	.000	.73

Tablo 1 (Devam). HGKÖ Madde-Toplam Puan Korelasyonları ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (s=432)

Alt Boyut	Soru No	Maddeler	r	p	Faktör yükü
Bakım Ortamı	46	Kurumumuzun fiziksel yapısı, hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.	.68	.000	.73
	47	Mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde, hasta güvenliği kriterleri göz önüne alınır.	.70	.000	.79
	48	Kurumumuzun tümünde kullanılan malzeme, cihaz ve teknolojiler standardize edilmiştir.	.71	.000	.79
	49	Kurumumuzda tüm tıbbi kayıtlar elektronik ortamda tutulur.	.46	.000	.44
	50	Tıbbi malzeme ve ilaçlar için barkodlama sistemleri kullanılır.	.64	.000	.64
	51	Kurumumuzda kullanılan tüm alet ve ekipmanın bakımı (kalibrasyonu, ayarı) düzenli olarak yapılır.	.64	.000	.69
	52	Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır	.52	.000	.61
	53	Kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınır.	.63	.000	.69
	19	Çalışanlar, hasta güvenliğiyle ilgili kalite kriterlerini bilir.	.27		
Çalışan Davranışı	20	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir.	.63	.000	.66
	21	Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder.	.51	.000	.55
	22	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandırmada meslektaşları tarafından cesaretlendirilir.	.65	.000	.68
	23	Çalışanlar, hatalar oluştuğunda hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır.	.60	.000	.67
	24	Çalışanlar, hasta güvenliği konusundaki kurumsal hedefleri bilir.	.70	.000	.72
	25	Çalışanlar, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır.	.69	.000	.76
	26	Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır.	.61	.000	.66
	27	Çalışanlar, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır.	.63	.000	.70
	28	Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır.	.61	.000	.66
	29	Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır.	.62	.000	.65
	30	Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır.	.64	.000	.70
	31	Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır.	.55	.000	.59
	32	Tüm çalışanlar (tüm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (Güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme) katılır.	.66	.000	.67
	33	Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.	.59	.000	.55

Yapı Geçerliliği (Faktör Analizi)

Ölçek geliştirme çalışmalarında, yapı geçerliğinin incelenmesinde en sık kullanılan iki yöntemden biri doğrulayıcı faktör analizidir. (Erefe 2002, Gözüm ve Aksayan 2003). Faktör analizinde amaç, çok sayıdaki maddenin daha az sayıda faktörlerle ifade edilmesidir. Aynı faktörü ölçen maddeler bir araya gelerek çeşitli gruplar

oluşturmakta ve her faktör grubuna içinde bulunan maddelerin özelliğine göre bir faktör adı verilmektedir (Erefe 2002, Karasar 2000). HGKÖ'nün yapı geçerliğini belirlemek amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Araştırmacılar tarafından taslak ölçeğin faktörleri, madde içerikleri dikkate alınarak literatür doğrultusunda (Frankel 2006, Manno et

al. 2006, Tütüncü ve Küçükusta 2006, Tütüncü ve ark. 2007, http://www.ecri.org/Documents/Patient_Safety_Center/HRC_SAQ3.pdf (Erişim tarihi 21.04.2008) “yönetim ve liderlik”, “çalışan davranışı”, “beklenmedik olay ve hata raporlama”, “çalışanların eğitimi” ve “bakım ortamı” olmak üzere beş alt boyutta adlandırılmıştır. Ölçek maddelerinin uygun faktörler altında toplanıp toplanmadığını değerlendirmek üzere yapılan DFA sonucu elde edilen faktör yüklerinin .43 ile .82 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 1). Model uyum göstergeleri olan “*Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)*=.000, “*Non-Normed Fit Index (NNFI)*= .96, *PNFI*= .91, “*Comparative Fit Index (CFI)*= 1.00”, *RFI*= .95 olarak belirlenmiştir. Ayrıca $X^2 = 683.46$ ve $SD = 1214$ olarak saptanmıştır.

Örneklem sayısı 350 ve üzerinde araştırmalar için faktör yük değerinin .30 ve üzerinde olması gerektiği ve .50 ve üzerindeki değerlerin ise oldukça iyi olarak kabul edildiği belirtilmektedir (Kalaycı 2005). DFA’da değerlendirilen diğer model-veri uyum göstergelerinden RMSEA’nın anlamlı bulunması ($p < .001$), NNFI, NFI, CFI ve RFI’nin beklenen aralıklarda olması ise verilerin modele uygun olduğunu ve beş faktörlü yapıyı doğruladığını, ayrıca her bir alt boyuttaki maddelerin kendi faktörünü yeterince tanımladığını göstermiştir (Harrington 2009, Şimşek 2007).

Birinci düzey DFA sonucunda HGKÖ’nün alt boyutları arasındaki korelasyon katsayısı en düşük ikinci ve beşinci alt boyutlar arasında $r = .76$, $p = .000$, en yüksek ikinci ve üçüncü alt boyutlar arasında $r = .89$, $p = .000$, üçüncü ve dördüncü alt boyutlar arasında $r = .89$, $p = .000$, dördüncü ve beşinci alt boyutlar arasında $r = .89$, $p = .000$ belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Test-Tekrar Test Analizi

Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları Arasındaki Uyumluluk Durumunun Korelasyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Test-tekrar test güvenirliliği, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücünü ölçmekte olup güvenirlilik analizinde en sık kullanılan yöntemlerden biridir (Gözüm ve Aksayan 2003). Bu testte iki uygulama arasındaki zaman aralığının iki

haftadan az dört haftadan fazla olmaması ve örneklem grubunun en az 30 kişi olması gerektiği (Büyüköztürk 2006, Erefe 2002, Karasar 2000) ifade edilmektedir.

Hemşirelerden oluşan 67 kişiye, hasta güvenliği kültürü ölçeği taslağı iki hafta arayla tekrar uygulanmış ve ikinci uygulama sonunda 55 kişinin verileri eşleştirilebilmiştir. Taslak ölçeğin test-tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyumluluk durumunu belirlemek amacıyla korelasyon analizi (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu) yapılmış ve $r = .47$, $p = .000$ ($p < .001$) bulunmuştur.

Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın Bağımlı Gruplarda t-Testi İle Değerlendirilmesi

Test-tekrar test ölçümleri sonucu elde edilen puanlar arasında fark olup olmadığını belirlemek için “bağımlı gruplarda t-testi” uygulanmıştır. Hasta güvenliği kültürü ölçeği taslağının test-tekrar test puan ortalamaları karşılaştırıldığında, iki hafta ara ile uygulanan taslak ölçeğin iki ölçüm sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($t = .758$; $p = .452$) Test- tekrar test uygulamasında, bağımlı gruplarda t testi sonucunda fark olmaması ($p > .05$) ve korelasyon katsayılarında anlamlı ilişki olması ($p = 0.000$, $r = 0.47$) belli aralıklarla yapılan ölçümler arasında tutarlılık olduğunu göstermektedir.

İç Tutarlılık Analizi

Homojen bir yapıyı ölçtüğü varsayılan ve benzer maddelerden oluşan ölçme araçlarının tek bir uygulamaya ile güvenirliliğinin belirlenmesi, o ölçme aracının iç tutarlılığı hakkında bilgi vermektedir. Bir tek uygulamaya ile güvenirlilik belirlemede çeşitli teknik ve formüller geliştirilmiş olmakla birlikte likert tipi verilerde Cronbach’s Alfa katsayısının kullanılması gerektiği belirtilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003). HGKÖ’nin alt boyutlarının iç tutarlılığını belirlemek için yapılan Cronbach’s Alfa güvenirlilik katsayısı sonuçları Tablo 2’de gösterilmiştir. HGKÖ’nin toplam Cronbach’s Alfa güvenirlilik katsayısı .97; ölçek alt boyutlarının Cronbach’s Alfa katsayıları ise en yüksek “yönetim ve liderlik” ($\alpha = .92$), en düşük “beklenmedik olay ve hata raporlama” alt boyutuna ($\alpha = .83$) ait olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. HGKÖ Alt Boyutlarının Cronbach's Alfa Güvenirlilik Katsayıları (s=432)

HGKÖ Alt Boyutları	Cronbach's α
Yönetim ve liderlik	.92
Çalışan davranışı	.91
Beklenmedik olay ve hata raporlama	.83
Eğitim	.91
Bakım ve teknoloji	.86
Ölçek-toplam	.97

Cronbach's Alfa katsayısının $0.60 \leq \alpha < 0.80$ arasında oldukça güvenilir, $0.80 \leq \alpha < 1.00$ arasında ise yüksek derecede güvenilir olduğu ifade edilmektedir. Ölçeğin Cronbach's Alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa, bu ölçekteki maddelerin o ölçüde birbirleri ile tutarlı olduğu, likert tipi ölçeklerde yeterli olabilecek alfa katsayısının yüksek olmasının ölçme aracının güvenilirlik düzeyinin yüksek olduğunu ve güvenilir bir şekilde kullanılabileceğini

KAYNAKLAR

- Akalin HE.** Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz? ANKEM Dergisi 2004;18(Ek 2):12-13.
- Akdag R.** The Progress So Far: Health Transformation In Turkey. Ministry Of Health, Ankara 2007.p:19-24.
- Akgün S, Al-Assaf AF.** Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Kültürü Nasıl Oluşturabiliriz? Hastane Yönetimi Dergisi Ocak- Haziran 2007;11(1-2):1-8.
- Büyüköztürk Ş.** Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 6. Baskı, Pegem A Yayıncılık, Ankara 2006.
- Çırpı F, Doğan-Merih Y, Yaşar-Kocabey M.** Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi 2009;2(3):26-34.
- Erefe İ.** Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç Ve Yöntemleri. Erefe İ, Editör. Odak Ofset, İstanbul 2002.p.169-188.
- Erkuş A.** Psikometri Üzerine Yazılar. 1. Basım, Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:24, Ankara 2003.p.72-150.
- Ertem G, Oksel E, Akbıyık A.** Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) İle İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi 2009;84(1):1-10.
- Frankel AS.** Introduction. Strategies For Building A Hospitalwide Culture Of Safety. Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety Book, Joint Commission Resources, P.V-XVIII, Inc. USA., 2006.
- Gökdoğan F, Yorgun S.** Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;13(2):53-59.

gösterdiği belirtilmektedir (Büyüköztürk 2006, Kalaycı 2005, Özdamar 2004). Bu çalışmada elde edilen iç tutarlılık katsayısı (.97) ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermesi açısından oldukça anlamlıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, literatür desteği ve uzman görüşleri ile oluşturulan "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği"nin hemşirelik grubunda geçerlik – güvenilirlik çalışması yapılmış olup, hasta güvenliği kültürünü değerlendirmede geçerli-güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin, hemşire örnekleminde yapılacak benzer çalışmalarda geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabileceği; ancak diğer sağlık meslek üyeleri örnekleminde yapılacak çalışmalarda ise ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinin tekrar test edilerek kullanılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

- Gözüm S, Aksayan S.** Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler Ve Kültürler Arası Karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003;5(1):3-14.
- Harrington D.** Confirmatory Factor Analysis. Oxford University Press, Newyork, USA 2009.
- Kalaycı Ş.** SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Kalaycı Ş. Editör. 1. Baskı, Asil Yayın Dağıtım, Ankara 2005.
- Karasar N.** Bilimsel Araştırma Yöntemi, 10. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım A.Ş., Ankara 2000.p:147-148
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS.** To Err Is Human: Building A Safer Health System, Institute Of Medicine. National Academy Press, Washington. 2000.p.26-49
- Manno M, Hogan P, Heberlein V Et Al.** Patient-Safety, Survey Report. Nursing 2006;36(5):54-63.
- Özata M, Altuncan H.** Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri Ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi 2010;8(2):100-111.
- Özdamar K.** Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi I. Genişletilmiş 5. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir 2004.
- Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Promoting A Culture Of Safety. KG Shojania, BW Duncan, Mcdonald KM, Wachter RM (Eds).** In: Making Health Care Safer: A Critical Analysis Of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment, Number 43. AHRQ Publication O1-E058, Rockville 2001.

Singla AK, Kitch BT, Weissman JS, Campbell EG. Assessing Patient Safety Culture: A Review And Synthesis Of The Measurement Tools. Journal of Patient Safety 2006; 2(3):105-115.

Şimşek ÖF. Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları. Cem Web Ofset, Ankara 2007.

Türk G, Eşer İ. Hastane Ortamında Hasta Güvenliği Ve Hemşirelik Yaklaşımı. Hastane Yönetimi Dergisi Ocak-Haziran 2007;11(1-2):16-20.

Tütüncü Ö, Küçükusta D. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama. Hastane Yönetimi Dergisi 2006;10(2):61-68.

Tütüncü Ö, Küçükusta D, Yağcı K. Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2007;9(1):519-533.

World Health Organization (WHO) (2004) World Alliance For Patient Safety Forward Programme 2005 <http://archive.ahrq.gov/qual/nhqr03/nhqr2003.pdf> http://www.ecri.org/Documents/Patient_Safety_Center/HRC_SAQ30.pdf (Erişim tarihi 21.04.2008)