



**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI
HEKİMLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ
HAKKINDAKİ ALGILARININ BELİRLENMESİ**

MUSTAFA ERDEM

Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği Yüksek Lisans Programı Tezi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İzmir Ekonomi Üniversitesi

İzmir

2023

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI
HEKİMLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ
HAKKINDAKİ ALGILARININ BELİRLENMESİ**

MUSTAFA ERDEM

TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. İNCİM BEZİRCİOĞLU

İzmir Ekonomi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği Anabilim Dalı'na
Yüksek Lisans Tezi
olarak sunulmuştur.

İzmir

2023

ETİK BEYAN

Bu tezin tek yazarı olduğumu ve tezin planlanmasından savunulmasına kadar her aşamasında akademik kurallara ve etik davranışlara uygun olarak çalışmamı yürüttüğümü beyan ederim. Çalışmama özgü olmayan tüm fikir, bilgi ve bulgulara etik davranış kurallarının gerektirdiği şekilde atıf yaptığımı ve atıf yapılmayan her ifadenin bana ait olduğunu teyit ederim.

Mustafa Erdem

09/10/2023



ÖZET

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI HEKİMLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ HAKKINDAKİ ALGILARININ BELİRLENMESİ

ERDEM, Mustafa

Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. İncim BEZİRCİOĞLU

Eylül, 2023

Türkiye’deki Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında çalışan aile hekimlerinin hasta güvenliği kültürü hakkındaki algılarının belirlenmesi amacıyla araştırma yapılmıştır. AHRQ anketinin Türkçe uyarlaması yapılarak birinci basamakta görev yapan 22800 aile hekimine elektronik postayla iletilmiştir. Yanıtlayan 402 katılımcı çalışmaya alınmıştır. Birinci aşamada Türkçeye uyarlanan anketin geçerlik güvenilirliği, ikinci aşamada hekimlerinin hasta güvenliği kültürü hakkındaki algıları belirlenmiştir. Yapı geçerliği için KMO değeri 0,7, Bartlett’s değeri ise $\chi^2=4998,309$ $p<0,001$ bulunmuştur. İç Tutarlılık için yapılan faktör analizine göre ölçek 10 faktöre ayrılmış ve bu faktörler ölçeğin %60,5’ni açıklamaktadır. Güvenirlik için Cronbach Alpha değeri 0,89 olarak, testi yarılanarak değerlendirildiğinde ilk 30 soru için 0,79, son 29 soru için 0,90 bulunmuştur. Aile hekimlerinin yaş ortalaması $43,3\pm 8,2$ olup, %68,3’ü erkek, %31,7’si kadındır. Anketteki kalite ve hasta güvenliği sorunlarının listesi, örgütsel öğrenme, takım çalışması boyutlarını sırasıyla %83,9, %83,3, %81,1 en yüksek olarak olumlu yanıtlamışlardır. Katılımcıların %57,6 sı iş yükü ve hızı

boyutunu olumlu yanıtlamışlardır. Katılımcıların yaptıkları puanlamaya göre (1-5) ölçeğin genel puanlaması 4 olarak bulunmuştur. Kalite ve hasta güvenliği listesi boyutu ve diğer kuruluşlarla bilgi alışverişi boyutu en yüksek puanlanan (4,8 ve 4,49) boyutlardır. İş yükü ve hızı boyutu boyutlar arasında en düşük (2,69) puanlanmıştır. Boyutların ölçeğin genel puanına göre korelasyonuna bakıldığında pozitif yönde ve anlamlı düzeydedir. Sonuç olarak birinci basamak sağlık kuruluşları için hasta güvenliği kültürü anketinin geçerli ve güvenilir olduğu ve Türkiye'deki aile hekimlerinin hasta güvenliği kültürü hakkındaki algı düzeyleri yüksek olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Kalite, Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu, Aile Hekimi

ABSTRACT

DETERMINATION OF PATIENT SAFETY CULTURE PERCEPTIONS OF FAMILY PHYSICIANS WORKING IN PRIMARY HEALTH CARE INSTITUTIONS

ERDEM, Mustafa

Master's Program in Healthcare Quality and Patient Safety

Advisor: Prof. Dr. İncim BEZİRCİOĞLU

September, 2023

This study was determine the perceptions of family physicians working in Primary Health Care Organizations (PHCO) Turkey about patient safety culture (PSC). The AHRQ questionnaire was adapted into Turkish and sent to 22800 family physicians via e-mail. 402 participants were included in study. First stage, the validity and reliability of questionnaire adapted into Turkish was determined, and second stage, physicians' perceptions PSC were determined. For construct validity, KMO value was 0.7 and Bartlett's value was $\chi^2=4998.309$ $p<0.001$. According factor analysis for internal consistency, the scale was divided 10 factors and these factors explained 60.5% the scale. Cronbach Alpha value for reliability was 0.89, and when test was halved, 0.79 was found for first 30 questions and 0.90 for last 29 questions. Mean age of family physicians was 43.3 ± 8.2 years, 68.3% male, 31.7% female. The list of quality and patient safety issues, organizational learning, and teamwork dimensions questionnaire were answered positively by 83.9%, 83.3%, and 81.1% participants,

respectively. 57.6% of participants responded positively workload and pace dimension. According to participants' ratings (1-5), overall rating of scale was found to be 4. Quality and patient safety list dimension and exchange information with other organizations dimension highest rated dimensions (4.8 and 4.49). The workload and pace dimension was rated lowest (2.69) among dimensions. Correlation of dimensions according to overall score of scale is significant. As a result, it can be said that PSC questionnaire for PHCO is valid reliable and perception level family physicians in Turkey about PSC is high.

Keywords: Quality, Patient Safety, Patient Safety Culture, Primary Health Care Facility, Family Doctor

TEŞEKKÜR

Tez danışmanlığımı üstlenen, yüksek lisans eğitimim ve tez yazım sürecimde bana desteklerini esirgemeyen, sabır ve öğreten tavırla hep yanımda olan, bana hep öğrenmeyi ve araştırmayı aşıl原因, enerjisiyle bana ışık olan, tecrübelerinden her zaman için faydalanacağım değerli ve sevgili hocalarım Prof. Dr. İncim BEZİRCİOĞLU ve Prof. Dr. Vildan MEVSİM' na

Kalite ve Hasta Güvenliğini benimle tanıştıran, bölüm ile ilgili her türlü konuda bizlere manevi yardımlarını esirgemeyen, bilimsel çalışma ile bizleri tanıştıran değerli hocalarım Prof. Dr. Gül AKDOĞAN ve Doç. Dr. Barış Emre DAYANÇ 'a

Kalite konusunda engin bilgi ve deneyime sahip olan, bizlere bilgi aktarımı konusunda desteğinin esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Özkan TÜTÜNCÜ' ye Tez çalışmam süresince bana desteğinin esirgemeyen sevgili eşim Melek ERDEM' e

Doğduğu günden beri mücadele enerjim olan ve bana hep yeniden dedirten sevgili oğlum Burak ERDEM' e

Teşekkürler...

İÇİNDEKİLER TABLOSU

ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER TABLOSU	ix
TABLO LİSTESİ.....	xii
ŞEKİL LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiv
BÖLÜM 1: GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırma Sorusu.....	2
1.3. Araştırmanın Amacı.....	3
1.4. Araştırmanın Hedefi	3
1.5. Hipotezler	3
1.6. Araştırmanın Önemi	3
BÖLÜM 2: GENEL BİLGİLER	5
2.1. Sağlıkta Kalite.....	5
2.1.1. Kalitenin Tanımı.....	5
2.1.2 Toplam Kalite Yönetimi	5
2.1.3 Sağlıkta Kalitenin Tarihsel Gelişimi	7
2.1.4 Sağlıkta Kalitenin Önemi ve Birinci Basamaktaki Yeri.....	8
2.2. Hasta Güvenliği.....	9
2.2.1. Hasta Güvenliğinin Tanımı.....	9
2.2.2.Hasta Güvenliğinin Önemi.....	9
2.2.3.Tıbbi Hata	11
2.2.4. Hasta Güvenliğinin Birinci Basamaktaki Yeri.....	12
2.3. Hasta Güvenliği Kültürü.....	12
2.3.1. Hasta Güvenliği Kültürünün Tanımı	12
2.3.2. Hasta Güvenliğinin Kültürünün Önemliliği	13
2.3.3. Hasta Güvenliği Kültürünün Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarındaki Yeri ve Önemi	14
2.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	15

2.4.1. Aile Sağlığı Merkezleri	16
2.4.2. Toplum Sağlığı Merkezleri	16
2.4.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Topluma Etkisi	17
2.5. Geçerlik Güvenirlik alışmaları	18
2.5.1. lme ve lek Geliştirme	18
2.5.2. Geçerlik (Validity)	20
2.5.2.1. Yapı Geçerliği.....	21
2.5.2.1.1. Faktör Analizi	21
2.5.2.1.1.1. Açıklayıcı Faktör Analizi	22
2.5.2.1.1.2. Doğrulamalı Faktör Analizi.....	23
2.5.2.1.2. Hipotezin Test Edilmesi.....	23
2.5.3. Güvenirlik (Reliability)	23
2.5.3.1. İç Tutarlık.....	24
2.5.3.1.1. Yarıya Bölme Yöntemi.....	24
2.5.3.1.2. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı	25
2.5.3.1.3. Madde Analizi	25
2.5.3.1.3.1. Madde Madde Puan Analizi	25
2.5.3.1.3.2. Madde Toplam Puan Analizi.....	26
BÖLÜM 3: GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	27
3.2. Araştırmanın Evreni ve rnekleme.....	27
3.3. Araştırmanın Deseni.....	27
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	28
3.5. Dâhil Olma Kriterleri.....	28
3.6. Veri Toplama Araçları Ve Araçlarının Tanıtımı.....	28
3.6.1. Sosyo-Demografik Soruları İçeren Veri Formu	28
3.6.2. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu Hasta Güvenliği Kültürü Anketi (AHRQ MOS PSC)	28
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanma Yöntemi	32
3.7.1. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
3.7.2. Sosyo-Demografik zellikleri İçeren Veri Formunun Değerlendirilmesi	33
3.7.3. lğin Geçerlik Güvenirlik Analizleri	33

3.8. Etik Kurul Onayı.....	33
BÖLÜM 4: BULGULAR	34
4.1. Geçerlik Güvenirlik Bulguları.....	34
4.1.1. Geçerlik Bulguları.....	34
4.1.1.1 Yapı Geçerliği Bulguları.....	34
4.1.2. Güvenirlik Bulguları.....	45
4.1.2.1. İç Tutarlık Analiz Bulguları	45
4.2. Kesitsel Analitik Çalışma Bulguları	54
4.2.1. Tanımlayıcı Analiz Bulguları.....	54
4.2.2. Analitik Bulgular.....	58
BÖLÜM 5: TARTIŞMA.....	79
BÖLÜM 6: SONUÇ VE ÖNERİLER	84
KAYNAKÇA	85
EKLER.....	93
Ek A. Etik Kurul İzni	93
Ek B. Agency for HealthCare Research and Quality (Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı) Anket Kullanım izni	94
Ek C. Onam Formu.....	96
Ek D. Aile Hekimleri Sosyo-Demografik Formu	96
Ek E. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları için Hasta Güvenliği Kültürü Anket Formu.....	98

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Geçerlik ve Güvenirlik Belirleme Yöntemleri.	20
Tablo 2. Puanlama Hesaplaması Örneği	30
Tablo 3. Ölçeğe ait Yapılacak olan Geçerlik Güvenirlik Analizleri	33
Tablo 4. Ölçeğin Yapı Geçerliği KMO ve Bartlett Testi.....	34
Tablo 5. Ölçeğin Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Analizi	35
Tablo 6. Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizi Değerleri.....	38
Tablo 7. Uyarlama Yapılmış Ölçek ve MOSPSC' nın Alt Boyutlar için Güvenirlik Katsayıları	45
Tablo 8. Ölçeği Yarıya Bölme Cronbach Alpha Testi.....	46
Tablo 9. Ölçeğin Alt Boyut Maddeleri Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri.....	47
Tablo 10. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	54
Tablo 11. Katılımcıların Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı	55
Tablo 12. Katılımcıların Çalıştıkları Aile Sağlığı Merkezi ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	57
Tablo 13 Ölçek Alt Boyutlarının Pozitif Derecelendirmesi.....	58
Tablo 14. Ölçek Alt Boyut Maddelerinin Pozitif Derecelendirmesi	65
Tablo 15. Ölçek Alt Gruplarının Puan Ortalaması	72
Tablo 16. Ölçek Alt Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	73
Tablo 17. Ölçek Alt Gruplarının Puanlamasının Yöneticilik Durumuna Göre Değişimi	74
Tablo 18. Ölçek Alt Gruplarının Puanlamasının Mesleğe Göre Değişimi..	75
Tablo 19. Ölçek Alt Gruplarının Puanlamasının Yaşa Göre Değişimi	76
Tablo 20. Ölçek Alt Boyutları ile Toplam Puan Korelasyonları.....	77

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Faktör Analizi Sonuçlarının Scree Plot Değerleri37



KISALTMALAR LİSTESİ

WHO: World Health Organization

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality

MOSPSC: Medical Office Survey on Patient Safety Culture

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

PUKÖ: Planla-Uygula-Kontrol et-Önlem al

TKY: Toplam Kalite Yöntemi

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

IOM: Institute of Medicine

KMO: Kaiser- Meyer- Olkin

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

BBSK: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları

HG: Hasta Güvenliği

HGK: Hasta Güvenliği Kültürü

BÖLÜM 1: GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hasta Güvenliği (HG), sağlık hizmeti uygulamalarında bireye verilen veya verilebilecek olan zararları önlemek için sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin bütünüdür (Elston vd., 2009).

Günümüzde sağlık bakım hizmetleri artarak karmaşık hale gelmektedir. Sağlık hizmeti verilen kurumlarda teknolojinin kullanımı ile birlikte hızla değişen çevrede sağlık personeli tarafından verilen birçok karar baskı altında verilmektedir. Bu durum ise klinik karar ya da uygulamalarda hataya, sonuç olarak da hastanın zarar görmesine neden olabilmektedir. Hastanın karşılaştığı ya da yaşadığı zarar ciddi yaralanmalara, hastanede kalış süresinin uzamasına, sakatlığa hatta hastanın ölümüne neden olabilmektedir (Thomas vd., 2000). Bu nedenle son yıllarda sağlık bakımında insan hataları çerçevesinde hasta güvenliği konularına dikkat giderek artmıştır. Buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinde kalite unsurunun işletilmesi adına, yaşanan veya ramak kala tıbbi hatalar güvenlik göstergeleri olarak kullanılmaya başlanmıştır (British Association of Critical Care Nurses , 2006). Sağlık bakım hizmetlerinde kalitenin sağlanması açısından HG önemli bir yere sahiptir. Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için hizmetin verildiği kurumda Hasta Güvenliği Kültürünün oluşması gerekmektedir.

Hasta Güvenliği Kültürü (HGK), sağlık bakım hizmeti verilirken oluşan tıbbi hataların korkusuzca bildirim ve bu bildirimlerde şeffaflık, tıbbi hataların önlenmesinde sistematik bir yaklaşım ve dürüstlüğü kapsamaktadır (Gallagher vd., 2006).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Ekim 2004'de yayınladığı raporda, HG sorununun önemini vurgulayarak; 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 HG sorununun beklenenden fazla olduğunu ileri sürmüş, bu hataların kişilerden çok sistemden kaynaklandığını belirtmiş ve tüm üye ülkelerin bu konuda strateji geliştirmesi gerektiğini önemle vurgulamıştır. Bu raporda ayrıca, 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 (Ahrq archive, 2005). HG' nin sağlanabilmesi ve sağlıkta kalite standartlarına ulaşılabilmesi için HGK oluşması ve uygulanması son derece önemlidir. HGK konusu 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarında uygulanması gerektiği gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında (BBSK) da uygulanması gereklidir. Sağlık hizmetinin hastalar için ilk başladığı yer BBSK' dır.

Birinci basamak sağlık hizmeti (BBSH); sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur (Resmi gazete, 2013). Bu sağlık hizmeti Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) verilmektedir. ASM' de sağlık hizmeti verilirken HG'nin sağlanması için HGK bilinmesi, benimsenmesi ve uygulanıyor olması gerekir. ASM' de çalışan aile hekimlerinin (AH) HGK hakkındaki algıları bu konuda çok önemlidir.

Türkiye' de, BBSK' da birinci basamak için hazırlanmış form ile yapılmış bir HGK çalışmasına rastlanmamıştır. Bu çalışmada Türkiye' de BBSK' da çalışan sağlık çalışanlarının HGK algılarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Veri toplama aracı olarak kalite ve sağlık araştırmaları ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ) tarafından oluşturulan hasta güvenliği kültürü tıbbi ofis araştırması (Medical Office Survey on Patient Safety Culture MOSPSC) kullanılacaktır. Anketin Türkçe geçerlik güvenirliği bulunmamaktadır. Çalışmada anketin kullanılabilmesi için ilk olarak anketin geçerlik güvenirlik çalışması yapılacaktır. Türkçeye uyarlanan anket, asıl çalışmamız olan birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin HGK hakkındaki algılarını saptamak için veri toplama aracı olarak kullanılacaktır. Bu anket formu ile Türkiye' de yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durum çalışmanın özgünlüğünü ortaya koyup bu konuda Türkiye' de yapılacak olan başka çalışmalara da rehber olacaktır.

1.2. Araştırmanın Sorusu

Birinci basamak sağlık kuruluşları için hasta güvenliği kültürü anketinin Türkçe formunun geçerlik güvenirliği nedir?

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan Aile Hekimlerinin hasta güvenliği kültürü algıları nedir?

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı Türkiye'deki Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında çalışan Aile Hekimlerinin hasta güvenliği kültürü hakkındaki algılarını saptamaktadır.

1.4. Araştırmanın Hedefi

Bu araştırmada ulaşılmaması istenen hedef Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında çalışan Aile Hekimlerinin Hasta Güvenliği Kültürü ile ilgili algılarının saptanmasıdır.

- Hasta Güvenliği Kültürü ile ilgili bir ölçeğin Türkçe olarak geçerlilik ve güvenilirliğinin sağlanması ve literatüre katkıda bulunmak.
- Aile Hekimlerinin Hasta Güvenliği Kültürü konusunda farkındalıklarını oluşturmak.

1.5. Hipotezler

Hasta güvenliği kültürü çalışmasının amacına yönelik olarak hipotez geliştirilmiştir.

Çalışma Ana Hipotezi

H0 hipotezi: Türkiye de bulunan ASM de çalışan Aile Hekimlerinin Hasta Güvenliği Kültürü hakkında algıları düşüktür.

H1 hipotezi: Türkiye de bulunan ASM de çalışan Aile Hekimlerinin Hasta Güvenliği Kültürü hakkında algıları yüksektir.

Geçerlik Güvenirlilik çalışmasının amacına yönelik geliştirilen hipotez

H0 hipotezi: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları için Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (MOSPSC) Türkçe formu geçerli ve güvenilir bir ölçek değildir.

H1 hipotezi: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları için Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (MOSPSC) Türkçe formu geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

1.6. Araştırmanın Önemi

Bu çalışmada, AHRQ tarafından BBSK' da çalışanların HGK algı ve durumunu saptamak için oluşturulan ölçüm anketi (MOSPSC) kullanılacaktır. Kullanılacak anketin Türkçe çevirisinin yapılacak bu çalışmadan önce geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılacaktır. Geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan anket bu çalışmada veri oluşturma aracı olarak kullanılacaktır. Türkiye'de BBSK için yapılan hasta güvenliği kültürü çalışması sadece bir tane bulunmaktadır, bu çalışmada ise Birinci Basamak anketi yerine hastane anketi kullanılmıştır.

Yapacağımız bu çalışma BBSK için oluşturulan ve geçerlik güvenilirlik çalışması yapılan BBSK anketi kullanılacaktır. Bu durum ise yapılacak çalışmanın özgünlüğünü

ortaya koymaktadır. Araştırmanın beklenen yaygın etkileri aşağıda belirtilmiştir.

Bilimsel Etki: Sağlık alanında bilime veri sunulabilir.

Toplumsal Etki: Birinci basamaktaki sağlık personelinin HGK açısından farkındalığının artırılması davranış değişikliği yoluyla toplum sağlığına katkı sunacaktır

Ekonomik Etki: Hasta güvenliğine sağlanacak her katkı hatalardan kaynaklanacak maliyetleri düşürecektir. Bu da ülke ekonomisine katkıda bulunacaktır.



BÖLÜM 2: GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlıkta Kalite

2.1.1. Kalitenin Tanımı

Sağlık hizmetlerinde kalite denilince günümüzde en çok kabul edilen ve yer bulan tanım, ABD Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından yapılmıştır. Enstitüye göre sağlık hizmetlerinde kalite; sağlık hizmetinin bireylere ve topluma, elinde bulunan en yeni bilgi ve birikim doğrultusunda istenilen sağlık sonuçlarına ulaşacak şekilde verilmesidir (Çakır, 2007).

Kalite uygulamalarında amaç, hastaların ihtiyaçlarının önemi kavranarak bu ihtiyaçların, sürekli ve istikrarlı şekilde giderilmesidir. Bu nedenle toplam kalite yönetiminin sağlık hizmetlerindeki karşılığı hastaların mutlu ve memnun olmasıdır. Doğru tanı ve tedavinin uygulanması, beklemeden ve güler yüzlü hizmet sunumu, temiz ve hijyenik ortamın sağlanması ile uygun fiyatlandırmanın olması gibi hastanın mutluluğuna dönük faaliyetler bütünü, sağlıkta kalitenin birer parçasıdır (Morgil ve Küçükçirkin, 1995).

2.1.2. Toplam Kalite Yönetimi

Toplam Kalite Yönetimi (TKY), müşteri beklentisini her şeyin üzerinde tutan ve kalite unsurunu da tüm faaliyetlerin yürütülmesi sırasında ürün ve hizmet bünyesinde gerçekleştiren bir yönetim biçimi olarak kabul edip, "müşteri" odaklı bir "sistem" olarak algılanmaktadır.

Dr. Deming' in yaptığı tanımla birlikte toplam kalite yönetimine geçiş olmuştur. Bu tanıma göre: İnsanlar belirli bir döngü içinde çalışırlar ve bu döngüde yöneticinin görevi, tüm çalışanların katılım ve desteği ile müşterilerin gereksinimlerini en üst düzeyde karşılamayı hedefleyerek sistemi sürekli iyileştirmek ve geliştirmektir (Peşkircioğlu, 1997).

Toplam kalite yönetimi anlayışı; müşteri odaklı olma, yönetimin sorumluluğuna ve liderliğine ihtiyaç duyularak daha çok katılımın olmasının istendiği ve sürekli gelişme düşüncesine sahiptir.

TKY anlayışının müşteri odaklı olma düşüncesi en temel ilkelerindedir. Buradaki amaç, müşterinin (hastanın) ihtiyaçlarını gidererek müşteriye tatmin etme ve bu tatminlik düzeyini daha yukarıları taşımaktır. Bunun için gerekli olan analizler yapılarak müşterinin (hasta) mevcut ihtiyaçlarının ötesinde gelecekteki ihtiyaçlarının planlarını yapmak gerekmektedir (Tütüncü ve Doğan, 2003).

Sürekli Gelişme ve Öğrenme boyutunda İmai, Japonya'nın rekabetteki başarısının anahtarı olarak Kaizen felsefesini görmektedir. Kaizen Japonca'da Kai=değişim, Zen=iyi kelimelerinin bir araya gelmesiyle oluşan "sürekli gelişmeyi" ifade etmektedir. Bu anlayışa göre gelişmenin, küçük iyileştirmelerle gerçekleşebileceği söylenmektedir (Imai, 2003). Sürekli iyileştirmede kurumun izlemesi gereken temel akış, Deming ve Shewart tarafından ortaya atılan, "Deming Döngüsü" olarak bilinen **PUKÖ** (Planla-Uygula-Kontrol et-Önlem al) döngüsüne göre yapılmalıdır (Pakdil, 2004).

TKY deki **PUKÖ** döngüsü, "planlama", "uygulama" ve "kontrol" faaliyetlerini örgütün bütününe yayma ve eş zamanlı olarak düzeltme fonksiyonu ile sürekli gelişmeyi öngörmekte olup klasik anlayıştan farklı olarak sürecin her kademesinde bir önceki ve sonraki aşamalarla beraber kaliteye ulaşmayı da amaçlamaktadır (İrmiş, 1998).

Deming'in **PUKO** yöntemi kısaca açıklanacak olursa:

Planla: Müşteri istek ve beklentileri ile kuruluşun politikasıyla uyumlu hedefleri ve süreçleri planla.

Uygula (Yap): Tasarlanan ve oluşturulan planlar dâhilinde süreçleri uygula. Yapılabilecek değişikliği uygula.

Kontrol et (Doğrula): Uygulama sonrası sonuçlar kontrol edilmelidir. Süreçler, açığa çıkan ürünler ve hizmetler politika ile hedeflere göre ölçülerek sonuçlar rapor edilmelidir.

Önlem al (Karar ver): Kontrol edildikten sonra sonuç raporuna göre yapılacak olan değişiklikler standart hale getirilir ve değişiklik sonrası sonuç başarısızsa tekrar başa dönülür. Süreç performansını sürekli iyileştirmek için gerekli tedbirleri alınır (Millioğlu, 2005).

TKY de Toplam Katılım görüşü, bir kuruluşta çalışan herkesin işini daha iyi yapabilmesi ve müşterilerin talepleriyle beklentilerini karşılayabilmesi için, o kuruluşta alınan kararlara etkin katılımı ve etkin paylaşımı olarak tanımlanmaktadır (Akat, 1999). Toplam Kalite Yönetimi, hastaların beklentilerinin zamanında karşılanması ve sağlık ihtiyaçlarının giderilmesi gerektiği anlayışını esas almaktadır. Bu sebeple Toplam Kalite Yönetimi organizasyonlarının, sağlık çalışanları ile birlikte hastaların da önemli olduğu benimseyerek daima bu hususu ele almaları gerekmektedir (Gurnani, 1999).

2.1.3. Sağlıkta Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Kalite ilk olarak M.Ö. 1700 yılında Mezopotamya kralı Hammurabi'nin cerrahi yetersizlik için özel cezalar içeren bir yasayı yürürlüğe koymasıyla ortaya çıkmıştır. Bu yasanın bazı maddelerinde özellikle hasta-hekim ilişkileri içerisinde yapılan tıbbi müdahalenin başarılı veya başarısız olma durumları ile ilgili uygulanacak bir takım yasal düzenlemeler bulunmaktadır (Devebakan, 2001). Sağlıkta kalite, Hammurabi'nin yasalarıyla başlamış olsa da sağlık hizmetlerinde kalitenin ilerleyişi biraz gecikmiştir. Sağlıkta kalitenin gelişmiş ülkelere dahi geç gelmesi ve uygulanması, gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkelerin sağlık hizmetlerindeki kalite hakkında fikir vermektedir.

20.yy başlarında çok sayıda Amerikalı hekim, sağlık bakımında kalitenin değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar yapmıştır. 1915 yılında Amerikan Cerrahi Birliği (The American College of Surgeons) hastaneler için standardizasyon programı geliştirmek üzere harekete geçmiştir. Geliştirilen bu programla birlikte akredite olmak isteyen hastanelere kontrol edilmesi için kayıt sistemlerini birliğe sunmaları sorumluluğunu yüklemiştir. 1952 yılında aynı birlik diğer bazı meslek gruplarıyla (Amerikan Cerrahlar Birliği American College of Surgeons), Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospitals Association), Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) ve Amerikan Hekimler Birliği (American College of Physicians) ile beraber Sağlık Kurumları Akreditasyonu Ortak Komisyonu'nu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations–JCAHO) oluşturmuşlardır (Öztürk, 1998). Son yıllarda sağlık alanında kalite unsuruna önem verilmekte, kalitenin ve akreditasyon kurumlarının belirlediği standartlara sağlık sunumu aşamalarında daha da dikkat edilmektedir.

1990'ların ilk yarısından başlayarak dünya genelinde sağlık sektöründe TKY ve kalite yönetim sistemlerine ilgi duyulmaya başlanmış ve bu eğilim hız kazanmıştır (Yıldız, 2011).

Kalite unsurunun Türkiye'deki sağlık hizmetlerinde ilk olarak yer alması, Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kalitesinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesine yönelik çalışmalar 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlamıştır. Sağlıkta Kalite Standartları ile sağlık kurumlarında kalite yönetiminin temel esasları ortaya konmuştur. 2012 Şubat ayında Türkiye Klinik Kalite Programı uygulamaları gündeme gelmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Günümüzde ise kalite uygulamaları 2. ve 3. basamak hastaneleriyle birlikte dış hastanelerinde de uygulanmaktadır. Kalite uygulamaları ve çalışmalarının BBSK'da olmaması ya da çok az yapılması, ülkemize oranla daha iyi durumda olan Amerika ve Avrupa ülkelerinde de pek değişmemektedir. Birinci Basamak ile ilgili yapılan akademik çalışmaların sonuç öneri kısımlarında, genellikle bu tür çalışmaların yetersizliğine değinilmekte ve bu tür çalışmaların çoğaltılması konusunda önerilerde bulunmaktadır.

2.1.4. Sağlıkta Kalitenin Önemi ve Birinci Basamaktaki Yeri

Kalite kavramının önemi ortaya konulurken kalite konusunda önde gelen isimlerin tanımlamaları ve görüşleri günümüze de ışık tutmaktadır.

Deming 'in kalite görüşü, vazgeçilemez olmanın ve güvenilirliğin daha az maliyet ile pazarın ihtiyaçlarını karşılayabilecek şekilde tatmin edilmesidir (Efil, 1999).

Hizmetler elimizle tutamadığımız, gözle görülmeyen somut olmayan etkinliklerdir. Bu yüzden alınan hizmetten edinilen yarar hizmeti alırken ya da alındıktan sonra ortaya çıkar bu da memnuniyetin derecesiyle ilişkilidir. Hizmetlerin yararı kısa süreli olduğundan depolanma ya da bekletilme yapılamaz, tüketimi hemen olmaktadır ve sunulan hizmet kişiden kişiye göre farklı karşılık bulabilmektedir. Sağlık hizmeti diğer hizmetlere göre daha karmaşık ve hassas olabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde diğer hizmetlerden farklı olarak hastanın beklentisinin ne olduğu daha fazla önem arz etmektedir. Hastaların, ne tür bir sağlık hizmeti alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere oranla çok düşüktür. Hastalar yalnızca hizmeti sunanların tutum ve davranışları hakkında bir değerlendirme yapabilirler. Sadece bu gözlem ve değerlendirmelere dayalı olarak kalite ölçümü yapmak, sonuç açısından yanıltıcı olabilir.

Sağlık hizmetleri sistemindeki tüm ögeler, toplumdaki bireylerin hastalanmadan önceki sağlıklarını korumak üzere koruyucu sağlık hizmetleri ile başlayan, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile devam etmekte olan iç içe geçmiş sıralı hizmetler bütünüdür. Kaliteli sağlık hizmetinin amacı, toplumu oluşturan bireylerin var olan sağlıklarını korumalarını ve sürdürmelerini sağlamak, hastalık halinde ise, en kısa sürede kaliteli, uygun sağlık hizmetini doğru bir şekilde sunarak, onların eski sağlıklarına kavuşmalarını sağlamaktır.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin uygulanması hayati öneme sahiptir. Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetler insan sağlığıyla doğrudan ilgili olması ve yapılacak bir hatanın geri dönüşü olmamasından dolayı kalite uygulamalarının önemi gün geçtikçe daha da artmaktadır. Hasta memnuniyeti kalitenin en büyük göstergesidir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu, BBSK' dan başlayarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında da verilmektedir.

BBSK, hastanelerdekine benzer bir örgütsel ve kurumsal bir güvenlik kültürüne ihtiyaç duymaktadırlar (IOM, 2003; Milligan ve Dennis, 2005).

Sağlıkta Kalite Sisteminin amacı; Türkiye'de sağlık hizmetinin etkin, etkili, verimli, zamanında ve hakkaniyet çerçevesinde sunulmasını sağlarken; hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetini en üst seviyeye çıkarmaktır (Sağlıkta kalite ve akreditasyon, 2022).

Standart ve göstergeler, hem yöneticilere hem de işini iyi yapmak isteyen sağlık profesyonellerine, belirlenen amaçlar doğrultusunda hedefe nasıl ulaşacakları konusunda rehberlik etmekte, aynı zamanda yeniliklere açık bakış açısı ile gelişimi teşvik etmektedir. Yöneticiler ve çalışanlar, öz değerlendirme sonuçları, risk yönetimi çalışmaları, istenmeyen olayların bildirimine ilişkin analizler, gösterge ve hedeflere yönelik izlemler gibi birçok alanda SKS kapsamında elde ettikleri verileri kullanarak politikalarına yön verebilmektedirler.

SKS Hastane (Sürüm 6) seti, ülkemizde hizmet veren tüm kamu ve özel hastaneleri kapsayan yapı, süreç ve sonuç odaklı standart ve göstergeleri içermektedir. Hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti, risk yönetimi, hatalardan öğrenme ve sürekli kalite iyileştirme bakış açısını merkezine alan set, standartlar, değerlendirme ölçütleri ve rehberler ile bir bütün olarak ele alınmalıdır (Sağlıkta kalite ve akreditasyon sks, 2022).

2.2. Hasta Güvenliği

2.2.1. Hasta Güvenliğinin Tanımı

HG, Sağlık bakım hizmetlerinin bireye (hastaya) vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Elston vd., 2009).

2.2.2. Hasta Güvenliğinin Önemi

Sağlık hizmeti sunumunun her safhasında, HG nin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır. HG' de amaç; hasta,

hasta yakınları ve sağlık çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek şekilde bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef; sağlık hizmeti sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası sağlık zararlarından koruyarak hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Das, 2019).

HG denilince akla ilk gelen, hastaya zarar verebilecek her türlü etkiden, tıbbi hatalardan ve hataları ortaya çıkarabilecek nedenlerden arındırılmış bir sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Hastaneler için uygulanan kalite programları ile kurumsal kültürün en önemli konularından biri de hasta güvenliğidir. Bu yüzden hastanede çalışan sağlık çalışanlarının HG konusunda bilinçli olması beklenmektedir.

'Institute of Medicine' tıbbi hatalara ilişkin yayınladığı raporda; tıbbi uygulamalarda yaşanan hataların incelenmesi ve güvenlik çözümleri için gerekli önlemler alınarak mücadele edilmesini önemle vurgulanmıştır. Bu raporda her yıl Amerika Birleşik Devletleri (ABD) hastanelerinde 44.000 ile 98.000 arasında kişinin önlenebilir tıbbi hatalar sonucunda hayatını kaybettiğini belirtmişlerdir. Bu sayı trafik kazası, göğüs kanseri veya AIDS' den ölenlerin sayısından daha fazla olduğu da bildirilmektedir (Crossing, 2001).

Institute of Medicine 21.Yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi gereken konuları açıklarken, sağlık sistemlerinin;

(1) **Güvenli:** Hastalara yardım ederken zarar verilmemesi

(2) **Etkili:** Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu ile sağlık hizmetinin eksik ya da gereksiz kullanımının azaltılması

(3) **Hasta odaklı:** Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda davranılması ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilmesi

(4) **Zamanında:** Gerek olduğunda hizmete ulaşılabilmesi ve gereksiz bekleme sürelerinin sağlığa zarar vermesinin önlenmesi

(5) **Verimli:** Hem malzeme hem de insan gücü israfının önlenmesi ve daha az maliyetli etkin bir sağlık hizmeti sunulması

(6) **Eşit ve hakkaniyetli:** Hizmet kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit ve hakkaniyetli) olması gerektiğini bildirmiştir. Bunlar herkes ve her ülke için doğru ilkelerdir. Muhtemelen en önemlisi, sağlık hizmetinin güvenli olması, hastaya yarar sağlamak isterken zarar verilmemesidir (IOM, 2000).

2.2.3. Tıbbi Hata

Sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata), hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen ve istenmeyen sonuçlardır.

Tıbbi hatalar kök nedenlerine göre üçe ayrılırlar:

- **İşleme bağlı hatalar:** Yanlış işlemi yapma (errors of commission: doing the wrong thing),
- **İhmale bağlı hatalar:** Doğru işlemi yapmama (errors of omission: not doing the right thing),
- **Uygulamaya bağlı hatalar:** Doğru işlemi yanlış uygulama (errors of execution: doing the right thing incorrectly).

Tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her aşamasında ortaya çıkabilir. Bu hatalar şu başlıklar altında gruplandırılmışlardır:

1. İlaç hataları: Çoğu önlenilebilir olan bu hatalar verilen ilaçların hastaya uygulanması ile ilgilidirler. Yanlış doz, yanlış verilmiş şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, alerji hikâyesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu gruptadırlar. Bu hataların %34-56'sı önlenilebilir.

2. Cerrahi hatalar: Çalışmalar cerrahi hataların her 50 yatan hastanın birinde görüldüğünü ortaya koymuştur. Yanlış taraf ameliyatları, ameliyat edilen bölgede yabancı cisim unutulması gibi cerrahi yanlışlar söylenebilir.

3. Tanı koymada hatalar: Yanlış tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye veya gereksiz ek tetkiklerin yapılmasına neden olabilir. Laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması sık görülebilen tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. Tanısal hatalara deneyimsiz kişilerce yapılan tetkiklerde daha çok karşılaşılabilmektedir.

4. Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar: Sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması zor olan hatalardır. Bunlar arasında kullanılan tıbbi aletlerdeki bozukluklar (defibrilatör, ventilatör, intravenöz sıvı pompaları vb.) ancak ortaya çıkınca saptanabilmektedir, ancak çok önemli sonuçlar doğurabilmektedir. Medikasyonların uygulanmasında da ortaya çıkan hataların önemli bir kısmı sistem hataları olarak tanımlanmaktadır.

5. Diğer: Hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu gibi önemli konular da tıbbi hatalar arasında yer almaktadır (Sayek, 2010).

Belirtilen bütün bu hataların raporlanması çok önemlidir. Sağlık çalışanlarının, özellikle hekimlerin tıbbi hataları raporlama konusunda isteksiz davrandıkları bildirilmiştir (Lawton ve Parker, 2002). Hekimler ve hemşireler, yöneticilerden geri bildirim alamadıklarını, ramak kala atlatılan hataları önemsemedikleri ve iş yoğunluğu, korku ve baskı gibi sebeplerle hataları bildirmediklerini belirtmektedirler (Evans vd., 2006). Bu hataların yapılmaması ya da yapıldıysa eğer bir daha tekrarlanmaması için Hasta Güvenliği Kültürünün geliştirilmesi gereklidir.

2.2.4. Hasta Güvenliğinin Birinci Basamaktaki Yeri

HG nin, bütün sağlık kuruluşlarında uygulanması gereklidir. HG ile ilgili tüm uygulama ve çalışmalar 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarında yapılmaktadır, fakat BBSK'da da hasta güvenliğine dikkat edilmelidir. Birinci basamakta HG için; kimliklendirmenin doğru yapılması, hasta aşı takipleri, gebelikle ilgili takip ve zamanında tetkikler, zamanında yönlendirmeler, ilaç takipleri, rapor ve sevklerin doğru yapılması birinci basamak için olmazsa olmaz hasta güvenliği konularıdır.

Ornales ve arkadaşlarının 2016 da Portekiz de yaptıkları birinci basamakta hasta güvenliği isimli çalışmada, sağlık kuruluşlarında yaşanan olumsuz olayların önlenmesi veya azaltılması ile ilgili araçların geliştirilmesine değinilmiştir. Aynı çalışmada, hastaların kayıtlarının geriye dönük olarak gözden geçirilmesine dayanarak, hastaneye yatış sırasında tespit edilen olumsuz olayların %31'inin muhtemelen BBSK' da ya da daha öncesinde gerçekleştiği saptanmıştır. Hastanelerdeki yaşanan olumsuz olayların sıklığı %3.7 ile %16.6 arasında olduğu ve bu yaşanan olayların %40 ile %70 arasında önlenebilir olduğu kabul edilmiştir. Yaşanan olumsuz olayların birinci basamakta daha az olduğu, %0.0004 ile %24 arasında değişen olumsuz olayların sıklığının tahmin edilebildiği ve hastaneye benzer şekilde, %45 - %76 arasında önlenebilir olduğunu kabul etmişlerdir. Bu çalışmaya göre Portekiz' deki BBSK' da gerçekleşen olumsuz olayların 2. veya 3. basamak sağlık kuruluşlarına oranla daha az yaşandığı fakat bu olumsuz olayların önlenmesi gerektiği vurgulanmıştır (Ornales, Pais ve Sousa, 2016).

2.3. Hasta Güvenliği Kültürü

2.3.1. Hasta Güvenliği Kültürünün Tanımı

HGK, sağlık bakım hizmeti verilirken oluşan tıbbi hataların korkusuzca bildirim ve bu hataların bildirimlerinde şeffaflık, tıbbi hataların önlenmesinde sistematik bir yaklaşım ve dürüstlüktür (Gallagher vd., 2006).

2.3.2. Hasta Güvenliği Kùltürünün Önemliliği

HGK, hasta güvenliğinin sağlanması ve geliştirilmesinde kilit bir rol oynamaktadır (IOM, 2000). HG, insan hayatını doğrudan etkileyen olaylarla ilişkilidir. Endüstri işletmelerinin ve diğer hizmet işletmelerinin aksine sağlık sektöründe faaliyet gösteren kuruluşlar için hasta güvenliği süreçlerinin hayata geçirilmesi, maddi kazançların ötesinde sosyal faydalar yaratmaktadır (Tütüncü ve Küçükusta, 2006).

HG nin genel amacı tıbbi hataların önlenmesidir. Tıbbi hata, tıbbi işlem yapılırken veya tıbbi işlem sonucunda oluşabilen herhangi bir hatadır. Sağlık kuruluşlarında hizmet veren sağlık çalışanlarının iş yükünün fazla olmasının yanında yaptıkları için hız ve dikkat gerektiren bir iş olmasından ötürü tıbbi hata olasılığı yüksektir. Bu tür tıbbi hataların önüne geçilmesinde, HGK sağlık çalışanlarında tam olarak yerleşmesi ve o kùltürle çalışılarak gerçektecektir.

Yapılan bir araştırmaya göre, tam gün (24 saat) sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarındaki çalışanların, bazen değişik vardiya biçimleriyle çalışmak zorunda kalabilmektedir. Bu durum da çalışanların çalışma koşullarını ve iş yüklerini etkilemekte, hataların oluşmasındaki payı giderek arttırmaktadır. 168 hastaneyi kapsayan bir araştırma sonuçlarına göre; hemşire başına düşen 1 hasta artışı, hasta mortalitesinde %7 artışa, hemşirelerde %23 oranında tükenmeye neden olmaktadır (Aiken vd., 2002). Bu durum birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda da geçerli olup dikkat edilmesi gereken bir husustur.

HG ile ilgili yapılan araştırmalarda tıbbi hatalara yönelik istatistiksel sonuçlar açıklanıp, tıbbi hataları önlemek adına da çözümler aranmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre tıbbi hata yapıldığını düşünenlerin oranının Amerika Birleşik Devletleri'nde %34, Kanada'da %30, Avustralya' da %27, Almanya'da %23, İngiltere'de %22 olduğu saptanmıştır (Schoen, 2005). Tıbbi hataların yapıldığını düşünenlerin oranının bu düzeyde olması sağlık hizmetlerinde HG prosedürlerinin uygulanması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Tıbbi hizmet süreçlerinde beklenmedik olaylar gerçektecebilir. Beklenmedik olaylara örnek olarak; hastanın transferi sırasında sedyeden düşmesi, hastaya verilen ilaç dozuna karşı hastanın reaksiyon göstermesi, ameliyat esnasında yanlış taraf uygulaması veya hasta isim karışıklıkları gibi örnekler gösterilebilir.

Beklenmedik olayların raporlanması dahi çekinilerek yapılırken, daha az etkili olan küçük olaylar genellikle göz ardı edilmekte ve raporlanmamaktadır. Neredeyse

ya da ramak kala hata (near miss) dediğimiz bu olaylar, yaralanmaya veya zarara yol açmayan, şans eseri kötü sonuçlanmayan ya da hastaya ulaşmayan, istenmeyen, planlanmamış olay olarak değerlendirilebilir. Kısaca zarar görmeden veya hedef noktaya ulaşmadan atlatılmış hatalardır (Şerifoğlu ve Sungur, 2007).

Beklenmedik olayların temel nedenleri araştırıldığında, nedenler ile yönetim sistemi arasında sıkı bir bağın olduğu görülebilir. Yönetim politikaları, prosedürler, denetimin etkililiği ve yeterliliği, eğitim gibi faktörlerin olayların nedenleri ile bağlantılı oldukları bilinmektedir. Bunun yanı sıra uygun personel seçiminin yapılmaması ya da personelin hizmet içi eğitimsizliği yönetim eksikliğini ortaya koymaktadır. O halde beklenmedik olaylara neden olan temel faktörler, aynı zamanda yönetim ve işletim problemlerinin de temel nedenidir.

Hastanelerde güvenlik raporlama sistemleri çalışmakta ve uygulanmaktadır. Hastanenin herhangi bir biriminde, hasta, cihaz, hasta yakını, binanın fiziki şartları ya da sağlık hizmeti ile ilgili herhangi bir konuda yaşanan, olması muhtemel olaylar güvenlik raporlama sistemi ile raporlanmaktadır. Olay yaşanmış ise olay bildirim koduyla bildirim yapılır. Eğer olası bir hata önceden fark edildiyse ya da hata olması öngörülüyorsa ramak kala koduyla bildirim yapılmaktadır.

Sağlık hizmeti sunanların tıbbi hatalara ilişkin rapor hazırlama konusunu nasıl algıladıklarını inceleyen bir araştırmada, kurumsal iklime benzer birtakım faktörlerin etkili olduğu ortaya konulmuştur. Çalışanlar, iş arkadaşları tarafından ayıplanma, hata yaptığını toplumda kabule zorlanma ve hata yaptığının sicil dosyasına işlenmesi ile ilgili kaygı taşımaktadırlar (Wolf ve Serembus, 2000).

2.3.3. Hasta Güvenliği Kültürünün Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarındaki Yeri ve Önemi

HGK, daha çok 2. basamak 3. basamak ve Diş Hastanelerinde bulunan Kalite birimlerinin öncülüğünde yapılmakta ve hastane geneline de kalite uygulamaları sayesinde yayılmaktadır. BBSK da kalite uygulamaları yapılmadığından, bu kuruluşlar HGK konusunda haberdar olmayabilirler. Türkiye dışındaki farklı ülkelerde kalite uygulamaları ve HGK konusu kısmen uygulanıyor olsa da durumları Türkiye ile yaklaşık aynıdır.

2.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

BBSH terimi ilk olarak 1920 yılında Birleşik Krallık 'ta yayımlanan Dawson Raporu'nda kullanılmış olup, Dünya Sağlık Örgütü'nün 1978 yılındaki Alma Ata'daki toplantısında birinci basamak sağlık hizmetleri şu şekilde tanımlanmıştır; evrensel olarak kabul görmüş, bilimsel, uygulamalı, toplumsal ve ekonomik gelişmeye odaklanan, daha az maliyetli, toplumsal olarak kabul gören, sağlık bakım hizmetleri sürecinin devamında temel bileşen, ilk başvurma noktasıdır (The İnterim Report 2011).

IOM (Institute of Medicine) Amerikan Tıp Enstitüsü, 1978 yılında Alma Ata'da yapılan bu tanımı 1994 yılında yeniden ele alarak tanımlamıştır.

BBSH tanımı olarak; toplumda ulaşılabilir sağlık hizmetlerinin sağlık gereksinimlerinin genelinden sorumlu sağlık çalışanlarınca sağlanarak; hastalarla sürekli aynı zamanda karşılıklı bir ilişki temelinde olup, hizmeti sunan kurumlar ve basamaklar arasında eşgüdüm sağlanarak, bu sağlık hizmetinin aile ve toplum bağlamında sunulmasıdır (Shi, 1994).

Birinci basamak sağlık hizmetinin 5 temel özelliği vurgulanmıştır.

-Ulaşılabilirlik

-Kapsayıcılık

-Eşgüdüm

-Süreklilik

-Belli bir nüfustan sorumlu olmaktır.

Ulaşılabilirlik: Her sağlık sorununda ilk olarak, BBSH sunan kişi ya da kuruma başvurulmasıdır. Olağanüstü veya acil sağlık sorunları dışında sağlık hizmetlerine ulaşmak için ilk giriş, ilk temas noktası olma özelliği bulunur. Birinci basamağın sistem içinde bireylerin giriş kapısı olma ve bariyer özelliği sayesinde bu kişilerin uygun sağlık kurum basamaklarına yönlendirilmesi de gerçekleştirilir.

İlk başvuru özelliğinin yapı bileşeni olarak adlandırılan "ulaşılabilirlik" bileşeni; sisteme giriş, erişim, iletişim ve hizmet kullanımının kolay olmasıdır. Bu özellik aslında sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı, bir başka deyişle hastanın bakım hizmetini ihtiyaç duyduğu yer ve zamanda alabilme yeteneği olarak da tanımlanabilir.

Kapsayıcılık: BBSK kapsayıcılık özelliği tedavi edici, rehabilite edici ve destekleyici bakımların, sağlığı geliştirme ve sağlığı koruma faaliyetleri ile entegre olarak çeşitli sağlık sorunlarının eş zamanlı olarak yönetildiği ve sorunların giderebildiği bir BBSH özelliğidir.

Eşgüdüm: Koordinasyon, Birinci Basamak hizmet sunucusu ile uzman hizmeti arasındaki 'karşılıklı iş birliği' dir. Aile Hekimliği Uygulamasının en zayıf noktası sevk zincirinin olmamasıdır. Sevk zinciri olmadan etkili ve maliyet etkin BBSH' den bahsedilemez. Bu zincirin etkinliği sağlanmadığında aile hekiminin sağlık hizmetinin koordinasyonunu tam olarak sağlaması güçtür. Sevk zinciri tam anlamıyla yapılması, birinci basamakla diğer dal uzmanları arasındaki iş birliğini güçlendirecek ve farklı bir sağlık hizmet sunum kültürünün oluşumuna katkıda bulunacaktır (Kringos vd., 2013).

Süreklilik: Hizmet sürekliliği genel anlamıyla bir muayeneden diğer bir muayeneye kadar izlem, takip olarak bilinmektedir. Bir diğer anlamıyla hasta ile hizmeti sunan uzmanlar arasında sağlık hizmeti süresince (kısa veya uzun süreli) uyumun ve bağlılığın sağlanmasıyla aralarında kesintisiz bir ilişkinin olmasıdır. Bu süreklilik içerisinde bilgi alışverişi, deneyim paylaşımı sağlık durumu ile ilgili değerlendirmeler bulunmaktadır (Boerma, 2006).

Türkiye'de 2005 yılında sağlıkta dönüşüm programıyla başlatılan AH modeli 2010 yılında tüm ülkede uygulanmaya geçilmiştir. Bu modele göre BBSH' nin iki ayrı birim tarafından sunulması kararlaştırılmıştır.

-Aile Sağlığı Merkezleri

-Toplum Sağlığı Merkezleri

2.4.1. Aile Sağlığı Merkezleri

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri (bağışıklama, gebe ve bebek izlemleri) birinci basamak tanı, tedavi, rehabilite edici ve danışmanlık hizmetleri ile kişilerin, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda hizmet veren, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti de sunan ve tam gün esasına göre çalışan sağlık kuruluşlarıdır (Tunç, 2015).

2.4.2. Toplum Sağlığı Merkezleri

Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve

rehabilite edici sağlık hizmetlerini m¼d¼rl¼đ¼n sevk idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli Şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, b¼lgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşları olarak tanımlanmaktadır (Tunĉ, 2015).

2.4.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Topluma Etkisi

BBSH toplum iĉindeki bireylere ve ailelere bir b¼t¼n olarak ulaŐabilen, toplumun sağlık sorunlarını ĉozebilen, sağlığı koruyan, hastalara evde bakım ve sağlık kurumlarında ayaktan sağlık hizmeti veren sistemdir (Wolf ve Serembus, 2000).

Genel toplum, aile ve bireyler iĉin ilk temas noktası olan ASM' ler, sağlık hizmetlerini insanların yaşadığı ve ĉalıŐtıđı yerlere m¼mk¼n olduğunca yaklaŐtırırlar. 2. ve 3. Basamak hizmet sunumuna g¼re daha kiŐisel ve daha uzun s¼reli bir sağlık bakım hizmeti sunar, bireylere daha doğru y¼nlendirmelerde bulunarak sağlık hizmeti alımında kilit rol ¼stlenirler.

T¼m d¼nyadaki sağlık sistemlerinin iki genel amacı bulunmaktadır. Birincisi hastalıkların nedenleri, hastalık y¼netimi ve sağlığı geliştirme hakkında en yeni ve ileri bilgileri kullanarak toplumun sağlığını d¼zenleyip iyileŐtirmektir. İkinci amaĉ ise toplumun alt gruplarının sağlık hizmetlerine ulaŐımını sağlamak ve sağlığı iyileştirmeye y¼nelik eŐitsizlikleri en aza indirmektir. ¼lke sağlık sistemlerinin bu hedeflerine ulaŐabilmeleri iĉin BBSH ĉok ¼nemli bir yerde bulunmaktadır (Macinko, Almeida ve Klingelhoefler, 2007).

Sağlık hizmetlerinin daha etkin bir Şekilde sunulabilmesi iĉin sağlık hizmetlerinde bulunması gereken ¼zelliklerin belirlenmesi gerekmektedir. Sağlık kurumları, sağlık hizmeti sunan kuruluşlar olduğundan başka kurumlara g¼re ĉođu y¼nden farklılık g¼sterir. Sağlık hizmetleri, diğer hizmetlerden farklı olarak b¼t¼nc¼l yaklaşımla beraber s¼rekliliđi de bir arada tutarak sunulması gereken hizmetlerdir.

Haggerty ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları ĉalıŐmaya g¼re, sağlık hizmetlerinde kapsayıcılık ¼zelliđinin ¼nemine değinilmekte ve BBSH' nin temelini oluşturduğu belirtilmektedir. Kapsayıcılık iki ayrı tanımla anlatılmaktadır. Birinci tanıma g¼re kapsayıcılık, dolaylı veya dolaysız yollardan hastaların sağlık ihtiyaĉlarını karŐılayan sağlık hizmetlerinin b¼t¼n¼d¼r, iĉerisinde sağlığı geliştirme, koruma, yaygın sorunların tanı ve tedavisi, kronik hastalıkların y¼netimi, rehabilitasyon, palyatif bakım ve bazı modellerde sosyal hizmetler de bulunmaktadır. İkinci tanım olarak da kiŐilere sunulan b¼t¼nc¼l bakım olarak tanımlanmaktadır. Yapılan ikinci

tanımın içerisinde de sağlık hizmet sunucularının hastaların sağlığıyla ilgili olarak fiziksel, duygusal ve sosyal yönleriyle ilgilenmeleri özelliği bulunmaktadır (Haggerty vd, 2011).

BBSH' nin toplumun üzerinde pozitif yönde etkisinin olduğu, genel bir yönlendirme görevini üstlendiği, bir bariyer görevi yaparak hastaların gereksiz yere ikinci ve üçüncü basamak hastanelerini meşgul etmelerini engellediği bu yüzden de ülke ekonomisine katkı sağladığı bilinmektedir.

2.5. Geçerlik Güvenirlilik Çalışmaları

2.5.1 Ölçme ve Ölçek Geliştirme

Ölçekler, tespit etmeyi veya ölçmeyi amaçladıkları herhangi bir durumun özelliklerinin kategorize edilmesi, sıralanması, miktarı ya da ne derecede olduklarının belirlenmesi için sınırlamayı belirleyen ölçüm araçlarıdır. Ölçme işleminin sonunda bir sonuca ulaşılmaktadır (Karakoç ve Dönmez, 2014). Ölçüm sonucunda elde edilen çıktılarla belirlenen konu hakkında çıkarımlar yapılabilmektedir.

Belli bir kültüre ait ya da kullanacağı dilden farklı bir dilde geliştirilmiş olan ölçekler kendi kültür ve dil anlayışına göre olup, o dilin özelliklerini yansıtmaktadır. Aynı ölçeğin diğer kültürlerle uyarlanması için belirli bir prosedürde ve düzenli bir şekilde incelenmesi, bu konuda çalışmalar yapılması gerekir. Bu tür çalışmalara “ölçek uyarlaması” denilmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Bir ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinin sağlanması için, ölçeğin geliştirilmesi ve kullanılması aşamalarında birçok ölçüt ve kurallara uygun çalışılması ve yorum yapılması gerekir. Bu kurallara uyulmadığı takdirde ölçeğin akademik çalışmalardaki kullanımında birtakım hatalara ve taraf tutmalara zemin hazırlayacaktır.

Ölçek geliştirme çalışmalarında yapılacak ilk aşama, araştırılacak konu ile ilgili bir ölçeğin var olup olmadığı, eğer varsa araştırmanın içeriğiyle ne kadar alakalı olduğudur (Tavşancıl, 2002).

Var olan bir ölçeğin uyarlanması demek, sadece çevirisinin yapıp kullanılması değildir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının titizlikle ve belli kurallar içerisinde yapılarak kullanılacağı dil ve kültüre uyarlanarak kullanılması demektir.

Yeni bir ölçek geliştirmek yerine uyarlama yapmayı tercih etmenin bazı avantajları vardır. En önemli avantajlardan biri zamandan kazanç ve daha az maliyet ile gerçekleşmesidir. Başka bir avantaj olarak yeni ölçek geliştirmek yerine var olan

ölçeğe uyarlama yapmak daha basit, uğraşı ve uzmanlık gerektirmeden elde edilmesidir. Ayrıca var olan ölçeği uyarlamak, geliştirilecek ölçeğe nazaran daha fazla güven duyulacaktır. (Deniz, 2007).

Uyarlama çalışmalarının iyi yönlerinin yanında, dezavantajları da bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi, ölçeğin asıl orijinal diline ve çevrilecek dile de hâkim uzman bulma konusunda yaşanan problemlerdir. Eğer ölçek konusunda tecrübeli ve her iki dile de hâkim uzman bulunamıyorsa bu konuda çözüm bulma adına farklı uzmanlar bulunarak koordineli çalışmaları sağlanmaya çalışılacaktır. Eğer uyarlanacak ölçek yüksek bir güvenilirlik ve geçerliğe sahipse, uyarlama sonrası da bu geçerlik güvenilirlik değerlerini sağlaması gerekir (Karakoç ve Dönmez, 2014).

Daha sonraki aşamalarda ise ölçülecek olan yapının, karşılaştırılacak kültürde aynı anlama gelip gelmediği araştırılmalıdır. Eğer aynı anlam ve yapı yoksa yapılacak düzeltmelerle ortak bir yapı oluşturulmalı, oluşturulamıyorsa çalışma durdurulmalıdır (Karakoç ve Dönmez, 2014). Eğer ortak yapı oluşturuluyorsa çeviri işlemlerine başlanmalıdır.

Çevirme aşamasında, her iki dilde de akıcı konuşan, çalışma yapılan kültürleri tanıyan ve aşina olan, ölçülen yapı hakkında bilgiye sahip çevirmenler çeviri işlemini yapmalıdır. Çevirinin nasıl yapılacağı ile ilgili olarak da orijinal dilden çevrilmek istenen dile, çevrilmiş dilden tekrar orijinal diline çeviri olmalıdır (Deniz, 2007). Karşılıklı çevirilerin yapılması ile çeviri tamamlanmış olur.

Çevirisi yapılan terimlerin Türkçe deki karşılığı tam olarak uymuyorsa ya da başka anlamlara da karşılık geliyorsa işlemleri hatalı kılabilmektedir (Erkuş, 2010). Çeviri sonrası uyarlama yapılarak, gereken yerlerde değişikliğe gidilmeli ve değişiklik sonrası ölçek deneme grubuna uygulanmalıdır.

Uyarlama sonrası ölçekte geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmalıdır. Geçerlik faktör analizi yöntemi ya da deneysel veya ilişkisel çalışmalar yapılmalıdır. Yeni bir ölçek çalışmasında ise yapılacak ilk şey, konuyla ilgili literatür taraması yapmaktır. Bunu yaparken, ölçeğin konusu ya da içeriği için hangi soruların/konuların değerlendirilmesi ve gerekliliği de çok önemlidir (DeVellis, 2003). Ölçümün hangi şekilde olacağı ile ilgili format oluşturulmalı ve buna göre alternatif soru havuzu oluşturulmalıdır (DeVellis, 2003). Oluşturulan soru havuzundan uygun maddeler oluşturulmalıdır. Maddeler oluşturulurken, maddelerin sade ve anlaşılır olmasına, bir maddenin kafa karışıklığı yaratmamasına özen gösterilmelidir (Ekici, 2012).

Sonraki ve son aşama ise oluşturulan madde havuzundaki sorular için uzman görüşüne ve yorumuna başvurulur. Uzman görüşüne göre son hazır hali verilen ölçek, taslak örneklem grubuna uygulanır. Taslak uygulaması sonrası, ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizleri de yapılarak, son hali verilir (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Ölçeğin standardize olabilmesi ve sonrasında uygun sonuçlar verebilme yeteneğine sahip olması için “güvenirlik” ve “geçerlik” olarak nitelendirilen iki önemli özelliğe sahip olması istenir (Ercan ve Kan, 2004). Ölçek uyarlamaları için gerekli olan yöntemler tabloda (tablo 1) verilmiştir.

Tablo 1. Geçerlik ve Güvenirliği Belirleme Yöntemleri

GEÇERLİK		GÜVENİRLİK
A. Kapsam Geçerliği	B. Yapı Geçerliği	1. Değişmezlik Katsayısı
1. Yüzeysel Geçerlik - Uzman Görüşü	1. Faktör Analizi - Açıklayıcı Faktör Analizi	- Test-Tekrar Test Güvenirliği
2. Uygulama Geçerliği - Tahminsel Geçerlik - Eş zamanlı Geçerlik	2. Bileşen ve Ayırt eden Geçerlik	2. Eş Değerlik Katsayısı - Paralel Form Güvenirliği - Bağımsız Gözlemler Arası Uyum
	3. Bilinen Grupların Karşılaştırılması	3. İç Tutarlık Katsayısı - Madde Analizi - Cronbach Alfa Katsayısı - İki Yarım Test/Yarıya Bölme
	4. Hipotezin Test Edilmesi	

Çalışmamızda kullanacağımız yöntemler ile ilgili açıklamalar aşağıda verilmiştir.

2.5.2. Geçerlik (Validity)

Geçerlik, bir ölçme aracının hesaplamayı ya da ölçmeyi hedeflediği durumu başka bir özellik veya durum ile karışıklık oluşturmadan doğru biçimde ölçebilmesidir. Geçerlik, ölçme araçlarının hangi amaçla kullanılacağı yanında uygunluğunun da önemli olduğu ve uygulandığı grubun özelliğine göre de değişebilmektedir (Ercan ve Kan, 2004). Geçerlik bir veri toplama aracının, incelemeyi istediğimiz kuramı kavram ya da değişkenlerle ilgili tüm bileşenleri ne derece kapsadığını ya da yansıttığını

yargıladığımız önemli bir niteliktir (Erefe, 2002). Geçerlik, bir ölçme aracı için yapılması gereken zorunlu fakat ölçümün her zaman ve her durum için geçerli olduğunu söylemeyi engelleyen ve asla sonu olmayan bir süreçtir, yani ölçeğin tekrar kullanımlarında yeniden test edilmesi demektir (Aksayan ve Gözüm, 2002). Ölçüm verilerinin doğrulamasını yapmak için geçerlik analizinden önce güvenilirlik analizleri yapılması gerekmektedir. Geçerlik; yapı geçerliği ve kapsam/içerik geçerliği olarak değerlendirilmektedir (Şencan, 2005).

2.5.2.1. Yapı Geçerliği

Yapı geçerliğinde amaç, ölçülmesi amaçlanan faktörü ne kadar doğru ölçtüğü ile ilgilidir. Yapı geçerliği testinde kişinin psikolojik durumunu (tutum, güdü, performans, yetenek gibi) ölçmek için ölçülebilir, gözlenebilir sorular bulunmaktadır. Hazırlanan bu sorular belirtilen özellikleri ne derece doğru ölçtüğü sorunu, yapı geçerliğiyle ilgilidir (Büyüköztürk, 2011). Yapı geçerliği çalışmaları, yapıların doğrudan ya da dolaylı olarak nasıl ölçüleceğinin belirlenmesi ile ilgili olup, yapıyı açıklayan kurama dayalı hipotezler kurularak bunların test edilmesi ve bunların yorumlanmasına dayalı süreçlerden oluşmaktadır (Cronbach ve Meehl, 1955). Yapı geçerliğini incelemek amacıyla faktör analizi, iç tutarlık analizi, hipotez testi, benzer ölçek geçerliği (convergent and discriminant validity), yapısal eşitlik modellemesi, çoklu özellik/çoklu yöntem matrixi (Multi-trait Multimethod Matrix-MTMM), şablonların eşleşmesi teorisi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Yapı geçerliğinde en çok, benzer ölçek geçerliği, yapısal eşitlik modellemesi ve faktör analizi yöntemleri kullanılmaktadır (Karakoç ve Dönmez, 2014).

2.5.2.1.1. Faktör Analizi

Faktör analizi sosyal bilimlerde ölçümün kalitesini ve geçerliliğini ortaya koymak için en önemli analizlerdendir. Burada önemli iki nokta söz konusudur; bunlardan ilki hangi faktör analizinin kullanılacağı, ikincisi ise kullanılacak olan bu faktör analizinin hangi istatistikî araçlarla yapılacağıdır (Yaşlıoğlu, 2017).

Faktör analizi, sorulmuş olan soruların katılımcılar tarafından kaç farklı boyutta algılandığını veya testteki soruların kavramsal olarak farklı boyutların ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Sipahi, Yurtkoru ve Cinko, 2008). Bir diğer tanımı ise, birbiriyle bağlantılı çok sayıda değişkeni toplayarak, daha öz ve daha az sayıda anlamlı yeni değişkenler (faktörler, boyutlar) bulmayı, sonuç olarak da birleştirme işini anlamlı bir şekilde yaparak analiz yapmayı kolaylaştıran bir istatistik yöntemi olarak

tanımlanmaktadır (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2010).

Faktör analizi testinin yapılmasının amacı değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi, verilerin özetlenmesi, verilerin ölçeklenmesi ve dönüştürülmesi, hipotez testi, sebep sonuç ilişkileri analizleridir. Yapılan bu testler; değişken sayısını minimize edip bu değişkenler arasındaki ilişkilerden yola çıkarak yeni yapılar ortaya çıkarmaktadır (Eser ve Baydur, 2007).

Faktör analizi testinde en çok dikkat edilmesi gereken nokta örneklem büyüklüğüdür. Örneklem büyüklüğü için ölçme aracındaki madde sayısının 5-10 katı olarak hesaplanmaktadır. Araştırmacılar 100'ün altındaki örneklem sayısını faktör analizi için yetersiz olduğunu düşünüp analiz yapılması için güven vermediğini söylemektedirler. Bir diğer kural ise "10 kuralı" dır. Buna göre değişken başına en az 10 katılımcı bulunmalıdır. Bir diğeri "100 kuralı" dır. Değişken başına ya 5 katılımcı olması veya en az 100 kişiye ulaşılmasıdır (Şencan, 2005).

Faktör analizi yapılırken örneklem büyüklüğünün yanında normallik ve doğrusallık özelliklerine de dikkat edilmelidir;

Daha az sayıda örneklemelerden hesaplanan korelasyon katsayıları daha az güvenilir görünümündedirler. Örneklem sayısının korelasyon güvenilirliğini sağlayacak kadar yeterli sayıda olması önemlidir. Örneklemde elde edilen verilerin yeterliğinin saptanması için Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) testi yapılmaktadır. KMO değeri; 0,90-1,00 ise mükemmel, 0,80-0,90 arasında çok iyi, 0,70-0,79 iyi, 0,60-0,69 arasında olduğunda orta, 0,50-0,59 arasında zayıf, 0,50'nin altındakilerin ise kabul edilmeyeceği değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2002). Genel görüş olarak KMO değeri 0,70 üzerinde ise örneklemin anlamlı ve güvenilir olduğu düşünülmektedir. Faktör analizlerinde evrendeki dağılımın normalliği de önem arz etmektedir. Bartlett testi veri matrisinin birim matris olup olmadığına, değişkenler arasındaki korelasyonun yeterli olup olmadığına ve tutarlılığına karar verir. Testten elde edilen değer yüksek ise anlamlı olduğu değilse anlamsız olduğu sonucunu vermektedir. Faktör analizi açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi olarak ikiye ayrılmaktadır.

2.5.2.1.1.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

Ölçme aracının miktarı ve sayısı hakkında bilginin olmayışı, bir hipotezi test etmek yerine ölçme aracılığıyla ölçülen faktörlerin yapısının öğrenilmeye çalışıldığı inceleme türü açıklayıcı faktör analizidir (Tavşancıl, 2002). Faktör analizinde dört temel aşama söz konusudur. Bunlar; veri setinin faktör analizine uygunluğunun

değerlendirilmesi, faktörlerin elde edilmesi, faktörlerin rotasyonu ve faktörlerin isimlendirilmesidir (Kalaycı, 2010). Veri setinin faktör analizine uygunluğunu belirlemek için bazı testler yapılır. Örneklem büyüklüğü için KMO testi, veri setinin uygunluğu için ise Barlett testi yapılır (Kalaycı, 2010).

2.5.2.1.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) (Confirmatory Factor Analysis: CFA), ölçme modellerinin geliştirilmesinde sık kullanılıp araştırmacıya önemli avantajlar sağlayan bir analiz yöntemidir. Bu yöntem, daha önceden yapılan bir model aracılığıyla gözlenen değişkenlerden yola çıkarak gizil değişken (faktör) oluşturmaya yönelik bir işlemdir (Myers, 2000).

Ki-Kare değeri modelin genel uygunluğunun test edilmesi için kullanılan en temel ölçüm yöntemidir. Bu değer örnek kovaryans matrisi ve model tarafından uyarlanmış olan (modellenen) kovaryans matrisi arasında fark olup olmadığını ortaya koymaya yaramaktadır (Hu ve Bentler, 1999). Ki-kare istatistiği, $\chi^2/df < 2$ ise mükemmel uyumu ve $\chi^2/df < 3$ ise kabul edilebilir bir uyumu gösterir (Kelloway, 1998); Uyum iyiliği indeksi (GFI) ve Karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI); 0,90 veya daha üstü değerler kabul edilir uyumu gösterir (Bryne, 2001). Yaklaşık hataların ortalama kare kökü (RMSEA); 0'a yakın değerlerin mükemmel uyumu gösterdiği 0 ile 0,1 arası değerler ise kabul edilebilir uyumu gösterir (Stevens, 2001).

2.5.2.1.2. Hipotezin Test Edilmesi

Var olan ölçeğin, diğer ölçüm araçlarıyla ilişki durumuna bakılmaktadır. Araştırmacı, ilgili kaynaklar doğrultusunda, aralarında ilişki olacağı varsayımını, kurduğu ilişkilerin yönünü ve düzeyini korelasyon analiziyle analiz eder. Bu geçerlik ölçütü, uyarlanan ölçeğin yapısının nasıl olduğuyla ilgili bilgi veren önemli bir yöntemdir (Aksayan ve Gözüm, 2002).

2.5.3. Güvenirlilik (Reliability)

Bir ölçeğin taşınması gereken önemli özelliklerden birisi olan güvenirlilik, ölçme aracıyla aynı koşullarda ve durumda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin aynılığı ya da kararlılığının bir göstergesidir. Ölçümlerin kararlılığını değerlendirirken, iki farklı durum ile açıklanır. Birinci durum, birbirini izleyen ölçümlerde, bireyin grup içindeki sırasının değişmezliği; ikinci durum ise birbirini izleyen sıralı ölçümlerde ölçme hatalarının büyüklüğüdür. Yani ölçeğin tekrar edilen ölçümlerde aynı bireyden (denekten) yaklaşık olarak aynı ölçüm değerini elde etmesi

ve dolayısıyla yapılan ölçümün hata payının düşük olması ile ilgilidir (Ercan ve Kan, 2004).

Güvenirlilik katsayısını dolaylı yoldan, farklı durumlara yönelik olarak, hesaplamak için yöntemler geliştirilmiştir (Gürsaka, 2001). Bu yöntemler; hata kaynaklarından hangisinin dikkate alınıp alınmadığında, içinde bulunulan koşullara, ölçeğin tekrar uygulama olasılığının bulunup bulunmamasına, ölçeğin paralel formunun varlığına ya da yokluğuna, ölçeğin bir güç ya da hız testi oluşuna göre seçilip kullanılmaktadır (Peirce, 1995).

Güvenirlikte 3 kavramdan söz edilir:

1. Tutarlılık: Bir ölçme aracıdaki maddelerin (soruların) testin bütünü ile uyumudur.

2. Kararlılık: Ölçme konusu olan özelliğin, aynı ölçme aracıyla farklı zamanlarda birkaç kez ölçümünde aynı sonuçların elde edilmesidir.

3. Duyarlılık: Ölçme aracı veya sonuçlarının biriminin büyüklüğü ile ilgilidir. Birim aralığı küçükse ölçme daha duyarlıdır (Atılğan, 2006).

2.5.3.1. İç Tutarlılık

Belirli bir alanı ölçtüğü varsayılan soruların kendi aralarında ne kadar homojen olduğunun, soruların doğru adrese gidip gitmediğinin yani yalnızca istenen kavramı ölçüp ölçmediğinin iyi bir ölçütüdür. Sık başvurulan bir güvenirlilik ölçütüdür. İç tutarlılığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının, belli bir amacı gerçekleştirmek (bütünü oluşturmak) üzere birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden (örneğin, test maddelerinden, anket sorularından) oluştuğu ve bunların bütün içinde, bilinen ve birbirlerine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımıdır (Karakoç ve Dönmez, 2014). İç tutarlılık katsayısı hesaplamalarında eğer ölçek tek bir boyuttan oluşuyorsa ölçeğin bütününe göre yapılacağı, ölçek faktörlerden oluşuyorsa her faktör ve maddeleri kendi içinde bir bütün olarak kabul edilip aynı teknik yaklaşımla faktör düzeyinde hesaplanmalıdır (Demirali, 1995).

2.5.3.1.1. Yarıya Bölme Yöntemi (Split-Half Method)

Yöntem, formu iki eş parçaya bölerek, iki yarının deneklere aynı anda uygulanması sonrası, deneklerin yarılarından aldıkları puanlar arasındaki korelasyon ile güvenirlilik tahmini yapılmasını sağlar (Turgut, 1993). Test veya ölçek katılımcılara uygulandıktan sonra belirli bir sisteme bağlı olarak iki eşit yarıya bölünür. Bu işlemde maddeler; a) rasgele, (b) tek-çift sıralaması içinde, (c) birinci yarı-ikinci yarı şeklinde,

(ç) her bir yarı alt boyutları/faktörleri eşit ölçüde içerecek şekilde veya (d) kolaylık ve zorluk açısından maddeler her iki yarıda dengeli olacak şekilde bölünür. Her bir yarının toplam puanları bulunur. İki yarı arasındaki korelasyon analizi, toplam puanlara göre veya kullanılan ölçüm aracında belirli değişkenlere cevap verilmemişse aritmetik ortalama değerlerine göre yapılır. Elde edilen korelasyon katsayısı, yarıya bölme güvenilirliği katsayısı olarak isimlendirilir. Testin bütününe ilişkin güvenilirlik katsayısını elde etmek amacıyla Spearman-Brown katsayısı kullanılmalıdır. Yarıya bölme güvenilirlik katsayısı en az 0,70 olmalıdır (Şencan, 2005). Gutman Split-half ve Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı test yarılama yöntemidir (split-half technique) ve çok tercih edilen yarılama yöntemi, tek numaralı (1–3–5 gibi) soruları bir grup, çift numaralı soruları (2–4–6 gibi) bir grup yaparak ayırmaktadır (Najim ve Omer, 2015).

2.5.3.1.2. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Cronbach (1951) tarafından geliştirilen alfa katsayısı yöntemi, maddeler doğru-yanlış olacak şekilde puanlanmadığında, 1-3, 1-4, 1-5 gibi likert tipi puanlandığında, kullanılması uygun olan bir iç tutarlılık tahmin yöntemidir (Ercan ve Kan, 2004).

Doğru-yanlış, var-yok gibi puanlama tipinde ise Kuder & Richardson yöntemi kullanılmaktadır (Güleç, 1981).

Cronbach alfa katsayısı 0 ile 1 arasında bir dağılım gösterir. Cronbach alfa değerinin negatif çıkması, ölçme aracının homojen bir yapıyı ölçmediğini göstermektedir. Cronbach alfa, yanıtların en az 3'lü kategorik olduğu durumlarda uygulanabilmektedir.

- $\alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.
- $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.
- $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirliktedir.
- $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derece güvenilir bir ölçektir (Eser ve Baydur, 2007).

2.5.3.1.3. Madde Analizi

2.5.3.1.3.1. Madde-Madde Puan Analizi

Ölçek maddelerinin ne ölçüde birbiriyle ilişkili olduğu hakkında bilgi verir. Maddeler arası korelasyon analizinde ilişki negatif gözüküyorsa maddelerin aralarında ters bir ilişki var demektir. Bu maddelerden biri veya duruma göre her ikisi de ölçekten çıkarılabilir (Şencan, 2005).

2.5.3.1.3.2 Madde Toplam Puan Analizi

Bu korelasyon, test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Madde-toplam puan korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterir (Büyüköztürk, 2011). Madde-toplam puan korelasyon analizlerinin yapılabilmesi için 100 ile 200 arasında katılımcı olması gerekmektedir (Şencan, 2005). Likert tipi derecelendirme ölçeklerinin kullanıldığı bir testte madde-toplam puan korelasyonu, Pearson korelasyon katsayısı ile hesaplanmaktadır (Büyüköztürk, 2011). Eğer yanıtlar kategorik olarak iki değişkenli ise, hesaplamada bi-serial; likert tipi ise, point-bi-serial teknikleri uygulanır (Karakoç ve Dönmez, 2014). Madde analizlerinde pearson korelasyon katsayı değerleri; 0,26-0,49: zayıf, 0,50-0,69: orta, 0,70-0,89: yüksek, 0,90-1,00: çok yüksek olarak değerlendirilmektedir (Akgül, 2005). Düşük korelasyon gösteren maddeler envanterden çıkarılmalıdır. Ancak buna karar verirken madde silindiğinde alfa katsayındaki ve ortalamadaki değişime bakarak karar verilmelidir (Özdamar, 2002).

BÖLÜM 3: GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Türkiye genelinde bulunan tüm BBSK' da ve Şubat 2018-Aralık 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırma Türkiye geneli BBSK' da çalışan AH uygulanmıştır. Araştırmanın evreni Türkiye'deki AH' dir ve 22800 kişiden oluşmaktadır (Memurlar.net, 2017). Örnekleme sayısı olarak da ilgili literatüre göre (evren büyüklüğü 25000 olması durumunda 0,03 örnekleme hata payına göre örnekleme sayısı 1023 olmalıdır. 0,05 örnekleme hata payına göre ise 378 örnekleme sayısı yeterli olacaktır.) 1000 hekime ulaşılması hedeflenmiştir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004).

Çalışmada 18000 civarı AH' ne e-mail ile davet gönderilmiş ve 402 AH çalışmaya katılmıştır.

3.3. Araştırmanın Deseni

Çalışmanın ilk aşamasında metodolojik çalışma modeli ile Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından BBSK için geliştirilen HGK anketinin (MOSPSC) Türkçeye çevirisi AH alanında uzmanlar tarafından yapılmıştır. Türkçe' ye çevrilen anket orijinal diline tekrar çevrilmiştir. Bunun yapılmasındaki amaç aradaki farkı anlamak ve hataları ortadan kaldırmaktır. Türkçe' ye çevirisi yapılmış olan anket Google Forms aracılığıyla pilot uygulama için rasgele usulüyle 20 AH' ne gönderilmiş ve ankete katılımları istenmiştir. Katılımcıların anketi yanıtlarken eksik ya da hatalı gördükleri kısımlarla ilgili de önerilerde bulunmaları istenmiştir. 18 katılımcıdan gelen geri dönüşlerle birlikte ölçek son halini alarak Google Forms aracılığıyla yaklaşık 18000 AH' ne gönderilmiştir. 402 AH' nin katılımı gerçekleşmiştir. Metodolojik ve kesitsel analitik çalışmalar bu katılımcı sayısı ile yapılmıştır.

İkinci aşamada da geçerlik ve güvenilirliği sağlanmış olan ölçek kullanılarak BBSK' da çalışan AH' nin HGK hakkındaki algılarını saptamak amacıyla kesitsel analitik çalışma aynı sayıda katılımcı ile yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Kesitsel analitik çalışmada;

Bağımsız Değişkenler:

- Yaş
- Cinsiyet
- Unvan
- Sosyo-Ekonomik Durum
- Mesleki Durum
- Hizmet Verilen Ortam
- Hizmetin Türü

Bağımlı Değişkenler:

- Aile Hekimlerinin HGK hakkındaki algıları

3.5. Dâhil Olma Kriterleri

Araştırmaya dâhil olma kriterleri arasında Türkiye’deki herhangi bir ASM’de AH olarak çalışmak ve çalışmaya gönüllü olarak katılım sağlamaktır.

3.6. Veri Toplama Araçları ve Araçlarının Tanıtımı

- Sosyodemografik Veri Formu
- BBSK için Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (MOSPSC)

3.6.1. Sosyo-Demografik Soruları İçeren Veri Formu

Oluşturulan sosyodemografik veri formu (bilgi formu) araştırmanın amacına uygun literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanmış olup çalışmada, katılımcıların yaş, eğitim, ortalama gelir, çalışma durumu gibi soruların sorulduğu, Aile Hekimlerinin Hasta Güvenliği Kültürü hakkındaki algılarını saptamak amacıyla sosyodemografik özelliklerin belirlenmesi için bir anket formu olarak oluşturulmuştur. Oluşturulan formda katılımcının tanıtıcı bilgileri (yaş, cinsiyet), ASM’deki pozisyonu, çalışma durumu ile ilgili sorular (ASM’de hangi statüde çalıştığı, günlük ortalama kaç hastaya hizmet verildiği, ASM’de ne kadar süredir çalıştığı) sorulmuştur. 15 adet sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu Hasta Güvenliği Kültürü Anketi (MOSPSC)

Sorra ve arkadaşları, Amerika da bulunan Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ) adına BBSK için HGK anketini (MOSPSC) 2008 yılında oluşturmuşlardır (Ahrq, 2017). Bu form birinci basamaktaki sağlık çalışanlarının HGK çalışmalarında

veri toplama aracı olarak kullanılmaktadır. Anket her yıl revize edilerek yayınlanır ve ölçeğin kullanımı herkese açıktır.

Anket 9 bölüm, 10 boyut ve 63 sorudan oluşmaktadır. Soruların çoğunda 7 li likert seçenek bulunmaktadır. Sorularda bulunan seçeneklerde numarası 9 olan seçenek ‘‘Bilmiyor veya Uygun Değil’’ seçeneği ilgili analizler yapılırken hesaplama dışı bırakılmıştır. 9 bölümden oluşan anketin bazı kısımlarında ters sorular bulunmaktadır. Ters soruların yanıtları veri tabanında düzeltilerek hesaplama alınmıştır. Ters soruların amacı katılımcıların soruları yanıtlarken anketle ne derece ilgili olduklarını ortaya koymaktadır. Ankette bulunan sorulara katılımcıların verdiği cevaplara göre anketi pozitif veya negatif yanıtladıkları sonucu çıkarılmaktadır. Anket maddelerinin çoğu, katılımcılardan 5 puanlık yanıt kategorileri kullanarak katılma (Kesinlikle katılıyorum, Katılıyorum, Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, Katılmıyorum, Kesinlikle katılmıyorum) veya sıklık (Her Zaman, Çoğu zaman, Bazen, Nadiren, Asla) kullanarak yanıt vermelerini ister. Katılımcılardan ankette bulunan sorulardan (1-5 arası olanlar) herhangi birine verdikleri yanıtlarda eğer 1 veya 2 diye yanıtladıklarında negatif yanıtladıkları, 3 yanıtı ise ara yanıt olup 4 veya 5 diye yanıtladıklarında pozitif yönünde değerlendirdikleri gösterilmiştir (Ahrq user’s guide, 2018).

Tablo 2. Puanlama Hesaplaması Örneği

‘Personel Eğitimi’ ile ilgili 3 madde	Pozitif olarak seçilen ‘Kesinlikle Katılıyorum’ veya ‘Katılıyorum’ yanıtların sayısı	Negatif olarak seçilen ‘Kesinlikle Katılmıyorum’ veya ‘Katılmıyorum’ yanıtların sayısı	Maddeye verilen toplam yanıt sayısı (‘Bilmiyor veya Uygun Değil ile Eksik yanıtlar çıkarılarak)	Maddeye verilen pozitif yanıt yüzdesi
Madde C4- Pozitif Yönlü Soru ‘Bu birim, yeni süreçler devreye sokulduğunda personeline eğitim veriyor’	110	Negatif uygulanamaz	240	$110/240=\%46$
Madde C7- Pozitif Yönlü Soru ‘Bu birim, personelin ihtiyaç duydukları işbaşlı eğitimini almasını sağlar’	140	Negatif Uygulanamaz	240	$140/250=\%56$

Tablo 2. Puanlama Hesaplaması Örneği (Devam)

Madde C10- Negatif Yönlü Soru 'Bu birimdeki personelden eğitilmedikleri işleri yapmaları istenir'	Pozitif uygulanamaz	125	260	125/260=%48
--	------------------------	-----	-----	-------------

Ankette bulunan (1-6 arası yanıtlarda) bazı sorularda ise katılımcıların yanıtları 4,5 ve 6 ise pozitif olduğu söylenmiştir. Bu sorularda da ters sorular var ise veri tabanında ilgili düzenlemeler yapılarak değerlendirilmiştir. (Ahrq user's guide, 2018).

Tabloda da belirtildiği gibi katılımcıların pozitif yönündeki cevaplarının yüzdelik dilimleri hesaplanarak sonuçlar bulunmuştur. Bu sonuçlar bizlere AH' nin, HGK ile ilgili algılarının nasıl olduğu hakkında bilgi vermektedir.

Ankette bulunan boyutlar;

1. Hatalar ile İlgili İletişim

ASM de yapılan tıbbi hatalar ile ilgili sağlık çalışanlarının bu hatalar konusunda bildirim yapma ve hatalar hakkında konuşma konusunda sorular bulunmaktadır.

2. İletişim Açıklığı ve İzlem

ASM deki işler ile ilgili çalışanların iletişimlerinin nasıl olduğu ve fikirlerini beyan etme konusunda ne kadar açık fikirli oldukları sorulmaktadır.

3. Tıbbi Ofis (ASM) İşleri ve Standartlar

ASM' nin işleri konusunda standartlar ve prosedürlerin işlenip işlenmediği sorulmaktadır.

4. Örgütsel Öğrenme

ASM, hasta bakım kalitesini artırmak için yapılan rutin işlemlerde değişiklik yapmayı kolaylaştıran ve etkinlik değişikliklerini değerlendiren bir öğrenme kültürüne sahip olup olmadığını ve nasıl olduğunu sorar.

5. Genel Hasta Güvenliği Kalite Algıları

ASM deki hasta bakımı kalitesinin, daha fazla iş yapılmasından daha önemli olduğu, ofis işlemlerinin olası hataları önleme konusunda nasıl olduğu ve hataların ne kadar çok yaşandığı ile ilgili sorular sorulmaktadır.

6. Yönetici Desteği

ASM de çalışan sağlık çalışanlarının, kalite uygulamaları ve olası tıbbi hatalar gibi konulara ilişkin yönetimin tavrı ve desteğinin nasıl olduğuyla ilgili sorular sorar.

7. Hasta Bakımı ve Takip

ASM nin sağlık hizmetleri (hasta bakımı, hastanın sonuçlarının takibi, aşılama takvimi takibi vb.) ve diğer işlemler ile ilgili ne kadar sorumlu olduğu sorulmaktadır.

8. Personel Eğitimi

ASM de çalışan sağlık çalışanlarının iş başı eğitimleri ve yeni süreçlerin eğitimi ile ilgili sorular sorulmaktadır.

9. Takım Çalışması

Sağlık hizmeti sunumunda çalışanların birbirleriyle olan uyumları ve işleyişle ilgili tutumları sorulmaktadır.

10. İş Yüğü ve Hızı

Hasta yüğü, iş yoğunluğu ve personel yeterliliği ile ilgili sorular sorulmaktadır.

Anket, tıbbi ofislerin diğer ortamlarla bilgi alışverişinde ne sıklıkla sorun yaşadığını ve diğer hasta güvenliği ve kalite sorunlarını ölçen maddeleri içermektedir. Anket ayrıca, katılımcılardan tıbbi ofislerini beş sağlık hizmeti kalitesinde (hasta merkezli, etkili, zamanında, verimli ve adil) değerlendirmelerini ve genel bir hasta güvenliği derecesi vermelerini isteyen maddeleri içermektedir. Ek olarak, katılımcılardan demografik bilgiler de istenmektedir.

3.7. Verileri Toplama Yöntemi

Türkçe' ye uyarlanmış olan anket katılımcılara e-mail olarak Google Forms aracılığı ile ulaştırılmıştır.

Katılımcılara anketler gönderilirken araştırma hakkında;

- Araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı,
- Alınacak bilgiler doğrultusunda isminin ve görüşlerinin herhangi bir yerde

açıklanmayacağı ile ilgili açıklamalarla birlikte onam formu da gönderilmiştir. Google Forms aracılığıyla gönderilen açıklamalı onam formunu kabul eden katılımcılardan ankete katılımları istenmiştir.

3.7.1. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verilerinin analizinde IBM SPSS Statistics V22.0 paket programı kullanılmıştır.

3.7.2. Sosyo-Demografik Özellikleri İçeren Veri Formunun Değerlendirilmesi

Katılımcılardan gelen veriler sosyo-demografik özelliklerine göre frekans analiziyle sayı ve yüzdeleri alınarak değerlendirilmiştir. İkili analizlerde t testi, ki kare ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Yapılan testlerde $p < 0,05$ olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiş ve sonuçlar alınmıştır.

3.7.3. Ölçeğe ait Geçerlik Güvenirlik Analizleri

Çalışmanın geçerlik kısmı Yapı Geçerliği yöntemiyle değerlendirilmiştir. KMO ve Barlett testi yapılmıştır.

Çalışmanın güvenilirlik kısmı ise iç tutarlık yöntemiyle değerlendirilmiştir. İç tutarlıkta güvenilirlik analizleri olarak Cronbach Alpha katsayısı, ölçeği yarıya bölme analizi yapılmıştır.

Tablo 3. Ölçeğe ait Yapılacak olan Geçerlik Güvenirlik Analizleri

Geçerlik Yöntemleri	Geçerlilik Yöntemi için Yapılan İstatistikler
Yapı Geçerliği	Örneklem Büyüklüğü KMO Testi ve Normallik Barlett Testi Faktör Analizi
Güvenirlik Yöntemleri	Güvenirlik Yöntemi için Yapılan İstatistikler
İç Tutarlık	Cronbach's Alpha Ölçeği Yarıya Bölme Yöntemi

3.8. Etik Kurul Onayı

Yapılan araştırma İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.04.2018 tarih, 9 numaralı Etik Kurul Toplantısında B.30.2.İEÜSB.0.05.05-20-014 karar numarası ile onay alınarak yapılmıştır.

BÖLÜM 4: BULGULAR

BBSK için HGK anketinin Türkçe formunun geçerlik güvenirlik çalışması ve birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin HGK hakkındaki algılarının nasıl olduğu ile ilgili kesitsel analitik çalışmasıyla birlikte her iki çalışma için araştırma 402 katılımcı ile tamamlanmıştır.

4.1. GEÇERLİK GÜVENİRLİK BULGULARI

Çalışmamızda kullandığımız ölçeğin geçerlik ve güvenirlik bulguları aşağıda özetlenmiştir:

4.1.1. Geçerlik Bulguları

4.1.1.1. Yapı Geçerliği Bulguları

Ölçeğin yapı geçerliğini analiz etmek, örneklem büyüklüğünün yeterliliğini ölçmek için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin KMO değeri 0,712 (iyi) olarak saptanmıştır. Verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediğini saptamak amacıyla yapılan Bartlett testi sonucu ($\chi^2=4998,309$ $p<0,001$) olarak bulunmuş olup bu sonuç iyi düzeyde anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Bulgular tabloda (Tablo 4) verilmiştir.

Tablo 4. Ölçeğin Yapı Geçerliği KMO ve Bartlett Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,712
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4998,309
	df	1711
	Sig.	,000

Verilerin faktör analizine uygunluğu belirlendikten sonra temel bileşenler analizi ve varimax rotasyon yöntemi kullanılarak ölçeği oluşturan faktör yapısı açıklanmaya çalışılmış daha sonra ortaya çıkan faktörlerin teorik yapı ile uyumu değerlendirilmiştir. Bulgular tabloda (Tablo 5) verilmiştir.

Tablo 5. Ölçeğin Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Analizi

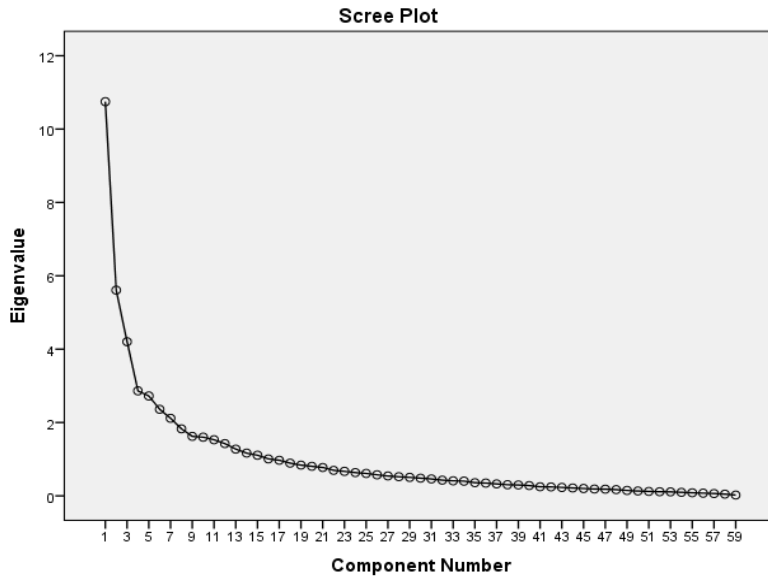
Açıklanan toplam varyans						
Madde	Başlangıçtaki özdeğerler			Extraction sums of squared loadings		
	Toplam	Varyans yüzdesi (%)	Kümülatif %	Toplam	Varyans yüzdesi(%)	Kümülatif %
1	10,746	18,214	18,214	10,746	18,214	18,214
2	5,609	9,506	27,721	5,609	9,506	27,721
3	4,203	7,123	34,844	4,203	7,123	34,844
4	2,863	4,853	39,696	2,863	4,853	39,696
5	2,724	4,617	44,314	2,724	4,617	44,314
6	2,360	4,001	48,314	2,360	4,001	48,314
7	2,116	3,586	51,900	2,116	3,586	51,900
8	1,829	3,099	54,999	1,829	3,099	54,999
9	1,623	2,750	57,750	1,623	2,750	57,750
10	1,600	2,711	60,461	1,600	2,711	60,461
11	1,530	2,594	63,054			
12	1,424	2,414	65,468			
13	1,274	2,160	67,628			
14	1,166	1,976	69,604			
15	1,107	1,877	71,481			
16	1,008	1,709	73,190			
17	,971	1,646	74,836			
18	,893	1,513	76,349			
19	,838	1,420	77,769			
20	,806	1,366	79,135			
21	,774	1,312	80,447			
22	,696	1,180	81,627			
23	,669	1,133	82,760			
24	,635	1,075	83,835			
25	,611	1,036	84,871			
26	,574	,974	85,845			

Tablo 5. Ölçeğin Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Analizi (Devam)

27	,542	,919	86,764			
28	,522	,884	87,648			
29	,504	,854	88,502			
30	,481	,815	89,317			
31	,462	,783	90,101			
32	,428	,726	90,826			
33	,410	,694	91,521			
34	,401	,680	92,201			
35	,359	,609	92,810			
36	,349	,592	93,402			
37	,325	,551	93,952			
38	,303	,514	94,467			
39	,297	,504	94,970			
40	,281	,476	95,447			
41	,248	,420	95,867			
42	,244	,413	96,280			
43	,229	,388	96,668			
44	,215	,365	97,033			
45	,200	,340	97,373			
46	,186	,316	97,688			
47	,184	,311	98,000			
48	,169	,286	98,286			
49	,148	,251	98,537			
50	,132	,224	98,760			
51	,120	,204	98,964			
52	,114	,192	99,156			
53	,109	,185	99,341			
54	,096	,162	99,504			
55	,085	,144	99,648			
56	,074	,125	99,773			

Tablo 5. Ölçeğin Faktör Analizi Açıklanan Toplam Varyans Analizi (Devam)

57	,063	,108	99,881			
58	,048	,082	99,963			
59	,022	,037	100,000			



Şekil 1. Faktör Analizi Sonuçlarının Scree Plot Değerleri

Geçerlik güvenirlik çalışmamız da ölçeğin orjinal yapısı korunmakla beraber faktör analizi varimax rotasyon yöntemiyle yapılmıştır. Döndürülmüş bileşenler matrisi sonucunda 59 maddelik ölçek (hasta güvenliği kültürü soruları kısmı) orijinal yapısına benzer şekilde 10 alt boyutlu (10 faktör) olarak değerlendirilmiştir. Her bir faktör için açıklanan varyans yüzdeleri sırasıyla F1 için % 18,2 F2 için % 9,5 F3 için % 7,1 F4 için % 4,8 F5 için % 4,6 F6 için % 4 F7 için % 3,6 F8 için % 3,1 F9 için % 2,7 ve F10 için % 2,7 olup, 10 faktör tarafından toplam varyansın % 60,5' i açıklanmaktadır. Aşağıdaki tabloda (Tablo 6) her bir maddenin yer aldığı faktör, maddelerin faktör yükünü, 10 alt boyutun özdeğeri ve her bir faktörün açıkladığı varyans yüzdesi verilmektedir.

Tablo 6. Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizi Değerleri

Ölçek Alt Boyutları	Maddeler	Maddelerin Faktör Yükü	Özdeğer	Açıkladığı Varyans %
Kalite Genel Derecelendirilmesi F1	23.3. Zamanında: Beklemeleri ve olası zararlı gecikmeleri en aza indirir.	,841	10,746	18,214
	23.2. Etkili: Bilimsel bilgiye dayanmaktadır.	,828		
	23.1.Hasta Merkezli: Bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlara ve değerlere duyarlı.	,803		
	23.4. Verimli: Uygun maliyetli bakım sağlar (hizmetlerin boşa, aşırı ve kötüye kullanımını önler)	,798		
	24. Genel olarak, biriminizin sistem ve klinik süreçlerini, hastaları etkileme potansiyeline sahip sorunları önlemek, saptamak ve düzeltmek açısından nasıl değerlendirirsiniz?	,719		
	23.5. Adil: Cinsiyet, ırk, etnik köken, sosyoekonomik durum, dil vb. Ne olursa olsun tüm bireylere aynı kalitede bakım sağlar.	,709		

Tablo 6. Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizi Değerleri (Devam)

Örgütsel Öğrenme ve Yönetici Desteği F2	22.1.Birimimizde bir sorun olduğunda, işlerimizi yapma şeklimizi değiştirmemiz gerekip gerekmediğine bakarız	,753	5,609	9,506
	22.2.Birim süreçlerimiz hastaları etkileyebilecek hataları önlemede başarılıdır	,741		
	22.5.Bu birim aynı sorunların bir daha olmamasını sağlamak adına, birim süreçlerini değiştirmekte başarılıdır	,737		
	22.7.Bu birimde hasta bakım sürecini iyileştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra, değişikliklerin işe yarayıp yaramadığını kontrol ederiz	,666		
	21.4.Genellikle hastalar için değil ofis için en iyi olana göre kararlar alırlar.	,608		
	21.2.Sürekli tekrar eden hasta bakım hatalarını göz ardı ederler.	,535		
	19.5.Bu birim, kronik bakım hastalarının tedavi planlarını ne kadar iyi takip ettiklerini belgelemektedir.	,459		
	21.3.Hasta bakım süreçlerini iyileştirmeye yüksek öncelik verirler.	,441		
	21.1.Bu birimde bakım kalitesini artırmak için yeterli kaynak yatırımı yapmıyorlar	,368		

Tablo 6. Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizi Değerleri (Devam)

Hasta Bakımı Takip ve İletişim F3	19.11.Bu birimde, hataların tekrar olmasını önlemenin yollarını tartışırız.	,701	4,203	7,123
	19.12.Bu birimde personel gözlemledikleri hataları bildirmeye isteklidir.	,693		
	19.8.Sağlık hizmeti verenler ve personel, birim sorunları hakkında açıkça konuşur	,648		
	19.9.Bu birim izlem ihtiyacı olan hastaları takip eder	,641		
	19.3.Bu birimde, hastalar koruyucu veya periyodik sağlık bakımı için randevu almaları gerektiğinde onlara ulaşarak hatırlatılır.	,600		
	19.2.Çalışanlar bu birimde alternatif bakış açılarını ifade etmeleri için teşvik edilirler.	,594		
	19.6.Birimimiz, diğer bir merkezden beklediği bir raporu almadığı zaman bunu takip eder.	,554		
	19.1.Bu birimdeki sağlık hizmeti verenler, personelin süreçlerin nasıl iyileştirilebileceğine ilişkin fikirlerine açıktır.	,552		

Tablo 6. Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizi Değerleri (Devam)

F4 Takım Çalışması ve Personel Eğitimi	18.2.Bu birimde, personel ve sağlık hizmeti verenler arasında iyi bir iş ilişkisi vardır	,841	2,863	4,853
	18.1.Bu birimde birileri gerçekten meşgul olduğunda, diğerleri yardımcı olur	,783		
	18.13.Bu birim, hasta bakımında ekip çalışmasına vurgu yapmaktadır	,723		
	18.5.Bu birimde birbirimize saygılı davranıyoruz.	,682		
	18.9.Bu birimde çalışmanın doğru yapıldığını kontrol etmek için iyi prosedürlerimiz var	,579		
	22.3.Bu birimde olması gerekenden daha fazla hata olur	,548		
	18.4.Bu birim, yeni süreçler devreye sokulduğunda personeline eğitim veriyor.	,480		

Tablo 6. Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizi Değerleri (Devam)

Kalite ve Hasta Güvenliği Sorunlarının Listesi F5	16.2.Hasta Kimliği; Bir hasta için yanlış tıbbi kayıt/hasta çizelgesi kullanıldı.	,845	2,724	4,617
	16.3.Tıbbi Kayıtlar ve Hasta Çizelgeleri; Bir hastanın tıbbi kayıtları/çizelgesi gerektiğinde bulunamadı.	,808		
	16.4.Tıbbi bilgiler yanlış hastanın tıbbi kayıtları/çizelgesi içine girildi, tarandı veya dosyalandı	,746		
	16.5.Tıbbi araç/gereçler; Tıbbi araç/gereçler düzgün çalışmadı veya onarılmaları ya da değiştirilmeleri gerekti	,662		
	16.1. Bakıma Erişim; Hasta, akut / ciddi bir sorunu için 48 saat içinde randevu alamadı.	,372		

Tablo 6. Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizi Değerleri (Devam)

Diğer Kuruluşlarla Bilgi Alışverişi F6	17.1.Başka laboratuvarlar / görüntüleme merkezleri	,778	2,360	4,001
	17.2.Diğer tıbbi ofisler / başka hekimler	,755		
	17.4.Hastaneler	,739		
	17.3.Eczaneler	,647		
	17.5.Diğer	,543		
	16.6.İlaç; Bir eczane, reçeteyi açıklığa kavuşturmak veya düzeltmek için biriminizi aradı	,377		
İş Yükü ve hızı İletişim Açıklığı F7	19.10.Bu birimde anlaşmazlıkları dile getirmek zordur	,680	2,116	3,586
	19.4.Personel onlara doğru görünmeyen şeyler hakkında soru sormaktan korkar	,677		
	19.7.Personel, yaptıkları hataların kendilerine karşı kullanılacağını düşünür	,554		
	22.4.Hastalarımızı etkileyen daha fazla hata yapmamak şansa bağlıdır	,533		
	22.6.Bu birimde daha fazla iş yapmak, bakım kalitesinden daha önemlidir	,510		

Tablo 6. Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizi Değerleri (Devam)

İş Yüğü ve Hızı F8	18.14.Bu birimin her şeyi etkili bir şekilde ele alabilmesi için çok fazla hastası var	,900	1,829	3,099
	18.15.Bu birimdeki personel, görevleri yerine getirmek için standart süreçleri takip eder	,897		
	18.6.Bu birimdeki sağlık hizmeti verenler için çok fazla hastamız var.	,734		
	18.7.Bu birim, personelin ihtiyaç duydukları işbaşı eğitimini almasını sağlar	,416		
İş Yüğü ve Personel Eğitimi F9	18.11.Hasta yükümüze yetecek kadar personelimiz var	,570	1,623	2,750
	18.12.Bu birimde iş akışı ile ilgili sorunlar var	,488		
	18.10.Bu birimdeki personelden eğitilmedikleri işleri yapmaları istenir	,440		
Tıbbi Ofis İşleri ve Kalite Sorunları F10	18.3.Bu birimde, hastalara bakarken sık sık koşturulduğumuzu hissediyoruz.	,568	1,600	2,711
	16.9.Bir laboratuvar veya görüntüleme testinin önemli bir anormal sonucu ile ilişkili gerekli girişimler bir iş günü içinde yapılmadı.	,555		
	16.8.Tanı araçları ve testler; Gerektiğinde bir laboratuvar veya görüntüleme testinin sonuçları bulunamadı	,536		
	16.7.Görüşme sırasında hastanın ilaç listesi güncellenmedi.	,500		
	18.8.Bu birim gerekenden daha düzensizdir	,333		

4.1.2 Güvenirlik Bulguları

Çalışmamızda anketin güvenirliliğini değerlendirmek için iç tutarlık analizi yapılmıştır. İç tutarlık yöntemlerinden Cronbach Alpha analizi yapılmıştır.

4.1.2.1. İç Tutarlık Analiz Bulguları

Çalışmamızda kullandığımız anket için yapılan güvenirlik testlerine göre bulunan Cronbach α değerleri ile AHRQ ajansına ait resmi internet sitesinde bulunan Cronbach α değerleri alınıp karşılaştırmaları tabloda (tablo 7) verilmiştir (Ahrq composite measures, 2018).

Tablo 7. Uyarlama Yapılmış Ölçek ve MOSPSC' nın Alt Boyutlar için Güvenirlik Katsayıları

Alt Boyutlar	Ölçek Cronbach α	MOSPSC Cronbach α
Kalite ve Hasta Güvenliği Sorunlarının Listesi (A1-A9)	,84	
Diğer Kuruluşlarla Bilgi Alışverişi (B1-B5)	,91	
Takım Çalışması (C1,C2,C5,C13)	,87	,83
İş Yükü ve Hızı (C3,C6,C11,C14)	,67	,76
Personel Eğitimi (C4,C7,C10)	,57	,80
Tıbbi Ofis (ASM) İşleri ve Standartlar (C8,C9,C12,C15)	,42	,77
İletişim Açıklığı ve İzlem (D1,D2,D3,D4)	,74	,81
Hasta Bakımı ve Takip (D3,D5,D6,D9)	,78	,78
Hatalar ile İlgili İletişim (D7,D8,D11,D12)	,63	,75
Yönetici Desteği (E1,E2,E3,E4)	,71	,76
Örgütsel Öğrenme (F1,F5,F7)	,78	,82
Genel Hasta Güvenliği ve Kalite Algıları (F2,F3,F4,F6)	,64	,79
Genel Kalite Derecelendirilmesi (G1)	,90	
Tüm Boyutların Ortalama Cronbach Alpha Değeri	,89	

Boyutların Cronbach α değerleri hesaplanırken ‘Bilmiyor veya Uygun Değil’ seğeneği veri tabanı hesaplamalarında dikkate alınmamıştır. Ölçeğin güvenilirlik analizlerinde tüm boyutların ortalama Cronbach Alpha değeri 0,89 olarak saptanmış ve bu değer istatistiksel açıdan anlamlı ($p < 0,001$) olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarında ise Cronbach Alpha değerlerinin 0,42 ile 0,91 arasında değiştiiği toplam iç tutarlılığın yüksek olduğu (Cronbach Alpha:0,89) saptanmıştır. Bulgular tabloda (tablo 8) verilmiştir.

Çalışmada testi yarıya bölme analiz yönteminde ise ölçekteki soruların ilk yarısının Cronbach Alpha değeri 0,79 ikinci yarısının Cronbach Alpha değeri ise 0,90 olarak bulunmuştur. Bulgular tabloda (tablo 8) verilmiştir.

Tablo 8. Ölçeği Yarıya Bölme Cronbach Alpha Testi

Sorular	Cronbach Alpha Değeri
1.Yarım İlk 30 Soru	0,79
2.Yarım Son 29 Soru	0,90

Çalışmada ölççeğin her bir maddesinin çıkarılması durumunda hesaplanan Cronbach Alpha değerlerinin 0,152 ile 0,899 arasında değiştiiği ve toplam iç tutarlılığın yüksek olduğu (Cronbach Alpha: 0,89) saptanmıştır. Bulgular tabloda (tablo 9) özetlenmiştir.

Tablo 9. Uyarlanmış olan ölçeğin Alt Boyut Maddeleri Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri

Ölçek Alt Maddeleri		Madde silindiğinde boyut ortalaması	Madde silindiğinde cronbach alfa değeri
Kalite ve Hasta Güvenliği Sorunlarının Listesi	16.1. Bakıma Erişim; Hasta, akut / ciddi bir sorunu için 48 saat içinde randevu alamadı.	5,02	0,822
	16.2.Hasta Kimliği; Bir hasta için yanlış tıbbi kayıt/hasta çizelgesi kullanıldı.	4,99	0,787
	16.3.Tıbbi Kayıtlar ve Hasta Çizelgeleri; Bir hastanın tıbbi kayıtları/çizelgesi gerektiğinde bulunamadı.	4,99	0,785
	16.4.Tıbbi bilgiler yanlış hastanın tıbbi kayıtları/çizelgesi içine girildi, tarandı veya dosyalandı	4,98	0,789
	16.5.Tıbbi araç/gereçler; Tıbbi araç/gereçler düzgün çalışmadı veya onarılmaları ya da değiştirilmeleri gerekti	5,02	0,793
	16.6.İlaç; Bir eczane, reçeteyi açıklığa kavuşturmak veya düzeltmek için biriminizi aradı	5,31	0,835
	16.7.Görüşme sırasında hastanın ilaç listesi güncellenmedi.	5,13	0,800
	16.8.Tanı araçları ve testler; Gerektiğinde bir laboratuvar veya görüntüleme testinin sonuçları bulunamadı	5,08	0,787
	16.9.Bir laboratuvar veya görüntüleme testinin önemli bir anormal sonucu ile ilişkili gerekli girişimler bir iş günü içinde yapılmadı.	5,08	0,796

Tablo 9. Uyarlanmış olan ölçeğin Alt Boyut Maddeleri Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri (Devam)

Diğer Kuruluşlarla Bilgi Alışverişi	Aile hekimliği biriminiz son 12 ay içinde, aşağıdaki kuruluşlarla doğru, eksiksiz ve zamanında bilgi alışverişinde ne zaman, ne kadar sıklıkla sorun yaşadınız?		
	17.1.Başka laboratuvarlar / görüntüleme merkezleri	4,75	,818
	17.2.Diğer tıbbi ofisler / başka hekimler	4,69	,806
	17.3.Eczaneler	4,80	,845
	17.4.Hastaneler	4,74	,810
	17.5.Diğer	4,52	,852
Takım Çalışması	18.1.Bu birimde birileri gerçekten meşgul olduğunda, diğerleri yardımcı olur	4,14	,783
	18.2.Bu birimde, personel ve sağlık hizmeti verenler arasında iyi bir iş ilişkisi vardır	4,11	,728
	18.5.Bu birimde birbirimize saygılı davranıyoruz.	4,03	,792
	18.13.Bu birim, hasta bakımında ekip çalışmasına vurgu yapmaktadır	4,15	,796

Tablo 9. Uyarlanmış olan ölçeğin Alt Boyut Maddeleri Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri (Devam)

İş Yüğü ve Hızı	18.3.Bu birimde, hastalara bakarken sık sık koşturulduğumuzu hissediyoruz.	3,54	,624
	18.6.Bu birimdeki sağlık hizmeti verenler için çok fazla hastamız var.	3,53	,459
	18.11.Hasta yükümüze yetecek kadar personelimiz var	3,86	,713
	18.14.Bu birimin her şeyi etkili bir şekilde ele alabilmesi için çok fazla hastası var	3,61	,592
Personel Eğitimi	18.4.Bu birim, yeni süreçler devreye sokulduğunda personeline eğitim veriyor.	3,78	,152
	18.7.Bu birim, personelin ihtiyaç duydukları işbaşı eğitimini almasını sağlar	3,83	,311
	18.10.Bu birimdeki personelden eğitilmedikleri işleri yapmaları istenir	3,85	,760
Tıbbi Ofis(ASM) İşleri ve Standartlar	18.8.Bu birim gerekenden daha düzensizdir	3,62	,203
	18.9.Bu birimde çalışmanın doğru yapıldığını kontrol etmek için iyi prosedürlerimiz var	3,75	,334
	18.12.Bu birimde iş akışı ile ilgili sorunlar var	3,88	,493
	18.15.Bu birimdeki personel, görevleri yerine getirmek için standart süreçleri takip eder	3,79	,514

Tablo 9. Uyarlanmış olan ölçeğin Alt Boyut Maddeleri Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri (Devam)

İletişim Açıklığı ve İzlem	19.1.Bu birimdeki sağlık hizmeti verenler, personelin süreçlerin nasıl iyileştirilebileceğine ilişkin fikirlerine açıktır.	4,12	,622
	19.2.Çalışanlar bu birimde alternatif bakış açılarını ifade etmeleri için teşvik edilirler.	4,15	,625
	19.4.Personel onlara doğru görünmeyen şeyler hakkında soru sormaktan korkar	4,12	,754
	19.10.Bu birimde anlaşmazlıkları dile getirmek zordur	4,16	,675
Hasta Bakımı ve Takip	19.3.Bu birimde, hastalar koruyucu veya periyodik sağlık bakımı için randevu almaları gerektiğinde onlara ulaşarak hatırlatılır.	4,05	,671
	19.5.Bu birim, kronik bakım hastalarının tedavi planlarını ne kadar iyi takip ettiklerini belgelemektedir.	4,19	,653
	19.6.Birimimiz, diğer bir merkezden beklediği bir raporu almadığı zaman bunu takip eder.	4,12	,640
	19.9.Bu birim izlem ihtiyacı olan hastaları takip eder	3,92	,686

Tablo 9. Uyarlanmış olan ölçeğin Alt Boyut Maddeleri Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri (Devam)

		Biriminizin sahipleri / yönetici ortakları/ liderleri hakkında aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katılıyorsunuz veya katılmıyorsunuz?	
Yönetici Desteği	21.1.Bu birimde bakım kalitesini artırmak için yeterli kaynak yatırımı yapmıyorlar	3,95	,629
	21.2.Sürekli tekrar eden hasta bakım hatalarını göz ardı ederler.	3,7	,570
	21.3.Hasta bakım süreçlerini iyileştirmeye yüksek öncelik verirler.	3,81	,696
	21.4.Genellikle hastalar için değil ofis için en iyi olana göre kararlar alırlar.	3,82	,674
	22.1.Birimimizde bir sorun olduğunda, işlerimizi yapma şeklimizi değiştirmemiz gerekip gerekmediğine bakarız	3,95	,827
Örgütsel Öğrenme	22.5.Bu birim aynı sorunların bir daha olmamasını sağlamak adına, birim süreçlerini değiştirmekte başarılıdır	3,93	,667
	22.7.Bu birimde hasta bakım sürecini iyileştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra, değişikliklerin işe yarayıp yaramadığını kontrol ederiz	3,97	,659

Tablo 9. Uyarlanmış olan ölçeğin Alt Boyut Maddeleri Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri (Devam)

Genel Hasta Güvenliği ve Kalite Algıları	22.2.Birim süreçlerimiz hastaları etkileyebilecek hataları önlemede başarılıdır	4,05	,627
	22.3.Bu birimde olması gerekenden daha fazla hata olur	4,03	,456
	22.4.Hastalarımızı etkileyen daha fazla hata yapmamak şansa bağlıdır	4,07	,539
	22.6.Bu birimde daha fazla iş yapmak, bakım kalitesinden daha önemlidir	4,2	,581
Kalite Genel Derecelendirilmesi	Genel olarak, biriminizi aşağıdaki sağlık hizmeti alanlarının her birinde nasıl değerlendirirsiniz?		
	23.1.Hasta Merkezli: Bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlara ve değerlere duyarlı.	3,95	,881
	23.2. Etkili: Bilimsel bilgiye dayanmaktadır.	3,97	,886
	23.3. Zamanında: Beklemeleri ve olası zararlı gecikmeleri en aza indirir.	3,95	,876
	23.4. Verimli: Uygun maliyetli bakım sağlar (hizmetlerin boşa, aşırı ve kötüye kullanımını önler)	3,94	,878
	23.5. Adil: Cinsiyet, ırk, etnik köken, sosyoekonomik durum, dil vb. Ne olursa olsun tüm bireylere aynı kalitede bakım sağlar.	3,80	,899

Tablo 9. Uyarlanmış olan ölçeğin Alt Boyut Maddeleri Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri (Devam)

Hasta Güvenliği Genel Derecelendirilmesi	24.Genel olarak, biriminizin sistem ve klinik süreçlerini, hastaları etkileme potansiyeline sahip sorunları önlemek, saptamak ve düzeltmek açısından nasıl değerlendirirsiniz?		,896
---	--	--	------

4.2. Kesitsel Çalışma Bulguları

4.2.1. Tanımlayıcı Çalışma Bulguları

Katılımcı sayısı 402 kişidir. Anketi yanıtlayan katılımcılardan 1 kişi cinsiyet belirtmemiş olup kalan 401 kişinin 127 si (%31,7) kadın, 274'ü (%68,3) ise erkektir. Katılımcılardan 48 kişi yaş sorusuna yanıt vermemiştir. Yaş dağılımı ise kalan 354 kişiden 52 si (%14,7) 35 yaş ve altı, 97 kişi (%27,4) 36-45 yaş arası, 172 kişi (%48,6) 46-55 yaş arası, 33 kişi (%9,3) ise 56 yaş ve üstü grubundadır. Katılımcıların genel yaş ortalaması 46,3 olarak saptanmıştır. Bulgular tabloda (tablo 10) verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Demografik özellikler	n (sayı)	% (yüzde)
Cinsiyet		
Kadın	127	31,7
Erkek	274	68,3
Toplam	401	100,00
Yaş		
35 ve altı yaş	52	14,7
36-45 yaş	97	27,4
46-55 yaş	172	48,6
56 ve üstü yaş	33	9,3
Toplam	354	100,00
Yaş Ortalaması/Std Sapma	46,3/8,2	

Katılımcıların bazı mesleki özellikleri sorgulandığında 378 kişinin (%94,3) AH, 23 kişinin (%5,7) AH Uzmanı olduğu 1 kişinin ise bu soruya yanıt vermediği saptanmıştır. Katılımcıların meslekteki süreleri (yıl) sorgulandığında ise soruyu yanıtlayanlardan, 56 kişinin (%15,8) 10 yıl ve altı, 97 kişinin (%27,4) 11-20 yıl arası, 163 kişinin (%46) 21-30 yıl arası, 38 kişinin (%10) 31 yıl ve üstü meslekte olduğu 48 kişinin ise bu soruyu yanıtlamadığı saptanmıştır. Meslekteki yıl ortalaması 21,3 yıl standart sapması 8,4 olarak saptanmıştır.

Katılımcıların çalışmakta oldukları ASM' de ne kadar süre çalıştığı sorgulandığında bu soruyu yanıtlayanlardan 77 kişi (%22,1) 2 yıl ve daha az süreli çalıştığı, 57 kişinin (%16,4) 3-5 yıl arası çalıştığı, 139 kişinin (%39,9) 6-9 yıl arası çalıştığı, 75 kişinin (%21,6) 10 yıl ve üstü çalıştığı 54 kişinin ise bu soruyu yanıtlamadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların bulunduğu ASM 'de ortalama olarak 6,5 yıl çalıştığı saptanmış olup

standart sapması 3,7 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların aylık gelir durumları ile ilgili soruya yanıt verenlerden, 24 kişinin (%7,8) 4500 TL veya daha az kazandığı, 125 kişinin (%40,5) 4501-8000 TL arasında kazandığı, 99 kişinin (%32) 8001- 11000 TL arasında kazandığı, 61 kişinin (%19,7) 11001 TL ve üstünde kazandığı ve 93 kişinin ise bu soruyu yanıtlamadığı saptanmıştır. Bulgular tabloda (tablo 11) verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların mesleki özelliklerine göre dağılımı

Bazı özellikler	n (sayı)	% (yüzde)
Unvan		
Aile Hekimi	378	94,3
Aile Hekimi Uzmanı	23	5,7
Toplam	401	100,0
Meslek yılı		
10 yıl ve altı	56	15,8
11-20	97	27,4
21-30	163	46,0
31 ve üstü	38	10,0
Toplam	354	100,0
Ortalama Meslekteki Yıl/Std Sapma	21,3/8,4	
Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışma süresi		
2 yıl ve altı	77	22,1
3-5	57	16,4
6-9	139	39,9
10 ve üstü	75	21,6
Toplam	348	100,0
Ortalama çalışma süresi/Std Sapma	6,5 Yıl/3,7	
Aylık gelir durumu		
4500 TL ve altı	24	7,8
4501-8000 TL	125	40,5
8001-11000 TL	99	32,0
11001 ve üstü TL	61	19,7
Toplam	309	100,0

- Katılımcıların hizmet verdiği ASM ve bu merkezlerin bazı özelliklerinin sorgulandığı sorulara verilen yanıtların sonucunda; katılımcıların sorumlu hekimlik yapıp yapmadığı sorgulandığında 209 hekimin (%52,6) sorumlu hekimlik yaptığı, 188 hekimin (%47,4) yapmadığı ve 5 hekimin ise bu soruyu yanıtlamadığı saptanmıştır.
- Bulunduğu ASM bağlı nüfus sayısı sorgulandığında ise 36 hekimin (%10,3) 2400 ve altında bir nüfusa hizmet verdiği, 99 hekimin (%28,3) 2401-3500 arasında bir nüfusa hizmet verdiği, 141 hekimin (%40,3) 3501-5000 arasında bir nüfusa hizmet verdiği, 74 hekimin (%21,1) 5001 ve üstü bir nüfusa hizmet verdiği ve 52 hekimin ise bu soruyu yanıtlamadığı tespit edilmiştir.
- Hekimlerin günlük ortalama kaç hasta baktıklarını sorguladığımızda 35 hekimin (%10) 35 ve daha az sayıda hasta baktıkları, 117 hekimin (%33,3) 36-50 arasında hasta baktıkları, 165 hekimin (%47) 51-80 arasında hasta baktıkları, 34 hekimin (%9,7) 81 veya daha fazla hasta baktıkları ve 51 hekimin ise soruyu yanıtlamadıkları sonucuna ulaşılmıştır.
- AH günlük ortalama 61 hastaya baktıkları saptanmıştır. Hekimlerin haftada kaç saat çalıştıklarını sorguladığımızda 4 hekimin (%1,3) 32 saatten az çalıştığı, 249 hekimin (%63,8) 33-40 saat arasında çalıştığı, 136 hekimin (%34,9) 41 saat veya daha fazla çalıştığı ve 12 hekimin ise bu soruyu yanıtlamadığı saptanmıştır. Bulgular tabloda (tablo 12) verilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların Çalıştıkları Aile Sağlığı Merkezi ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

	n (sayı)	% (yüzde)
Sorumlu hekim görevi		
Evet	209	52,6
Hayır	188	47,4
Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı nüfus sayısı		
2400 ve altı kişi	36	10,3
2401-3500 kişi	99	28,3
3501-5000 kişi	141	40,3
5001 ve üstü kişi	74	21,1
Günlük bakılan hasta sayısı		
35 ve altı kişi	35	10
36-50 kişi	117	33,3
51-80 kişi	165	47
81 ve üstü kişi	34	9,7
Haftada çalışılan saat süresi		
5-16 saat	3	0,8
17-24 saat	1	0,3
25-32 saat	1	0,3
33-40 saat	249	63,8
41 ve üstü saat	136	34,9
Toplam		100,00

4.2.2. Analitik Bulgular

Katılımcılar ölçekte bulunan ve belli boyutları içeren soruları likert seçeneklerinden değerlendirmişlerdir. Katılımcıların yanıtları sonrası elde edilen puanlar sonucunda yapılan analizlerle derecelendirme yapılmış ve AHRQ' nın resmi internet sitesinde her yıl revize edilerek yayınlanan pozitif derecelendirme sonuçları ile karşılaştırılmıştır (80). Sonuçlara göre katılımcıların ölçekte bulunan boyutları yüksek derecede pozitif olarak puanladığı (%66.7 ile %83.9 arasında) görülmüş olup (Tablo 4.2.2.1) % 57.6' sını iş yükü ve hızı boyutunu düşük yüzde ile pozitif olarak derecelendirme yaptıkları saptanmıştır. Bulgular tabloda (tablo 13) verilmiştir.

Tablo 13. Ölçek Alt Boyutlarının Pozitif Derecelendirmesi

Ölçek Alt Boyutları	Ölçek Alt Boyutlarının Pozitif Derecelendirmesi	
	Ölçek Derecelendirmesi (%)	2022 AHRQ Derecelendirmesi (%)
Kalite ve Hasta Güvenliği Sorunlarının Listesi	83,9	84
Diğer Kuruluşlarla Bilgi Alışverişi	74,0	78
Takım Çalışması	81,1	85
İş Yükü ve Hızı	57,6	43
Personel Eğitimi	69,5	70
Tıbbi Ofis (ASM) İşleri ve Standartlar	66,7	65
İletişim Açıklığı ve İzlem	78,4	69
Hasta Bakımı ve Takip	75,7	85
Hatalar ile İlgili İletişim	73,9	72
Yönetici Desteği	69,0	63
Örgütsel Öğrenme	83,3	76
Genel Hasta Güvenliği ve Kalite Algıları	80,2	75
Kalite Genel Derecelendirilmesi	68,8	68
Hasta Güvenliği Genel Derecelendirilmesi	60,8	65

Katılımcıların tüm boyutlarla ilgili yaptıkları derecelendirme ve puanlamaya göre;

Kalite ve hasta güvenliği sorunları listesi alt boyutunun maddeleri değerlendirildiğinde;

Kalite ve hasta güvenliği sorunlarının listesi alt boyutu puanı 4,8 (min-max 1-6) olarak saptanmıştır.

- Katılımcıların %90,2' nin, hastaların ciddi hastalıkları ile ilgili ASM' ye başvurma ve randevu almalarında sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

- Hasta kimliklendirmesi ile ilgili tıbbi hata yapılıp yapılmadığı sorgulamasında ise katılımcıların %94.8'ni böyle bir hatanın yaşanmadığını belirtmişlerdir.

- Hastaların tıbbi kayıtlarının gereklilik halinde ulaşılabilir olduğu ile ilgili soruya katılımcıların %96.7'nin bu kayıtlara ulaşılabilir olduğunu söylemişlerdir.

- Hastanın tıbbi bilgilerinin başka bir hastanın bilgileri ile karışıklık yaşanıp yaşanmadığı ile ilgili olarak katılımcıların % 95.5'i böyle bir karışıklığın yaşanmadığını bildirmişlerdir.

- Tıbbi araç gereçlerin işleyişi ya da çalışıp çalışmadığı ile ilgili olarak katılımcıların, %95.1 'i tıbbi araç ve gereçlerin düzgün çalıştığını ve bir problem yaşanmadığını belirtmişlerdir.

- Eczane, aile hekimlerinin yazdıkları reçeteleri açıklığa kavuşturma ya da okuma ile ilgili problem yaşayıp ASM' ni arayarak düzeltme yapmaya çalıştığı ile ilgili olarak AH' nin % 42.8'nin böyle bir problem yaşanmadığını %57.2'nin ise eczanelerin kendilerini arayarak düzeltme yapmak istediklerini belirtmişlerdir.

- Hastaların geçmişte hangi ilaçları kullandığı bilgisine AH' nin %75.6'nın bu bilgilere ulaşabildiği saptanmıştır.

- Hastaların, tanı araçlarından olan görüntüleme ya da laboratuvar testlerinin sonuçlarının bulunup bulunamadığı sorusuna AH' nin %83' ü bu testlerin sonuçlarına ulaşabildiğini belirtmişlerdir.

- Görüntüleme veya laboratuvar sonuçlarında anormal bir sonuç olduğunda gerekli düzenleme ya da girişimlerin en kısa sürede yapılıp yapılmadığı sorgusunda, katılımcıların %81.7'si bu düzenlemelerin en kısa sürede yapıldığını belirtmişlerdir.

Son 12 ay içinde diğer kuruluşlarla bilgi transferinde yaşanan sorunlarla ilgili alt boyutun maddeleri değerlendirildiğinde;

Katılımcılara diğer kuruluşlarla bilgi transferi konusunda sorulan sorulara verdikleri

puanın ortalaması 4,49 (min-max 1-6) olarak bulunmuştur.

- Katılımcıların %74'ü laboratuvar veya görüntüleme merkezleri ile bilgi transferinde sorun yaşanmadığını belirtmişlerdir.
- Katılımcıların %79.6' sı başka ASM ve hekimlerle sorun yaşanmadığını
- Katılımcıların %67.2' si eczanelerle sorun yaşanmadığını
- Katılımcıların %75.3' ü hastanelerle sorun yaşamadıklarını
- Katılımcıların %90.1' i ise başka kuruluşlarla bilgi transferinde problem yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

Takım çalışması alt boyutunun maddeleri ile ilgili olarak değerlendirildiğinde; Katılımcıların sağlık hizmeti verirken takım çalışması konusunda sorulan sorulara verdikleri cevapların puan ortalaması 4,11 (min-max 1-5) olarak bulunmuştur.

- ASM' de bir AH meşgul olduğunda diğer hekimlerin ona yardım edip etmediği ile ilgili olarak katılımcıların %77.7' si diğer hekimlerin yardım ettiğini beyan etmiştir.
- ASM' deki tüm çalışanlar arasında iyi bir iş ilişkisinin olup olmadığı ile ilgili olarak katılımcıların %81.3' ü iyi bir iş ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir.
- ASM' de çalışanların birbirilerine saygılı davranma konusunda katılımcıların %88.1'i birbirilerine saygılı davrandıklarını belirtmiştir.
- AH birimi hasta bakımında ekip çalışmasına vurgu yapıp yapmadığı sorusunda katılımcıların %77.3' ü ekip çalışmasına vurgu yapıldığını belirtmişlerdir.

Katılımcıların İş yükü ve hızı boyutunun maddeleri ile ilgili olarak değerlendirmelerinde;

Katılımcılar iş yükü ve hızı konusunda sorulan sorulara verdikleri puan ortalama 2,69 (min-max 1-5) olarak bulunmuştur.

- AH biriminde hastalara sağlık hizmeti verilirken katılımcıların %67.5' i sık sık koşturulduklarını düşünmektedirler.
- AH biriminde hekim başına düşen hasta sayısı konusunda katılımcıların %66.8'i çok fazla hastalarının olduğunu belirtmişlerdir.
- Hasta yüküne yetecek personelin olup olmadığı sorusuna ise katılımcıların %60.1'i personelin yeterli olduğunu belirtmişlerdir.
- AH biriminin etkili hizmet verebilmesi açısından yeterli hasta sayısına sahip olup olmadığı sorusuna katılımcıların %36.1'i yeterli hasta sayısına sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların personel eğitimi konusunda algılarının nasıl olduğu ile ilgili olarak;

Katılımcıların personel eğitimi konusunda sorulan sorulara verdikleri puan ortalama 3,81 (min-max 1-5) olarak bulunmuştur.

- AH biriminde, herhangi bir konuda yenilikler veya değişiklikler gerçekleştiğinde o konu ile ilgili personeline eğitim verilir verilmediği sorgulandığında katılımcıların %72.9 bu eğitimlerin verildiğini belirtmişlerdir.
- AH birimi personellerinin ihtiyaç duydukları işbaşı eğitimlerini alıp almadığı ile ilgili olarak, katılımcıların %68' i bu eğitimi aldıklarını söylemişlerdir.
- AH birimindeki personelden eğitilmedikleri işleri yapmaları istenir sorusuna katılımcıların %67.7' si personelin eğitilmedikleri işleri yapmaları istenir demişlerdir. ASM' deki rutin işler ve standartlar konusunda katılımcıların algılarının nasıl olduğu ile ilgili olarak;

Katılımcıların ASM' deki rutin işler ve standartlar ile ilgili olarak sorulan sorulara verdikleri puan 3,88 (min-max 1-5) olarak bulunmuştur.

- AH biriminin olması gerekenden daha düzensiz olup olmadığı sorusuna katılımcıların %82.8'i düzensiz olmadığını belirtmişlerdir.
- Aile Hekimliği biriminde yapılan işlerin doğruluğunu kontrol etmek adına iyi prosedürlere sahip olup olmadığı sorgulandığında katılımcıların %67.5'i bu prosedürlere sahip olduklarını belirtmişlerdir.
- Aile Hekimliği biriminde rutin iş akışı ile ilgili sorunlar olup olmadığı sorgulandığında ise katılımcıların %52.2'si böyle sorunların olduğunu belirtmişlerdir.
- Aile Hekimliğindeki personelin görevlerini yerine getirmek için standart süreçleri takip edip etmediği ile ilgili olarak katılımcıların %64.4'ü standart süreçleri takip ettiklerini bildirmişlerdir.

ASM' de çalışan personelin birbirileri arasında iletişim açıklığı ve izlem konusunda algılarının nasıl olduğu ile ilgili olarak;

Katılımcılar birbirileriyle iletişim açıklığı ve hasta izlemi konusunda sorulan sorulara yaptıkları puanlamanın sonucu 4,14 (min-max 1-5) olarak bulunmuştur.

- ASM' de sağlık hizmeti sunan aile hekimleri, süreçlerin nasıl iyileştirilebileceğine dair fikirlere karşı açık olup olmadığı konusunda katılımcıların %81.6'sı bu fikirlere açık olduklarını belirtmişlerdir.
- ASM' de aile hekimlerinin alternatif bakış açıklarını sunma konusunda teşvik edilip edilmediği sorgulandığında katılımcıların %78.1'i teşvik edildiklerini söylemişlerdir.

- ASM' deki aile hekimlerinin doğru bulmadıkları bir konu hakkında soru sorma konusunda korku yaşayıp yaşamadığı sorgulandığında katılımcıların %78.7' si böyle bir korkuyu yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

- ASM' de yaşanan anlaşmazlıkları dile getirmenin zorluğu sorgulandığında katılımcıların %75.5'i anlaşmazlıkları dile getirmenin zor olmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların hasta bakımı ve takibi konusunda algılarının nasıl olduğu sorgulandığında; Katılımcıların hasta bakımı ve takibi konusunda sorulan sorulara verdikleri puan ortalama 4,08 (min-max 1-5) olarak bulunmuştur.

- ASM, hastaların koruyucu veya periyodik sağlık bakımları için randevu almaları gerektiğinde hastalara ulaşarak hatırlatmada bulunup bulunmadığı sorgulandığında katılımcıların %79.7'si bu hatırlatmanın yapıldığını belirtmişlerdir.

- ASM' nin, kronik bakım hastalarının tedavi planlarını ne kadar iyi takip ettiklerini belgelemektedir sorusuna katılımcıların %61.4'ü bunu belgeleyebildiklerini söylemişlerdir.

- Aile hekimliği birimi başka bir merkezden alınacak bir raporun takibini yapıp yapmadığı konusunda katılımcıların %69.7' si bu takibin yapıldığını bildirmişlerdir.

- Aile hekimliği birimi izlemi gerekli olan hastaları takip edip etmediği sorgulamasında katılımcıların %92.1'i bu takibin yapıldığını söylemişlerdir.

Katılımcıların yapılan tıbbi hatalar ile ilgili İletişim konusunda neler düşündüğü hakkında;

Katılımcıların yapılan veya yapılabilecek tıbbi hatalara ilişkin sorulan sorulara verdikleri puan 4,04 (min-max 1-5) olarak bulunmuştur.

- Katılımcıların %49.6 yaptıkları bir hatada bu durumun kendilerine karşı kullanılacağını düşünmüşlerdir.

- Aile hekimleri ve diğer personellerin birimlerinin sorunları hakkında açıkça konuşup konuşmadığı sorgulandığında katılımcıların %82.8' i açıkça konuşabildiklerini söylemişlerdir.

- ASM' de yaşanan hataların tekrarlanmasını önleme yollarının tartışılıp tartışılmadığı konusunda katılımcıların %82.7' si bu yönde tartışmanın gerçekleştiğini belirtmişlerdir.

- ASM' de gerçekleşen hataları gözlemleyen aile hekimi ya da personelin bu hataları bildirme konusunda istekli olup olmadığı ile ilgili olarak katılımcıların %80.5' inin bu bildirim yapmaya istekli oldukları saptanmıştır.

ASM' nin yöneticilerinin veya liderlerinin diğer çalışanlara desteği konusunda algılarının nasıl olduğu ile ilgili olarak;

Katılımcıların, ASM' deki yöneticilerin çalışanlara yönelik destekleri ile ilgili sorulan sorulara verdikleri puan ortalama 3,81 (min-max 1-5) olarak bulunmuştur.

- Birimdeki sağlık bakım kalitesini artırma konusunda yöneticilerin yeterli kaynak ayırıp ayırmadığı sorgulandığında katılımcıların %54.7' si yöneticilerin bu kaynağı ayırmadığını söylemişlerdir.

- Yöneticilerin, hasta bakımı ile ilgili yaşanan hataları göz ardı edip etmedikleri sorgulandığında katılımcıların %80.6'ı bu göz ardı olaylarının yaşanmadığını belirtmişlerdir.

- Yöneticilerin hasta bakım süreçlerini iyileştirmeye öncelik verip vermediği sorgulandığında katılımcıların %71.8'i yöneticilerin bu önceliği verdiklerini düşünmüşlerdir.

- Yöneticiler, hastaların çıkarları için mi yoksa ASM' nin çıkarları için mi kararlar alırları sorguladığımızda katılımcıların % 69' u yöneticilerin hastalar için karar aldıklarını belirtmişlerdir.

ASM' deki örgütsel öğrenme kültürü konusunda katılımcıların algılarının nasıl olduğu ile ilgili olarak; Katılımcıların ASM de örgütsel öğrenme ile ilgili sorulara verdikleri puan 4,10 (min-max) olarak bulunmuştur.

- Birimde bir sorun olduğunda, işlerin yapma şeklini değiştirmenin gerekip gerekmediğine bakmayı sorguladığımızda katılımcıların %86.8'i işleri yapma şeklini değiştirmeye bakacaklarını belirtmişlerdir.

- Birimde yaşanan problemlerin bir daha yaşanmaması adına birim olarak süreçleri değiştirmede başarılı olup olmadıkları sorgulandığında katılımcıların %83.2' si süreçleri değiştirmede başarılı olduklarını belirtmişlerdir.

- Birimde hasta bakım sürecini iyileştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra, değişikliklerin işe yarayıp yaramadığının kontrol edilip edilmediği sorgulandığında katılımcıların %79.9'u bu sorgulamanın yapıldığı konusunda bir saptamaya varmıştır. Katılımcıların genel hasta güvenliği ve kalite hakkındaki algılarının nasıl olduğu ile ilgili olarak;

Katılımcıların genel hasta güvenliği ve kalite algılarıyla ilgili sorular için verdikleri puan ortalama olarak 4,09 (min-max) bulunmuştur.

- Birim süreçlerinin hastaları etkileyebilecek düzeydeki hataları önlemede

başarılı olup olmadığı konusunda katılımcıların %87.5'i başarılı olduklarını düşünmektedirler.

- Birimde olması gerekenden daha fazla hata olur sorusuna katılımcıların %86.9'u bu hataların gerekenden fazla olmadığını belirtmişlerdir.

- Hastaları etkileyen ve daha fazla yapmanın şansa bağlı olup olmadığı konusunda katılımcıların %81.2'si hata yapmama ile ilgili şansa bağlı olmadığını düşünmüşlerdir.

- Birimde daha fazla iş yapmanın, bakım kalitesinden daha önemli olup olmadığı sorgulandığında katılımcıların %65.2'si bakım kalitesine önem verdiklerini belirtmişlerdir.

Katılımcıların kalite olarak sağlık hizmeti alanlarına yönelik değerlendirmelerinde; Katılımcılar genel kalite derecelendirmesini 3,93 (min-max) olarak puanlamışlardır.

- Katılımcıların %62.9'u hasta merkezli düşünüp bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlara ve değerlere duyarlı olduklarını belirtmişlerdir.

- Katılımcıların %61'i etkili hizmet sunumunun bilimsel bilgilere dayalı olduğunu düşünmüşlerdir.

- Zaman açısından değerlendirmelerde hastaların bekleme ve olası zararlı gecikmeleri en aza indirme konusunda katılımcıların %65.5'i bu gecikmeleri en aza indirmeye çabaladıklarını belirtmişlerdir.

- Uygun maliyetli (hizmetlerin boşa, aşırı ve kötüye kullanımını önler) bakımın sağlanması konusunda katılımcıların %67.2'si uygun maliyetli bakımın sağlandığını düşünmektedirler.

- Adil hizmet açısından cinsiyet, ırk, etnik köken, sosyoekonomik durum, dil vb. ne olursa olsun tüm bireylere aynı kalitede bakım sağlandığını katılımcıların %87.7'si böyle düşünmektedir.

Hasta güvenliğinin genel derecelendirilmesi sorusuna;

Katılımcılar genel hasta güvenliği derecelendirmesine puan olarak 3,75 (min-max) vermişlerdir. Katılımcıların %60.8' i genel olarak, birimlerinin sistem ve klinik süreçlerini, hastaları etkileme potansiyeline sahip sorunları önlemek, saptamak ve düzeltmek açısından pozitif olarak derecelendirmişlerdir.

Ölçeğin Genel Puanlamasına; katılımcılar ölçekte bulunan sorulara verdikleri yanıtlar göz önüne alınarak ortalama 4,00 (min-max 1-6) olarak puanlamışlardır. Bulgular tabloda (tablo 14) verilmiştir.

Tablo 14. Ölçek Alt Boyut Maddelerinin Pozitif Derecelendirmesi

Ölçek Alt Boyut Maddelerinin Pozitif Derecelendirmesi			
Ölçek Alt Boyutları	Maddeler	Ölçek Derecelendirmesi %±SD	2022 AHRQ Derecelendirmesi %
Kalite ve Hasta Güvenliği Sorunlarının Listesi	16.1. Bakıma Erişim; Hasta, akut / ciddi bir sorunu için 48 saat içinde randevu alamadı.	90,2 ± ,298	72
	16.2.Hasta Kimliği; Bir hasta için yanlış tıbbi kayıt/hasta çizelgesi kullanıldı.	94,8 ± ,222	98
	16.3.Tıbbi Kayıtlar ve Hasta Çizelgeleri; Bir hastanın tıbbi kayıtları/çizelgesi gerektiğinde bulunamadı.	96,7 ± ,179	93
	16.4.Tıbbi bilgiler yanlış hastanın tıbbi kayıtları/çizelgesi içine girildi, tarandı veya dosyalandı	95,5 ± ,207	97
	16.5.Tıbbi araç/gereçler; Tıbbi araç/gereçler düzgün çalışmadı veya onarılmaları ya da değiştirilmeleri gerekti	95,1 ± ,216	88
	16.6.İlaç; Bir eczane, reçeteyi açıklığa kavuşturmak veya düzeltmek için biriminizi aradı	42,8 ± ,495	61

Tablo 14. Ölçek Alt Boyut Maddelerinin Pozitif Derecelendirmesi (Devam)

Kalite ve Hasta Güvenliği Sorunlarının Listesi	16.7.Görüşme sırasında hastanın ilaç listesi güncellenmedi.	75,6 ±,430	77
	16.8.Tanı araçları ve testler; Gerektiğinde bir laboratuvar veya görüntüleme testinin sonuçları bulunamadı	83 ± ,376	78
	16.9.Bir laboratuvar veya görüntüleme testinin önemli bir anormal sonucu ile ilişkili gerekli girişimler bir iş günü içinde yapılmadı.	81,7 ± ,387	94
Diğer Kuruluşlarla Bilgi Alışverişi	Aile hekimliği biriminiz son 12 ay içinde, aşağıdaki kuruluşlarla doğru, eksiksiz ve zamanında bilgi alışverişinde ne zaman, ne kadar sıklıkla sorun yaşadınız?		
	17.1.Başka laboratuvarlar / görüntüleme merkezleri	74 ± ,439	75
	17.2.Diğer tıbbi ofisler / başka hekimler	79,6 ± ,403	75
	17.3.Eczaneler	67,2 ± ,470	78
	17.4.Hastaneler	75,3 ± ,432	83
	17.5.Diğer	90,1 ± ,3	-----

Tablo 14. Ölçek Alt Boyut Maddelerinin Pozitif Derecelendirmesi (Devam)

Takım Çalışması	18.1.Bu birimde birileri gerçekten meşgul olduğunda, diğerleri yardımcı olur	77,7 ± ,686	83
	18.2.Bu birimde, personel ve sağlık hizmeti verenler arasında iyi bir iş ilişkisi vardır	81,3 ± ,636	89
	18.5.Bu birimde birbirimize saygılı davranıyoruz.	88,1 ± ,495	84
	18.13Bu birim, hasta bakımında ekip çalışmasına vurgu yapmaktadır	77,3 ± ,702	84
İş Yüğü ve Hızı	18.3.Bu birimde, hastalara bakarken sık sık koşturulduğumuzu hissediyoruz.	67,5 ± ,747	37
	18.6.Bu birimdeki sağlık hizmeti verenler için çok fazla hastamız var.	66,8 ± ,762	42
	18.11.Hasta yükümüze yetecek kadar personelimiz var	60,1 ± ,902	40
	18.14.Bu birimin her şeyi etkili bir şekilde ele alabilmesi için çok fazla hastası var	36,1 ± ,829	52

Tablo 14. Ölçek Alt Boyut Maddelerinin Pozitif Derecelendirmesi (Devam)

Personel Eğitimi	18.4.Bu birim, yeni süreçler devreye sokulduğunda personeline eğitim veriyor.	72,9 ± ,656	73
	18.7.Bu birim, personelin ihtiyaç duydukları işbaşı eğitimini almasını sağlar	68,0 ± ,691	73
	18.10.Bu birimdeki personelden eğitilmedikleri işleri yapmalarını ister	67,7 ± ,809	65
Tıbbi Ofis(ASM) İşleri ve Standartlar	18.8.Bu birim olması gerekenden daha düzensizdir	82,8 ± ,604	62
	18.9.Bu birimde çalışmanın doğru yapıldığını kontrol etmek için iyi prosedürlerimiz var	67,5 ± ,725	68
	18.12.Bu birimde iş akışı ile ilgili sorunlarımız var	52,2 ± ,83	50
	18.15.Bu birimdeki personel, görevleri yerine getirmek için standart süreçleri takip eder	64,4 ± ,799	81

Tablo 14. Ölçek Alt Boyut Maddelerinin Pozitif Derecelendirmesi (Devam)

İletişim Açıklığı ve İzlem	19.1.Bu birimdeki sağlık hizmeti verenler, personelin süreçlerin nasıl iyileştirilebileceğine ilişkin fikirlerine açıktır.	81,6 ± ,618	74
	19.2.Çalışanlar bu birimde alternatif bakış açılarını ifade etmeleri için teşvik edilirler.	78,1 ± ,657	73
	19.4.Personel onlara doğru görünmeyen şeyler hakkında soru sormaktan korkar	78,7 ± ,583	73
	19.10.Bu birimde anlaşmazlıkları dile getirmek zordur	75,5 ± ,663	59
Hasta Bakımı ve Takip	19.3.Bu birimde, hastalar koruyucu veya periyodik sağlık bakımı için randevu almaları gerektiğinde onlara ulaşarak hatırlatılır.	79,7 ± ,637	87
	19.5.Bu birim, kronik bakım hastalarının tedavi planlarını ne kadar iyi takip ettiklerini belgelemektedir.	61,4 ± ,708	78
	19.6.Birimimiz, diğer bir merkezden beklediği bir raporu almadığı zaman bunu takip eder.	69,7 ± ,671	85
	19.9.Bu birim izlem ihtiyacı olan hastaları takip eder	92,1 ± ,412	89

Tablo 14. Ölçek Alt Boyut Maddelerinin Pozitif Derecelendirmesi (Devam)

		Biriminizin sahipleri / yönetici ortakları/ liderleri hakkında aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katılıyorsunuz veya katılmıyorsunuz?	
Yönetici Desteği	21.1.Bu birimde bakım kalitesini artırmak için yeterli kaynak yatırımı yapmıyorlar	54,7 ± ,861	44
	21.2.Sürekli tekrar eden hasta bakım hatalarını göz ardı ederler.	80,6 ± ,585	76
	21.3.Hasta bakım süreçlerini iyileştirmeye yüksek öncelik verirler.	71,8 ± ,712	75
	21.4.Genellikle hastalar için değil ofis için en iyi olana göre kararlar alırlar.	69,0 ± ,728	55
Örgütsel Öğrenme	22.1.Birimimizde bir sorun olduğunda, işlerimizi yapma şeklimizi değiştirmemiz gerekip gerekmediğine bakarız	86,8 ± ,512	80
	22.5.Bu birim aynı sorunların bir daha olmamasını sağlamak adına, birim süreçlerini değiştirmekte başarılıdır	83,2 ± ,508	76
	22.7.Bu birimde hasta bakım sürecini iyileştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra, değişikliklerin işe yarayıp yaramadığını kontrol ederiz	79,9 ± ,579	71

Tablo 14. Ölçek Alt Boyut Maddelerinin Pozitif Derecelendirmesi (Devam)

Genel Hasta Güvenliği ve Kalite Algıları	22.2.Birim süreçlerimiz hastaları etkileyebilecek hataları önlemede başarılıdır	87,5± ,442	84
	22.3.Bu birimde olması gerekenden daha fazla hata olur	86,9± ,532	75
	22.4.Hastalarımızı etkileyen daha fazla hata yapmamak şansa bağlıdır	81,2± ,594	75
	22.6.Bu birimde daha fazla iş yapmak, bakım kalitesinden daha önemlidir	65,2± ,705	67
Kalite Genel Derecelendirilmesi	Genel olarak, biriminizi aşağıdaki sağlık hizmeti alanlarının her birinde nasıl değerlendirirsiniz?		
	23.1.Hasta Merkezli: Bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlara ve değerlere duyarlı.	62,9±,535	69
	23.2. Etkili: Bilimsel bilgiye dayanmaktadır.	61± ,549	71
	23.3. Zamanında: Beklemeleri ve olası zararlı gecikmeleri en aza indirir.	65,5± ,562	57
	23.4. Verimli: Uygun maliyetli bakım sağlar (hizmetlerin boşa, aşırı ve kötüye kullanımını önler)	67,2± ,547	60
	23.5. Adil: Cinsiyet, ırk, etnik köken, sosyoekonomik durum, dil vb. Ne olursa olsun tüm bireylere aynı kalitede bakım sağlar.	87,7± ,370	83
Hasta Güvenliği Genel Derecelendirilmesi	24.Genel olarak, biriminizin sistem ve klinik süreçlerini, hastaları etkileme potansiyeline sahip sorunları önlemek, saptamak ve düzeltmek açısından nasıl değerlendirirsiniz?	60,8± ,533	65

Katılımcıların ölçekteki alt boyutların puanlamalarına bakıldığında, ASM deki işlerin yoğunluğu ve bu yoğunluğun AH'nin üzerinde oluşturduğu basıncın sorgulandığı boyutta puanlamanın düşük olduğu görülmüştür(2,69). Diğer tüm boyutlarda puanlamanın genellikle yüksek olduğu(3,75-4,49) saptanmıştır. Bulgular tabloda (tablo 15) verilmiştir.

Tablo 15. Ölçek Alt Gruplarının Puan Ortalaması (n:402)

Ölçek Alt Boyutları	Ortalama \pm SD	Min	Max
Kalite ve Hasta Güvenliği Sorunlarının Listesi	4,8 \pm 1,08	1	6
Diğer Kuruluşlarla Bilgi Alışverişi	4,49 \pm 1,43	1	6
Takım Çalışması	4,11 \pm 0,9	1	5
İş Yükü ve Hızı	2,69 \pm 0,6	1	5
Personel Eğitimi	3,81 \pm 0,84	1	5
Tıbbi Ofis(ASM) İşleri ve Standartlar	3,88 \pm 0,78	1	5
İletişim Açıklığı ve İzlem	4,14 \pm 0,78	1	5
Hasta Bakımı ve Takip	4,08 \pm 0,78	1	5
Hatalar ile İlgili İletişim	4,04 \pm 0,79	1	5
Yönetici Desteği	3,81 \pm 0,85	1	5
Örgütsel Öğrenme	4,10 \pm 0,73	1	5
Genel Hasta Güvenliği ve Kalite Algıları	4,09 \pm 0,65	1	5
Kalite Genel Derecelendirilmesi	3,93 \pm 0,68	1	5
Hasta Güvenliği Genel Derecelendirilmesi	3,75 \pm 0,75	1	5
Ölçek Genel Puanlaması	4,00 \pm 0,51	1	6

Aile hekimlerinin HGK algılarının puanlanması istendiğinde cinsiyet açısından alt boyutlardan iş basıncı ve hızı boyutu en düşük puana (Kadın:2,67 Erkek: 2,7) sahip olup, diğer tüm boyutlar yüksek puana sahiptir. Boyutların anlamlılık düzeylerine baktığımızda ise tüm boyutlarda cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Bulgular tabloda (tablo 16) verilmiştir.

Tablo 16. Ölçek Alt Gruplarının Puanlamasının Cinsiyete Göre Dağılımı

Ölçek Alt Boyutları	n	Ortalama \pm SD		p	Min	Max
		Kadın	Erkek			
Kalite ve Hasta Güvenliği Sorunlarının Listesi	392	4,71 \pm 1,2	4,93 \pm 1	0,093	1	6
Diğer Kuruluşlarla Bilgi Alışverişi	365	4,28 \pm 1,5	4,58 \pm 1,39	0,073	1	6
Takım Çalışması	395	4,09 \pm 0,87	4,12 \pm 0,9	0,732	1	5
İş Yükü ve Hızı	394	2,67 \pm 0,63	2,7 \pm 0,63	0,590	1	5
Personel Eğitimi	393	3,87 \pm 0,79	3,7 \pm 0,86	0,303	1	5
Tıbbi Ofis(ASM) İşleri ve Standartlar	390	3,97 \pm 0,72	3,8 \pm 0,8	0,146	1	5
İletişim Açıklığı ve İzlem	384	4,13 \pm 0,78	4,1 \pm 0,77	0,822	1	5
Hasta Bakımı ve Takip	383	4,09 \pm 0,74	4,07 \pm 0,8	0,858	1	5
Hatalar ile İlgili İletişim	383	4,1 \pm 0,84	4,02 \pm 0,76	0,332	1	5
Yönetici Desteği	378	3,83 \pm 0,82	3,81 \pm 0,86	0,806	1	5
Örgütsel Öğrenme	384	4,13 \pm 0,68	4,1 \pm 0,75	0,675	1	5
Genel Hasta Güvenliği ve Kalite Algıları	384	4,12 \pm 0,63	4,08 \pm 0,67	0,597	1	5
Kalite Genel Derecelendirme	385	3,88 \pm 0,68	3,95 \pm 0,67	0,330	1	5

Tablo 16. Ölçek Alt Gruplarının Puanlamasının Cinsiyete Göre Dağılımı (Devam)

Hasta Güvenliği Genel Derecelendirme	389	3,78±0,75	3,74±0,76	0,705	1	5
Ölçek Genel Puanlaması	399	3,97 ± 0,48	4,01 ± 0,52	0,501	1	6

Aile hekimlerinin buldukları ASM de yöneticilik durumuna göre puanlamalarına baktığımızda ise diğer karşılaştırmalarda olduğu gibi iş basıncı ve hızı alt boyutun da ki puanlama diğer alt boyutlara göre düşük kaldığı (2,72-2,68) görülmektedir. Anlamlılık düzeyleri sonuçlarına göre tüm boyutların meslek açısından puanlamasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Bulgular tabloda (tablo 17) verilmiştir.

Tablo 17. Ölçek Alt Gruplarının Puanlamasının Yöneticilik Durumuna göre Değişimi

Ölçek Alt Boyutları	n	Ortalama ±SD		p	Min	Max
		Sorumlu Hekimlik Var	Sorumlu Hekimlik Yok			
Kalite ve Hasta Güvenliği Sorunlarının Listesi	389	4,85	4,88	0,766	1	6
Diğer Kuruluşlarla Bilgi Alışverişi	363	4,43	4,55	0,436	1	6
Takım Çalışması	392	4,14	4,10	0,676	1	5
İş Yükü ve Hızı	391	2,72	2,68	0,469	1	5
Personel Eğitimi	390	3,80	3,84	0,650	1	5
Tıbbi Ofis(ASM) İşleri ve Standartlar	387	3,87	3,91	0,611	1	5
İletişim Açıklığı ve İzlem	381	4,17	4,13	0,589	1	5
Hasta Bakımı ve Takip	380	4,09	4,09	0,974	1	5
Hatalar ile İlgili İletişim	380	4,09	4,01	0,337	1	5
Yönetici Desteği	375	3,79	3,86	0,384	1	5
Örgütsel Öğrenme	381	4,13	4,12	0,893	1	5

Tablo 17. Ölçek Alt Gruplarının Puanlamasının Yöneticilik Durumuna göre Değişimi (Devam)

Genel Hasta Güvenliği ve Kalite Algıları	381	4,10	4,09	0,941	1	5
Kalite Genel Derecelendirilmesi	382	3,91	3,97	0,392	1	5
Hasta Güvenliği Genel Derecelendirme	386	3,76	3,75	0,950	1	5
Ölçek Genel Puanlaması	396	4,00	4,01	0,925	1	6

Aile hekimlerinin HGK algılarının puanlanması istendiğinde meslek açısından alt boyutlardan iş basıncı ve hızı boyutu en düşük puana sahip olup (Aile Hekimi: 2,7 Aile Hekimliği Uzmanı: 2,5) diğer boyutların yüksek puana sahip oldukları görülmüştür. Ölçeğin boyutlarının anlamlılık düzeylerine baktığımızda ise tüm boyutların meslek açısından puanlamasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Bulgular tabloda (tablo 18) verilmiştir.

Tablo 18. Ölçek Alt Gruplarının Puanlamasının Mesleğe Göre Değişimi

Ölçek Alt Boyutları	n	Ortalama \pm SD		p	Min	Max
		Aile Hekimi	Aile H. Uzm.			
Kalite ve Hasta Güvenliği Sorunlarının Listesi	392	4,85 \pm 1,10	5,06 \pm 0,62	0,134	1	6
Diğer Kuruluşlarla Bilgi Alışverişi	365	4,51 \pm 1,42	4,12 \pm 1,54	0,227	1	6
Takım Çalışması	395	4,11 \pm 0,91	4,19 \pm 0,79	0,664	1	5
İş Yükü ve Hızı	394	2,70 \pm 0,62	2,50 \pm 0,62	0,124	1	5
Personel Eğitimi	393	3,82 \pm 0,84	3,68 \pm 0,85	0,458	1	5
Tıbbi Ofis(ASM) İşleri ve Standartlar	390	3,88 \pm 0,77	3,85 \pm 0,94	0,846	1	5
İletişim Açıklığı ve İzlem	384	4,15 \pm 0,77	4,06 \pm 0,90	0,625	1	5
Hasta Bakımı ve Takip	383	4,07 \pm 0,79	4,14 \pm 0,47	0,584	1	5

Tablo 18.Ölçek Alt Gruplarının Puanlamasının Mesleğe Göre Değişimi (Devam)

Hatalar ile İlgili İletişim	383	4,04± 0,79	4,14±0,72	0,553	1	5
Yönetici Desteği	378	3,81 ± 0,85	3,81±0,79	1	1	5
Örgütsel Öğrenme	384	4,11 ± 0,73	4,09 ± 0,82	0,881	1	5
Genel Hasta Güvenliği ve Kalite Algıları	384	4,10 ± 0,65	4,00 ± 0,72	0,506	1	5
Kalite Genel Derecelendirilmesi	385	3,93± 0,675	3,88±0,726	0,745	1	5
Hasta Güvenliği Genel Derecelendirme	389	3,77±0,750	3,52±0,846	0,131	1	5
Ölçek Genel Puanı	399	4,00 ± 0,50	3,95±0,517	0,619	1	6

Aile Hekimlerinin ölçek puanlamasının yaşa göre değişimine bakıldığında iş basıncı ve hızı boyutunun en düşük puana (35 yaş ve altı:2,81, 35-45 yaş:2,67, 46-55 yaş:2,65 56 ve üstü yaş: 2,78) sahip olduğu görülmektedir. Diğer boyutların yaşa göre puan dağılımı ise yüksek seviyededir. Ölçeğin boyutları arasında anlamlılık düzeylerine bakıldığında, Kalite ve hasta güvenliği sorunlarının listesinin olduğu boyut ve kalite genel derecelendirmesinin olduğu boyutlarda katılımcıların yaş gruplamasına göre yaptıkları puanlamada anlamlı bir farkın olduğu gözlemlenmektedir($p<0,05$). Diğer kalan tüm boyutlarda ise katılımcıların yaş gruplamalarına göre puanlamasında anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır($p>0,05$). Bulgular tabloda (tablo 19) verilmiştir.

Tablo 19. Ölçek Alt Gruplarının Puanlamasının Yaşa Göre Değişimi

Ölçek Alt Boyutları	n	Ortalama				p	Min	Max
		<35	35-45	46-55	56 <			
Kalite ve Hasta Güvenliği Sorunlarının Listesi	345	4,51	4,78	4,96	5,11	0,03	1	6
Diğer Kuruluşlarla Bilgi Alışverişi	320	4,36	4,48	4,38	5,08	0,10	1	6
Takım Çalışması	349	4,14	4,23	4,04	4,16	0,41	1	5
İş Yükü ve Hızı	349	2,81	2,67	2,65	2,78	0,35	1	5

Tablo 19. Ölçek Alt Gruplarının Puanlamasının Yaşa Göre Değişimi (Devam)

Personel Eğitimi	348	3,59	3,90	3,80	3,96	0,13	1	5
Tıbbi Ofis(ASM) İşleri ve Standartlar	345	3,79	3,98	3,84	3,83	0,45	1	5
İletişim Açıklığı ve İzlem	339	4,07	4,21	4,16	4,20	0,76	1	5
Hasta Bakımı ve Takip	339	3,88	4,16	4,07	4,03	0,25	1	5
Hatalar ile İlgili İletişim	339	4,06	4,09	3,99	4,08	0,78	1	5
Yönetici Desteği	333	3,55	3,82	3,82	3,92	0,19	1	5
Örgütsel Öğrenme	339	4,00	4,25	4,09	4,13	0,20	1	5

Çalışmamızdaki ölçeğin alt boyutlarıyla ölçeğin bütününe uyumuna bakmak için alt boyutların toplam puanlarıyla ölçeğin toplam puanının korelasyonuna bakılmıştır. Alt boyutlardan iş basıncı ve hızı boyutunun toplam puana göre korelasyonu (0,179) diğer boyutlara (0,483-0,746 arasında) göre düşük çıkmasına rağmen bütün boyutlar pozitif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı ($p < 0,001$) olarak saptanmıştır. Bulgular tabloda (tablo 20) verilmiştir.

Tablo 20. Ölçek Alt Boyutları ile Toplam Puan Korelasyonları (n:400)

Ölçek Alt Boyutları	r	p
Kalite ve Hasta Güvenliği Sorunlarının Listesi	0,506	0,001
Diğer Kuruluşlarla Bilgi Alışverişi	0,522	0,001
Takım Çalışması	0,722	0,001
İş Yükü ve Hızı	0,179	0,001
Personel Eğitimi	0,691	0,001
Tıbbi Ofis(ASM) İşleri ve Standartlar	0,651	0,001
İletişim Açıklığı ve İzlem	0,746	0,001
Hasta Bakımı ve Takip	0,621	0,001
Hatalar ile İlgili İletişim	0,692	0,001
Yönetici Desteği	0,589	0,001
Örgütsel Öğrenme	0,703	0,001

Tablo 20. Ölçek Alt Boyutları ile Toplam Puan Korelasyonları (Devamı) (n:400)

Genel Hasta Güvenliği ve Kalite Algıları	0,605	0,001
Kalite Genel Derecelendirilmesi (G1)	0,576	0,001
Genel Hasta Güvenliği Derecelendirmesi (G2)	0,483	0,001



BÖLÜM 5: TARTIŞMA

Sağlıkta hasta güvenliği kavramı son zamanlarda giderek önem kazanmaya devam etmektedir. Bu durumun sebebi HG unsurunun sağlık alanında yaşanan veya yaşanabilecek tıbbi hataları önleme gibi bir becerisinin olmasıdır. Hastaların tıbbi açıdan güvenliğinin sağlanabilmesi için sağlık alanında çalışan bireylerde HGK oluşması gerekir. HGK, sağlık alanında çalışan bireylerde HG ile ilgili yapılması gerekenleri bir rutin haline dönüştürmeye ve edinilen bu kültürle birlikte olası tıbbi hataları en az seviyeye indirmeye katkı sunmaktadır.

Sağlıkla ilgili ihtiyaçların büyük kısmının hastaneler tarafından sağlanmış olmasının yanında BBSK' da sağlık hizmeti sunumunda önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir. Hasta Güvenliği Kültürü konusuna, daha çok hastanede verilen sağlık hizmeti açısından önem atfedilmekte ve üzerinde çalışılmaktadır. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında ise Hasta Güvenliği Kültürüne daha az önem atfedildiği ortaya çıkan az sayıdaki akademik çalışmaların varlığıyla görülmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalar genellikle 2. basamak ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında yapılmıştır. Türkiye'de BBSH' de HGK üzerine yapılan tek çalışma da hastane anketi üzerinden ölçüm bildirmektedir (Bodur ve Filiz, 2009). Türkçe yapılmış ya da Türkçeye uyarlanmış birinci basamakta HGK ve algısını ölçen bir teste rastlanmamıştır. Bu nedenle hastane için geliştirilen ölçekler çalışmalarda kullanılmıştır.

Türkiye de BBSK için kullanılabilir anketlerle ilgili geçerlik güvenilirlik çalışması bulunmamakta olup hastane için hazırlanmış anketlerin geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Bodur ve arkadaşlarının birinci basamakta yaptığı araştırmada, çalışanların HGK ile ilgili algıları AHRQ'ne ait hastane anketi Hospital Survey on Patient Safety Culture (SOPS) ile ölçülmüştür (Bodur ve Filiz, 2009). Bunun için hastane için geliştirilmiş olan (SOPS) anketin Türkçe versiyonunun geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapmışlar ve Cronbach Alpha değerini 0,88 olarak bulmuşlardır (Bodur ve Filiz, 2010).

Çalışmamızın birinci kısmında BBSK için olan MOSPSC anketi Türkçe'ye uyarlanarak Geçerlik Güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ioannis ve arkadaşları 2021'de Yunanistan' da çalışmamızda kullanılan Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) anketiyle çalışmışlardır. MOSPSC anketinin geçerlik güvenilirlik çalışmasında anketin geçerliği için yaptıkları faktör analizine göre 8 faktöre ayrılmış

ve bu faktörlerin açıkladığı toplam varyans değeri ölçeğin %77,6' nı açıklamaktadır. Çalışmada örneklem sayısının yeterliliği için yaptıkları KMO testine göre (0,843) yeterli sayıda katılımcı ile çalışmayı yürüttükleri görülmüştür. Aynı çalışmada iç tutarlık için yapılan analizlere göre tüm boyutlarının Cronbach Alpha değerlerini 0,70 ile 0,88 arasında buldukları görülmüştür (Antonakos vd., 2021). İspanya'da Maria ve arkadaşları aynı ölçeğin İspanyolca versiyonu için geçerlik güvenirlik analizi yapmış ve geçerlik için yapılan faktör analizinde ölçek 15 faktöre ayrılmıştır. Ayrılan 15 faktör ölçeğin %67,2' ni açıklamaktadır. Cronbach Alpha değerini tüm boyutlar için 0,63-0,83 aralığında bulmuş ve yüksek derecede güvenilir olduğu bildirilmiştir (Torijano vd., 2013).

Geçerlik Güvenirlik çalışmamızda ölçeğin yapı geçerliğini analiz etmek ve örneklem büyüklüğünün yeterliliğini ölçmek için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin KMO değeri 0,712 (iyi) olarak saptanmıştır. Verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediğini saptamak amacıyla yapılan Barlett testi sonucu ($\chi^2=4998,309$ $p<0,001$) olarak bulunmuş olup bu sonuç iyi düzeyde anlamlı olarak saptanmıştır. Verilerin faktör analizine uygunluğu ölçüldükten sonra faktör yapısı için yapılan varimax rotasyon yöntemi testi ile anket 10 faktöre ayrılmıştır. Ayrılan bu 10 faktör anketimizin %60,4'nü açıklamaktadır. Güvenirliğini ölçmek amacıyla iç tutarlık analizleri yapılmış ve anketin tüm boyutları için Cronbach Alpha değeri 0,42-0,91 arasında, genel Cronbach Alpha değeri ise 0,89 olarak bulunmuştur. Personel eğitimi, tıbbi ofis (ASM) işleri standartlar ve genel hasta güvenliği kalite algıları boyutları cronbach alpha değerleri (0,57- 0,42- 0,64) diğer boyutlara göre düşük olsa da genel olarak cronbach alpha değerleri yüksek çıktığı görülmektedir. Yarıya bölünerek yapılan iç tutarlık analizinde ilk 30 sorunun Cronbach Alpha değeri 0,79, son 29 sorunun Cronbach Alpha değeri ise 0,90 bulunmuştur. Bu sonuçlarla ölçeğin Türkiye'de BBSK' da HGK saptanması için kullanımında geçerli ve güvenilir olduğu söylenebilir.

Yaptığımız çalışmanın demografik verilerinde AH' nin yaş ortalaması 46.29 \pm SD 8.173 (min:21 max:68) olarak bulunmuş ve katılımcıların %68.2 erkek %31.6'sı ise kadın olarak bulunmuştur. İspanya'da yapılan benzer çalışmada ise yaş ortalaması bizim çalışmamız ile yaklaşık aynı (47,0) iken, cinsiyet açısından tam tersi (%70,7 kadın-%29,3 erkek) bir durum ortaya çıkmaktadır (Astier vd., 2015). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütünün (OECD) 2019 yılındaki verilerine göre Türkiye de ki

doktorların kadın erkek oranı (kadın %37,5 erkek % 62,5) yaptığımız çalışmanın sonuçlarıyla örtüştüğü söylenebilir (Türkiye raporu, 2023). Türkiye ‘ de yapılan başka bir çalışmada ise cinsiyet açısından aile hekimlerinin kadın erkek oranı (kadın % 39,5 erkek %60,5) olduğu belirtilmiştir (Çeliksoy vd, 2014). Yapılan bu çalışmaların sonuçları ile kendi çalışmamızdaki sonuçların benzeştiği ve çalışmamızın kadın erkek sonuçlarının Türkiye deki aile hekimi kadın erkek oranını yansıttığı söylenebilir. Bu sonuçların ülkemizdeki AH mesleğinde cinsiyet açısından erkek hekim sayısının baskın olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızın ikinci kısmında ise kesitsel analitik çalışma yürütülmüştür. İspanya’da yapılan çalışmada birinci basamaktaki sağlık çalışanlarının HGK hakkındaki algılarını ölçmek üzere geçerlik güvenilirliği gösterilen BBSK yönelik MOSPSC anketini yanıtlamaları istenmiştir. 1-5 arasında puanlaması istenilen anketin sonuçlarına göre ölçeğin toplam puanının ortalaması 3,72 (kadın:3,73-erkek:3,68) olarak saptanmıştır. Genel hasta güvenliği derecelendirmesinde ise puan ortalaması 3.25 (kadın:3,27-erkek:3,25) olarak bulunmuş olup, genel ölçek puanlaması ve genel hasta güvenliği puanlamasında kadınların erkeklere oranla daha yüksek puanladığı görülmüştür (Astier vd., 2015).

Yaptığımız çalışmada Türkçe’ ye uyarlanan geçerlik ve güvenilirliği gösterilen aynı anket (MOSPSC) BBSK ‘da ki aile hekimlerinin HGK hakkındaki algılarını ölçmek üzere kullanılmıştır. Çalışmamızda genel ölçek toplam puanı ortalamasının 4,00 (kadın:3,98-erkek:4,01) olduğu, genel hasta güvenliği puanlamasının ise 3,75 (kadın:3,78-erkek:3,74) olduğu ve İspanya’da yapılan çalışmaya göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu söylenebilir (Astier vd., 2015). Yaptığımız çalışmada yaş gruplarının puanlama ortalamalarına baktığımızda, bazı boyutlar için katılımcıların yaşı ilerledikçe daha yüksek puanladıkları gözlemlenmiştir. Bu durum ise meslek deki deneyimle birlikte hasta güvenliği kültürü konusu daha da benimsenmiş ve öğrenilmiş olduğu söylenebilir.

İspanya çalışmasında boyutlar arasında puanlamanın en düşük olduğu boyut iş yükü ve hızı boyutudur. Katılımcıların %36’sı en düşük yüzde ile iş yükü ve hızı boyutundaki bulunan soruları olumlu yönde yanıtlarken %64 ü olumsuz yönde yanıtlamışlardır (Astier vd., 2015).

MOSPSC ölçeğinin kullanıldığı Brezilya’daki bir çalışmada ise iş yükü ve hızı boyutu ile personel eğitimi boyutlarının (%32,7 – 24,7) en düşük yüzde ile olumlu

olarak değerlendirildiği görülmüştür (Araujo vd., 2022). Yaptığımız çalışmada AH' nin %57.6'sı en düşük yüzde ile ölçek alt boyutlarından 'iş yükü ve hızı' boyutunu olumlu derecelendirmiştir. Bu oran İspanya ve Brezilya çalışmalarından daha iyi olmakla beraber çalışmadaki en düşük ölçek boyutudur.

Ornelas ve arkadaşlarının 2016'da Portekiz'de yaptıkları çalışmada, katılımcılara birinci basamak sağlık kuruluşlarında yaşanan tıbbi hatalarla ilgili hataları bildirme, bunun üzerine tartışmaları ve fikir alışverişinde bulunmaları gibi konularda yöneltilen soruları katılımcıların %57'si olumlu olarak değerlendirmişlerdir (Ornelas, Pais ve Sousa, 2016). Yaptığımız çalışmada ise katılımcıların %73,9'u ASM'de yaşanan tıbbi hataları bildirme, bunun üzerine tartışmaları ve fikir alışverişinde bulunma gibi konularda yöneltilen soruları yüksek derecede (1-5 puanlamada 4,04) olumlu değerlendirmiştir. Tıbbi hatalar yaşandığında bu hataları kayıt altına aldıkları ve bildirdikleri, tıbbi hatalar üzerine kendi aralarında tartışıp fikir alışverişinde buldukları söylenebilir. Bu durum ise bize AH' nin HGK konusunda algılarının iyi denebilecek düzeyde olduğunu, yaşanan veya yaşanacak olan tıbbi hatalar ile ilgili yapılacaklar konusunda fikir sahibi olduklarını göstermektedir.

İspanya çalışmasında, takım çalışması boyutunun puanı 3,90, iletişim açıklığı puanı 3,65, örgütsel öğrenme boyutunun puanı ise 3,83 olarak bildirilmiştir (Astier vd., 2015). Çalışmamızda takım çalışması, iletişim açıklığı ve örgütsel öğrenme boyutlarının diğer boyutlara oranla daha yüksek puanlandıkları (sırasıyla 4,11 - 4,14 - 4,10) görülmektedir. Katılımcıların anketin bu boyutlarıyla ilgili olarak yaptıkları yüksek puanlamanın nedeni olarak Türk sağlık sisteminde bulunan sağlık çalışanlarının ekip işine önem verdikleri ve sağlık hizmeti sunumunda iletişim halinde oldukları söylenebilir.

Özel bir hastanede yapılan çalışmada çalışanların HGK yönelik tutumlarının nasıl olduğu belirlenmektedir. Hastane çalışanlarının kendi hastanelerinde HG derecesini nasıl gördükleriyle ilgili dağılıma bakıldığında, araştırmaya katılanların %14,9'u hasta güvenliğiyle ilgili olarak kendi kurumunu mükemmel olarak değerlendirirken, %49,2 si çok iyi, %27,6'sı kabul edilebilir ve %8,3'ü zayıf olarak değerlendirmiştir. Genel açıdan değerlendirildiğinde, çalışanların çok büyük bir kısmı kendi kurumlarını HG sağlama konusunda AHRQ hastane anketinin sorularına verdikleri yanıtlara göre pozitif olarak değerlendirmişlerdir (Dursun, Bayram ve Aytaç, 2010). Yaptığımız çalışmada ise birinci basamak için ankette bulunan hasta

güvenliği ile ilgili soruları pozitif yanıtlayma oranı olarak katılımcıların %96,7'i ile %36,1'i arasında kişi pozitif yanıtlaymışlardır. Aile hekimleri, hasta güvenliği kültürü konusunda anketteki soruları genel olarak yüksek katılımıla pozitif olarak yanıtlaymışlardır.

Çalışmamızın önemi: Sağlık hizmetinin önemli bir kısmı birinci basamakta veriliyor olmasına rağmen BBSH' de HGK dair yapılan az sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar HGK sorgulayan hastaneye yönelik hazırlanan anket üzerinden yapılmıştır. Bu çalışma ile hem birinci basamaktaki sağlık çalışanlarına özel geliştirilmiş anket Türkçe' ye kazandırılmış hem de BBSK' a özgü anket ile daha doğru sonuçların elde edilmesine olanak sağlanmıştır.



BÖLÜM 6: SONUÇ VE ÖNERİLER

Geçerlik Güvenirlik Sonuçları

İç Tutarlık Analizi ile İlgili Sonuçlar

BBSK için AHRQ tarafından oluşturulan ölçeğin Türkçeye uyarlanıp AH' ne uygulanması sonucu 402 katılımcı sayısı ile yapılan geçerlik analizlerinde KMO testi ile örneklem büyüklüğü testi yapılmış ve ölçeğin analizleri için yeterli katılımcı sayısının yakalandığı sonucuna varılmıştır. Ölçeğe ait güvenirlilik analizleri Cronbach Alpha testi ile bakılmış, BBSK için hazırlanan ölçeğin Türkiye' deki BBSK çalışan AH' nin HGK algılarının saptanması için kullanımında güvenirliliğinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Analitik Çalışma Sonuçları

Aile hekimlerinin HGK ile ilgili olarak ölçeğin tüm boyutlarında ve alt sorularında verdikleri yanıtlara göre olumlu yönde değerlendirdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlarla birlikte AH' nin HGK algı düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir. Katılımcıların en düşük olumlu değerlendirdikleri alan "İş Yüğü ve Hızı" boyutunun değerlendirmesinde görülmüştür. Bu durum AH' nin iş yükünün yüksek olduğunu ve işleri yetiştirmek için baskı altında hissettiklerini göstermektedir. Çalışma ortamında iş yükü ve hızının yüksekliği hasta güvenliği açısından riski arttıran bir durum olarak dikkat çekmektedir. İş yükü ve hızının yüksekliğinin tıbbi hatalara açık bir ortam oluşturduğu dikkate alınarak bu konunun HG için risk oluşturduğu, HGK birinci basamak' ta gündeme getirilmesi ve HGK farkındalığının oluşması gerektiği sonucu çıkarılabilir.

Sonuç olarak çalışmamızda BBSK' da çalışan AH' nin HGK hakkında fikirlerinin olduğu, bu konu hakkında algı düzeylerinin yüksek olduğu sonucu çıkarılabilir. Türkçe' ye kazandırılan birinci basamak için AHRQ ölçeğinin birinci basamakta HGK ile ilgili çalışmaların artmasına katkıda bulunacağını umuyoruz.

KAYNAKÇA

Agency for Healthcare Research and Quality. *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*. Available at:<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/index.html> [Erişim Tarihi: Ekim 2017]

Agency for Healthcare Research and Quality *Medical office survey on patient safety culture: User's guide* Erişim Adresi: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/userguide/medicalofficeusersguide.pdf> [Erişim Tarihi: Ocak 2018]

Agency for Healthcare Research and Quality https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/medical-office/MO_Items-Composite_Measures.pdf [Erişim Tarihi: Ocak 2018]

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH.(2002) *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*, The Journal Of American Medical Association, Cilt. 288(16), ss. 1987-1993.

Akat İ. ve Budak G.(1999) *İşletme Yönetimi*, Fakülteler Kitapevi, Barış Yayınları, İzmir.

Akgül A. (2005) *Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri SPSS uygulamaları*, 3. Baskı, Ankara, Emek Ofset Ltd. Şti, 384

Aksayan S, ve Gözüm S.(2002) *Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I*, Hem Ar-Ge Dergisi Cilt. 4(1), ss. 9-14.

Antonakos, I., Souliotis, K., Psaltopoulou, T., Tountas, Y., Papaefstathiou, A., Kantzanou, M. (2021) *Psychometric properties of the Greek version of the medical office on patient safety culture in primary care settings*. *Medicines*, 8, 42. Erişim Tarihi: 01.09.2023

Araujo, G. L., Amorim, F. F., Miranda, R. C. P. S. de, Amorim, F. F. P., Santana, L. A., & Gottens, L. B. D. (2022) *Patient safety culture in primary healthcare: Medical office survey on patient safety culture in a Brazilian family health strategy setting*. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, Cilt. 17(7), ss. 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271158> (Erişim Tarihi: 01.02.2023)

Astier-Peña MP, Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G. (2015) *Are Spanish primary care professionals aware of patient safety?* *Eur J Public Health*, Cilt. 25(5), ss. 781-787.

- Atılğan H. (2006) *Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme*. Ankara: Anıl yayıncılık, Bölüm 1- 3:1-131.
- Bodur S, ve Filiz E. (2009) *A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey*. Int J Qual Health Care. Cilt.21(5), ss. 348–55.
- Bodur S, ve Filiz E. (2010) *Validity and reliability of Turkish version of 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' and perception of patient safety in public hospitals in Turkey*. BMC Health Serv Res., Cilt. 10(1) ss.19-9.
- Boerma WGW. (2006) *Coordination and integration in European primary care*. In: Organizational reform in European primary care. Maidenhead, Open University Press, ss. 3–21.
- Erişim Linki: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf. [Erişim Tarihi:09.09.2019]
- British Association of Critical Care Nurses (2006) *Captain and champion: nurses' role in patient safety*. Nursing in Critical Care, Cilt. 11 (6), ss. 265-266
- Bryne, B. M. (2001) *Structural equation modeling with AMOS Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum*
- Büyüköztürk Ş. (2011) *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni SPSS uygulamaları ve yorum*, 4. Baskı, Ankara, Pegem Akademi
- Cronbach, L. J. ve Meehl, P. E. (1955) *Construct validity in psychological tests*. Psychological Bulletin, Cilt. 52, ss. 281–302.
- Crossing the quality chasm (2001) *A new health system for the 21st century*. Report Brief. 1st ed. Washington: National Academies Press, ss. 1-8.
- Çakır A(2007) *Hasta güvenliği kültürü ile kalite yönetim sistemi arasındaki ilişkinin analizi* Unpublished master dissertation. Dokuz Eylül University, İzmir, Turkey
- Çeliksoy MH, Söğüt A, Topal E, ve ark. (2014) *Aile hekimlerinin ilaç alerjilerine yaklaşması*. Astım Alerjisi İmmünolojisi. Cilt. 12(2), ss.91-96
Erş Tar.08.09.2023
- Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. (2010) *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik SPSS ve LISREL uygulamaları*. Ankara: Pegem Akademi, ss.177-206

- Demirali, Y. E. (1995) *Ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik*. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, Cilt. 7, ss. 125-148.
- Deniz Z.(2007) *Psikometrik ölçüm aracı uyarlama*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi
- Devebakan N. (2001) *Sağlık işletmelerinde kalite ve algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- DeVellis, R. F. (2003) *Scale Development Theory and Applications Second Edition*. SAGE Publications International Educational and Professional Publisher,Cilt. 5, ss. 60-96
- Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Derneği. (2007) [Çevrimiçi Erişim Adresi]:<http://www.das.org.tr/tr/dosya/kongre/kong2007/yazi/rabia.guven-das-2007yazi.pdf> [Eriş tar 02.05.2019]
- Dursun S,Bayram N, Aytaç S. (2010) *Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama*. Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt. 8(1), ss. 1 -14.
- Efil İ. (1999) *Toplam kalite yönetimi ve ISO 9000 kalite güvence sistemi*, Alfa yayınları, 4. Baskı, İstanbul
- Ekici E. (2012) *Öğretmenlere Yönelik Bilişim Teknolojileri Öz-yeterlik Algısı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. Cilt. 31, ss. 53-65.
- Elston DM, Stratman E, Jahangir HJ, Watson A, Swiggum S ve Hanke W. (2009) *Patient safety: Part II. Opportunities for improvement in patient safety*. Journal of American Academy of Dermatology Cilt. 61(2), ss. 193-205
- Ercan, İ. & Kan, İ. (2004) *Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik*, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt. 30 (3), ss. 211-216
- Erefe İ.(2002) *Veri toplama araçlarının niteliği*, Edit: Erefe İ, Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemleri, Odak Ofset, İstanbul, ss. 169-188
- Erkuş A. (2010) *Psikometrik terimlerin Türkçe karşılıklarının anlamları ile yapılan işlemlerin uyumsuzluğu*. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi.Cilt. 1(2), ss. 72-7.
- Eser E ve Baydur H. (2007) *Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürel uyarlaması*. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi (Kongre Öncesi Kurslar Kitabı), İzmir, 5-7 Nisan, ss. 2-40.

Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J ve ark. (2006) *Attitudes and Barriers to Incident Reporting: A Collaborative Hospital Study*. *Quality and Safety in Health Care*, Cilt. 15, ss. 39-43

Füsün Sayek *Türk Tabipleri Birliği Raporları / Kitapları – 2010*

Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JM, Kapp JM, Chan DK, Dunagan WC ve ark. (2006) *US and Canadian physicians attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients*. *Arch Intern Med.*, Cilt. 166, ss. 1605-1611.

Gurnani, H. (1999) *Pitfalls in total quality management implementation: the case of a hong kong company*, *Total Quality Management*, Cilt. 10, Issue:2.

Güleç C (1981) *Affektif bozuklukların yaygınlığı ve bu konuda- ki tutumlar üzerine sağlık örgütlerinin etkisini araştıran bir çalışma*. Yayımlanmamış Doçentlik Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Gürsakaş N. (2001) *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. Bursa: Uludağ Üni. Güçlendirme Vakfı.

Haggerty J, Beaulieu M, Pineau R, Burge F. (2011) *Comprehensiveness of Care from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments Healthcare Policy* Cilt. 7 Special Issue, [https://turkiyeraporu.com/wp-content/uploads/2022/05/Doktorlar-Raporu-Mayis-\(2022\).pdf](https://turkiyeraporu.com/wp-content/uploads/2022/05/Doktorlar-Raporu-Mayis-(2022).pdf) Erş Tar.08.09.2023

<https://www.memurlar.net/haber/644421/aile-hekimi-sayisi-artacak.html>. [Erş.Tar.20/11/2017]

Hu, L. T. & Bentler, P. M. (1999) *Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives*. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, Cilt. 6(1), ss. 1-55.

Imai, Masaaki(2003) *Kaizen: Japonya'nın rekabetteki başarısının anahtarı*, Kalder Yayınları No:21, İstanbul

Institute of Medicine (2003) *Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality*. Washington, DC: National Academies Press

Institute of medicine: (2000) *To err is human. Building a safer health system*. Washington D.C.: National Academic Press. <http://doi.org/10.17226/9728>

IOM. (2000) *Report brief to Err is Human*. Er.tar.03.05.2019

İrmiş A. (1998) *Kamu örgütlerinde mevcut yönetim kültürünün TKY'ne uygunluğu*. Kamu Yönetiminde Kalite 1. Ulusal Kongresi 58.

- Kalaycı Ş. (2010) *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*, 5. Baskı, Ankara, Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, ss. 321-331.
- Karakoç, F. Y. ve Dönmez, L. (2014) *Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler*. Tıp Eğitimi Dünyası, Cilt. 40, ss. 39-49
- Kelloway, E. K. (1998) *Using LISREL for Structural equation modeling*, ThousandOaks,CA:Sage[https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=vVejlNx1skUC&oi=fnd&pg=PR&dq=Kelloway,+E.+K.,+\(1998\),+Using+LISREL+for+Structural+equation+modelig,+Thousand+Oaks,+CA:+Sage+Publishers&ots=TrhgFmLVhh&sig=7vdRqGbw8yz1PYPJICVb7xw1Cs&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=vVejlNx1skUC&oi=fnd&pg=PR&dq=Kelloway,+E.+K.,+(1998),+Using+LISREL+for+Structural+equation+modelig,+Thousand+Oaks,+CA:+Sage+Publishers&ots=TrhgFmLVhh&sig=7vdRqGbw8yz1PYPJICVb7xw1Cs&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) [ERŞ TAR:08.10.2019]
- Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, ve ark. (2013) *The strength of primary care in Europe:an international comparative study*. Br J Gen Pract Cilt.63, ss.742-750
- Lawton R, Parker D. (2002) *Barriers to Incident Reporting in a Healthcare System*. Quality and Safety in Health Care, Cilt. 11, ss. 15-18
- Macinko J, Almeida C, Klingelhofer P. (2007) *A Rapid Assessment Methodology For The Evaluation Of Primary Care Organization And Performance InBrazil*.Health Policy And Planning, Cilt. 22, ss. 167–177
- Milligan F, Dennis S. (2005) *Building a safety culture*. Nurs Stand., Cilt. 20, ss.48–52
- Millioğlu, A.Kaya (2005) *Toplam Kalite Nedir*, Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü E Bülteni, Ocak 2005, Sayı:4
- Morgil, O. ve Küçükçirkin M.(1995) *TOBB'nin sağlıkta toplam kalite yönetimine bakışı, basamak sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi*, Ed.: MithatÇoruh, Haberal Vakfı Yayını, ss. 30-33, Ankara
- Myers, W. H. (2000) *A structural equation model of family factors associated with adolescent depression* (Unpublished doctoral dissertation). The University of Memphis
- Najim H, Omer AA. (2015) *Sociodemographic and clinical features of patients with depressive disorder in Khartoum, Sudan*. Psychiatr Danub, Cilt. 27 (1), ss.240-242.

- Ornelas MD, Pais D, Sousa P. (2016) *Patient Safety Culture in Portuguese Primary Healthcare*. Quality in Primary Care, Cilt. 24(5), ss. 214-218.
<https://pdfs.semanticscholar.org/4553/2678d67f7ca7cd531b0eefcfc24757bb4898.pdf> [Er.tar 02.08.2019]
- Özdamar K.(2002) *Paket programlar ile istatistiksel veri analizi*. 4. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir, ss. 661-673.
- Öztürk S. (1998) *Hizmet Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi, İstanbul.
- Pakdil, Fatma(2004) *Kalite kültürünü etkileyen faktörler üzerine bir derleme*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt 6, Sayı:3
- Peirce AG.(1995) *Measurement, Principles and Practice of Nursing Research*, St. Louis, Mosby- Year Book, ss. 265-290.
- Peşkirioğlu, Nurettin(1997) *Kalite yönetiminde ISO 9000 uygulamaları*. Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No:620, Ankara.
- Resmi Gazete Tarihi: 25.01.2013 Resmi Gazete Sayısı: 28539 *Aile hekimliği uygulama yönetmeliği*
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=92:ale-hekml-uygulama-yoenetmel&catid=2:ymlink&Itemid=33
[Erişim Tar:28.04.2019]
- Sağlık Bakanlığı (2018) *Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi* sayı: 14 Yıl:2017 Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, Erişimadresi:<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-8354/saglikta-performans-ve-kalite-dergisi.html> [Erişim Tar:28.04.2021]
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kalite Daire Başkanlığı
<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61-09082021pdf.pdf> [Erş tar 25.12.2022]
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kalite Daire Başkanlığı
<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html> [Erş tar 25.12.2022]
- Schoen,Christian(2005) *Taking the pulse of health care systems: Experiences of Patients With Health Problems In Six Countries*, Health Affairs 2005; November issue
- Shi L.(1994) *Primary care, specialty care and life chances*. Int J Health Serv., Cilt. 24), ss. 431–458

- Sipahi B, Yurtkoru ES, Cinko M. (2008) *Sosyal bilimlerde SPSS ile veri analizi*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş
- Stevens, J.P. (2001) *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*, Taylor&Francis.[https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=oIeDhzDebKwC&oi=fnd&pg=PI&dq=Stevens,+J.P.+\(2001\),+Applied+Multivariate+Statistics+for+the+Social+Scinces,+Taylor%26Francis.+&ots=II3Gu5Gw84&sig=FUPaCM_0xtXnKr1HsbBm6tnDJE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=oIeDhzDebKwC&oi=fnd&pg=PI&dq=Stevens,+J.P.+(2001),+Applied+Multivariate+Statistics+for+the+Social+Scinces,+Taylor%26Francis.+&ots=II3Gu5Gw84&sig=FUPaCM_0xtXnKr1HsbBm6tnDJE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) [Eriş.Tar. 05.10.2019]
- Şencan H. (2005) *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik*, Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Şerifoğlu U.K. ve Sungur E.(2007) *Kazaların Habercileri: Kaza Habercisi Olayların Yönetimi ve Sağlık ve Güvenlik Kültürü İlişkisi*, IV. İş sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri, 20-21 Nisan 2007, MMO yayınları, Yayın No: E/2007/424, Adana
- Tavşancıl E. (2002) *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. Ankara: Nobel yayınevi, 1.baskı
- The İnterim Report On The Future Provision of Medical And Allied Services*. Socialist Health Association 26 April, 2011
- Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR ve ark. (2000) *Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado*. Medical Care, Cilt.38, ss.261–271.
- Torijano-Casalengua ML, Olivera-Canadas G, Astier-Pena MP, Maderuelo Fernández JÁ, Silvestre-Busto C. (2013) *Validation of a questionnaire to assess patient safety culture in Spanish primary health care professionals*. Aten Primaria Cilt.45, ss. 21-37
- Tunç, B. (2015) *Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kurum düzeyinde kişiye yönelik hizmet kapsayıcılığının değerlendirme ölçeği* (Tıpta uzmanlık tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Manisa). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> [Er.tar.10.05.2019]
- Turgut F M. (1993) *Eğitimde ölçme ve değerlendirme metodları*. 9 baskı. Ankara: saydam matbaacılık

Tütüncü Özkan, Küçükusta Deniz (2006) *Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi*, DEU Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt.8, Sayı 4, İzmir

Wolf, Z.R, Serembus, J. (2000) *Responses and Concerns of Healthcare providers to Medication Errors*, Clin Nurse Spec, Cilt. 14 (6), ss. 278-287

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

[Eriş. Tar:23.04.2019]

Yaşlıoğlu, M.M. (2017) *Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması*. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, Cilt. 46, ss. 74-85.

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/iuisletme/issue/32177/357061>

Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004) *Spss uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık

Yıldız H. (2011) *Toplam kalite yönetimi algısının kurum kültürü üzerine etkileri: Sağlık sektöründe bir araştırma*, Beykent üniversitesi yayınlanmış yüksek lisans tezi, İstanbul.

EKLER

EK A- Etik Kurul İzni



SAYI : B.30.2.JEÜSB.0.05.05-20-014

04.04.2018

KONU : Etik Kurul Kararı hk.

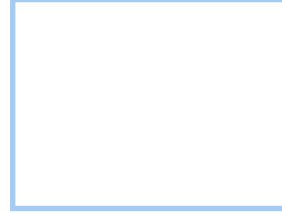
Sayın Doç. Dr. İncim Beziroğlu,

"Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Aile Hekimlerinin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi" başlıklı projenizin etik uygunluğu konusundaki başvurunuz sonuçlanmıştır.

03.04.2018 tarih ve 9 numaralı Etik Kurul toplantısında "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Aile Hekimlerinin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi" konulu projenizin etik açıdan uygun olduğuna, toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.

Gereği için bilgilerinize sunarım.

Saygılarımla,



Ek B. Agency for HealthCare Research and Quality (Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı) Anket Kullanım izni

'Medical Office Survey on Patient Safety Culture' about

Gelen Kutusu x



27 Şub

2018 13:19

Alıcı: jeff.brady

Dear Mr. Brady

I am a master degree student at the Health Care Quality and Patient Safety Program, Institute of Health Sciences, Izmir University of Economics in Turkey. I am working under the supervision of Assoc.Prof.Dr.Incim Bezircioglu. The topic of my thesis is about Patient Security Cultures. Its name is "Determination of Patient Security Cultures of Family Physicians working on the Family Health Centers".

I would like to use the "Medical Office Survey on Patient Safety Culture" questionnaire for measuring Patient Security Cultures. In Turkish medical literatures, there hasn't been any study for the validity and reliability of this questionnaire. My goal is firstly to determine the validity of the Turkish version of the "Survey on Patient Safety Culture" questionnaire, and then to determine the patient safety cultures in the family physicians working on the family health centers.

I would like to get the permission from you to use "Medical Office Survey on Patient Safety Culture" survey.

Thank you for your interest

Best regards.



28 Şub
2018 02:13

Alıcı: David, Margie, Caren, ben

Mr. Erdem,

The Medical Office Survey on Patient Safety Culture is posted on our Website, and is available for use. I've included a CC to a few colleagues here at AHRQ who lead programs responsible for the surveys, and also David Lewin, who coordinates any permissions that may be necessary.

Thank you for your message and for your interest in AHRQ.

Jeff Brady, MD, MPH

Rear Admiral, U. S. Public Health Service

Director, Center for Quality Improvement and Patient Safety



11 Nis
2018 10:16

Alıcı: Jeff

I thank you and wish you good work.

Ek C. Onam Formu

Aşağıdaki yer alan anket formundaki bilgilerden Prof. Dr. Vildan Mevsim ve Doç. Dr. İncim BEZİRCİOĞLU danışmanlığında İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Mustafa ERDEM tarafından gerçekleştirilecek olan Yüksek Lisans Tez çalışmasında yararlanılacaktır.

Bu anketin amacı Türkiye'deki Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında (ASM) çalışan Aile Hekimlerinin hasta güvenliği kültürü hakkındaki görüşlerini saptamaktır.

Bu anketlerde vereceğiniz yanıtlar hiçbir şekilde kimliğinizi belli edecek şekilde kullanılmayacak olup sadece bu çalışmada kullanılacaktır. Araştırmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Mustafa ERDEM

Prof. Dr. Vildan Mevsim Doç. Dr. İncim Bezircioğlu

Ek D. Aile Hekimleri Sosyo-Demografik Formu

Aşağıdaki yer alan anket formundaki bilgilerden Prof. Dr. Vildan Mevsim ve Doç. Dr. İncim BEZİRCİOĞLU danışmanlığında İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Mustafa ERDEM tarafından gerçekleştirilecek olan Yüksek Lisans Tez çalışmasında yararlanılacaktır.

Bu anketin amacı Türkiye'deki Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında (ASM) çalışan Aile Hekimlerinin hasta güvenliği kültürü hakkındaki görüşlerini saptamaktır.

Bu anketlerde vereceğiniz yanıtlar hiçbir şekilde kimliğinizi belli edecek şekilde kullanılmayacak olup sadece bu çalışmada kullanılacaktır. Araştırmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

Mustafa ERDEM

Prof. Dr. Vildan Mevsim Prof. Dr. İncim Bezircioğlu

Yaşınız	
Cinsiyetiniz	() Kadın () Erkek
Unvanınız	
Meslekteki yılınız	
Bulduğunuz ASM' de ne kadar süredir çalışıyorsunuz?	
Bulduğunuz ASM' de sorumlu hekimlik yapıyor musunuz?	() Evet () Hayır

Aile Hekimleri Sosyo-Demografik Formu (Devam)

Görevli olduğunuz ASM' de kaç tane aile hekimliği birimi bulunuyor?							
Günlük ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?							
Bulduğunuz ASM' ye bağlı nüfus sayısı nedir?							
Aile hekimliği biriminize bağlı nüfus sayısı nedir?							
Çalıştığınız ASM' de kaç personel çalışıyor? Lütfen sayıları yandaki unvanlara göre doldurunuz.	Hemşire	Ebe	Sağlık memuru	Sağlık teknisyeni	Hizmetli	Diğer	
	Hemşire	Ebe	Sağlık memuru	Sağlık teknisyeni	Hizmetli	Diğer	
Aile hekimliği biriminize bağlı kaç personel çalışıyor Lütfen sayıları yandaki unvanlara göre doldurunuz.	Hemşire	Ebe	Sağlık memuru	Sağlık teknisyeni	Hizmetli	Diğer	
Aile hekimliği biriminizin Sağlık Bakanlığında elde ettiği ortalama gelir (TL) nedir?							
ASM' de ağırlıklı olarak hangi yaş grubuna hizmet vermektесiniz?		<input type="checkbox"/> 0-4 <input type="checkbox"/> 5-14 <input type="checkbox"/> 15-24 <input type="checkbox"/> 25-64 <input type="checkbox"/> 65 ve üstü					
Hastalarınızın ASM' ne en sık başvurma nedeni nedir? Lütfen yandaki şıklardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.	1	Akut hastalıklar tanı, tedavi ve izlem					
	2	Kronik hastalıklar tanı, tedavi ve izlem					
	3	Gebe ya da loğusa izlemi					
	4	Bebek çocuk izlemi bağışıklama					
	5	Aile planlaması					
	6	Sürekli kullanılan ilaçların reçete yazımı					
	7	Evde sağlık hizmeti					
	8	Acil müdahale					
	9	Taramalar(kanser vs.)					
	10	Enjeksiyon, pansuman, küçük müdahale					
	11	Sağlık raporu					
	12	Sevk					
	13	Diğer(lütfen açıklayınız)					

Ek E. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları için Hasta Güvenliği Kültürü Anket Formu

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞU HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ANKETİ

UYGULAMA TALİMATI

Aile hekimliği biriminizde yapılan işlemler hakkında düşünün ve biriminizdeki hastalara verilen bakımın genel güvenliğini ve kalitesini etkileyen konularda görüşünüzü oluşturun.

- Bu araştırmada “sağlık hizmeti veren” terimi, hastalara tanı koyan, onları tedavi eden ve ilaç reçete eden hekim, hemşire ifade eder. “Personel” terimi ise biriminizin veya içinde bulunduğunuz aile sağlığı merkezinin size de hizmet veren diğer tüm çalışanları için kullanılmaktadır.
- Bir soru sizin için geçerli değilse ya da cevabı bilmiyorsanız, lütfen "Uygun değil ya da Bilmiyor" seçimini yapın.
- Birden fazla birimde veya yerde çalışıyorsanız, bu anketi cevapladığınızda sadece bu anketi aldığımız aile hekimliği birimi ile ilgili cevap verin; diğer çalıştığımız yerlerdeki uygulama hakkında cevap vermeyin.
- Aile hekimliği biriminiz başka birimlerin de bulunduğu bir aile sağlığı merkezi içinde yer alıyorsa, yalnızca çalıştığımız birim hakkında cevap verin – aile sağlığı merkezindeki diğer birimler hakkında cevap vermeyin.

BÖLÜM A: Hasta Güvenliği ve Kalite Sorunlarının Listesi

Aşağıdaki maddeler aile hekimliği biriminde hastanın güvenliğini ve bakım kalitesini etkileyebilecek şeyleri anlatmaktadır. En iyi tahmininizle, çalıştığınız birimde aşağıdaki durumlar SON 12 AY İÇİNDE ne sıklıkta gerçekleşti?

	Her Gün ▼	Her Hafta ▼	Her Ay ▼	Son 12 ayda birçok kez ▼	Son 12 ayda birkaç kez ▼	Son 12 ayda hiç olmadı ▼	Bilmiyor veya uygun değil ▼
Bakıma Erişim							
1. Hasta, akut / ciddi bir sorunu için 48 saat içinde randevu alamadı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Hasta Kimliği							
2. Bir hasta için yanlış tıbbi kayıt/hasta çizelgesi kullanıldı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Tıbbi Kayıtlar/Hasta Çizelgeleri							
3. Bir hastanın tıbbi kayıtları/çizelgesi arandığında bulunamadı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
4. Tıbbi bilgiler yanlış hastanın tıbbi kayıtları/çizelgesi içine girildi, tarandı veya dosyalandı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Tıbbi araç/gereçler							
5. Tıbbi araç/gereçler düzgün çalışmadı veya onarılmaları ya da değiştirilmeleri gerekti.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

BÖLÜM A: Hasta Güvenliği ve Kalite Sorunlarının Listesi (devam)

Aşağıdaki maddeler aile hekimliği biriminde hastanın güvenliğini ve bakım kalitesini etkileyebilecek şeyler anlatmaktadır. Çalıştığınız birimde aşağıdaki durumlar SON 12 AY İÇİNDE ne sıklıkta gerçekleşti?

İlaç	Her Gün ▼	Her Hafta ▼	Her Ay ▼	Son 12 ayda birçok kez ▼	Son 12 ayda birkaç kez ▼	Son 12 ayda hiç olmadı ▼	Bilmiyor veya uygun değil ▼
6. Bir eczane, reçeteyi açıklığa kavuşturmak veya düzeltmek için biriminizi aradı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
7. Görüşme sırasında hastanın ilaç listesi güncellenmedi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
Tanı araçları ve testler							
8. Gerekğinde bir laboratuvar veya görüntüleme testinin sonuçları bulunamadı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
9. Bir laboratuvar veya görüntüleme testinin önemli bir <u>anormal</u> sonucu ile ilişkili gerekli girişimler 1 iş günü içinde yapılmadı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

BÖLÜM B: Diğer Kuruluşlarla Bilgi Alışverişi

Aile hekimliği biriminiz son 12 ay içinde, aşağıdaki kuruluşlarla doğru, eksiksiz ve zamanında bilgi alışverişinde ne zaman, ne kadar sıklıkla sorun yaşad.

	Günlük olarak ▼	Haftalık olarak ▼	Aylık olarak ▼	Son12 ayda birkaç defa ▼	Son 12 ayda bir veya iki kez ▼	12 ay içinde hiç sorun yaşanmadı ▼	Bilmiyor veya uygun değil ▼
1. Başka laboratuvarlar / görüntüleme merkezleri.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
2. Diğer tıbbi ofisler / başka hekimler.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
3. Eczaneler.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
4. Hastaneler.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
5. Diğer? (Belirtiniz).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

BÖLÜM C: Tıbbi Ofisinizde Çalışma Ortamı

+

Aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katılıyorsunuz veya katılmıyorsunuz?	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Bilmiyorum veya uygun değil
1. Bu birimde birileri gerçekten meşgul olduğunda, diğerleri yardımcı olur.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Bu birimde, personel ve sağlık hizmeti verenler arasında iyi bir ilişki vardır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Bu birimde, hastalara bakarken sık sık koşturduğumuzu hissediyoruz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Bu birim, yeni süreçler devreye sokulduğunda personeline eğitim veriyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Bu birimde birbirimize saygılı davranıyoruz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Bu birimdeki sağlık hizmeti verenler için çok fazla hastamız var.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Bu birim, personelin ihtiyaç duydukları işbaşı eğitimini almasını sağlar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Bu birim olması gerekenden daha düzensizdir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Bu birimde çalışmanın doğru yapıldığını kontrol etmek için iyi prosedürlerimiz var.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Bu birimdeki personelden eğitilmedikleri işleri yapmaları istenir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. Hasta yükümüze yetecek kadar personelimiz var.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Bu birimde iş akışı ile ilgili sorunlarımız var.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. Bu birim, hasta bakımında ekip çalışmasına vurgu yapmaktadır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. Bu birimin her şeyi etkili bir şekilde ele alabilmesi için çok fazla hastası var.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
15. Bu birimdeki personel, görevleri yerine getirmek için standart süreçleri takip eder.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

BÖLÜM D: İletişim ve İzlem

Biriminizde aşağıdaki durumlar ne sıklıkla oluyor?	Asla ▼	Nadiren ▼	Bazen ▼	Çoğu Zaman ▼	Her Zaman ▼	Bilmiyor veya uygun değil ▼
1. Bu birimdeki sağlık hizmeti verenler, personelin süreçlerin nasıl iyileştirilebileceğine ilişkin fikirlerine açıktır.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. Çalışanlar bu birimde alternatif bakış açılarını ifade etmeleri için teşvik edilirler.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. Bu birimde, hastalar koruyucu veya periyodik sağlık bakımı için randevu almaları gerektiğinde onlara ulaşarak hatırlatır.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
4. Personel doğru görünmeyen şeyler hakkında soru sormaktan korkar.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
5. Bu birim, kronik bakım hastalarımızın tedavi planlarını ne kadar iyi takip ettiklerini belgelemektedir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
6. Birimimiz, diğer bir merkezden beklediğimiz bir raporu almadığımız zaman bunu takip eder.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
7. Personel, yaptıkları hataların kendilerine karşı kullanılacağını düşünür.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
8. Sağlık hizmeti verenler ve personel, birim sorunları hakkında açıkça konuşur.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
9. Bu birim izlem ihtiyacı olan hastaları takip eder.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
10. Bu birimde anlaşmazlıkları dile getirmek zordur.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
11. Bu birimde, hataların tekrar olmasını önlemenin yollarını tartışırız.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
12. Bu birimde personel gözlemledikleri hataları bildirmeye isteklidir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

BÖLÜM E: Sahip / Yönetici Ortak / Liderlik Desteği

A. Aile hekimliği biriminiz için finansal kararlar alma sorumluluğunu taşıyan sahip, yönetici ortak veya lider konumunda mısınız?

1 Evet → Bölüm F'ye git

2 Hayır → Aşağıdan devam ediniz

Biriminizin sahipleri / yönetici ortakları/ liderleri hakkında aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katılıyorsunuz veya katılmıyorsunuz?

1. Bu birimde bakım kalitesini artırmak için yeterli kaynak yatırımı yapmıyorlar.
2. Sürekli tekrar eden hasta bakım hatalarını göz ardı ederler.
3. Hasta bakım süreçlerini iyileştirmeye yüksek öncelik verirler.
4. Genellikle hastalar için değil ofis için en iyi olana göre kararlar alırlar.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Bilmiyorum veya Uygun Değil
1. Bu birimde bakım kalitesini artırmak için yeterli kaynak yatırımı yapmıyorlar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Sürekli tekrar eden hasta bakım hatalarını göz ardı ederler.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Hasta bakım süreçlerini iyileştirmeye yüksek öncelik verirler.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Genellikle hastalar için değil ofis için en iyi olana göre kararlar alırlar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

BÖLÜM F: Aile Hekimliği Birimi'niz

Aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katılıyorsunuz veya katılmıyorsunuz?

1. Birimimizde bir sorun olduğunda, işlerimizi yapma şeklimizi değiştirmemiz gerekip gerekmediğine bakarız.
2. Birim süreçlerimiz hastaları etkileyebilecek hataları önlemede başarılıdır.
3. Bu birimde olması gerekenden daha fazla hata olur.
4. Hastalarımızı etkileyen daha fazla hata yapmamak şansa bağlıdır.
5. Bu birim aynı sorunların bir daha olmamasını sağlamak adına, birim süreçlerini değiştirmekte başarılıdır.
6. Bu birimde daha fazla iş yapmak, bakım kalitesinden daha önemlidir.
7. Bu birimde hasta bakım sürecini iyileştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra, değişikliklerin işe yarayıp yaramadığını kontrol ederiz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Bilmiyorum veya Uygun Değil
1. Birimimizde bir sorun olduğunda, işlerimizi yapma şeklimizi değiştirmemiz gerekip gerekmediğine bakarız.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Birim süreçlerimiz hastaları etkileyebilecek hataları önlemede başarılıdır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Bu birimde olması gerekenden daha fazla hata olur.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Hastalarımızı etkileyen daha fazla hata yapmamak şansa bağlıdır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Bu birim aynı sorunların bir daha olmamasını sağlamak adına, birim süreçlerini değiştirmekte başarılıdır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Bu birimde daha fazla iş yapmak, bakım kalitesinden daha önemlidir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Bu birimde hasta bakım sürecini iyileştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra, değişikliklerin işe yarayıp yaramadığını kontrol ederiz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

BÖLÜM G: Genel Değerlendirme

Kalitenin Genel Değerlendirilmesi

1. Genel olarak, biriminizi aşağıdaki sağlık hizmeti alanlarının her birinde nasıl değerlendirirsiniz?

		Çok Kötü ▼	Kötü ▼	İyi ▼	Çok İyi ▼	Mükemmel ▼
a. Hasta Merkezli	Bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlara ve değerlere duyarlı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Etkili	Bilimsel bilgiye dayalı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Zamanında	Beklemeleri ve olası zararlı gecikmeleri en aza indirir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Verimli	Uygun maliyetli bakım sağlar (hizmetlerin boşa, aşırı ve kötüye kullanımını önler).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Adil	Cinsiyet, ırk, etnik köken, sosyoekonomik durum, dil vb. Ne olursa olsun tüm bireylere aynı kalitede bakım sağlar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Hasta Güvenliğinin Genel Değerlendirilmesi

2. Genel olarak, biriminizin sistem ve klinik süreçlerini, hastaları etkileme potansiyeline sahip sorunları önlemek, saptamak ve düzeltmek açısından nasıl değerlendirirsiniz?

Çok Kötü ▼	Kötü ▼	İyi ▼	Çok İyi ▼	Mükemmel ▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

BÖLÜM H: Bireysel Sorular

1. Bu birimde ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. 2 aydan az | <input type="checkbox"/> d. 3 yıldan 6 yıla kadar |
| <input type="checkbox"/> b. 2 aydan 1 yıla kadar | <input type="checkbox"/> e. 6 yıldan 11 yıla kadar |
| <input type="checkbox"/> c. 1 yıldan 3 yıla kadar | <input type="checkbox"/> f. 11 yıl veya daha fazla |

2. Genel olarak, bu birimde haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Haftada 1 ila 4 saat | <input type="checkbox"/> d. Haftada 25 ila 32 saat |
| <input type="checkbox"/> b. Haftada 5 ila 16 saat | <input type="checkbox"/> e. Haftada 33 ila 40 saat |
| <input type="checkbox"/> c. Haftada 17 ila 24 saat | <input type="checkbox"/> f. Haftada 41 saat veya daha fazla |

BÖLÜM H: Bireysel Sorular (devam)

3. Bu birimde konumunuz nedir? İşinize en uygun olan bir kategori seçin

a. Hekim

b. Asistan Hekim, Pratisyen Hemşire, Uzman Klinik Hemşire, Hemşire Ebe, Pratisyen İleri Düzey Hemşire vb

c. Yönetim

Uygulama Müdürü
Ofis Müdürü
Ofis Yöneticisi

İş Yöneticisi
Hemşire Müdürü
Lab Yöneticisi
Diğer Müdür

d. İdari veya Büro Personeli

Sigorta İşlemcisi
Fatura Çalışanlar
Randevu veren
Tıbbi Kayıtlar

Ön Büro
Resepsyonist
(randevular, ameliyat, vb.)
Diğer idari veya büro personeli pozisyonu

e. Hemşire, Lisanslı Meslek Hemşiresi, Lisanslı Uygulama Hemşiresi

f. Diğer klinik personel veya klinik destek personeli

Tıbbi Asistan
Hemşirelik Yardım

Teknisyen (her türlü)
Terapist (her türlü)
Diğer klinik personel veya klinik destek personeli

g Diğer pozisyonu; lütfen belirtin: _____

BÖLÜM I: Görüşleriniz

Lütfen hasta güvenliği veya sağlık bakım merkezindeki bakım kalitesiyle ilgili yorumlarınızı yazınız