T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SERBEST ECZANELER İÇİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ANKETİ'NİN TÜRKÇE VERSİYONU: ECZANE ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sümeyye Hatice KURT

SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

ANKARA, 2021

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SERBEST ECZANELER İÇİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ANKETİ'NİN TÜRKÇE VERSİYONU: ECZANE ÇALIŞANLARININ HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sümeyye Hatice KURT

SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

Ankara, 2021

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi'nin Türkçe Versiyonu: Eczane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi

Sümeyye Hatice KURT

Yüksek Lisans Tezi
26.02.2021

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nazan TORUN

Jüri Üyeleri
Doç. Dr. Selcen YÜKSEL
Dr. Öğr. Üyesi Perihan ŞENEL TEKİN
Dr. Öğr. Üyesi Nazan TORUN

Okuduğumuz ve savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Seyfullah Oktay ARSLAN
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim. 26.02.2021

Sümeyye Hatice KURT

TEŞEKKÜR

Araştırma sürecimde desteğini benden esirgemeyen, beni her aşamada yönlendiren, zamanını ve kıymetli fikirlerini benimle paylaşan değerli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nazan TORUN'a,

Yüksek lisans eğitimim sürecinde her zaman yol gösteren ve bilgiye yönelten tüm bölüm hocalarıma,

Araştırmaya gönüllü olarak katılım sağlayan tüm değerli eczane çalışanlarına,

Araştırma boyunca beni her zaman destekleyen ve daima yanımda olan kıymetli aileme, sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **i**

ABSTRACT ..... **iii**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **v**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **vi**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **vii**

1.GİRİŞ **1**

2.GENEL BİLGİLER **4**

2.1.Tıbbi Hata 4

2.1.1.Tanı Hatası 6

2.1.2.Tedavi Hatası 6

2.1.3.İlaç Hatası 6

2.1.4.Sistem Yetersizliğinden Kaynaklanan Hatalar 8

2.1.5.Diğer Hatalar 9

2.1.6.Tıbbi Hatanın Nedenleri 9

2.1.7.Tıbbi Hatanın Sonuçları 11

2.1.8.Tıbbi Hataların Önlenmesi ve Önemi 13

2.2.Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliği Kültürü 16

2.2.1.Hasta Güvenliğinin ve Hasta Güvenliği Kültürünün Tanımı 18

2.2.2.Hasta Güvenliğinin ve Hasta Güvenliği Kültürünün Amacı 19

2.2.3.Hasta Güvenliğinin ve Hasta Güvenliği Kültürünün Tarihsel Gelişimi 20

2.2.4.Hasta Güvenliğinin ve Hasta Güvenliği Kültürünün Önemi 23

2.3.Eczanelerde Hasta Güvenliği Kültürü 24

2.3.1.Eczanelerde Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Yapılan Çalışmalar 26

3.MATERYAL VE YÖNTEM **30**

3.1.Çalışmanın Amacı ve Önemi 30

3.2.Araştırmanın Modeli 30

3.3.Çalışmanın Evreni ve Örneklemi 31
3.4.Veri Toplama Aracı 31
3.4.1.AHRQ Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi (Orijinal Anket) 31
3.4.2.Anketin Yüzde Olumlu Puan Skorlamasının Hesaplanması 32
3.5.Verilerin Toplanması 33
3.6.Anketin Türkçeye Uyarlanma Süreci 34
3.6.1.Pilot Uygulama 34
3.7.Verilerin Analizi 35
3.8.Çalışmanın Etik Yönü 36
3.9.Çalışmanın Sınırlılıkları 36
4.BULGULAR 37
4.1.Katılımcılara Ait Demografik Bulgular 37
4.2.Geçerlilik Analizi Sonuçları 38
4.2.1.Açımlayıcı Faktör Analizi 38
4.2.2.Doğrulayıcı Faktör Analizi 46
4.3.Güvenilirlik Analizi Sonuçları 49
4.4.Anketin Korelasyon Analizi Sonuçları 50
5.TARTIŞMA 60
6.SONUÇ VE ÖNERİLER 66
7.KAYNAKLAR 69
8.EKLER 75
Ek-1.Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi'nin Orijinali 75
Ek-2.Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi'nin Türkçe Uyarlaması 79
Ek-3.Tez Öneri Formu Kabul Yazısı 86
Ek-4.AHRQ İzin Maili 87
Ek-5.Ankara Eczacı Odası İzin Maili 88

Ek-6.Kongre Katılım Belgesi 89
Ek-7.Özgeçmiş..... 90

ÖZET

Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi'nin Türkçe Versiyonu: Eczane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi

Bu çalışmada Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı'nın (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) serbest eczaneler için geliştirmiş olduğu "Serbest Eczane Çalışanları İçin Hasta Güvenliği Kültürü" anketi kullanılmıştır. AHRQ bu anketi serbest eczane çalışanlarının hasta güvenliği kültürünü ölçmek amacıyla tasarlamıştır. Bu çalışma ile söz konusu anket Türkçeye uyarlanmış ve eczane çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algısı değerlendirilmiştir.

Ankara ili Çankaya ilçesinde faaliyet gösteren 392 eczane çalışanı bu araştırmanın çalışma grubunu oluşturmaktadır. Katılımcılardan yüzyüze anket yoluyla veri toplanmıştır. Anketin dil geçerliliği sağlandıktan sonra açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile yapı geçerliliği incelenmiştir. Türkiye'de serbest eczane çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılarını belirlemek üzere AHRQ'nun belirlediği alanlar üzerinden olumlu yanıt yüzdeleri ile korelasyonları hesaplanmıştır. Bu çalışmanın sonucuna göre "Takım Çalışması" (%5.3), "Personel Eğitimi ve Becerileri" (%91.7) ile "Fiziksel Mekân ve Çevre" (%90.6) alanlarının olumlu yanıt yüzdesi yüksektir. En düşük olumlu yanıt yüzdesi ise %56.2 ile "Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı" alanına aittir. Çalışmada kadın çalışanların, eğitim düzeyi yüksek olan çalışanların, eczacı olan çalışanların ve çalışma yılı fazla olan ile haftalık çalışma saati 60 saatten daha az olan çalışanların hasta güvenliği kültürü algısının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Literatür taraması yapıldığında Türkiye'de, eczane çalışanlarının güvenlik kültürünü ölçmeye ve değerlendirmeye yönelik bir veri toplama aracına rastlanmamıştır. Bu nedenle uyarlama çalışmamız bu alanda ilk olmasıyla önem arz etmektedir. Serbest Eczane Çalışanları İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi, Türkçeye uyarlanmış haliyle geçerli, güvenilir ve hasta güvenliği kültürünü ölçme değerlendirmede kullanılabilir bir ankettir. Ayrıca çalışma ortamı, çalışanların eğitimi, iş yoğunluğu, çalışma saatleri, personel sayısının yeterliği gibi nedenler

hasta güvenliği kültürü algısını etkilemektedir. Bu nedenle eczanelerde hasta güvenliği kültürünü artırmak için bu alanlarda iyileştirmeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği kültürü, eczane, geçerlilik ve güvenilirlik, anket uyarlama.

ABSTRACT

Turkish Version of the Patient Safety Culture Survey for Community Pharmacies: Evaluation of Patient Safety Culture Perceptions of Pharmacy Employees

In this study, “Community Pharmacy Survey on Patient Safety Culture” which developed by Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) was used. The survey was designed by AHRQ for evaluate safety culture of community pharmacy employees. With this study, the adaptation of the survey to Turkish, validity and reability analysis have been made.

392 pharmacy employees operating in Çankaya district of Ankara province constitute the working group of this research. Data was collected from participants through a face-to-face survey.Following the language validity of the survey was provided, the construct validity was examined by explanatory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA). In order to determine the perceptions of patient safety culture of freelance pharmacy employees in Turkey, their correlations with positive response percentages were calculated over the areas determined by AHRQ. According to the results of this study, the percentage of positive responses in the areas of “Teamwork” (95.3%), “Staff Training and Skills” (91.7%) and “Physical space and Environment” (90.6%) is high. The lowest positive response percentage belongs to the field of “Staffing, Work Pressure, and Pace” with 56.2%. In the study of female employees, employees with high levels of education, the pharmacist employees and employees with less than 60 hours a year of work with more weekly working time there is the perception of a culture of patient safety.

Concerning the literature review, no survey encountered in Turkey of the safety culture of pharmacy employees as a data collection tool for measuring and evaluation. Therefore, our adaptation study has importance as it is the first. The Community Pharmacy Survey on Patient Safety Culture is a valid, reliable survey with version of adapted in Turkish that can be used to measure and evaluate patient safety culture. In addition, reasons such as the working environment, employee training, labor intensity, working hours, and the adequacy of the number of

employees affect the perception of patient safety culture. Therefore, improvements should be made in these areas to increase the culture of patient safety in pharmacies.

Keywords: Patient safety culture, pharmacy, validity and reliability, survey adaptation.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DUI	: Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi
GRS	: Güvenlik Raporlama Sistemi
HKOK	: Hata Kareler Ortalamasının Karekökü
IOM	: Institute of Medicine
IUI	: İyilik Uyum İndeksi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
KUI	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
NUI	: Normlaştırılmış Uyum İndeksi
SAQ:	: Safety Attitudes Questionnaire
YHKOK	: Yaklaşıklık Hataların Kareleri Ortalamasının Karekökü

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. "Bu Eczanede Çalışmak" Bölümünün Scree Plot Grafiği 41

Şekil 2. "İletişim ve İşleyiş" Bölümünün Scree Plot Grafiği 41

Şekil 3. "Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar" Bölümünün Scree Plot Grafiği 42

Şekil 4. Anketin Alt Bölümlerinin Path Diyagramları 47

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Eczanelerde Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Yapılan Çalışmalar 27

Tablo 2. Olumlu Yanıt Oranı Hesaplama Yöntemi 33

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri 38

Tablo 4. Anketin Bölümlerine ve Toplam Ankete Ait KMO ve Bartlett's Testi Sonuçları 40

Tablo 5. Orijinal Anketin Başlıkları 43

Tablo 6. Uyarlanan Anketin AFA Sonrası Faktör Yapısı 44

Tablo 7. DFA Sonrası Maddelerin Faktör Yükleri 48

Tablo 8. Anketin Alt Bölümlerinin DFA Sonuçlarına Ait Uyum İndeksi Değerleri.. 49

Tablo 9. Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Toplam ve Alt Faktörlere Ait İç Tutarlılık Katsayısı ve Tanımlayıcılar 50

Tablo 10. Madde ve Bileşik Yüzde Olumlu Puanların Hesaplanması 51

Tablo 11. Başlıklara Ait Ortalama Olumlu Yanıt Yüzdeleri 52

Tablo 12. Orijinal Anketteki Başlıklara Ait Ortalama Olumlu Yanıt Yüzdeleri 52

Tablo 13. Anketin Bölümlerindeki Puanlara Ait Betimsel İstatistikler 53

Tablo 14. Puanların Cinsiyet Açısından İncelenmesi 53

Tablo 15. Puanların Yaş Açısından İncelenmesi 54

Tablo 16. Puanların Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi 55

Tablo 17. Puanların Bu Eczanede Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi 56

Tablo 18. Puanların Haftalık Toplam Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi 57

Tablo 19. Puanların Çalışılan Pozisyon Açısından İncelenmesi 59

1.GİRİŞ

Tüm toplumlarda bireyin iyilik hali içerisinde olmasına yönelik asırlardır süregelen inanışlar, tartışmalar ve deneyimler bulunmaktadır. Bu yaklaşımların bilimsel yönleriyle araştırılıp incelenmesine yirminci yüzyılın ikinci yarısında başlanmıştır. Abraham Maslow, ihtiyaçlar piramidi teorisinde kişinin kendini gerçekleştirmesini, insanın yaşamındaki gereksinimleri sınıflayarak ve basamaklandırarak anlatmıştır. 1943 yılında oluşturulan Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Teorisine göre en alt basamaktaki ihtiyaç karşılanmadan bir sonraki basamağa geçiş mümkün görünmemektedir. Maslow ihtiyaçlar teorisinde açlık, susuzluk ve buna benzer temel yaşamsal ihtiyaçları fizyolojik ihtiyaçlar olarak belirtmiştir. Fizyolojik ihtiyaçlardan sonraki basamak ise güvenlik ihtiyacıdır ve buna göre bireylerin güvenlik ihtiyacı giderilebilirse üst basamaklara geçiş mümkündür (1). Güvenlik ihtiyacı karşılanmamış bireyler ise sosyal ihtiyaçlar olarak tanımlanan; sevgi, aidiyet hissiyatı, kabul görme, kendini gerçekleştirme gibi ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanacaklardır. Güvenlik kavramı zamanla daha çok üzerinde durulan bir konu haline gelmiş ve farklı boyutlarda ele alınmıştır. Kişiye özgü güvenlik tanımlamaları yapıldığı gibi çeşitli meslek sınıfları ve kurumlar da güvenlik kavramını ele almaya başlamıştır. Fakat güvenlik kavramının ölçümü veya sınıflandırılmasına yönelik çalışmalar yeni sayılabilir (1). Sağlık kurumları, bireyin ve toplumlumun hastalıklarla başa çıkmada ve sağlığı sürdürmede başvurdukları yerlerdir. 19. yy. sonrası artan sanayileşme, teknolojik gelişmeler, kentsel göçlerin artışı ve beraberinde insan ömrünün uzaması, nüfus artışlarının beraberinde getirdiği hastalık sayılarında artış gibi nedenlerle sağlık kurumlarına duyulan ihtiyaç da artmıştır. Her yıl kronik hastalıklar sebebiyle milyonlarca insan sağlık kuruluşlarına başvurmakta ve çoğunlukla uzun soluklu bir tedavi sürecinin içinde yer almaktadır. Bu süreçte ise sağlık kurumlarında "hasta güvenliği" tabiri daha da önem kazanmıştır (2).

Amerika Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) 1999'da *To Err Is Human* raporunu yayınlamıştır. Daha önceden tıbbi hatalar üzerine hiç bu kadar detaylı çalışmalar yapılmamış ve çarpıcı sonuçlar elde edilmemiştir. Bu rapor yayınlandığı dönemde büyük ses getirmiş ve hala günümüzde tıbbi hatalar üzerine yapılan yayınlarda bu rapora değinilmektedir (3). Rapora göre önlenebilir tıbbi hatalar, Amerikan sağlık giderlerinde bir yılda 17-29 milyar dolara mal olmaktadır;

İngiltere'de bir yılda yaklaşık olarak 850 000 tıbbi hata tespit edilmiş ve Avustralya'da hastanede yatan hastalarda tıbbi hata oranı %16.6'dır (4). IOM, raporda tıbbi hataların hatalı sistemlerden kaynaklandığını ve sistemlerin her düzeyde analiz edilmesini ve yeniden tasarlanmasını önermiştir (3). IOM'un 2006'da yayınladığı *Preventing Medication Errors* raporuna göre Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) tıbbi hatalar, başta gelen ölüm sebeplerindendir; Almanya'da yıllık görülen 100 000 tıbbi hatanın dörtte biri ölümle sonuçlanmaktadır (5). Rapora göre tıbbi hatalar arasında sayılan ilaç hatalarından her yıl bir buçuk milyon kişi yaralanmaktadır ve yapılan hatalar tıbbi harcama maliyetlerinin artmasına, verimliliğin ise azalmasına yol açmıştır (6).

İlaç hatalarının % 34-56'sı önlenebilen hataları içermektedir (7). Eczanelerde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik alınan tüm tedbirlerin amacı olası ilaç hatalarını önleyebilmektir. Reçete etme hataları yalnızca hemşireler tarafından değil eczane çalışanları tarafından da saptanabilir ve önlem alınabilir. ABD'de yapılan bir çalışmada, yazılmış olan reçetelerin %0.3-1.9'nda tespit edilen reçete hatalarının eczacılar tarafından ortaya çıkarılıp engellendiği belirtilmiştir (8).

Gelişmiş sağlık sistemleri olası tüm tıbbi hataları önceden tahmin edebilen ve buna yönelik planlamalar geliştiren sistemlerdir. Sağlık sektörü insan iş gücünün ön planda olduğu, stresin yüksek görüldüğü ve hata yapmamak için yoğun dikkat gerektiren bir sektördür. Fakat geçmişten günümüze insanın var olduğu her yerde çeşitli hatalara rastlanmaktadır. Bunun çeşitli çalışmalarla da belgelenmesi üzerine hasta güvenliği konusu üzerinde daha fazla durulmuştur. Hasta güvenliği, tek bir kişinin yükü veya sorumluluğu değildir, ancak sağlık kuruluşu ve ekip üyelerinin ortak sorumluluğudur. Çünkü sağlık sistemlerinde tüm personel bir zincirin parçaları gibi birbirine kenetli ve doğal olarak etkileşim içindedir. Bir basamakta yaşanan herhangi bir olumsuz durum tüm sistemi ilgilendirir. Bu nedenle hasta güvenliğinde atılan her adım önemlidir ve yoğun dikkat gerektirir. Riskler önceden belirlenirse olası hatalar önlenebilir. Bu nedenle sağlık bakım sürecinde birçok aşamada kontrol sitemleri geliştirilmiştir (7).

Hasta güvenliği konularında çeşitli araştırmalar yapan ve öncü olan kurumlardan biri de Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) dır. AHRQ 2004'te "Hasta Güvenliği Kültürü Hastane

Anketi"ni, 2008'de "Hasta Güvenliği Kültürü Huzurevi Anketi"ni ve 2009 yılında "Hasta Güvenliği Kültürü Sağlık Ofisi Anketi"ni yayınlamıştır. Çalışmamızda veri toplama aracı olarak kullandığımız "Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi (The Pharmacy Survey on Patient Safety Culture)" ise AHRQ tarafından 2012'de yayınlanmıştır. Anket; serbest eczane çalışanlarının hasta güvenliği konusundaki tutumunu belirlemek, ilaç güvenliğinde farkındalığını ölçmek, hasta güvenliği kültürünün bir serbest eczane ortamında mevcut durumunu belirlemek ve bu kültürün iyileştirilebilmesi için atılacak adımların belirlenmesi amacıyla tasarlanmıştır (7).

Serbest olarak çalışan eczane çalışanlarının hasta güvenliği konusunda farkındalıkları var mıdır? Eczane çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algısı ne düzeydedir? Gibi soruların cevaplarının bilinmemesi çalışmanın temel problem cümlesini oluşturmaktadır. Öncelikle literatürde Türkiye'deki serbest eczane çalışanlarının hasta güvenliği kültürünü değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı "Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi"ni Türkçeye uyarlamak ve geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmaktır. Anketin Türkiye'de serbest çalışan eczanelerde kullanılabilir olmasının hasta güvenliği kültürünü belirlemede önemli bir ölçüm aracı olarak kullanılabileceği düşünülmektedir. Bu açıdan yapılması planlanan bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Bu çalışma bir anket uyarlama çalışması olup beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde tıbbi hata, hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü kavramlarına yer verilmiştir. İkinci bölümde çalışmanın metodolojisiyle ilgili bilgiler yer almaktadır. Üçüncü bölümde çalışmanın geçerlilik ve güvenilirlik analizi sonucunda bulunan bulgularına ve korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Çalışmanın dördüncü bölümde bulgular sonucu elde edilen anketin faktör yapısının değerlendirilmesine ve araştırmanın bulgularının yabancı literatürde benzer konuda yapılmış çalışmalar kapsamında değerlendirilmesine yer verilmiştir. Beşinci bölümde ise araştırmanın sonuçlarına ve uyarlanan anketin kullanımına dair çeşitli önerilere yer verilmiştir.

2.GENEL BİLGİLER

Çalışmanın genel bilgiler bölümünde genel hatlarıyla tıbbi hataya, hasta güvenliğine, hasta güvenliği kültürüne ve eczanelerde hasta güvenliği kültürüne değinilmiştir. Tıbbi hata başlığı altında tıbbi hata çeşitlerine, sebeplerine, sonuçlarına ve önlenmesine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü başlığı altında tanımlarına, amaçlarına, tarihsel gelişimlerine ve önemlerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Eczanelerde hasta güvenliği kültürü başlığı altında ise eczaneler kapsamında hasta güvenliği kültürüne ve literatürde bu konuda yapılmış çalışmalara yer verilmiştir.

2.1.Tıbbi Hata

Hata kelimesi, Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre "istemeyerek ve bilmeyerek yapılan yanlış, kusur, yanılma, yanılgı" anlamlarını içerir ve sağlık sistemlerinde sıkça hata üzerinde durulur (9). Tıbbi hatalar sağlık hizmeti sürecinde bir kasıt içermeyen, aniden oluşabilen süreçten sapma durumlarıdır (16). Günümüzde sağlık hizmeti sunumu sürecinde zaman zaman tıbbi hatalar yaşanmaktadır. Buna bağlı olarak tıbbi hatalar ölüme, çeşitli yaralanmalara, sakatlığa veya tedavinin seyrini olumsuz etkileyecek durumlara yol açar (10).

IOM, 1992 senesinde tıbbi hatayı ve yan etkiyi şöyle tanımlamıştır: "Tıbbi hata, planlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması ya da amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması/uygulanmasıdır. Yan etki, sağlık hizmetinin altta yatan hastalığa veya hastanın içinde bulunduğu duruma bağlı olmaksızın yol açtığı hasar/zarardır" (4). Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Ortak Komisyonu tıbbi hatayı; "sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi" olarak tanımlamıştır (5). Bu tanımlardan yola çıkarak tıbbi hata, hastada herhangi bir hasar yaratıp yaratmadığına bakılmaksızın, konunun uzmanları tarafından yanlış yapılan eylemlerin tümüdür. Bunun yanı sıra tıbbi hatalar sağlık hizmeti sürecinde bir kasıt içermeyen, aniden oluşabilen süreçten sapma durumlarıdır (16).

Literatürde “tıbbi hata” yerine kimi zaman “malpraktis” terimi kullanılmaktadır. Dünya Tabipler Birliği malpraktisi; “hekimin tıbbi uygulamaları esnasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği ya da hastayı ihmal ederek tedavi etmemesiyle oluşan zarar” şeklinde tanımlamaktadır (11). Malpraktis terimi “sağlık hizmetinden kaynaklanan zarar ya da tıbbi uygulama hataları” diye tercüme edilir. Yapılan her tıbbi hatada hastaya zarar gelmediği bilinmektedir, örneğin ilaç dozunun olması gerekenden fazla yapılması sık karşılaşılan tıbbi hatalardandır ki bazen fazla doz yapılan ilaç, hastada herhangi bir olumsuz etki yaratmaz (12). Tıbbi hata, malpraktise göre daha kapsamlı bir konudur. Malpraktiste hastaya muhakkak zarar gelmesi söz konusudur. Tıbbi hatada verilen zarar her zaman ortaya çıkmayabilir. Tıbbi hatalar yapılan uygulamanın planlandığı gibi sonuçlanmamasıyla ortaya çıkar. Komplikasyon kavramı ise; hastaya gösterilen tüm özene rağmen ortaya çıkan istenmeyen sonuçlardır (13).

Tıbbi hataların çok çeşitli sebepleri bulunmaktadır. Meslekte deneyimsiz olma, personelde bilgi eksiği, ilgisiz çalışma, hastaya yanlış uygulama veya girişimlerin yapılması, ihmal, teknik cihazların kusurlu olması, hatalı malzeme seçimi, yönetim ve işleyiş kaynaklı hatalar, konsültasyon hataları, tedavilerin yanlış planlanması, gibi oldukça fazla neden sıralanabilir (13). Tıbbi hatalar hastane, eczane, aile sağlığı merkezleri gibi doğrudan sağlık hizmeti sunulan her yerde ortaya çıkabilir.

Sağlık hizmeti sunumu süresince yapılan tıbbi hatalarla hasta güvenliği ihlali meydana gelir. Bu hatalara “transfüzyon ve olumsuz ilaç hataları, yanlış taraf ameliyatı ve cerrahi yaralanmalar, önlenebilir intiharlar, tehdide dayalı yaralanma veya ölümler, hastanede olan ya da tedaviye bağlı enfeksiyonlar, düşmeler, yanmalar ve yanlış kimliklendirme” örnektir (9). Farklı yazarlar tıbbi hataları birbirinden farklı kategoriler altında sınıflandırmıştır. Leape ve arkadaşları, tıbbi hatayı “teşhis edici, tedavi edici, önleyici ve diğer hatalar” olarak sınıflandırmıştır. “İlaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koyma hataları, sistem yetersizliğinden kaynaklı hatalar ve diğer hatalar” şeklinde bir sınıflandırma da literatürde yer almaktadır (9).

2.1.1.Tanı Hatası

Hastaya sağlık kuruşuna başvurması itibariyle tanı koyma süreci başlar ve buna yönelik birtakım tetkikler yapılır. Tanı koyma esnasında yapılan yanlış istemler, hatalı tetkikler, eksik tetkik uygulama, yanlış tanı koyma gibi durumlar tanı kaynaklı tıbbi hatalardır (9). Leape ve diğerlerine göre de teşhis koymada gecikme yaşanması, belirtilen testlerin yapılmaması, eski test tekniklerinin kullanılması, tahlil sonuçlarına göre hareket edilmemesi de tanı hatasıdır (3). Sağlık personelinin deneyimsiz olması ve bilgi eksikliği ile hareket etmesi durumunda tanı hataları sık yaşanmaktadır (9). Eczanelerde ise reçetede geçen tanı bilgisinin, teşhisin hatalı olması tanı kaynaklı tıbbi hatalara yol açar.

2.1.2.Tedavi Hatası

Çalışmalar göstermiştir ki tıbbi hatalar arasında en sık yapılanı tedavi hatalarıdır (7). Tanı konan hastanın tanısına uygun tedavi protokolleri bulunur ve hekimler tanıya uygun tedavi sürecini başlatır, hastaya süreç hakkında bilgi veririler. Bu süreç doğru yönetilemezse tedavi hataları görülür. Sık yapılan tedavi hataları; ameliyat esnasında yapılan tüm hatalı uygulamalar, hastaya uygulanması gerekenin dışında bir tedavi planı yürütülmesi, bu kapsamda yanlış ilaçlar verilmesi, yanlış tedavi araçlarının kullanılması, tedavi için kullanılan doğru ilaçların ise yanlış dozlarda hastaya verilmesidir (7). Hastanelerde ciddi bakım sonuçları olan yüksek hata oranları büyük olasılıkla yoğun bakım ünitelerinde, ameliyathanelerde ve acil servislerde görülür (8).

2.1.3.İlaç Hatası

İlaç hatası doktorun talimat verdiği ilaç uygulama prosedüründen sapmak, şeklinde tanımlanabilir (7). Alerji öyküsüne uygun olmayan ilaç seçimleri, hastaya yanlış ilaç vermek, ilaç dozlarının normalden eksik ya da fazla uygulanması, ilaç etkileşimlerine özen göstermeden tedavi uygulamak gibi tüm uygulamalar ilaç hatalarına sebep olmaktadır. İlaç, tedavi sürecinin çoğunlukla ayrılmaz bir parçasıdır ve her aşaması kayıt gerektirir. Bu nedenle yapılan ilaç hataları doğru kayıtlar ile ortaya çıkabilir. Bu nedende ilaç tedavisi sürecini her aşamada dikkat ve titizlikle

yürütmek gerekir. Eczacılara yönelik yapılan bir araştırmada, Massachusetts Eczacılık Devlet Kayıt Kurulu her yıl Massachusetts'te 2.4 milyon reçetenin yanlış doldurulduğunu tahmin etmiştir. Hataların %88'i hastalara yanlış ilaç vermeyi içermektedir (3). Hastanelerde ise ilaçların sipariş ve yönetimindeki hatalar yaygındır. Bates ve arkadaşları ikinci ve üçüncü basamak hastaneye 4 000'den fazla hasta kabulünün analizinde, 247 advers ilaç olayı varlığını saptamıştır ve bunun yaklaşık %28'inin önlenebilir olduğunu, bunların çoğunun sipariş ve yönetim aşamalarında meydana gelen hatalardan kaynaklandığını bulmuşlardır (3). Davis ve Cohen, literatürü incelerken ve hatalarla ilgili diğer kanıtlar, hastanelerde ilaçların hazırlanmasında ve uygulanmasında yaygın olarak %12'lik bir hata oranı bildirmektedir (3). Bir hastaya tıbbi bir sağlayıcı tarafından ilaç tedavisi sağlanması karmaşık bir süreçtir. Hatalar, reçeteden ilacın nihai tedarikine kadar hastaya herhangi bir adımda ortaya çıkabilir. Hastaya yanlış ilaç verilmesi, ilaç dozunun hatalı olması, ilacın üzerindeki etikette eksiklik ya da yanlışlık olması, hastaya verilmesi gerekenden daha az ya da daha çok sayıda ilaç kutusu verilmesi, ilaçların yanlış koşullarda saklanması, eczanelerde yaşanan ilaç hatalarına örnektir (14,15). İlaç hataları Avcı tarafından dört gruba ayrılmıştır (8):

1.Reçete Etme Hataları: Reçete etme hataları yanlış ilaç isteme (order), etkili olmayan ilaç isteme, ilaç dozunun hatalı yazmak, hastanın alerjen öyküsünü ve duyarlılığını göz önünde bulundurmadan ilaç istemi yapmak gibi hataların tümünü içermektedir. El yazısı ile verilmiş reçetelerin okunaksız oluşu, kısaltma kullanarak reçete yazmak ve sistemden kaynaklanan sorunlar da reçete etme hatalarına yol açabilir. Nitekim Silveira ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada "manuel olarak oluşturulan reçetelerdeki hata oranının %14,4 olduğu, elektronik reçete sistemlerinin kullanımı ile bu oranın %1.3'e gerilediği belirlenmiştir". ABD'de yapılan bir çalışmada ise hastanede yatmakta olan hastaların %1-2'sinin tıbbi hataya maruz kaldığı ve en çok yaşanan tıbbi hata türünün reçete etme hatası olduğu tespit edilmiştir. Bilgi teknolojilerinin gelişmesiyle reçete etme hatalarının azalacağı düşünülmektedir.

2.Kayıt Hataları: Kayıt hataları istenen/uygulanan ilaçların kaydedilememesi ya da yanlış kaydedilmesi ile oluşan hatalardır. Örneğin; doktor istemi olan ilacın hemşire gözlem kâğıdına geçirilmemesi ya da doktor istemlerinin eczane kayıt

sistemine işlenmemesi kayıt hatası oluşturur. Yapılan araştırmalarda verilen sözel ilaç istemlerinin kayıt hatalarında payı yüksektir.

3.İlaç Hazırlama Hataları: İlaç hazırlama hataları, hastaya hazırlanan ilacın içeriğinden kaynaklanan hataları kapsar. Eczanelerde, hasta için reçete edilen ilacın eczane ortamında yanlış dozlar ile hazırlanmasıyla ilaç hazırlama hataları görülür.

4.Uygulama Hataları: İlaç uygulama hataları, hastaya hekim istemi dışında ilaç uygulanmasını, ilaç uygulama yolunun ve zamanının yanlış seçilmesini, tekrarlanması gereken dozların atlanmasını ve tüm ilaç dozu hatalarını kapsar. Orser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre "hatalı ilaç uygulamalarının %57.5'inin herhangi bir klinik sonuç doğurmadığı, %35.4'ünün küçük sorunlara yol açtığı, %1.4'ünün önemli bir hasara yol açtığı ve %0.4'nün ise ölümle sonuçlandığı belirlenmiştir".

Eczacılar, ilaçları hastalara vermeden önce doktorların reçetelerini kontrol eder. Bu hayati rol, hastaların yanlış ilaçlar almamasını veya yanlış bir ilaç dozu almamasını sağlar. Bir eczacı, bir doktor tarafından yazılan bir reçetenin doğru olup olmadığını kontrol etmeli ve verilen tüm ilaçların, hastanın kişisel bilgileri ve ilaçların nasıl ve ne zaman kullanılacağına ilişkin talimatlarla doğru şekilde etiketlendiğinden emin olmalıdır. Yanlış ilaçların dağıtılması veya yanlış kullanım talimatlarının verilmesi, ölüm dâhil olmak üzere, hastalar için ciddi sonuçlar doğurabilir (15).

2.1.4.Sistem Yetersizliğinden Kaynaklanan Hatalar

Sistem yetersizliğinden kaynaklanan hatalar, genelde sağlık hizmeti sunma sürecinde insan dışı faktörlerden kaynaklanan hatalardır (7). Tıbbi cihazlarda yaşanan arızaların fark edilememesi sonucunda çeşitli hatalar meydana gelmesi buna örnek verilebilir (7). Sistem hataları iki kısımda incelenebilir: Aktif hatalar ve gizli hatalar (9). Aktif hatalar, hastayla aktif temas içerisindeyken yaşanan ve genelde çabucak fark edilen hatalardır. Gizli hatalar ise çalışanların doğrudan kontrolünde olmayıp tasarım, sistem ve organizasyon eksikliğinden kaynaklı hatalardır (9). Hasta güvenliğine en büyük zararı gizli hataların verdiği bilinmektedir.

2.1.5.Diğer Hatalar

Hastane malzeme ve ekipmanlarındaki kusurlar, hastane enfeksiyonları, iletişim hataları diğer hatalar kategorisindedir (3). Eczanelerde çalışanların hastaya yeterli süre ayırmaması, iletişim sorunları yaşamaları, çalışan hasta arasındaki uyum eksiklikleri diğer hatalara örnektir (15).

2.1.6.Tıbbi Hatanın Nedenleri

Tıbbi hatalar literatürde oldukça geniş kapsamda üzerinde durulmuş bir konudur. Tanımlaması, çeşitli sınıflandırmaları yapıldıktan sonra nedenleri üzerinde durulmaya başlanmıştır. Akalın' a göre tıbbi hata nedenleri üçe ayrılır (17):

• *İşleme bağlı tıbbi hatalar:* Bu hata türü hastaya doğru işlemin uygulanmamasını veya gereksiz yapılan işlemi içerir. Örneğin ameliyat gerekmeyen bir durumda hastanın yine de ameliyat edilmiş olması.

• *İhmale bağlı tıbbi hatalar:* Yanlış işlem yapma olarak bilinen bu hata özellikle sağlık personelinin ihmalinden kaynaklanabilir. Örneğin hastaya ilaç verilmesi gerekiyorken hiç ilaç verilmemesi.

• *Uygulamaya bağlı tıbbi hatalar:* Hastaya yapılacak uygulamayı yanlış uygulamaktan kaynaklanan bu hata türü daha çok tecrübe eksikliğinden kaynaklanabilir. Örneğin hastaya ultrasonografi çekimi sırasında doğru çekimin yapılamaması.

Karataş ve Yakıncı'ya göre tıbbi hataların üç temel nedeni vardır (11):

- *İnsan kaynaklı tıbbi hataların nedenleri:* yorgunluk, yoğun iş temposunda çalışma, yetersiz eğitim, işe oryantasyon süreçlerinin başarısızlığı, kişilerarası iletişim sorunları, yanlış karar alma, çalışma ekibine uyum sağlayamama, vardiya değişimlerde eksik bilgi aktarma tıbbi hatalara neden olabilir. Hatalara yol açan sebeplerin çoğu zaman insan kaynaklı faktörler olduğu göz önünde bulundurulduğunda hatalarla mücadelede sağlık personeline doğru yaklaşım çok önemlidir.

- *Kurum kaynaklı tıbbi hataların nedenleri:* işyeri yapısında yetersizlik, takip edilen politikaların etkisiz olması, gerekli prosedürlerin uygulanmaması, idari yapı ile personel arasında yaşanan sorunlar, personelin yanlış dağılımı veya gerekli personelin sağlanamaması, sorunlara çözüm konusunda yetersizlik olabilir.
- *Teknik sebeplere bağlı tıbbi hataların nedenleri:* yetersiz/bozuk otomasyon sistemleri, hastane bilgi sistemlerinde yaşanan gecikme ve aksamalar, gerekli tıbbi cihazların mevcut olmayışı veya eksik cihazlarla beklentinin karşılanmaması, cihazların bakım ve kalibrasyonlarının düzenli yürütülmemesi olabilir. Teknik sebeplere bağlı tıbbi hataların insan kaynaklı sebeplerle ilişkili olduğu düşünülmektedir (11).

Tıbbi hataların nedenlerine yönelik araştırmalar devam etmektedir. Sağlık sistemi süreçlerinin karmaşık oluşu tıbbi hatanın sebeplerini belirlemede standart maddeler oluşturmayı güçleştirir (18). Toklu (2015), reçete karşılama sürecinde eczacının karşılaştığı sorunlar başlıklı sınıflandırmasında beş farklı neden sıralamaktadır. Buna göre Toklu tarafından belirtilen nedenler şunlardır (15):

- "Hastadan *Kaynaklanan:* Tedaviye uyum eksikliği, hastanın reçetesiz ilaç kullanma alışkanlığı, hastanın bilgi eksikliği ve bilgilendirilme konusundaki isteksizliği, hastanın jenerik ilaçlar konusundaki ön yargıları, hastanın reçetesinin hazırlandığı süreçte aceleci davranması.
- *Reçeteden kaynaklanan:* Okunaksız yazı, piyasada bulunmayan ilaçlar, reçete eksikliği, etkin madde yazılmaması, e-reçete ile ilgili sorunlar.
- *Hekimden kaynaklanan:* Etik sorunlar, lisans eğitiminin gerçek hayatla örtüşmemesi, firma baskısı/promosyon, eczacı ve hasta ile iletişim sorunları, zaman sorunu, bilgi güncellememe.
- *Eczacıdan kaynaklanan:* Etik sorunlar, lisans eğitiminin gerçek hayatla örtüşmemesi, hekim ve hasta ile iletişim sorunları, farmakovijilans uygulamaları konusundaki yetersizlik, zaman sorunu, bilgi güncellememe, ekonomik kaygılar.
- *Sistemden kaynaklanan:* Provizyon sistemi ve geri ödeme sistemi ile ilgili sorunlar, akademisyenlerin güncel eczacılık uygulamalarından uzak kalması, eczane hizmetlerinin standart olmaması, iyi eczacılık/hekimlik uygulamalarının teşvik edilmemesi".

Amerikan Eczane Satın Alma Birliği'nden M. Woods (2017), eczanelerde görülen tıbbi hata nedenlerini şöyle sınıflandırmıştır (19):

- "*Eczane çalışanlarının uzun saatler çalışması:* Vardiyalar genellikle günde 12 saattir ve bu kapsamda eczane çalışanları 300 ila 450 reçete doldurmaktadır. Mümkün olduğunca çok reçete doldurma baskısı hatalara yol açabilir.
- *Eczane içi eğitimlerin yetersiz oluşu:* Eczanelerde rehberlik veya eğitim için yeterli zaman olmayabilir. Eczane içi eğitimler göz ardı edilmemelidir.
- *Eczane teknisyenlerini denetlemede ihmal:* Eczane teknisyenleri doktorlarca düzenlenen reçetelerde yer alan hazır ilaçları müşteriye sunar, hazırlanması gereken ilaçları eczacı gözetiminde hazırlarlar. Eczacıların, teknisyenleri yakından takip etmeleri gerekir ancak genellikle onları izlemek için çok zamanları yoktur.
- *Eczacılar ve doktorlar arasında iletişimin zayıf olması:* İletişimin zayıf olması çeşitli ilaç hatalarına yol açabilir.
- *Otomatik sistemlerde aşırı çalışma:* İşlemi hızlandırmak ve hataları en aza indirmek için bilgisayar tarafından üretilen yedekler ve e-reçeteler gibi günümüz otomasyonu devreye alınmıştır. Ancak, özellikle eski müşteriler sistemle başa çıkmakta zorlandıklarında, teknoloji sorun yaratıyor gibi görünmektedir".

2.1.7.Tıbbi Hatanın Sonuçları

Tıbbi uygulamanın yanlışlıklar içermesi ya da tedavi sürecini doğru tamamlayamama gibi durumlar hastanın sakat kalmasına ve hatta ölümüne sebep olabilir (18). Hastada herhangi bir tıbbi hata oluştuğu zaman bunun birçok olumsuz geri dönüşleri olmaktadır. Bu olumsuzluklar maddi veya manevi yönüyle ortaya çıkabilir. Tıbbi hatanın sonucu olarak hastaların tedavi süreçleri uzayabilir. Uzayan tedavi süreci artan ilaç harcamalarını beraberinde getirmektedir. İlaç harcamalarının artması ülke ekonomisine de olumsuz yansımalara yol açar. Tıbbi hataların sağlık sistemi üzerine olumsuz etkileri bazı çalışmalarda incelenmiştir ve ABD'de yapılan bir çalışmaya göre tıbbi hatalar, kişi başına hastaneye yatış maliyetlerini 5 000 dolar kadar artırmaktadır (18).

Tıbbi hataların bir sonucu da toplumun bir bütün olarak üstlenmek zorunda kaldığı doğrudan ve dolaylı maliyetlerdir. Doğrudan maliyetler daha yüksek sağlık hizmeti harcamalarını ifade ederken, dolaylı maliyetler ise verimlilik kaybı, engellilik maliyetleri ve kişisel bakım maliyetleri gibi faktörleri içerir (3). Thomas ve arkadaşları, yürüttükleri bir çalışmada Colorado ve Utah'taki 28 hastaneden rastgele seçilen 14 732 taburcu olan hastanın tıbbi kayıtlarını gözden geçirmiş ve belirlenen 459 advers olay analizine dayanarak, toplam maliyetlerin (kayıp gelir, kayıp hane halkı üretimi, engellilik ve sağlık hizmetleri maliyetleri) yaklaşık 662 milyon dolar olduğunu, sağlık maliyetlerinin ise 348 milyon dolar olduğunu tahmin etmişlerdir (3). New York'ta yapılan bir çalışmada "51 eyalet hastanesine ait 30 000 hasta kaydı incelenmiştir, buna göre tıbbi hata oranı %3.7'dir. Bu tıbbi hataların %70'i kısa dönem sakatlık (6 ay veya daha az süreli), %3'ü kalıcı sakatlık ve yaralanma, yaklaşık %14'ü ise ölümle sonuçlanmıştır" (18).

Yinelenen laboratuvar testleri, tekrarlanan cerrahi/radyolojik/girişimsel işlemler, hastaların tedavi süreçlerinin uzaması, tekrarlanan ilaç tedavileri, ekonomik yükün atması ve sağlık tesislerinde gereksiz yoğunlukların oluşması tıbbi hataların olumsuz sonuçlarıdır (9). Tıbbi hatalara yol açan sağlık personeli ise bir takım psikolojik değişimler yaşar. Kendine güvensizlik, iş motivasyonunda azalma, işten uzaklaşma duygusu bu değişime örnektir. Hastalarda ise sağlık personeline karşı güvensizlik, sağlık sisteminden şüphe duyma gibi sonuçlarla karşılaşılabilir. Bütün bunlar sağlık çalışanlarında etkinliği bozulmuş bir çalışma tarzına ve sonuçta toplumun sağlık sistemine bakışında değişimlere neden olur (9).

The Human Error raporuna göre, "2 000'li yıllara yaklaşırken Amerika'da her yıl tıbbi hatalardan 44 000 – 98 000 arasında hasta yaşamını kaybetmektedir ve dünyada ölüm nedenleri sıralamasında kalp hastalıkları, kanserler, serabrovasküler hastalıklar ve KOAH'tan sonra tıbbi hatalar beşinci sırada" yer almaktadır (3). Tıbbi hatalara bağlı ölümlerin sayısı, motorlu araç kazalarından, göğüs kanserinden ya da AIDS nedeniyle ölenlerin sayısından daha fazladır (3). 2013'te yapılan bir çalışmaya göre, tıbbi hatalardan kaynaklanan ölümlerin sayısı yılda 210 000-440 000 aralığındadır (20). Yapılan çalışmalarla tıbbi hataların gelir kaybına, hane halkı üretimi kaybına, engelliliğe ve ek sağlık bakım maliyetlerinde artışa neden olduğu belirlenmiştir (6).

2.1.8.Tıbbi Hataların Önlenmesi ve Önemi

AHRQ, tıbbi hataların sağlık kurumlarında önlenebilmesi için üç maddelik iyileştirme önerisinde bulunmuştur (17):

1. Bilgisayar sistemleri ile ilaç yan etkilerinin izlenmesi: Hastanelerde ilaç güvenliğini sağlamak için ilaç kullanımına yönelik tüm bilgilerin bilgisayar sistemlerine kaydedilmesi önerilmektedir. Buna ek olarak ilaç yan etkisi izlemeye yönelik pratik sistemlerin geliştirilmesi bu olayların kaydedilmesini kolaylaştırabilir.

2. Tanı amaçlı testlerin tekrarlanmasına yönelik hatırlatıcı sistemlerin geliştirilmesi: Tanı amaçlı bazı testler, hastanın tedavi sürecinde belirli periyotlarla tekrar yapılır. Bu zamanlama doktorlar tarafından planlansa da mevcut bir hatırlatma sisteminin olması gözden kaçmaların önüne geçebilir ve hastanın sağlığını tehlikeye atmayı önler. Bu yöntemin oldukça faydalı olacağı düşünülmektedir.

3. Standart protokoller: Özellikle yoğun bakım hastaları üzerine yapılan çalışmalar göstermiştir ki bilgisayar sistemi ile uygulanan tedavi protokolleri mortaliteyi önemli ölçüde azaltır. Bu nedenle standart protokollerin kâğıt üzerinde kalmayıp sistemli bilgisayar programlarına yüklenmesi fayda sağlayacaktır.

Türkiye'de eczanelerde tıbbi hataları önlemeye yönelik Akılcı ilaç kullanımı metodu üzerinde durulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre akılcı ilaç kullanımı "hastaların ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını sağlayan kurallar bütünü" dür (15). Öncelikle 1996 itibariyle tıp fakülteleri ders müfredatına konan akılcı ilaç kullanımı dersi 2003 itibariyle çeşitli eczacılık fakültelerinde de seçmeli ders olarak verilmiştir. 2009 yılı sonrasında Türk Farmakoloji Derneği ile ortaklaşa olarak Türk Eczacıları Birliği Akılcı İlaç Kullanımı Projesi kapsamında çeşitli illerde eczacı odalarına bağlı serbest eczacılarla bu eğitim gerçekleştirilmiştir (15). Bu kapsamda eczane çalışanları reçeteler konusunda hassas çalışmalıdır. Gerekirse doktorla iletişime geçip reçete hataları düzelttirilmelidir. İlaçlar hakkında gerekli bilgiler hastalara verilmelidir. Doz hesaplamaları tıbbi hataların önlenmesinde çok önemli bir konudur. Örneğin hekimin, çocuk dozunda yazması gereken ilacı yetişkin dozunda yazmasıyla ciddi

komplikasyonlar gelişebilir. Eczacının hastanın fiziksel durumunu (yaş, kilo vb.) göz önünde bulundurması varsa yanlış dozlu reçeteleri tekrar hekime göndertip düzeltmesini talep etmesi gerekir (11). Tıbbi hataların ve ilaçların advers etkilerinin kayıt altına alınması sıklığını, nedenlerini ve sonuçlarını belirlemek adına önemlidir. Sağlık hizmeti sunumu esnasında tıbbi hataların yaşanmasını önleyebilecek birtakım tavsiyeler şunlardır (11):

- Yüksek riski bulunan uygulamalara yönelik belirli standart yaklaşımlar geliştirilmelidir ve sağlık çalışanları bu konuda özenle eğitilmelidir. Yüksek riskleri hafifletecek çözümler üretilebilir.

- İlaçtan kaynaklanan hatalarının önlenmesine yönelik eczacılık uygulamaları daha donanımlı hale getirilmelidir. İlaçların advers etkilerinin bildirimine yönelik sistemler etkin kullanılabilmelidir.

- Hata bildirimlerine yönelik sağlık çalışanlarına eğitimler verilmeli ve cezalandırmanın olmadığı bir ortam sağlanmalıdır.

- Tıbbi hataların önlenebilmesi için yeterli maddi kaynak ayrılmalıdır.

Eczanelerde ilaç hatalarını önlemek her eczacının hedefi olmalıdır. Her şeyin doğru olduğundan emin olmak için zaman ayırmanın fark yaratacağını düşünen M. Woods, eczanlerde tıbbi hataları önlemeye yönelik birtakım öneriler sunmuştur (19):

- "*Yeterli kadro sağlayın:* Hataları önlemek için belirtilen nedenlerden biri iş yükündeki artıştır. Özellikle bu gibi endüstrilerde stresi azaltmak ve iş yükünü dengelemek önemlidir. Yeterli personele sahip olmak sorumlulukların paylaşılmasını sağlar. Ayrıca, düzenli molalar vermek personelin rahatlamasına izin verir.

- *Reçete girişinin doğru olup olmadığını kontrol edin:* Kayıt hataları, tüm hatalarının bir kısmını oluşturur. Hastaları tanımlamak için güvenilir yöntemlerin yanı sıra onlar hakkında diğer bilgiler (yaş, alerji, vb.) hataların azaltılmasına yardımcı olur.

- *Belirsiz bilgileri netleştirin:* Okunamayan veya standart olmayan kısaltmalar ve diğer sembolleri kullanan reçetelerin gerçekte ne olduğunu tahmin etmek yerine doğrulanması gerekir.

- *Reçeteleri iyice kontrol edin:* Yazılı reçetenin bilgisayardakilerle eşleşip eşleşmediğini kontrol etmek hataları azaltır. Doğrulamanın başka bir kişi tarafından yapılabilmesi de en iyisidir.
- *Hasta danışmanlığı sağlayın:* Hastaları sadece ilaç torbasını doğrudan kendilerine teslim etmek yerine ilacı nasıl doğru kullanacakları konusunda bilgilendirmek, sorulacak sorular ve yapılacak doğrulamalar için fırsatlar sunar. Ayrıca, ilaç kutularını açmak ve içeriklerini göstermek hataları önler".

Eczanelerde iletişim kaynaklı tıbbi hataların önlenmesine yönelik öneriler iki kategoride incelenebilir (15,19):

Çalışan-Çalışan İletişimi: Eczaneler genellikle birden çok çalışan bulunduran; ilaç hazırlama, paketleme ve satışının yapıldığı, telefon ve bilgisayarların sürekli aktif kullanıldığı iletişimin sürekli olduğu iş yerleridir. Sağlık kuruluşlarının genellikle son basamağını oluşturan eczanelerde sorumluluklar fazladır ve iş disiplini yüksek olmalıdır. Ekip çalışmasına yatkın bireylerden oluşan bir eczanede çalışma ortamı daha tatmin edici olabilir. Ekip üyeleri birbirine karşı saygılı, dürüst ve düşünceli olmalıdır. Kişiler arası sorunlar rahatça konuşulabilmeli ve çözüm yolları sağlanmalıdır. Çalışanlar üstleriyle sorunlar hakkında konuşabilmeli ve yardım isteyebilmelidir. Molalar ve vardiya değişimleri sırasında bilgilerin doğru ve eksiksiz aktarılması hem çalışanların iletişimlerinin üst düzeyde tutulmasına yardımcı olur hem de olası tıbbi hatalar önlenebilir. İletişim becerileri yüksek kişilerden oluşan çalışma ekiplerinde sorunların daha az yaşandığı ve hataların daha az yapıldığı tahmin edilmektedir.

Çalışan-Hasta İletişimi: Eczacının en önemli sorumluluklarından birinin de hastaya ilaçlar hakkında bilgi aktarması olduğuna değinmiştik. İlaç hakkında verilecek bilgiler hastanın anlayabileceği şekilde ifade edilmelidir. Tıbbi terimler açıklayarak kullanılmalıdır. Anlama güçlüğü yaşayan veya kültürel seviyesi düşük düzeyde olan hastalara daha açık anlatım yapılmalıdır (15). İletişim tek yönlü olmamalı, hastadan anlatılanları anladığına dair geri bildirim alınmalıdır. Her hastaya bilgi verme esnasında gerekli zaman ayrılmalıdır. İletişim eksiklikleri ciddi tıbbi hatalara sebep olabilir.

Tıbbi hataların çoğu önceden öngörülebilir ve önlenebilir hatalardır. AHRQ güvenlik raporlama sistemlerinin kurulmasıyla tıbbi hatalarda azalma olacağını öngörmektedir (9). Tüm sistemlerde amaç hataları sıfıra indirmeye yöneliktir. Tıbbi hataların önlenebilmesi için öncelikle hatanın ana nedenleri araştırılmalı ve bunlar üzerinde durulmalıdır. Tıbbi hataların izlenmesi ve raporlanması gelişmiş sağlık sistemlerinde görülmektedir. Bu sayede tıbbi hatalar önlenirken sağlık bakım kalitesi de artmaktadır. Tıbbi hataların kayıt altına alınması güvenlik raporlama olarak adlandırılır (9). Tanım olarak güvenlik raporlama sistemi "sağlık tesislerinin ve profesyonellerinin tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataları bildirebilecekleri, ülke içinde yaygın olarak gerçekleşen hatalar ve bunların iyileştirilmesine yönelik önlemler hakkında bilgi edinebilecekleri bir platformdur" (21). Güvenlik raporlamada amaç tıbbi hatayı kimin yaptığını bulmak değil hata üzerinden çıkarımlarda bulunmaktır. Hatanın nedenleri, hataya yol açan faktörler belirlenirse hataların önüne geçilebilir. Dünya çapında bu yaklaşım benimsense de güvenlik raporlama sistemlerinin kusursuzluğuna ilişkin sorunlar devam etmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı verilerine göre "2016 yılında Güvenlik Raporlama Sistemi'ne (GRS) 74 380 hata bildirilmiştir ve bu hataların %93.8'i laboratuvar hataları, %1.5'i hasta güvenliği hataları, %1.6'sı cerrahi hatalar, %3.1'i ise ilaç hatalarıdır" (21).

Rapor edilmiş bilgiler doğrultusunda dünya üzerinde hastaneye yapılan başvuruların %3-6'sı advers etki kaynaklı bildirimlerdir (12). Advers etki bildirimleri ilk olarak 1938'de ABD tarafından başlatılmıştır. O yıl itibariyle gerekli yasal düzenlemeler yapılmış ve advers etkiler kayıt altına alınmıştır. 1968 yılında kurulan Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası İlaç İzleme Programı üye devletlerin ilaç güvenliğinin izlenmesi, üyelere sunulan verilerden yeni advers reaksiyon sinyallerinin tanımlanması ve analizi için bir forum sunmaktadır. Türkiye 1987- 2004 yılları arasında gelişen advers etkileri Uluslararası İlaç İzleme Programı'na göndermiştir (12).

2.2.Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliği Kültürü

Hasta güvenliğini sağlama, sağlık hizmetlerinin temel gayesidir. Hasta güvenliği, tıbbi hataların önüne geçirilerek tamamen en doğru ve güvenilir şekilde sağlık hizmetinden faydalanmayı içerir. Hastaların sağlık sistemleri tarafından zarar

görmesi kabul edilemez. "Önce, zarar verme!"(Primum non nocere), Hipokrat'ın sıklıkla dile getirdiği bir ilkedir (3). Sağlık hizmetlerinde çalışan herkes bu terime aşinadır. Sağlık sistemleri bu güvenceyi insanlara sunmalıdır. 1999'da yayınlanan *The Human Error* raporu sonrasında başta ABD, İngiltere ve Avusturya'da olmak üzere hasta güvenliği kavramı giderek önem kazanmıştır (4).

Güvenlik, mevcut emniyet halini korumak amacıyla yaralanma, beklenmedik tehditler ve ölümlerden kaçınma durumudur (32). Güvenlik kültürüne geçmeden önce şöyle bir kültür tanımlaması yapılabilir: Kültür, insanların ve toplumların özüne has yapılarını yansıtan düşünce, davranış ve yaklaşımlarının tümüdür (32). Başka bir tanıma göre kültür, bir sistemdeki ortak tutum, deneyim, inanç ve değerlerin tamamını kapsar (2). AHRQ'ya göre kültür, "genellikle etnik, ırksal, dini, coğrafi veya sosyal gruplara özgü kişisel kimlik, dil, düşünceler, iletişim, eylemler, gelenekler, inançlar, değerler ve kurumlar" olarak tanımlanmıştır (7). Sağlık hizmetlerinde kültürel yeterlilik; sistemlerin, hastaların sosyal, kültürel ve dilsel ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık hizmet sunumunun uyarlanması da dâhil olmak üzere çeşitli değerlere, inançlara ve davranışlara sahip hastalara bakım sağlama yeteneği anlamına gelir (2).

Bir organizasyonu bir arada tutan en önemli faktörün kurumsal kültür olduğu düşünülmektedir (11). Bir kurumda yapılan işlerin gidişatı o kurumun kültür yapısını oluşturur. Yeniliklere ve gelişime açık olmayan kurumlarda kalıcı ve etkin bir kültür oluşması beklenemez. Eczanelerde kurum kültürünü başarılı kılan etmenler arasında klinik uygulama rehberlerinin varlığı, eğitimlerin planlanması, ilaçların eczane tarafından izlenebildiği programların kullanılması ve gerekli yasal düzenlemelerin varlığı sayılabilir (11).

Literatüre göre güvenlik düzeyinin rahat ve kolay incelenebilmesi, bilimsel verilere dayandırılabilmesi için ise güvenlik kültürü kavramı ortaya çıkmıştır (2). Güvenlik kültürü bir kuruluşta güvenliğin nasıl görüldüğüne ve işlendiğine atıfta bulunan ve bu kuruluşun üyelerinin ortak değerlerine ve normlarına bağlı olan bir örgütsel kültür yönü olarak kabul edilir (33). Cox ve Cox, güvenlik kültürünü "çalışanların güvenlikle ilgili paylaştıkları tutum, inanç, algı ve değerlerin toplanması" olarak tanımlamışlardır (34). Güvenlik kültürü, kuruluşların güvenlikteki gelişmelere ne ölçüde öncelik verdikleri ve destekledikleri ile ilgilidir. Sağlık kuruluşları giderek artan bir şekilde hasta güvenliğini artırmak için örgüt kültürünü oluşturmanın öneminin farkına varmaktadır. Uluslararası Atom Enerjisi

Kurumu güvenlik kültürünü "kurumun sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine, tarzına ve uygulamadaki ısrarına karar veren birey ve grupların değer, tutum, yetkinlik ve davranış örüntülerinin bir ürünü" şeklinde tanımlamıştır (35).

Güvenlik kültürüne artan ilgiye, hasta güvenliğini geliştirme çabalarının kültürel yönlerine odaklanan değerlendirme araçlarına duyulan ihtiyaç eşlik etmiştir. Bu doğrultuda güvenlik kültürü değerlendirmesinin hasta güvenliğini artırmak için bir araç olarak kullanımı tüm dünyada yaygınlaşmaktadır (31).

2.2.1.Hasta Güvenliğinin ve Hasta Güvenliği Kültürünün Tanımı

Hasta güvenliği konusuna ilişkin bazı tanımlar şöyledir; hasta "sağlığın düzeltilmesi, sürdürülmesi ve korunmasına yönelik bakım alan kişi", güvenlik "tehlikeden ve riskli durumlardan uzaklaşma", hasta güvenliği "sağlık bakımı ile ilişkili olarak hastanın gereksiz zarar veya olası zarar görme durumundan uzak olması" dır (2). Hasta güvenliği "sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması veya ortadan kaldırılması" dır (22).

Hasta güvenliği, Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı tarafından "hasarı ve önlenebilir mortaliteyi azaltarak bakımı sürekli daha güvenli kılmak" şeklinde tanımlanmıştır (23). DSÖ'ye göre hasta güvenliği, "sağlık sistemlerinde gelişen karmaşıklık ve bunun sonucunda sağlık tesislerinde hasta zararının artmasıyla ortaya çıkan bir sağlık disiplini"dir (24). Hasta güvenliği olumsuz sonuçlardan kaçınmayı, önlemeyi ve iyileştirmeyi içerir. Süreçteki olumsuz olaylar ise hatalar, sapmalar ve kazalardır.

Nieva ve Sorra, hasta güvenliği kültürünü "bir örgütün güvenlik yönetimine bağlılığını, tarzını ve yeterliliğini belirleyen bireysel ve grup değerleri, tutumlar, algılar, yeterlilikler ve davranış kalıplarının ürünü" olarak tanımlamıştır (34). AHRQ hasta güvenliği kültürünü "bir kuruluşta hasta güvenliği ile ilgili tutum ve davranışların desteklendiği, ödüllendirildiği değer, inanç ve normların anlaşılması" olarak tanımlamıştır (34). Diğer bir tanımda hasta güvenliği kültürü sağlık profesyonellerinin hasta güvenliğini en yüksek önceliklerinden biri olarak görmeye yönelik birçok isteğe bağlı davranışını yönlendiren bir performans şekillendirme faktörüdür (36).

2.2.2.Hasta Güvenliğinin ve Hasta Güvenliği Kültürünün Amacı

Hasta güvenliğinin amacı sağlık sektöründe doğru bilim yöntemlerini ve güvenlik önlemlerini kullanarak en iyi sağlık hizmetini sunmaktır (4). Hasta güvenliğini sağlamak olumsuz olayların insidansını ve etkisini en aza indirir, iyileşmeyi en üst düzeye çıkarır (25). Günümüzde hastanelerin hasta güvenliğini en üst düzeye çıkarmaya yönelik standart güvenlik hedefleri bulunmaktadır. Bunlar; "ilaç güvenliğini sağlamak, cerrahi girişim/ameliyat güvenliği, doğru kan/kan ürünü transfüzyonu yapmak, düşmeleri önlemek, bası yarasını önlemek, ağrı kontrolü sağlamak, hastane enfeksiyonunu önlemek, doğru iletişim ve bilgilendirme sağlamak, tetkik sonuçlarının doğru olması, bilgi gizliliği/mahremiyet"tir (26). DSÖ hasta güvenliğini tehdit eden unsurları belirleyerek tüm dünyada tıbbi hatalar ile mücadeleyi hedeflemektedir (27).

Güvenlik kavramı, başta havacılık ve otomotiv endüstrilerinde üzerinde durulan bir konu olmuş sonraları hastaneler için ön plana çıkmıştır (37). Kurum ve kuruluşlar kendi sektörlerinde güvenlik tedbirlerinin klasikleştiği ve standartlaştığı düzeni güvenlik kültürü oluşturarak yakalayabilmiştir. Sağlık sistemlerinde de bu kültür anlayışı örnek alınmış ve güvenlik kültürü oluşumuna ihtiyaç duyulmuştur. Bu nedenle hasta güvenliğini artırmak için getirilen yeniliklerin gerçekte potansiyellerine ulaşmasını sağlamak için temel bir kültür değişikliği gereklidir. IOM, yayınladığı *To Err is Human* raporu sonrası ülkelere zorunlu veya gönüllü hata raporlama sistemleri kurmayı ve bunun yanısıra sağlık hizmeti veren kuruluşların kendi güvenlik kültürlerini oluşturmalarını tavsiye etmiştir (3). Ancak bir güvenlik kültürünün varlığıyla o kurumda ortak bir değer algısı oluşturulabilir ve güvenlik statüsü artırılabilir. Başarısızlığın cezalandırıldığı veya gizlendiği ve insanların sorunların var olduğunu kabul etmeyi reddettiği bir kültürün aksine, olumlu bir güvenlik kültürü hatanın kaçınılmazlığını tanır ve sistem içerisindeki gizli tehditleri belirlemeye çalışır (36). Hasta güvenliği kültürünün amacı, sunulan sağlık hizmeti sırasında sağlık personelinin tüm donanımıyla en yüksek kurum kültürü bilincini sağlamak ve hata payını minimize etmektir (22).

2.2.3.Hasta Güvenliğinin ve Hasta Güvenliği Kültürünün Tarihsel Gelişimi

Hasta güvenliği, son yıllarda üzerinde daha çok konuşulan bir konu olmasına rağmen, tarihi çok eskilere dayanmaktadır. Buna dair birkaç örnek vermek gerekirse; MÖ.1700'lerde yazılmış ve günümüze dek korunmuş olan Hamurabi Kanunları'nın 219. Maddesinde, "Hekimin hastasını öldürmesi veya tehlikeli bir şekilde yaralaması halinde, her iki elinin kesileceği…" yazılıdır (22). Antik Roma'nın en önemli hekimlerinden olan Galen (MS.200'ler) "Primum non nocere (önce zarar verme)" ilkesini ortaya koymuştur (22). Hemşirelik mesleğinin kurucusu olan Florance Nightingale (19.yy) ise "Bir hastanenin hastaya ilk önce zarar vermemeye çalışması gerekiyor, bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop saçmaktır" söylemiyle o yıllarda hasta güvenliğini önemsemiştir (22).

Osmanlı dönemine dair arşiv belgeleri incelendiğinde şu satırlar hasta güvenliğiyle ilişkilidir: "Abdülmennanoğlu Mustafa Bey, saygıdeğer şer'i şerif meclisinde cerrahlık ilminde hazakative akranı arasında üstünlüğü belli olan bu belgenin hamili Küpeli kızı Saliha Hatun adındaki Kıpti kadın huzurunda kendi rızasıyla şu ikrar ve itirafta bulundu: Ben fıtık arazına müptelayım, tedaviye şiddetle ihtiyacım vardır, beni tedaviye başlamak üzere 1200 akçe ücreti peşin olarak Saliha Hatun'a ödeyip teslim ettim. Merkuma Saliha Hatun'un tedavisi dolayısıyla uyanamaz veya sözü edilen hastalıktan, Allahüteala emriyle ölürsem, mirasçılarım veya daha başkaları kan ve diyet davası açmasınlar. Açarlarsa da hâkimler nezdinde davaları kabul edilmesin, dedi" (28). "1861 tarihli Belediye İspençiyarlık Sanatının İcrasına Dair Nizam Name'nin 18. Maddesinde: reçete ile eczacı dükkânından yapılıp verilen ilaçların ağzı mühürlü olup üzerinde filan kimse için şöyle istimal olunacaktır, diye tahrir olunmuş yaftası ile verilecektir ve dâhilen istimal olunan ilaçların yaftası turuncu olacaktır cümlesi yazılıdır" (22). Bu arşiv kayıtları, Osmanlı Dönemi'nde ilaç ve hasta güvenliği üzerinde durulduğunu göstermektedir.

Ernest Codman, 1955'te hastaların tetkik sonuçlarını ve bazı tedavilerin komplikasyonlarını inceleyerek hasta güvenliğine yönelik ilk bilimsel çalışmayı gerçekleştirmiştir (29). IOM tarafından 1999 yılında ABD'de yayınlanan "*To Err is Human: Building a Safer System*" raporu, hasta güvenliğine dair yayınlanmış ilk rapordur. Bu rapor tıbbi hataların hatalı kişilerden değil, hatalı sistemlerden kaynaklandığını ve sistemlerin her düzeyde analiz edilmesini ve yeniden tasarlanmasını önermiştir. IOM tarafından 2001 yılında "*Crossing the Quality*

Chasm: A New Health System for he 21st Century" isimli ikinci rapor yayınlanmıştır. Yayınlanan ikinci raporda sağlık sisteminin daha çok günümüzde de hedeflendiği şekliyle etkili, güvenli, hasta odaklı, verimli, hakkaniyetli şekilde yeniden yapılandırılması önerilmektedir (29).

To Err Is Human raporunun yayınlanmasından sonra 2000 yılında AHRQ, "*Doing What Counts for Patient Safety*'' adlı çalışmayı yayınlamıştır ve rapor tıbbi hataları azaltmak için çeşitli özel stratejiler ortaya koymuştur. AHRQ, 2001- 2011 yılları arasında hasta güvenliği araştırmaları için 532 milyon dolar devletten teşvik almıştır (30).

Sağlık Bakım Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, 1999 yılı itibariyle dünya çapında sağlık kuruluşlarına akreditasyon hizmeti vermeye başlamıştır ve hasta güvenliği hedeflerini Amerika haricindeki ülkelerde de yaymayı hedeflemiştir. Komisyon her yıl uzman bir ekip eşliğinde Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerini yayınlamakta ve bu hedeflerini yıllık olarak güncellemektedir (24).

DSÖ'nün hasta güvenliği konusundaki çalışmaları 2004 yılında Dünya Hasta Güvenliği İttifakı'nın lansmanı ile başlamış ve bu çalışma zamanla gelişmeye devam etmiştir. DSÖ bu ittifak ile hasta güvenliğini global bir zeminde değerlendirmeyi, sorunları görmeyi, hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik yapıcı adımlar atmayı hedeflemiştir (29). DSÖ'nün hasta güvenliğine yönelik "Temiz Bakım Daha Güvenli Bakımdır (2005)" projesi iyileştirilmiş el hijyenine odaklanarak sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonu azaltmak amacıyla başlatılmıştır, "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır (2008)" projesinde cerrahi ile ilişkili riskleri azaltmak hedeflenmiştir, "Zararsız İlaç (2017)" projesiyle ise beş yıl içinde dünya genelinde ilaçlarla ilgili ciddi ve önlenebilir zarar düzeyini %50 azaltmak hedeflenmiştir (24).

19. yüzyılın ortalarında alkolün kazalarla ilişkisi üzerinde durulmuştur ve kazaların insanın aslında kendi kendine yaptığı bir hata durumu olduğu üzerinde durulmuştur (37). Daha sonraları endüstriyel kaza kayıtları üzerine incelemeler yapılmış buna yönelik psikologların kazanın psikolojik yönlerini incelemesi istenmiştir. Yaklaşık 50 yıl süren bu araştırmalar sonucunda anlamlı bir sonuç elde edilememiş ve kazaya eğilimli bir kişilik tipinin varlığı ispatlanamamıştır. William Haddon ve JJ Gibson 1963 yılında, vücuda verilen enerji miktarının ve verilen hasarın derecesinin doğrudan orantılı olduğunu ve yaralanmaların önlenmesinin enerjinin kontrolüne bağlı olduğunu açıklamıştır (37). Bu teori, otomobil güvenlik

standartlarının temelini oluşmuştur. Haddon ve Gibson'ın çalışmaları araştırmanın odağını davranışsal psikolojiden mühendislik ve tıp bilimine kaydırmıştır. Bu süreçten sonra kaza terimine bakış açısı tüm dünyada değişmiştir. Baret, eldiven, korucuyu gözlük gibi güvenlik ekipmanlarının ortaya çıkışı da mühendislikte kaza terimine odaklanılması sonucunda olmuştur. Haddon'un otomobil güvenlik standartları konusundaki çalışmaları sonucunda, ilk araştırmalarından sadece 10 yıl sonra en az 50 000 ölüm ve yüzbinlerce ciddi yaralanmanın önlendiği tahmin edilmektedir (37). Güvenlik kültürü kavramının ilk ortaya çıkışı ise Çernobil Faciasından sonra olmuştur. 1986 yılında yaşanan Çernobil Faciasıyla çok miktarda radyoaktif materyal çevreye yayılmış ve 1988'de bu olaya dair bir rapor hazırlanmıştır. Bu raporda kurumun güvenlik kültürünün zayıf olduğu ortaya çıkarılmıştır ve bu durum kazanın sebeplerinden biri olarak kabul edilmiştir. Zayıf güvenlik kültürü kavramı ilk kez bu raporda kullanılmıştır (37).

To Err is Human raporu (1999) ise sağlık sektöründe güvenlik kültürü oluşmasına yönelik çarpıcı verileri içeren ilk rapordur (38). Raporun ayırt edici özelliği hatalarda insan faktörü, disiplinler arası takım çalışması, güvenlik kültürleri, advers olayların zorunlu ve gönüllü raporlanması ile ilişkili konulara vurgu yapmasıdır (38).

AHRQ, sağlık kuruluşlarında hataların önlenebilmesi için geçmişten günümüze çokça çalışmayı finanse etmiştir ve bazı çalışmalar sonucunda ise raporlama sistemlerinin düzgün çalışması gerektiği, güvenliği artırmak için gerekli sistem değişikliklerinin sağlanmasını önermiştir (25). AHRQ tarafından 2001 ve 2002 yıllarında Hasta Güvenliği Zirvesi gerçekleştirilmiştir ve kongre yetkisi kapsamında 250 milyon dolarlık bütçe, beş yıllık hasta güvenliği araştırma planına ayrılmıştır (38). 2005 yılında Hasta Güvenliği ve Kalite İyileştirme Yasası (Patient Safety and Quality Improvement Act) kabul edilmiştir. Bu yasa ile amaçlanan hasta güvenliği organizasyonlarının oluşturulmasıdır.

Linda Emanuel'in 2008'de yazdığı "*Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*" isimli kitabı, hasta güvenliği kültürüne yönelik ayrıntılı bilgiler içermektedir (25). Fleming ve Wentzell 2008 yılında, hasta güvenliği kültürünün örgüt içindeki gelişimini beş seviyeden oluşan bir model kullanarak açıklamıştır (39). Tüm bu çalışmalar hasta güvenliği kültürünü geliştirmeye yönelik atılan önemli adımlardır.

2.2.4.Hasta Güvenliğinin ve Hasta Güvenliği Kültürünün Önemi

Hasta güvenliği, kaliteli temel sağlık hizmetleri sunmak için çok önemlidir. Dünya çapında kaliteli sağlık hizmetlerinin etkili, güvenli ve insan merkezli olması gerektiği konusunda açık bir fikir birliği vardır. Buna ek olarak, kaliteli hizmet sunabilmek için sağlık hizmetlerinin zamanında, eşitlikçi, entegre ve verimli olması gerekir (4). Hasta güvenliği stratejilerinin başarılı bir şekilde yürütülebilmesi için etkin politikalara, başarılı yönetim modellerine, güvenlik iyileştirmelerini sağlayacak verilere ve donanımlı sağlık profesyonellerine ihtiyaç duyulmaktadır (31). Hasta güvenliği iyi işleyen sağlık sistemlerinde tıbbi hataların daha az görüldüğü bilinmektedir. Hasta güvenliği bireyin sağlık bakımı almaya başlamasıyla başlar ve sağlık bakım ihtiyacı ortadan kalkana kadar tüm güvenlik tedbirlerinin alınmış olması gereklidir (4).

AHRQ' nun hasta güvenliğini iyileştirmedeki bazı önerileri şunlardır: klinik uygulama rehberinin bir kurumda var oluşu, kritik yol haritalarının belirlenmesi, klinik içinde karar verme destek sistemlerinin varlığı, yeni bir kültür oluşumuna yönelik eğitim planlamaları ve akreditasyon ile yasal önlemlerin alınışıdır (17).

Hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir diğer konu güvenlik raporlama sisteminin varlığıdır. Bu sistem hataya yönelik detaylı kayıtları tutar ve hataların önlenmesinde önemli rol oynar. Çünkü raporlama sistemi olmayan bir sağlık sisteminde hangi hatanın ne sıklıkla yapıldığı bilinemez bu durumda önleyici tedbirler alınamaz (21). AHRQ, 2009 yılında ilk kez gönüllü olarak gönderilen verileri alabilen ve toplayabilen bir hasta güvenliği veri tabanı ağı oluşturmuştur. Türkiye'de ise GRS 2014 yılında ilk kez aktifleştirilmiştir. GRS'de kişi adı, tesis adı, lokasyon bilgisi gibi bilgiler geri plana itilerek sadece tıbbi hataya odaklanılması sağlanmıştır ve kimliksizleştirme olarak bilinen hatayı yapan kişinin hukuki süreç başlatabilen bilgileri sisteme alınmamaktadır (21). Tüm bu sistemin amacı hasta güvenliği ihlallerini belirlemek, raporlamak ve yapıcı adımlar atılmasına yardımcı olmaktır.

Bir sağlık kurumunun yönetimindeki yaklaşımını ve ilkelerini belirleyen güvenlik kültürü, kişiye veya gruba ait tutumlar, algılar ve değerler bütünüdür (7). Güvenlik kültürü, bir organizasyon içerisinde sadece üst yönetimi kapsamadığı gibi her departmandaki çalışanı ilgilendiren ve etkileyen bir konudur. Güvenlik kültürüne sahip organizasyonlar, gelişmeye, değişmeye, hatalardan ders almaya ve kazaları

önlemeye yönelik stratejiler oluşturmaya isteklidir (22). Organizasyonlar ve sistemler giderek sağlık hizmetleri süreç ve tekniklerinin güvenliğini geliştirmeye odaklanmaktadır. Bu odaklanma iyileştirme yapan organizasyonlar içinde kültürün öneminin daha fazla anlaşılmasına yol açmıştır. Etkili bir güvenlik kültürüne sahip kuruluşların hastalara güvenli, etkili, verimli, zamanında, eşitlikçi, hasta merkezli bakım sağlama yetenekleri daha yüksektir (25). AHRQ, olumlu güvenlik kültürüne sahip kuruluşları, önleyici tedbirleri etkinleştirmeleriyle ve karşılıklı güven üzerine kurulan iletişimleriyle karakterize etmektedir (25).

Linda Emanuel'e göre yapılan hatalara cezalandırıcı şekilde yaklaşıldığında, insanlar hataları saklama ve örtbas etme eğilimine girmektedir (25). Kurumlarda çalışanlardan kusursuz performans beklemek yerine güvenlik sistemleri tasarlamaya odaklanılmalıdır. AHRQ güvenlik kültürünü sağlamada; güvenli yaklaşımlar geliştirmek gerektiğini, çalışanlara hataları rahatça bildirecekleri ortamların sağlanmasını ve hasta güvenliği sorunlarına multidisipliner ekipte iş birliği içinde yaklaşımı önermektedir (7).

2.3.Eczanelerde Hasta Güvenliği Kültürü

İlaçlar, doğru kullanıldıklarında hastalığı önleyebilecek veya tedavi edebilecek güçlü araçlardır (22). Yanlış kullanılırsa, onları alan insanlara büyük zarar verme potansiyeli vardır. İstenmeyen etkiler adı verilen advers olaylar, herhangi bir ilaçtan ortaya çıkabilir. Doktorları, eczacıları ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarını içeren sağlık ekipleri, belirli bir hastayı tedavi etmek için belirli ilaçları kullanma konusunda kararlar verirken, zarar görme olasılığını en aza indirmek için her ilacın istenen faydasına karşı potansiyel riskleri tartmalıdır. Sağlık ekibinin önemli üyeleri olan eczacılar, toplum eczanelerinden hastanelere ve uzun süreli bakım tesislerine kadar her türlü hasta bakımı ortamında hastaların diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla iş birliği içinde çalışırlar (40). ABD'de bir eczacının, hastalıklar ve bunları önlemek ve tedavi etmek için kullanılan ilaçlar hakkında eğitim içeren altı ila sekiz yıllık bir eğitimi tamamlaması gerekmektedir. Türkiye'de bu eğitim dört yıllık bir süreyi gerektirir. İlaç eğitimine ek olarak, eczacı eğitimi hastaların sağlık durumlarının değerlendirilmesini, hastalara eğitim ve danışmanlık verilmesini, hastalıkların yönetilmesini ve sağlık teknolojilerinin kullanılmasını içerir (15). Eczacılar bu eğitim ve öğretimi ilaç hatalarını, ilaç etkileşimlerini ve diğer olumsuz ilaç olaylarının

hastalara ulaşmasını önlemek için kullanırlar. İlacın reçeteye yönelik verilmesi ve hastalara güvenli bir şekilde dağıtılması, eczane uygulamasının temel bir işlevi olmaya devam etmektedir. Doğru ilacın doğru dozunun doğru zamanda doğru yolla doğru hastaya ulaşmasını sağlamak, bir eczacının her hasta için her ilaç siparişini incelediği minimum standarttır (40). Bu uygulama eczacıların dikkatini hastaya odaklar ve eczacıların bir reçete veya ilaç siparişi verildiğinde her seferinde iyice gözden geçirmelerini gerektirir. Buna ek olarak, eczacılar hastaların ihtiyaç duydukları ilaçları alabilmelerini sağlamak ve ilaçları güvenli ve etkili bir şekilde kullanmak için doğru bilgilere sahip olmaktan sorumludur (15). İlaçların sayısının ve karmaşıklığının artmasıyla, eczacıların rolleri ve sorumlulukları ilaç dağıtımının ötesine genişlemiştir.

Eczacılar her yaştan bireye hizmet vermekte, hasta bakım hizmetlerine doğrudan katılmaktadır. İlaç yönetimi, kronik hastalıkların takibi, bazı aşıların uygulanması, hasta bakımının iyileştirilmesi gibi görevler ile hastaneye yeniden kabul edilen hasta sayısının azaltılması için hastaneler ve sağlık sistemleri ile birlikte çalışma yürütürler. Eczacıların ilaç dağıtımı ve hasta bakım hizmetleri, hastaların ilaçlarını anlamalarını arttırır ve hasta güvenliğini artırmaya katkıda bulunur. Eczacılar, hasta güvenliğinin artırılmasına şu sekiz yollarla katkıda bulunur (40):

• İlaç erişiminin sağlanması: Hastaların ilaçlarını karşılayabilmelerini ve ihtiyaç duydukları ilaçları alabilmelerini sağlamak,

• İlaç bilgileri sağlama: Hastalarla ilaçlarını güvenli ve etkili bir şekilde alabilmeleri için bilgi paylaşımı,

• İlaç uygunluğunun değerlendirilmesi: İlaç tedavisinin, bireysel hasta için en uygun, etkili ve güvenli seçim olduğundan emin olmak için her bir ilacı değerlendirmek,

• İlaç uyumunun iyileştirilmesi: Hastaların sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından reçete edildiği şekilde ilaç almasına yardımcı olmak,

• Sağlık ve sağlıklı yaşam hizmetleri sunmak: Hastaların sağlığını iyileştirmek için tasarlanmış gerekli hasta bakım hizmetlerini sunmak,

• İlaç yönetimi hizmetlerinin gerçekleştirilmesi: Bir hastanın tüm ilaçlarının kapsamlı bir şekilde gözden geçirilmesi, önlenebilir sorunlar olmadan birlikte çalışmasını sağlamak ve hastalığın tedavisi veya önlenmesi için etkili, iyi tasarlanmış bir tedavi planı geliştirmek,

• Hastaların sağlık durumunun değerlendirilmesi: Tedaviye rehberlik etmek

ve ilaç tedavisinin etkinliğini değerlendirmek için hastanın mevcut durumunun belirlenmesi,

• Bakım geçişlerini koordine etmek: Bir bakım ortamından diğerine geçerken hastalar için bakım koordinasyonu ve ilaç yönetimi koordinasyonuna yardımcı olmak.

Sekiz hasta güvenliği eylemiyle hedeflenen; hastaların tedavi hedeflerine ulaşması, yan etkilerin azaltılması, acil bakım hizmetlerinin azaltılması, hasta yaşam kalitesinin geliştirilmesi, ilaç hatalarının önlenmesi, hasta memnuniyetinin artırılması ve sağlık sisteminin maliyetlerini azaltmaktır (40).

2.3.1.Eczanelerde Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Yapılan Çalışmalar

Bu bölümde Tablo-1'de serbest eczanelerde hasta güvenliği kültürü üzerine yapılmış literatür incelemesi yer almaktadır. AHRQ tarafından tasarlanan "Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi" güvenlik kültürünü ölçmede kullanılan Güvenlik Tutumları Anketi'ne (SAQ) göre eczane odaklı çalışmalarda daha fazla kullanılmıştır. Güvenlik Tutumları Anketi daha çok hastane, bakım evi gibi sağlık merkezlerinde altı faktörlü yapıda güvenlik tutumlarına ilişkin sorular içeren bir ankettir.

Tablo 1. Eczanelerde Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Yapılan Çalışmalar

Yazar/ Yıl	Çalışma Yapılan Ülke	Çalışma Grubu	Kullanılan Anket	Sonuç
Ephrem Aboneh ve arkadaşları/ 2015	ABD	543 serbest eczane çalışanı	AHRQ Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi	Çalışmada elde edilen veriler doğrulayıcı faktör analizi ile incelenmiştir. Sonuçlar modelin orijinal 36 maddelik, 11 faktörlü yapı için yetersiz olduğunu göstermiştir ve ayrıca uyum indeksi kriterleri sağlanamamıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonrasında uygulanan açıklayıcı faktör analizi, 27 maddelik 4 faktörlü değiştirilmiş bir yapının, serbest eczanelerde güvenlik kültürü boyutlarını daha iyi yansıttığını göstermiştir (44).
Sivanandy ve arkadaşları/ 2016	Malezya	417 eczacı	AHRQ Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi	Olumlu yanıt yüzdesi hesaplamasına göre, "Takım Çalışması" (%80.98), "Hasta Danışmanlığı" (%78.67), "Personel eğitimi ve becerileri" (%77.63) alanları yüksek bulunmuştur. Tüm alanlar arasında, "Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı" alanı % 46.18 ile en düşük puanı almıştır. Çalışma sonucuna göre personel eğitiminin ve becerilerinin yeterli olduğu, hasta danışmanlığındaki iletişim ile vardiyalar arasındaki iletişimin yüksek olduğu eczanelerde, hatalarla daha az karşılaşıldığı tespit edilmiştir. Çalışmada eczacılara hasta güvenliğinin önemi ve esasları konusunda eğitim verilerek hasta güvenliği ile ilgili genel algının geliştirilmesi önerilmiştir (41).
Sheryl J. Herner ve arkadaşları/ 2017	ABD	855 serbest eczane çalışanı	AHRQ Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi	Araştırma sonucuna göre anketin cronbach alfa değeri 0.55 ile 0.90 arasında değişmiştir. Genel olarak, en yüksek ve en düşük olumlu yüzdeler sırasıyla "Hasta Danışmanlığı" (%94.5) ve "Personel İş Yoğunluğu ve Hızı" (%44.7) alanlarına aittir. Eczacı teknikerlerinin, hatalarla ilgili iletişim düzeyi eczacılara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (67).
Julia Rawlings/ 2018	ABD	429 serbest eczane çalışanı	AHRQ Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi	Çalışma sonucunda tüm korelasyonların olumlu olmasına ve korelasyonların çoğunluğunun istatistiksel olarak anlamlı bulunmasına olmasına rağmen, hiçbir korelasyon çok güçlü olarak tanımlanmamıştır. Bu nedenle çalışma sonucunda AHRQ anketinin serbest eczanelerde hasta güveniliği kültürünü ölçmede tek bir değerlendirme aracı olarak kullanılmaması önerilmiştir (42).

Tablo 2. (devam)

Fatemah Mohammad Alsaleh ve arkadaşları/ 2018	Kuveyt	255 serbest eczane çalışanı	AHRQ Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi	Çalışmanın sonucuna göre "Takım Çalışması" (%96.8), "Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme" (%93.2) ve "Hasta Danışmanlığı" (%90.9) alanlarında olumlu yanıt oranı en yüksek; "Personel İş Yoğunluğu ve Hızı" (%49.7) alanının olumlu yanıt oranı ise en düşük bulunmuştur. Çalışmada zayıf alanların güçlendirilmesiyle hasta güvenliği düzeyinin artacağı öngörülmüş ve ankete katılan eczane çalışanları, vardiyalar arasında yeterli molalara ihtiyaç olduğunu belirtmiştir (51) .
PL Jiave ve arkadaşları/ 2018	Çin	630 serbest eczane çalışanı	AHRQ Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi	Açımlayıcı faktör analizi sonrasında yedi faktörlü bir yapı elde edilmiştir ve anket için Cronbach alfa değeri 0.89'dur. Çalışmanın sonucuna göre en yüksek olumlu yanıt oranı; "Takım Çalışması" (%84) ile "Personel Eğitimi ve Becerileri" (%88) alanlarına aittir. "Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı" (%50) alanı en düşük olumlu yanıt oranına sahiptir. Genel olarak Çin'de elde edilen verilerin AHRQ verilerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma sonucu elde edilen veriler, Çin'de eczane personeli arasında hasta güvenliği kültürüne karşı olumlu bir tutum olduğunu göstermiştir. Çalışmada ayrıca yüksek vasıflı eczacıların (kıdemli eczacılar) olumlu yanıt oranının, 'Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı' boyutunda düşük yeterlilik düzeyine sahip olanlardan (genç eczacılar) daha yüksek olduğun tespit edilmiştir (43).
Ashley Bowden ve arkadaşları/ 2019	ABD	9 serbest eczane çalışanı	AHRQ Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi	Eczane Hizmetleri Çağrı Merkezi uygulaması öncesinin ve sonrasının kıyaslandığı çalışmada olumlu yanıt yüzdeleri ki-kare testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Genel olarak, en düşük alan olumlu yanıt oranı (Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı) ve en yüksek alan olumlu yanıt oranı (Hasta Danışmanlığı) her iki ankette de aynı sırada yer almıştır. Sonuç olarak dokuz serbest eczaneden, takım çalışması (%11.9), hatalarla ilgili iletişim (%18), personel eğitimi ve becerileri (%20.6) ve Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı (%11.8) dâhil olmak üzere dört alante istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) olumlu yanıt iyileşmeleri meydana gelmiştir (68).
Ephrem Aboneh ve arkadaşları/ 2020	ABD	455 serbest eczane çalışanı	AHRQ Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi	Çalışmada katılımcıların olumlu yanıt oranı hesaplanmıştır. Çalışma sonucuna göre "Hasta Danışmanlığı" (%91) ve "Takım Çalışması" (%85) alanlarında olumlu yanıt oranının en yüksek olduğu; "Personel İş Yoğunluğu ve Hızı" alanının %37.6 olumlu yanıt oranı ile en düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle "Personel İş Yoğunluğu ve Hızı" alanının iyileştirilmesi önerilmiştir (52).

Tablo 3. (devam)

Yaw Boahene Owusu ve arkadaşları/ 2021	Katar	240 serbest eczane çalışanı	AHRQ Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi	Ankete katılanların büyük bir kısmı (%52.5) kendi eczanelerinde hasta güvenliği için "mükemmel" bir genel derecelendirme bildirmiştir. Hasta güvenliği kültürünün "Hasta Danışmanlığı" (%94.6), "Takım Çalışması" (91.4), "Fiziksel Alan ve Çevre" (%89.6) alanları en yüksek olumlu yanıtlarla ilişkilendirilmiştir. "Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı" bileşimi, 11 alan arasında en düşük olumlu yanıtı (%50.6) göstermiştir. Çıkarımsal analiz, zincir eczanelerde çalışmanın "Takım Çalışması" ile ilgili olumlu yanıtlarla önemli ölçüde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, haftada 40 saatten fazla çalışmanın genel hasta güvenliği algısı üzerinde anlamlı bir olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak Katar'da anket yapılan serbest eczane personeli arasında hasta güvenliği kültürüne yönelik genel olarak olumlu bir algı vardır. "Hasta Danışmanlığı" ve "Takım Çalışması"nda üstünlük gözlemlenirken "Personel İş Yoğunluğu ve Hızı" alanı zayıf olarak değerlendirilmiştir ve iyileştirmeler yapılması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca Katar'daki çalışmada altı yıl ve daha fazla deneyimi olan eczane personelinin daha iyi takım çalışması yürüttükleri, eczacı olmayan (kalfa, stajyer, elaman gibi) personelin eczacı olan personele kıyasla reçete hazırlarken daha fazla acele hissine kapıldıkları belirlenmiştir. Haftada 40 saat ve üstünde çalışmanın hasta güvenliğini olumlu etkilediği çalışmada belirtilmiştir (66).
Malede Berihun Yismaw ve arkadaşları/ 2020	Etiyopya	120 serbest eczane çalışanı	AHRQ Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi	Etiyopya'da 120 serbest eczane çalışanı ile gerçekleştirilen çalışmanın sonuna göre "Takım Çalışması" (%90.2) ile "Fiziksel Alan ve Çevre" (%83.1) alanlarında yüksek olumlu yanıt oranı tespit edilmiştir."Hatalar Hakkında İletişim" (%44.8) ve "Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı" (%45) alanları en düşük olumlu yanıt oranına sahiptir. Buna göre olumlu yanıt yüzdesi düşük alanların iyileştirlmesi önerilmiştir(69).
Ziyad S. Almalki ve arkadaşları/ 2021	Suudi Arabistan	805 serbest eczane çalışanı	AHRQ Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi	11 alan içinde toplam ortalama olumlu yanıt oranı %60.2'dir. "Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı" alanında %34.8, "Takım Çalışması"alanında oran %76.4'dir. Katılımcıların %62.62'si eczanelerini hasta güvenliği konusunda 'mükemmel' veya 'çok iyi' olarak değerlendirmiştir. Bir eczanede cinsiyet ve iş deneyimi, genel hasta güvenliği derecesinin önemli belirleyicileridir. Sonuçlar "Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı" alanına önem verilmesi gerektiğini ortaya koymuştur(70).
Annika Nordén-Hägg ve arkadaşları/ 2010	İsveç	870 serbest eczane çalışanı	SAQ (Safety Attitudes Questionnaire) Güvenlik Tutumları Anketi	Çalışma sonucuna göre SAQ ölçeğinin her biri için cronbach alfa değeri 0.72 ile 0.89 arasında değişmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarıyla bağlantılı olarak iç tutarlılık sonuçları, SAQ'nun İsveççe çevirisinin kabul edilebilir ve iyi psikometrik özelliklere sahip olduğunu göstermektedir. Eczane algıları (Takım Çalışması İklimi, İş Tatmini, Yönetim Algısı, Güvenlik İklimi ve Çalışma Koşulları) birbirleriyle orta derecede yüksek korelasyon gösterirken, stresle ilgili tutumlar (Stres Tanıma) diğer faktörlerle yalnızca düşük korelasyonlara sahiptir. Eczaneler arasında en fazla değişkenliği "Yönetim Algıları" gösterirken, "Stres Tanıma" en azı göstermiştir.

3.MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde çalışmanın amacı ve önemi, araştırmanın modeli, çalışmanın evreni ve örneklemi, veri toplama aracı, verilerin toplanması, anketin Türkçeye uyarlanma süreci, pilot uygulama, verilerin analizi, çalışmanın etik yönü ve sınırlılıkları hakkında bilgiler yer almaktadır.

3.1.Çalışmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı, AHRQ (2012) tarafından geliştirilen "Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi"ni Türkçeye uyarlamak ve serbest eczanelerde çalışan eczane personelinin hasta güvenliği kültürü algısını ölçmektir.

Eczane çalışanlarının hasta güvenliği kültürüne yönelik algılarının ölçülmesiyle; hasta ve ilaç güvenliği konusunda farkındalık düzeyleri belirlenebilir, güvenlik kültürüne yönelik mevcut durumları değerlendirilebilir, hasta güvenliği kültürünün gelişmesi için güçlü ve zayıf alanları tespit edilebilir. Bu nedenle eczane çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılarının belirlenmesi amacıyla kullanılan anketin geliştirilmesi önemlidir. Ayrıca Türkiye'de eczane çalışanlarının hasta güvenliği kültürünü ölçen ilk anket olması açısından çalışmanın yapılması önemlidir.

3.2.Araştırmanın Modeli

Bu araştırma AHRQ'nun serbest eczanelerde hasta güvenliği kültürünü belirlemek amacı ile geliştirmiş olduğu "Community Pharmacy Survey on Patient Safety Culture" adlı anketin, serbest eczane çalışanlarına uygulanarak Türkçeye uyarlanması çalışmasıdır. Anket uyarlama çalışması, başka bir kültürde geliştirilmiş olan anketin hedeflenen dil ile kültüre adaptasyonunu ve elde edilen Türkçe formun geçerliliği ile güvenilirliğinin belirlenmesini içerir (45-46). Ayrıca bu çalışma Türkçeye uyarlanan anket ile serbest eczanelerde çalışan eczane personelinin hasta güvenliği kültürü algısının belirlenmesi yönünden tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

3.3.Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışma, Ankara ili Çankaya ilçesinde faaliyet gösteren serbest eczane çalışanları ile yapılmıştır. Ankara Eczacılar Odası 2019 yıl sonu verilerine göre Ankara ilinde 2021 tane serbest çalışan eczane bulunmaktadır. En fazla eczaneye sahip ilçe 598 ile Çankaya ilçesidir. 598 serbest eczaneden anketi doldurmayı kabul eden 212 eczane çalışmaya dâhil edilmiştir ve çalışma grubunu oluşturmuştur. 212 eczaneden çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen 392 eczane çalışanına yüzyüze anket uygulanmıştır. Çalışmaya katılımcı sayısını belirlemede "Nunually (1978) faktör analizi için madde sayısının 10 katı katılımcı; Gorusch (1983) 15 katı; Tavşancıl (2002) ise 5 ile 10 katı arasında olması gerektiğini" belirtmişlerdir (47-49). Bu çalışmada Nunually'nin belirttiği doğrultuda ankette yer alan soru sayısının on katına tekabül eden 392 kişi çalışma grubunu oluşturmuştur.

3.4.Veri Toplama Aracı

3.4.1.AHRQ Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi (Orijinal Anket)

Çalışmada veri toplama aracı olarak AHRQ tarafından 2012 yılında yayınlanan ve AHRQ resmi web sitesinde erişime açık olan "Community Pharmacy Survey on Patient Safety Culture" isimli anket kullanılmıştır (Ek-1). Bu anket özellikle serbest eczane personeli için tasarlanmış ve eczane çalışanlarının hasta güvenliği kültürü hakkındaki görüşlerini belirtmeye yönelik kullanılmaktadır.

Anket tasarım ekibindeki araştırmacılar hasta güvenliği, ilaç güvenliği, eczane hataları ve kalite ile ilgili olaylar, hata raporlaması ve güvenlik kültürü konuları üzerinde durmuşlardır. Tasarım ekibi arka plan özelliklerini ölçmek için taslak anket geliştirmiş ve eczane personeli ile bilişsel görüşmeler yapmıştır. Araştırma taslağı, 25 eyaletteki 62 eczaneden 496 çalışana uygulanmıştır. Analistler veriler doğrultusunda hasta güvenliği kültürü anketinin 11 başlığına ait güvenilirlik katsayılarını belirlemişlerdir (50). Literatür incelendiğinde anketin geçerlilik ve güvenilirlik analizine rastlanmamıştır.

Anket 11 başlık ("Hatalar hakkında iletişim", "Vardiya boyunca reçeteler hakkında iletişim", "İletişim açıklığı", "Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme", "Genel hasta güvenliği algılamaları", "Hasta danışmanlığı", "Fiziksel mekân ve çevre", "Hatalara yanıt", "Personel eğitimi ve becerileri", "Personel iş yoğunluğu ve

hızı", "Takım çalışması") ve 36 maddeyi kapsamaktadır. Öğelerin çoğunda "Kabul Etme/ Katılmama" veya "Asla/Her Zaman" yanıt kategorileri bulunmaktadır. Sorular "Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum, Cevabını Bilmiyorum ya da Cevap Vermek İstemiyorum" olmak üzere beşli likert maddesi şeklinde puanlanmaktadır. Veri toplamada kullanılan anket iki kısımdan oluşur (Ek-2):

Birinci kısım, katılımcıların demografik bilgilerini içeren soruları (yaş, cinsiyet, eczanedeki çalışma pozisyonu, eczanede çalışma süresi, eczanede haftalık toplam çalışma saati) içerir. İkinci kısım ise hasta güvenliği konularına ilişkin soruları içerir. Hasta güvenliğini içeren konular: Bölüm A "Bu Eczanede Çalışmak" (10 soru), Bölüm B "İletişim ve İşleyiş" (16 soru), Bölüm C "Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar" (10 soru), Bölüm D "Hataların Kaydedilmesi"dir (3 soru).

"Hataların Kaydedilmesi" bölümü orijinal ankette istatiksel analize dâhil edilmediği gibi bu çalışmada da faktör analizine dâhil edilmemiştir.

3.4.2.Anketin Yüzde Olumlu Puan Skorlamasının Hesaplanması

Madde ve bileşik yüzde olumlu puanlarının (high positive response rate-PRR) nasıl hesaplanacağına ilişkin örnek (Tablo-2) 2014 yılında AHRQ tarafından yayınlanan "Serbest Eczanelerde Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Kullanıcı Rehberi"nde gösterilmiştir (50). Verilen cevaplara göre:

- "Kesinlikle Katılmıyorum" ve "Katılmıyorum" cevapları Negatif anlamlı ifadedir.
- "Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum" cevabı Nötr anlamda ifadedir. Hesaplamaya katılmaz.
- "Katılıyorum" ve "Kesinlikle Katılıyorum" cevapları Pozitif anlamlı ifadedir.
- "Cevabını Bilmiyorum ya da Cevap Vermek İstemiyorum" cevabı hesaplamaya katılmaz.

Örnek: "Hatalara Yanıt" başlığı dört maddeden oluşur; üçü olumlu olarak ifade edilmiştir (C1, C4 ve C7 maddeleri) ve biri olumsuz olarak ifade edilmiştir (madde C8). Negatif olarak ifade edilmiş bir maddeye (örneğin C8) "Kesinlikle Katılmıyorum" ve "Katılmıyorum" yanıtını vermek pozitif anlam taşımaktadır. Bu

örnekte olumlu yanıtı oranları sırasıyla %71, %75, %70 ve %64 bulunmuştur. "Hatalara Yanıt" başlığının olumlu yanıt oranı ortalaması maddelerin yüzde değerlerinin toplamının dörde bölünmesi ile bulunur.

[(%71 +%75 +%70 +%64) / 4] = %70

"Hatalara Yanıt" başlığının olumlu yanıt oranı değeri %70'tir. Tablo 2'de detaylı inceleme yapılabilir:

Tablo 4. Olumlu Yanıt Oranı Hesaplama Yöntemi

Hatalara Yanıtı Ölçen Dört Öge	**Olumlu Yanıt Sayısı**	**Negatif Yanıt Sayısı**	**Toplam**	**Olumlu Yanıt Oranı**
C1- Çalışanlara, hata yapmaları durumunda adil davranılmaktadır.	10	4	14	10/14=71%
C4- Bu eczanede, çalışanların hatalarından dolayı cezalandırılması yerine, hatalardan ders çıkarmalarına yardımcı olunmaktadır.	9	3	12	9/12=75%
C7- Bu eczanede oluşan hataların nedenini anlamak için çalışanların davranışlarına ve işleri halletme biçimimize bakarız.	7	3	10	7/10=70%
C8- Çalışanlar yaptıkları hataların aleyhlerinde kullanıldığını düşünmektedirler.	5	9	14	9/14=64%
C1,C4,C7 pozitif anlamlı C8 negatif anlamlıdır.	4 maddenin toplam olumlu puan yüzdesi:70%			

"Serbest Eczanelerde Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Kullanıcı Rehberi"nde "Olumlu Yanıt Oranı Hesaplama Yöntemi" yer almaktadır ve anketi uygulamak isteyenler için kılavuz niteliğindedir. Fakat rehberde hasta güvenliği değerlendirmesi için bir puan kriteri bulunmamaktadır.

3.5.Verilerin Toplanması

Veriler Şubat-Haziran 2020 tarihleri arasında Ankara ili Çankaya ilçesinde hizmet veren 212 serbest eczanedeki 392 eczane çalışanından yüzyüze anket

uygulanarak toplanmıştır. Katılımcılar gönüllülük esasına göre seçilmiştir. Katılımcılara anket uygulamada çalışma hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır. Katılımcılara anketi doldurmak için yeterli süre tanınmıştır.

3.6.Anketin Türkçeye Uyarlanma Süreci

Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi'nin orijinali İngilizce'dir. Türkçe' ye uyarlama sürecinde Brislin ve arkadaşlarının (1973) geliştirdiği metod kullanılmıştır (53).

Çevirinin ilk aşamasında uzmanlıkları itibariyle konuya vakıf, İngilizce ve Türkçeye oldukça hâkim iki farklı çevirmen tarafından birbirinden ayrı ortamlarda kaynak (İngilizce) dilden hedef (Türkçe) dile çevrilmiştir. Türkçeye çevirisi yapılan iki anket formu bir araya getirilerek çeviriler birbiriyle kıyaslanmış ve ortak tek bir anket formu oluşturulmuştur. Sonrasında geri-çevirme yöntemi ile ana dili İngilizce olan ve Türkçe dilini de bilen bağımsız bir çevirmen tarafından kültürel eşdeğerlilik göz önüne alınarak anket İngilizceye çevrilmiştir (54).

Tüm çeviriler sonrası geri çeviriler ile orijinal anket kıyaslanmış anlamsal farklılıkların olup olmadığı tartışılmıştır. Uyarlamanın son hali tekrar incelenip anlaşılır olduğuna ve orijinaliyle uyum gösterdiğine karar verilmesiyle süreç tamamlanmıştır. Anketin orijinalinde yer alan Bölüm A "Bu Eczanede Çalışmak" (10 soru), Bölüm B "İletişim ve İşleyiş" (16 soru), Bölüm C "Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar" (10 soru), Bölüm D "Hataların Kaydedilmesi" (3 soru) uyarlanan ankette de aynı şekilde yer almıştır. Bölüm F "Demografik Bilgiler" kısmı uyarlama sürecinde revize edilmiş sorular genişletilerek uyarlama anketinde en başa alınmıştır (Ek-2).

3.6.1.Pilot Uygulama

Anket uyarlama süreci sonrasında 30 eczane çalışanı üzerinde anket pilot olarak uygulanmıştır. Uygulama esnasında soruların anlaşılırlığı üzerinde konuşulmuş, anlaşılamayan maddeler yeniden gözden geçirilmiştir ve gerekli düzeltmelerin yapılmasının ardından anket çoğaltılıp uygulanmaya başlanmıştır. Pilot uygulamaya katılan çalışanların anketleri analize dâhil edilmemiştir.

3.7.Verilerin Analizi

Anketin faktör analizine uygun olup olmadığını anlamak amacıyla, SPSS 21 programı kullanılarak KMO ve Bartlett's testleri ile çalışmada toplanan veriler incelenmiştir. KMO katsayısı örneklemin büyüklüğünü test etmek için hesaplanırken Bartlett's testi ile değişkenlerin normal dağılım koşulunu sağlayıp sağlamadıkları incelenmektedir (55). Sürekli değişkenlerin (yaş, çalışanların eczanede toplam çalışma süreleri) normal dağılıma uygunluğu Bartlett's testiyle incelenmiştir. Bartlett's testi sonucunda çalışanların yaşı değişkeninin ve çalışanların eczanede çalışma süreleri değişkenlerinin normal dağıldığı görülmüştür. Yaş ve çalışma süreleri için tanımlayıcı istatistik değerleri ortalama, standart sapma, (min.-maks.) olarak gösterilmiştir.

Anketin faktör yapısının belirlenmesi amacıyla öz değerlerin saçılımı Scree Plot grafiği ile incelenmiştir. Bununla birlikte faktör sayısının birden fazla olması durumunda varimax dik döndürme işlemi kullanılarak maddelerin ilgili faktörlere atanması işlemi yapılmıştır. Faktör analizi işleminde anket maddelerinin faktörlere atanması ya da anketten çıkarılması işlemlerinde faktör yükü değerlerine bakılmıştır.

Anketin yapı geçerliliği öncelikle AFA ve daha sonrasında DFA ile incelenmiştir. AFA, farklı kültürlerde geliştirilmiş bir anketin başka kültürlere uyarlanması çalışmalarında anketin, uyarlanan kültürdeki boyutlarını ve ölçülen niteliğin yapısını belirlemek için geçerlik çalışmaları dâhil inde kullanılması gereken istatistiksel bir analizdir (56). DFA ise birçok değişkenin oluşturduğu faktörlerin gerçek veriler ile kıyaslanmasıyla ortaya çıkan uyumu değerlendirmeye yönelik kullanılan bir analizdir (46). Orçan'ın "Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi: İlk Hangisi Kullanılmalı?" adlı çalışmasında suni olarak oluşturulan veri setleri üç farklı model ile analiz edilmiştir ve çalışmanın sonucuna göre; anlamlı bir sonuca ulaşabilmek için anket uyarlama çalışmalarında öncelikle bir AFA, daha sonra DFA yapılması önerilmektedir (57). Ayrıca Orçan'nın çalışmasında, uyarlama niteliğindeki 33 çalışmadan 22'sinde AFA ile analize başlamışken 11 tanesinde DFA ile analize başlandığı tespit edilmiştir (57). Anketin yapı geçerliliği incelendikten sonra Ankete ait faktörlerin cronbach alpha değerlerinin belirlenmesiyle güvenilirlik analizi yapılmıştır.

Eczane çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılarını ve düzeylerini belirlemek üzere AHRQ tarafından belirlenen 11 alan üzerinden olumlu yanıt

yüzdeleri ile korelasyonları hesaplanmıştır. Karşılaştırma testlerinden t ve ANOVA testleri kullanılmıştır. Puanların 2 gruplu kategorik değişkenlere göre farklılık gösterme durumu t testi, 3 ve daha fazla gruplu kategorik değişkenlere göre farklılık gösterme durumu ANOVA testi ile incelenmiştir. ANOVA testi içinde anlamlı bulunan sonuçlarda her bir grup Post-Hoc analizlerinden bonferonni testi ile incelenerek varyans analizinde ikili karşılaştırmalar yapılmıştır.

3.8.Çalışmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için etik onay Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Etik Kurulu'ndan 16.10.2019 tarihli ve 361 sayılı kararı ile alınmıştır (Ek-3).

Anketin Türkçe' ye uyarlanması ve Türkiye'de bir ölçüm aracı olarak kullanılabilmesi için AHRQ ile iletişime geçilmiş ve 30.05.2019 tarihinde mail yoluyla izin alınmıştır (Ek-4).

Türkçeye uyarlanmış anketin Ankara ilinde faaliyet gösteren serbest eczanelere uygulanabilmesi için Ankara Eczacı Odası'ndan 21.08.2019 tarihinde mail yoluyla izin alınmıştır (Ek-5).

3.9.Çalışmanın Sınırlılıkları

Zamanın kısıtlılığı ve maliyet-ulaşım gibi faktörler nedeniyle çalışma örneklemi Ankara ili Çankaya ilçesi ile sınırlı tutulmuştur. Çalışmada çalışma grubuna anket sorularından ne anladıklarına ilişkin görüşme yapılmamıştır. Bu nedenle görünüş geçerliliğin (face validity) yapılmaması çalışmanın bir diğer kısıtıdır.

4.BULGULAR

Bu bölümde öncelikle katılımcılara ait demografik bulgulara, geçerlilik analizi başlığı altında açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen istatistiki verilere, güvenilirlik analizi sonuçlarına; anketin korelasyon analizi sonuçları başlığı altında madde ve bileşiklerin olumlu yanıt yüzdeleri ile t testi, ANOVA testi ve bonferonni testi sonucu elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

4.1.Katılımcılara Ait Demografik Bulgular

Çalışmaya katılan katılımcıların demografik özellikleri Tablo-3'te gösterilmiştir. Çalışmaya katılan 392 katılımcının %51.3'ü (n=201) kadın, %48.7'si (n=191) erkektir. Katılımcıların %52.6'sı (n=206) lise, %29.8'i (n=117) ön lisans, %13.3'ü (n=52) lisans, %2.6'sı (n=10) lisansüstü, %1.8'i (n=7) ise ortaokul mezunudur. Çalışmaya katılan kişilerin %80.4'ü (n=315) eczacı kalfası, %14.3'ü (n=56) eczacı, %5.4'ü (n=21) eczane elemanı/eczane kasiyeri olarak görev yapmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 32.53±7.52 yıldır. Katılımcıların "Bu eczanede ne kadar süredir çalışmaktasınız?" sorusuna verdikleri cevap ortalama olarak 7.32±5.91 yıl 2.64±3.43 aydır. Katılımcıların eczanede haftalık çalışma süreleri ortalama 60.76±6.25 saattir.

Tablo 5. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	201	51.3
	Erkek	191	48.7
Eğitim durumu	İlkokul	0	0.0
	Ortaokul	7	1.8
	Lise	206	52.6
	Önlisans	117	29.8
	Lisans	52	13.3
	Lisansüstü	10	2.6
Bu eczanedeki çalışma pozisyonunuz nedir?	Eczacı (Eczane müdürü, Lider kişi, Sorumlu eczacı, personel eczacı)	56	14.3
	Eczacı kalfası (lider kalfa, çalışan kalfa)	315	80.4
	Eczane elemanı ya da eczacı kasiyeri	21	5.4

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Ss
Yaş	392	19.00	66.00	32.53	7.52
Bu eczanede ne kadar süredir çalışmaktasınız (yıl)	392	0.00	41.00	7.32	5.91
Bu eczanede ne kadar süredir çalışmaktasınız (ay)	392	0.00	11.00	2.64	3.43
Genellikle. bu eczanede haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?	392	35.00	72.00	60.76	6.25

4.2.Geçerlilik Analizi Sonuçları

Turgut ve Baykul geçerlilik kavramını "ölçme aracının, ölçme amacına hizmet etme derecesi" olarak ifade etmektedir (58). Bu çalışmada anketin yapı geçerliliği AFA ve DFA ile incelenmiştir.

4.2.1.Açımlayıcı Faktör Analizi

Bu anketin açımlayıcı faktör analizinde SPSS programı kullanılmıştır. Faktör analizinde örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığına Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ile bakılmaktadır. KMO değerinin 0.50'dan küçük olması durumunda kabul edilemeyeceğini, 0.50-0.60 değerinin kötü, 0.61-0.70 değerinin zayıf, 0.71-0.80 değerinin orta, 0.81-0.90 değerinin iyi, 0.90- 1.00 ise mükemmel olduğunu göstermektedir. KMO katsayısı bire yaklaştıkça verilerin analize olduğu anlamına gelmektedir (58). Verilerin normal dağılımdan gelip gelmediğini belirlemek amacıyla Barlett Sphericity testi yapılmıştır.

Tablo-4'te anketin bölümlerine ve toplam Ankete ait KMO ve Bartlett's testi sonuçlarına yer verilmiştir. Buna göre:

"Bu Eczanede Çalışmak" Bölümünün KMO değeri 0.897 olarak hesaplanmıştır. Buna göre örneklem sayısı faktör analizi için uygundur (KMO>0.500). Bartlett's testi kapsamında ki-kare değeri 3384.231 olarak hesaplanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

"İletişim ve İşleyiş" Bölümünün KMO değeri 0.860 olarak hesaplanmıştır. Buna göre örneklem sayısı faktör analizi için uygundur (KMO>0.500). Bartlett's testi kapsamında ki-kare değeri 2621.807 olarak hesaplanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

"Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar" Bölümünün KMO değeri 0.870 olarak hesaplanmıştır. Buna göre örneklem sayısı faktör analizi için uygundur (KMO>0.500). Bartlett's testi kapsamında ki-kare değeri 1221.683 olarak hesaplanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

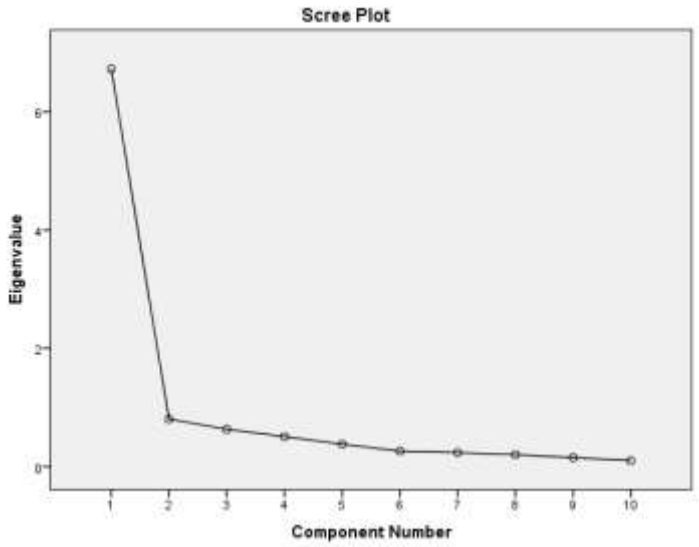
Anketin toplam KMO değeri 0.839 olarak bulunmuştur. Buna göre örneklem sayısı faktör analizi için uygundur (KMO>0.500). Bu kapsamda yapılan istatistiksel analiz sonucunda Barlett's testi sonucu ki-kare değeri 8440.776 olarak hesaplanmış ve istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). KMO ve Bartlett's testi sonuçlarına göre verilerin faktör analizi için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 6. Anketin Bölümlerine ve Toplam Ankete Ait KMO ve Bartlett's Testi Sonuçları

"Bu Eczanede Çalışmak"Bölümünün KMO Değeri		.897
Bartlett's Test of Sphericity	Ki-kare	3384.231
	Sd*	45
	P değeri	0.000
"İletişim ve İşleyiş" Bölümünün KMO Değeri		.860
Bartlett's Test of Sphericity	Ki-Kare	2621.807
	Sd	78
	P değeri	0.000
"Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar" Bölümünün KMO Değeri		.870
Bartlett's Test of Sphericity	Ki-kare	1221.683
	Sd	28
	P değeri	0.000
Anketin Toplam KMO Değeri		.839
Bartlett's Test of Sphericity	Ki-kare	8440.776
	Sd	630
	P değeri	0.000

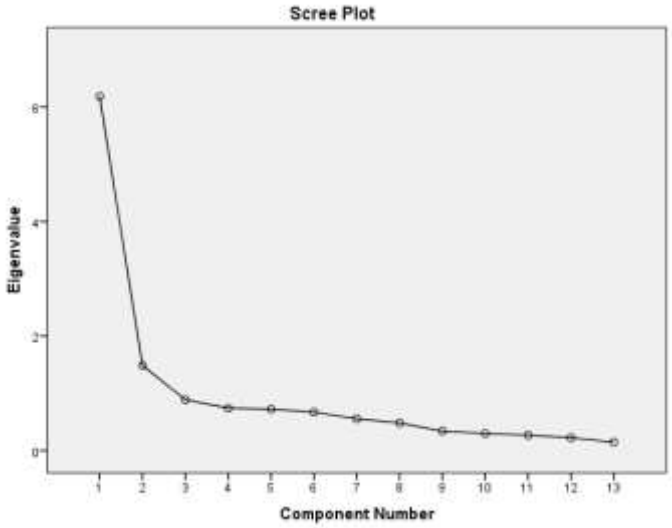
*serbestlik derecesi

Anketin faktör yapısının belirlenmesi amacıyla özdeğerlerin saçılımını gösteren Scree Plot (Yamaç-Yığıntı) grafikleri incelenmiştir. Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk'e (2010) göre Scree Plot grafiği, faktör sayısına karar vermek amacıyla Cattell tarafından önerilen yardımcı bir grafiktir (58). Bununla birlikte faktör sayısının birden fazla olması durumunda varimax dik döndürme işlemi kullanılarak maddelerin ilgili faktörlere atanması işlemi yapılmıştır. Faktör analizi işleminde anket maddelerinin faktörlere atanması ya da anketten çıkarılması işlemlerinde faktör yükü değerlerine bakılmıştır. Faktör yükünün 0.300'den küçük olduğu maddeler analize dâhil edilmemiştir. Anketin bölümlerinin Scree Plot grafikleri Şekil 1, Şekil 2 ve Şekil 3'te verilmiştir:



Şekil 1. "Bu Eczanede Çalışmak" Bölümünün Scree Plot Grafiği

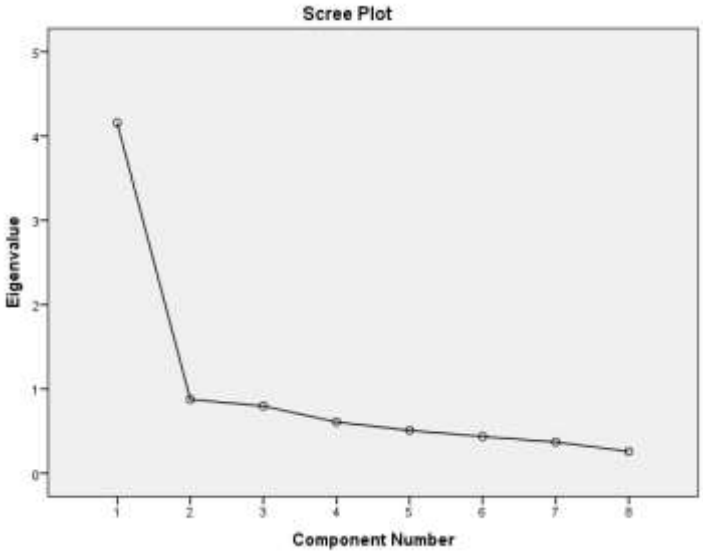
Şekil-1'de "Bu Eczanede Çalışmak" bölümünün özdeğeri birden büyük tek faktörde toplandığı görülmüştür.Tek faktöre yüklenen maddeler: A1-A2-A3-A4-A5-A6-A7-A8-A9-A10 dur.Belirtilen maddelerin yüklendiği faktör "Çalışma Ortamı ve Çalışan Personel Yeterlilikleri" olarak isimlendirilmiştir.



Şekil 2. "İletişim ve İşleyiş" Bölümünün Scree Plot Grafiği

Şekil-2'de "İletişim ve İşleyiş" bölümünün özdeğeri birden büyük iki boyutta toplandığı görülmüştür. Yapılan faktör analizi sonucuna göre bölümün iki boyuttan oluştuğu belirlenmiştir. Birinci Boyut "Vardiyalar Arası Bilgi

Paylaşımı" olarak isimlendirilmiştir ve B2-B3-B4-B5-B6-B7-B8-B10-B11 maddeleri bu boyuta yüklenmiştir. İkinci Boyut "Takım Çalışması ve İletişim" olarak isimlendirilmiştir ve B12-B13-B14-B15 maddeleri bu boyuta yüklenmiştir. Faktör yükünün 0.300'den küçük olması sebebiyle B9 ve B16.madde; binişiklik nedeniyle ise B1. madde analize dâhil edilmemiştir.



Şekil 3. "Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar" Bölümünün Scree Plot Grafiği

Şekil-3'te "Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar" bölümünün özdeğeri birden büyük tek faktörde toplandığı görülmüştür. Tek faktöre yüklenen maddeler C1-C2-C4-C5-C6-C7-C9-C10 dur. Belirtilen maddelerin yüklendiği faktör "Hatalara Karşı Gösterilen Tutum" olarak isimlendirilmiştir. Faktör yükünün 0.300'den küçük olması sebebiyle C3. ve C8. maddeler analize dâhil edilmemiştir.

AFA gözlenen değişkenler altında yatan gizil değişkenlerin (faktörlerin) tespitinde kullanılan bir istatistik tekniğidir (57). Tablo-5'te yer alan orjinal anket 11 faktör ve 36 maddeden oluşmaktadır.

Tablo 7. Orijinal Anketin Başlıkları

Başlık Adı	Madde Sayısı	Maddeler	Cronbach Alpha
Hatalar Hakkında İletişim	3	B8-B13-B15	0.85
İletişim Açıklığı	3	B1-B5-B10	0.79
Vardiyalar Arası Reçeteler Hakkında İletişim	3	B4-B6-B14	0.85
Örgütsel Öğrenme ve Sürekli Gelişim	3	C2-C5-C10	0.76
Genel Hasta Güvenliği Algılamaları	3	C3-C6-C9	0.79
Hasta Danışmanlığı	3	B2-B7-B11	0.74
Fiziksel Mekân ve Çevre	3	A1-A5-A7	0.76
Hatalara Yanıt	4	C1-C4-C7-C8	0.83
Personel Eğitimi ve Becerileri	4	A3-A6-A8-A10	0.89
Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı	4	B3-B9-B12-B16	0.68
Takım çalışması	3	A2-A4-A9	0.85
Toplam: 11 Başlık	36 Madde		

Tablo-6'da Türkçeye uyarladığımız anket ise AFA sonrası dört faktör 31 maddeden oluşmaktadır. Tablo-5'te AFA sonrası anketin faktör yapısına, açıklanan varyans oranlarına ve cronbach alpha güvenilirlik katsayılarına yer verilmiştir:

"Çalışma Ortamı ve Çalışan Personel Yeterlilikleri" on maddeden oluşur ve faktör yükleri 0.640 ile 0.902 aralığındadır. Faktörün toplam varyansı açıklama oranı %67.270; güvenirlik katsayısı 0.941'dir.

"Vardiyalar Arası Bilgi Paylaşımı" faktörü dokuz maddeden oluşur ve faktör yükleri 0.566 ile 0.872 aralığındadır. Faktörün toplam varyansı açıklama oranı %37.033; güvenirlik katsayısı 0.886'dır.

"Takım Çalışması ve İletişim" faktörü dört maddeden oluşur ve faktör yükleri 0.556 ile 0.842 aralığındadır. Faktörün toplam varyansı açıklama oranı %21.995; güvenirlik katsayısı 0.759'dur.

"Hatalara Karşı Gösterilen Tutum" faktörü sekiz maddeden oluşur ve faktör yükleri 0.613 ile 0.820 aralığındadır. Faktörün toplam varyansı açıklama oranı %51.943; güvenirlik katsayısı 0.859'dur.

Tablo 8. Uyarlanan Anketin AFA Sonrası Faktör Yapısı

Faktör 1: Çalışma Ortamı ve Çalışan Personel Yeterlilikleri (Cronbach α = 0.941)	**Faktör 1**	**Faktör 2**	**Faktör 3**	**Faktör 4**	**Açıklanan varyans oranı**
(A4) Bu eczanede çalışanlar rollerinin ve sorumluluklarının bilincindedir.	.902				67.270
(A6) Bu eczanede çalışanlar işlerini iyi yapmak için gerekli yeteneğe sahiptir.	.889				
(A3) Bu eczanede çalışan eczane kalfaları işlerinde ne yapmaları gerektiğiyle alakalı gerekli eğitimleri almaktadır.	.854				
(A9) Çalışanlar bir arada etkili bir takım olarak çalışmaktadır.	.838				
(A2) Çalışanlar birbirine saygılı davranır.	.834				
(A1) Bu eczane iyi şekilde organize olmuş durumdadır.	.824				
(A5) Bu eczane dağınıklıktan uzaktır.	.808				
(A8) Bu eczanede yeni işe başlamış çalışanların uyum sağlaması için yeterli destek sağlanmaktadır.	.803				
(A7) Bu eczanenin fiziksel düzeni işlerin yapılmasını kolaylaştırmaktadır.	.780				
(A10) Bu eczanede çalışanlar yeterli düzeyde eğitim almaktadır.	.640				

Tablo 6.(devam)

Faktör 2: Vardiyalar Arası Bilgi Paylaşımı (Cronbach α = 0.886)	**Faktör 1**	**Faktör 2**	**Faktör 3**	**Faktör 4**	**Açıklanan varyans oranı**
(B4) Vardiyaların değişimlerinde önemli bilgilerin diğer çalışanlara aktarılması konusunda açık beklentilerimiz bulunmaktadır.		.872			37.033
(B7) Eczacılarımız hastalarla ilaçların nasıl kullanılması gerektiği hakkında konuşmak için gerekli zamanı harcamaktadır.		.792			
(B10) Bu eczane çalışanları hasta güvenliği konularını üstleriyle rahatlıkla konuşabilmektedir.		.792			
(B2) Hastaları, ilaçları hakkında eczacılarla konuşması için cesaretlendiririz.		.759			
(B5) Çalışanlar, emin olmadıkları herhangi bir konu hakkında soru sorarken kendilerini rahat hissetmektedir.		.678			
(B8) Bu eczane çalışanları hatalar üzerinde tartışmaktadır.		.674			
(B11) Eczacılarımız hastaların reçetelerindeki yenilikler hakkındaki önemli bilgileri hastalara aktarmaktadır.		.641			
(B6) Vardiyalar arasında önemli bilgilerin aktarılması konusunda standart prosedürlerimiz bulunmaktadır.		.571			
(B3) Çalışanlar vardiyaları sırasında yeterli molayı alabilmektedir.		.566			
Faktör 3: Takım Çalışması ve İletişim (Cronbach α = 0.759)	**Faktör 1**	**Faktör 2**	**Faktör 3**	**Faktör 4**	**Açıklanan varyans oranı**
(B15) Bu eczanede yapılan hataların tekrarlanmamasının yollarını aramızda konuşuruz.			.842		21.995
(B14) Reçetelerdeki problemler vardiya değişikliklerinde etkili şekilde aktarılmaktadır.			.842		
(B13) Bu eczanede hasta güvenliği ile alakalı bir sorun oluştuğunda çalışanlar bu durumu aralarında tartışmaktadır.			.758		
(B12) İş yükünün paylaşılabilmesi için yeterli çalışana sahibiz.			.556		

Tablo 6.(devam)

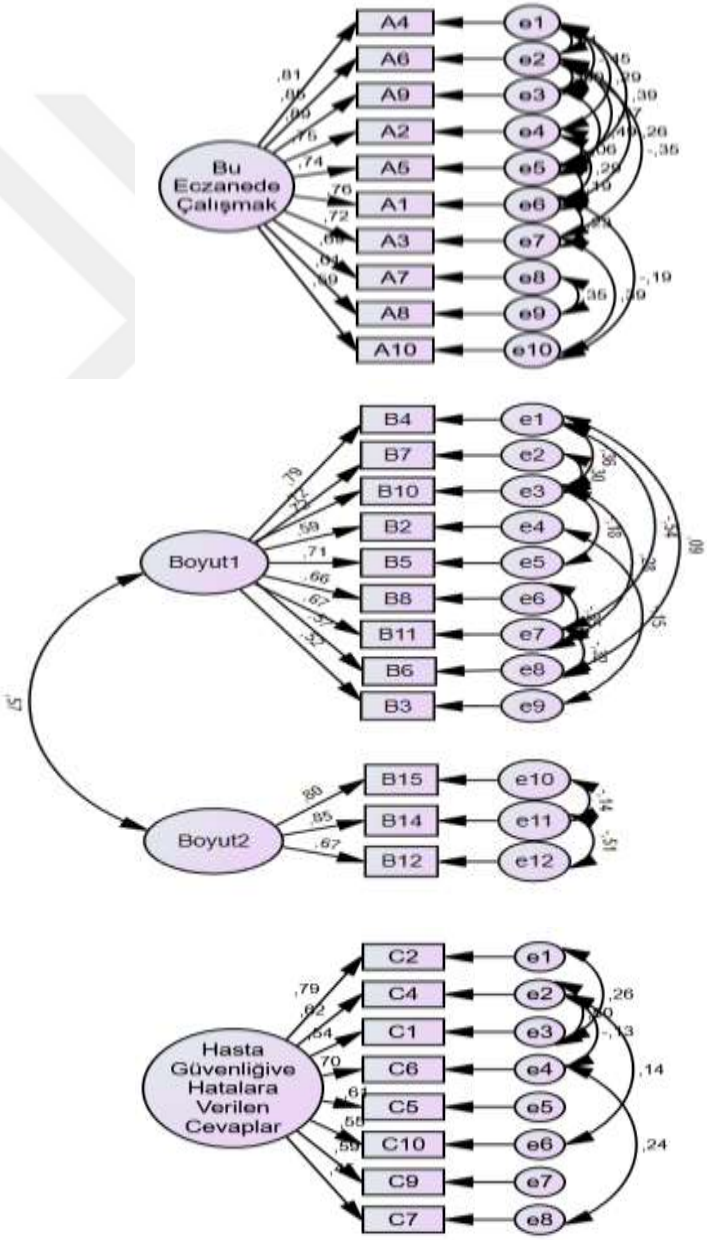
Faktör 4: Hatalara Karşı Gösterilen Tutum (Cronbach α = 0.859)	**Faktör 1**	**Faktör 2**	**Faktör 3**	**Faktör 4**	**Açıklanan varyans oranı**
(C2) Bir hata oluştuğunda hangi problemlerin bu hataya yol açtığını bulmak için çaba gösteririz.				.820	51.943
(C1) Çalışanlara hata yapmaları durumunda adil davranılmaktadır.				.804	
(C6) Bu eczane hataların engellenmesinde başarılıdır.				.764	
(C4) Bu eczanede, çalışanların hatalarından dolayı cezalandırılması yerine hatalarından ders çıkarmalarına yardımcı olunmaktadır.				.754	
(C10) Bu eczanede hatalar olumlu değişimlerin olmasına yol açmaktadır.				.704	
(C5) Aynı hatalar oluşmaya devam ediyorsa işin yapılma şeklini değiştiririz.				.651	
(C7) Bu eczanede oluşan hataların nedenini anlamak için çalışanların davranışlarına ve işleri halletme biçimimize bakarız.				.625	
(C9) Bu eczanede işlerin yapılma şekli hasta güvenliğine etkili bir şekilde odaklanıldığını yansıtmaktadır.				.613	
Toplam (Cronbach α = .859)					

4.2.2.Doğrulayıcı Faktör Analizi

DFA'nın uygulanmasında SPSS IBM AMOS programı kullanılmıştır. Anketin AFA sonucunda elde edilen modeli göz önüne alınarak DFA ile modelin doğruluğu test edilmiştir. DFA, faktörleri önceden belirlenmiş bir anketin yapısının toplanan yeni veriler ile ne derece doğrulandığını inceler (59). DFA'da modelin yeterliğinin belirlenmesine yönelik birçok uyum indeksi kullanılmaktadır. Uyum indekslerinin gerçek veriler ile kuramsal model arasındaki uyumu değerlendirmede birbirlerine kıyasla güçlü ve zayıf yönleri bulunmaktadır, bu nedenle modelin uyumunu belirlemek amacıyla çok sayıda uyum indeksi değerinin kullanılması önerilmektedir (59). En sık kullanılan uyum indeksleri: "Yaklaşıklık Hataların Kareleri Ortalamasının Karekökü (YHKOK) (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA), Ki-Kare Uyum Testi (Chi-Square Goodness), İyilik Uyum

İndeksi (IUI) (Goodness of Fit Index, GFI), Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi (DUI) (Adjusted Goodness of Fit Index, AGFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (KUI) (Comperative Fit Index, CFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NUI) (Normed Fit Index, NFI), Hata Kareler Ortalamasının Karekökü (HKOK) (Root Mean Square Residuals, RMR)" (60).

Şekil-4'te anketin "Bu Eczanede Çalışmak","İletişim ve İşleyiş (Boyut1-Boyut2)" ile "Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar" alt bölümlerine ait path diyagramlarına yer verilmiştir.



Şekil 4. Anketin Alt Bölümlerinin Path Diyagramları

Tablo-7'de DFA sonrası maddelerin faktör yüklerine yer verilmiştir. DFA sonrası anketin faktör yükleri 0.522-0.899 arasında değişmektedir. Faktör yükünün düşük olması nedeniyle B13.madde analizden çıkarılmıştır.

Tablo 9. DFA Sonrası Maddelerin Faktör Yükleri

Faktör Adı	Maddeler	Faktör yükü
Çalışma Ortamı ve Çalışan Personel Yeterlilikleri	A4	.817
	A6	.853
	A3	.721
	A9	.899
	A2	.753
	A1	.764
	A5	.742
	A8	.617
	A7	.657
	A10	.591
Vardiyalar Arası Bilgi Paylaşımı	B4	.793
	B7	.724
	B10	.721
	B2	.596
	B5	.710
	B8	.669
	B11	.678
	B6	.575
	B3	.522
Takım Çalışması ve İletişim	B15	.803
	B14	.851
	B12	.677
Hatalara Karşı Gösterilen Tutum	C2	.795
	C1	.542
	C6	.704
	C4	.701
	C10	.556
	C5	.621
	C7	.659
	C9	.592

Tablo-8'de literatürde kabul edilebilir uyum indeksi değerlerine (60) ve anketin alt bölümlerinin DFA sonuçlarına göre uyum indeksi değerlerine yer verilmiştir. Buna göre:

"Bu Eczanede Çalışmak" bölümü için yapılan DFA analizine ait uyum indeksi değerleri: x2/sd 3.085, IUI 0.971, DUI 0.917, KUI 0.987, YHKOK 0.073, HKOK 0.015'dir. DFA analizinde hesaplanan tüm uyum indeksleri incelendiğinde kabul edilebilir uyum olduğu görülmüştür.

"İletişim ve İşleyiş" bölümü için yapılan DFA analizine ait uyum indeksi değerleri: x2/sd 6.059, IUI 0.909, DUI 0.832, KUI 0.904, YHKOK 0.114, HKOK 0.056'dır. Yapılan DFA analizinde hesaplanan IUI, KUI ve HKOK uyum indekslerinin kabul edilebilir uyum indekslerini sağladığı görülmekte iken χ2/sd, DUI ve YHKOK uyum indekslerinin kabul edilebilir uyum indekslerine yakın olduğu ve uyum sağladığı görülmüştür.

"Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar" bölümü için yapılan DFA analizine ait uyum indeksi değerleri: x2/sd 3.057, IUI 0.971, DUI 0.931, KUI 0.971, YHKOK 0.073, HKOK 0.020'dir.

Tablo 10. Anketin Alt Bölümlerinin DFA Sonuçlarına Ait Uyum İndeksi Değerleri

Kabul Edilebilir Uyum İndeksleri (60)	Bu Eczanede Çalışmak Bölümü	İletişim ve İşleyiş Bölümü	Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar Bölümü
χ2/sd <5	3.085	6.059	3.057
IUI>0.90	0.971	0.909	0.971
DUI>0.90	0.917	0.832	0.931
KUI>0.90	0.987	0.904	0.971
YHKOK <0.08	0.073	0.114	0.073
HKOK <0.08	0.015	0.056	0.020

DFA analizinde hesaplanan tüm uyum indeksleri incelendiğinde anketin kabul edilebilir uyum indekslerine sahip olduğu görülmüştür. AFA ve DFA sonrasında, anketin dört faktör ile 30 maddeden oluştuğu tespit edilmiştir ve geçerlilik analizi tamamlanmıştır.

4.3.Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Güvenilirlik, bir çalışmanın aynı koşullarda yapılan farklı tekrarlı testlerde kararlılığını sürdürmesi olarak ifade edilir (61). Anketin güvenirliğini belirlemek

amacıyla iç tutarlılık yöntemi kullanılmıştır. Anket geliştirme ve uyarlama çalışmalarında iç tutarlılığı belirlemede cronbach alpha katsayısı anketin güvenilirlik düzeyini vermektedir (62). Alfa katsayısına göre anket; 0.00–0.40 arası güvenilir değildir, 0.40–0.60 arası düşük düzeyde güvenilirdir, 0.60–0.80 arası oldukça güvenilirdir ve 0.80- 1.00 arası yüksek derecede güvenilirdir (63). Tablo-9'da "Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü" anketinin cronbach alpha katsayılarına, madde ve faktörlerin tanımlayıcı değerlerine, 0-100 anketindeki skorlarına yer verilmiştir.

Ankette maksimum cronbach alpha katsayısı 0.941 ile "Çalışma Ortamı ve Çalışan Personel Yeterlilikleri" alt boyutuna aittir. Minimum cronbach alpha değeri 0.759 ile 'Takım Çalışması ve İletişim" alt boyutuna aittir. "Vardiyalar Arası Bilgi Paylaşımı" alt boyutunun cronbach alpha değeri 0.886'dır. "Hatalara Karşı Gösterilen Tutum" alt boyutunun cronbach alpha değeri 0.859'dur. Güvenilirlik analizi sonucuna göre anketin cronbach alpha değeri 0.896'dır. Buna göre anketin yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Tablo 11. Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Toplam ve Alt Faktörlere Ait İç Tutarlılık Katsayısı ve Tanımlayıcılar

Faktörler	**Madde Sayısı**	**Min.-Maks.**	**Cronbach Alpha**	**Açıklama**	**Ortanca (min.-maks.)**	**0-100 Anketinde Ortanca (Min.-Maks.)**
Çalışma Ortamı ve Çalışan Personel Yeterlilikleri	10	10-50	0.941	Yüksek güvenirliğe sahip	40(7-50)	80(0-100)
Vardiyalar Arası Bilgi Paylaşımı	9	9-45	0.886	Yüksek güvenirliğe sahip	36(5-45)	80(0-100)
Takım Çalışması ve İletişim	3	3-15	0.759	Oldukça Güvenilir	12(3-15)	75(25-100)
Hatalara Karşı Gösterilen Tutum	8	8-40	0.859	Yüksek güvenirliğe sahip	32(5-40)	88(0-100)
Toplam	30	30-150	0.896	Yüksek güvenirliğe sahip	120(18-150)	84(0-100)

4.4.Anketin Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo-10'da Türkçeye uyarlanan ve analizi yapılan anketin tüm maddelerine ait yüzde olumlu puanlarının hesaplanmasına yer verilmiştir.

Tablo 12. Madde ve Bileşik Yüzde Olumlu Puanların Hesaplanması

	Kesinlikle katılmıyorum/katılmıyorum	Kesinlikle katılıyorum/katılıyorum	Toplam	%
A1	12	371	392	95
A2	5	383	392	98
A3	15	360	390	92
A4	6	369	389	95
A5	20	345	387	89
A6	5	370	387	96
A7	7	346	392	88
A8	6	357	389	92
A9	12	363	392	93
A10	12	337	388	87
Toplam				92
B1	28	325	385	84
B2	10	345	389	89
B3	79	269	389	69
B4	16	315	368	86
B5	7	348	383	91
B6	12	306	377	81
B7	17	344	392	88
B8	37	314	390	81
B9	59	237	392	60
B10	2	345	392	88
B11	7	333	392	85
B12	75	198	392	51
B13	32	272	392	69
B14	10	317	389	81
B15	6	298	392	76
B16	68	176	387	45
Toplam				77
C1	8	352	382	92
C2	7	357	392	91
C3*	336	7	377	89
C4	6	357	390	92
C5	25	326	389	84
C6	2	352	391	90
C7	6	328	392	84
C8*	287	38	373	77
C9	16	328	392	84
C10	8	333	383	87
Toplam				87
D1	136	97	320	30
D2	121	97	320	30
D3	116	119	326	37
Toplam				32

*Ters kodlu olup dönüşüm yapılan maddeler

Tablo-11'de ankette yer alan 11 başlığa ait ortalama olumlu yanıt yüzdeleri verilmiştir. Buna göre "Takım Çalışması" (%95.3), "Personel Eğitimi ve Becerileri" (%91.7) ile "Fiziksel Mekân ve Çevre" (%90.6) alanlarının olumlu yanıt yüzdesi

yüksektir. En düşük olumlu yanıt yüzdesi ise %56.2 ile "Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı" alanına aittir.

Tablo 13. Başlıklara Ait Ortalama Olumlu Yanıt Yüzdeleri

Hasta Güvenliği Kültürü Alanleri	**Ortalama% Olumlu Yanıt**
Hatalar Hakkında İletişim	75.3
İletişim Açıklığı	87.6
Vardiyalar Arası Reçeteler Hakkında İletişim	82.6
Örgütsel Öğrenme ve Sürekli Gelişim	87.3
Genel Hasta Güvenliği Algılamaları	87.6
Hasta Danışmanlığı	87.3
Fiziksel Mekân ve Çevre	90.6
Hatalara Yanıt	88.7
Personel Eğitimi ve Becerileri	91.7
Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı	56.2
Takım çalışması	95.3

Tablo-12'de AHRQ anketine ait başlıkların ortalama olumlu yanıt yüzdeleri verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde "Hasta Danışmanlığı" (%95), "İletişim Açıklığı" (%87) ve "Hatalar Hakkında İletişim" (%85) alanlarına ait olumlu yanıt yüzdeleri en yüksektir; "Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı" alanının ise olumlu yanıt yüzdesi %45 ile en düşüktür.

Tablo 14. Orijinal Anketteki Başlıklara Ait Ortalama Olumlu Yanıt Yüzdeleri

Hasta Güvenliği Kültürü Alanleri	**Ortalama% Olumlu Yanıt**
Hatalar Hakkında İletişim	85
İletişim Açıklığı	87
Vardiyalar Arası Reçeteler Hakkında İletişim	81
Örgütsel Öğrenme ve Sürekli Gelişim	82
Genel Hasta Güvenliği Algılamaları	83
Hasta Danışmanlığı	95
Fiziksel Mekân ve Çevre	73
Hatalara Yanıt	80
Personel Eğitimi ve Becerileri	79
Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı	45
Takım Çalışması	82

Tablo-13'de Anketin bölümlerindeki puanlara ait betimsel istatistiklere yer verilmiştir. Buna göre puanlardan elde edilen çarpıklık ve basıklık katsayıları +3 ile -3 arasında olduğundan normallik sağlanmış olup analizlerimizde parametrik olan test teknikleri kullanılmıştır.

Tablo 15. Anketin Bölümlerindeki Puanlara Ait Betimsel İstatistikler

	N	Ortalama	Ss	Çarpıklık	Basıklık
Bu Eczanede Çalışmak	392	4.27	0.58	-.930	1.670
İletişim ve İşleyiş Boyut1	392	4.04	0.62	-.118	-.853
İletişim ve İşleyiş Boyut2	392	4.04	0.76	-1.114	2.229
İletişim ve İşleyiş Toplam	392	4.04	0.62	-.393	-.068
Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar	392	4.05	0.50	-.016	1.178
Hataların Kaydedilmesi	392	2.45	1.46	-.151	-.742

Tablo-14'te puanların cinsiyet açısından incelenmesi için yapılan t testi sonuçlarına yer verilmiştir. Buna göre kadın ile erkekler arasında İletişim ve İşleyiş Boyut1 açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre kadınların puan ortalaması daha büyüktür.

Tablo 16. Puanların Cinsiyet Açısından İncelenmesi

Cinsiyet		n	Ortalama	ss	t	P
Bu Eczanede Çalışmak	Kadın	201	4.31	0.55	1.284	.200
	Erkek	191	4.23	0.61		
İletişim ve İşleyiş Boyut1	Kadın	201	4.11	0.61	2.073	.039*
	Erkek	191	3.98	0.62		
İletişim ve İşleyiş Boyut2	Kadın	201	4.08	0.71	1.236	.217
	Erkek	191	3.99	0.81		
İletişim ve İşleyiş Toplam	Kadın	201	4.09	0.60	1.846	.066
	Erkek	191	3.98	0.64		
Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar	Kadın	201	4.08	0.53	1.263	.207
	Erkek	191	4.02	0.46		
Hataların Kaydedilmesi	Kadın	201	2.47	1.44	0.294	.769
	Erkek	191	2.43	1.49		

***p<0,05**

Tablo-15'te puanların yaş açısından incelenmesi için yapılan ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir. Buna göre yaşı farklı olan gruplar arasında puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 17. Puanların Yaş Açısından İncelenmesi

Yaş		n	Ortalama	ss	F	P
Bu Eczanede Çalışmak	25 yaş ve altı	66	4.31	0.60	.334	.855
	26-30 yaş	124	4.25	0.53		
	31-35 yaş	72	4.23	0.65		
	36-40 yaş	71	4.27	0.52		
	41 yaş ve üstü	59	4.33	0.66		
İletişim ve İşleyiş Boyut1	25 yaş ve altı	66	3.97	0.61	1.255	.287
	26-30 yaş	124	4.00	0.61		
	31-35 yaş	72	4.01	0.64		
	36-40 yaş	71	4.12	0.60		
	41 yaş ve üstü	59	4.16	0.64		
İletişim ve İşleyiş Boyut2	25 yaş ve altı	66	4.02	0.76	.489	.744
	26-30 yaş	124	4.03	0.72		
	31-35 yaş	72	3.96	0.82		
	36-40 yaş	71	4.06	0.86		
	41 yaş ve üstü	59	4.14	0.66		
İletişim ve İşleyiş Toplam	25 yaş ve altı	66	3.99	0.61	.908	.459
	26-30 yaş	124	4.01	0.60		
	31-35 yaş	72	3.98	0.64		
	36-40 yaş	71	4.08	0.66		
	41 yaş ve üstü	59	4.15	0.58		
Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar	25 yaş ve altı	66	3.97	0.48	1.115	.349
	26-30 yaş	124	4.04	0.50		
	31-35 yaş	72	4.01	0.53		
	36-40 yaş	71	4.11	0.51		
	41 yaş ve üstü	59	4.12	0.45		
Hataların Kaydedilmesi	25 yaş ve altı	66	2.40	1.49	.720	.579
	26-30 yaş	124	2.39	1.54		
	31-35 yaş	72	2.38	1.50		
	36-40 yaş	71	2.41	1.36		
	41 yaş ve üstü	59	2.75	1.35		

***p<0,05**

Tablo-16'da puanların eğitim durumu açısından incelenmesi için yapılan ANOVA testi sonuçlarına değinilmiştir. Analize göre eğitim durumu farklı olan gruplar arasında İletişim ve İşleyiş Boyut1 açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre lisans/lisansüstü mezunu olanların puan ortalaması en büyük iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında İletişim ve İşleyiş Toplam açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre lisans/lisansüstü mezunu olanların puan ortalaması en büyük iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır. Bonferonni testi sonucuna göre eğitim durumlarına göre yapılan analizde İletişim ve İşleyiş Boyut1 açısından lisasn/lisansüstü olanların puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksektir. İletişim ve İşleyiş Toplam'da lisasn/lisansüstü olanların puan ortalaması ortaokul ve lise mezunu çalışanlara göre daha yüksektir.

Tablo 18. Puanların Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi

Eğitim durumu		n	Ortalama	ss	F	P
Bu Eczanede Çalışmak	Ortaokul/Lise	213	4.24	0.63	1.019	.362
	Ön lisans	117	4.28	0.47		
	Lisans/lisansüstü	62	4.36	0.58		
İletişim ve İşleyiş Boyut1	Ortaokul/Lise	213	4.00	0.62	4.471	.012*
	Ön lisans	117	4.01	0.60		
	Lisans/lisansüstü	62	4.26	0.62		
İletişim ve İşleyiş Boyut2	Ortaokul/Lise	213	3.98	0.81	1.699	.184
	Ön lisans	117	4.07	0.67		
	Lisans/lisansüstü	62	4.18	0.74		
İletişim ve İşleyiş Toplam	Ortaokul/Lise	213	3.98	0.63	3.480	.032*
	Ön lisans	117	4.04	0.56		
	Lisans/lisansüstü	62	4.22	0.64		
Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar	Ortaokul/Lise	213	4.02	0.50	1.641	.195
	Ön lisans	117	4.04	0.44		
	Lisans/lisansüstü	62	4.15	0.59		
Hataların Kaydedilmesi	Ortaokul/Lise	213	2.43	1.50	.761	.468
	Ön lisans	117	2.37	1.44		
	Lisans/lisansüstü	62	2.65	1.40		

***p<0,05**

Tablo-17'de puanların bu eczanede çalışma süresi açısından incelenmesi için yapılan ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir. Bu eczanede çalışma süresi farklı olan gruplar arasında İletişim ve İşleyiş Boyut1 açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre çalışma süresi 10 yıldan fazla olanların puan ortalaması en büyük iken 7-10 yıl arası olanların ortalaması en küçüktür. Bonferonni testi sonucuna göre İletişim ve İşleyiş Boyut1 açısından 10 yıldan fazla süredir çalışanların puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksektir.

Tablo 19. Puanların Bu Eczanede Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi

Bu eczanede ne kadar süredir çalışmaktasınız		n	Ortalama	ss	F	P
Bu Eczanede Çalışmak	3 yıl ve daha az	87	4.34	0.55	2.060	.105
	4-6 yıl	128	4.20	0.56		
	7-10 yıl	72	4.20	0.60		
	10 yıldan fazla	105	4.35	0.61		
İletişim ve İşleyiş Boyut1	3 yıl ve daha az	87	4.04	0.60	3.937	.009*
	4-6 yıl	128	4.02	0.60		
	7-10 yıl	72	3.87	0.64		
	10 yıldan fazla	105	4.19	0.61		
İletişim ve İşleyiş Boyut2	3 yıl ve daha az	87	4.05	0.73	.681	.564
	4-6 yıl	128	4.03	0.63		
	7-10 yıl	72	3.94	0.94		
	10 yıldan fazla	105	4.10	0.79		
İletişim ve İşleyiş Toplam	3 yıl ve daha az	87	4.04	0.57	2.052	.106
	4-6 yıl	128	4.03	0.57		
	7-10 yıl	72	3.90	0.73		
	10 yıldan fazla	105	4.14	0.61		
Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar	3 yıl ve daha az	87	3.98	0.44	1.500	.214
	4-6 yıl	128	4.03	0.52		
	7-10 yıl	72	4.05	0.51		
	10 yıldan fazla	105	4.13	0.51		
Hataların Kaydedilmesi	3 yıl ve daha az	87	2.40	1.48	1.106	.346
	4-6 yıl	128	2.38	1.52		
	7-10 yıl	72	2.32	1.34		
	10 yıldan fazla	105	2.67	1.45		

***p<0,05**

Tablo-18'de puanların haftalık toplam çalışma süresi açısından incelenmesi için yapılan ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir. Haftalık toplam çalışma süresi farklı olan gruplar arasında İletişim ve İşleyiş Boyut1 açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre 60 saatten az çalışanların puan ortalaması en büyük iken süre arttıkça ortalama azalmaktadır.

Haftalık toplam çalışma süresi farklı olan gruplar arasında İletişim ve İşleyiş Boyut2 açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre 60 saatten az çalışanların puan ortalaması en büyük iken süre arttıkça ortalama azalmaktadır.

Haftalık toplam çalışma süresi farklı olan gruplar arasında İletişim ve İşleyiş Toplam açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre 60 saatten az çalışanların puan ortalaması en büyük iken süre arttıkça ortalama azalmaktadır. Bonferonni testi sonucuna göre haftalık çalışma süreleri içinde İletişim ve İşleyiş Boyut1, İletişim ve İşleyiş Boyut2 ve İletişim ve İşleyiş Toplam'da 60 saatten az çalışanların puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksektir.

Tablo 20. Puanların Haftalık Toplam Çalışma Süresi Açısından İncelenmesi

Genellikle, bu eczanede haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz		n	Ortalama	ss	F	P
Bu Eczanede Çalışmak	60 saatten az	55	4.35	0.54	1.071	.344
	60 saat	179	4.23	0.62		
	60 saatten fazla	158	4.29	0.55		
İletişim ve İşleyiş Boyut1	60 saatten az	55	4.26	0.63	4.068	.018*
	60 saat	179	4.02	0.62		
	60 saatten fazla	158	3.99	0.60		
İletişim ve İşleyiş Boyut2	60 saatten az	55	4.34	0.67	5.848	.003*
	60 saat	179	4.03	0.71		
	60 saatten fazla	158	3.94	0.82		
İletişim ve İşleyiş Toplam	60 saatten az	55	4.30	0.62	6.457	.002*
	60 saat	179	4.02	0.60		
	60 saatten fazla	158	3.96	0.62		
Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar	60 saatten az	55	4.19	0.50	2.507	.083
	60 saat	179	4.02	0.48		
	60 saatten fazla	158	4.03	0.51		
Hataların Kaydedilmesi	60 saatten az	55	2.70	1.55	1.393	.250
	60 saat	179	2.34	1.44		
	60 saatten fazla	158	2.49	1.45		

***p<0,05**

Tablo-19'da puanların çalışılan pozisyon açısından incelenmesi için yapılan ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir. Buna göre:

Çalıştığı poziyon farklı olan gruplar arasında İletişim ve İşleyiş Boyut1 açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre Eczacı (Eczane müdürü, Lider kişi, Sorumlu eczacı, personel eczacı) olanların puan ortalaması en büyük iken Eczacı kalfası (lider kalfa ve çalışan kalfa) olanların ortalaması en küçüktür.

Çalıştığı poziyon farklı olan gruplar arasında İletişim ve İşleyiş Toplam açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre Eczacı (Eczane müdürü, Lider kişi, Sorumlu eczacı, personel eczacı) olanların puan ortalaması en büyük iken Eczacı kalfası (lider kalfa ve çalışan kalfa) olanların ortalaması en küçüktür.

Çalıştığı poziyon farklı olan gruplar arasında Hataların Kaydedilmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre Eczane elemanı ya da eczacı kasiyeri olanların puan ortalaması en büyük iken Eczacı kalfası (lider kalfa ve çalışan kalfa) olanların ortalaması en küçüktür.

Bonferonni testi sonucuna göre İletişim ve İşleyiş Toplam açısından eczacıların puan ortalaması kalfa olanlara göre daha yüksektir. Hataların Kaydedilmesi açısından eczane elemanı/kasiyeri olanların puan ortalaması eczacı kalfasına göre daha yüksektir.

Tablo 21. Puanların Çalışılan Pozisyon Açısından İncelenmesi

Bu eczanedeki çalışma pozisyonunuz nedir?		N	Ortalama	ss	F	P
Bu Eczanede Çalışmak	Eczacı (Eczane müdürü, Lider kişi, Sorumlu eczacı, personel eczacı)	56	4.34	0.59	.409	.664
	Eczacı kalfası (lider kalfa ve çalışan kalfa)	315	4.26	0.58		
	Eczane elemanı ya da eczacı kasiyeri	21	4.28	0.59		
İletişim ve İşleyiş Boyut1	Eczacı (Eczane müdürü, Lider kişi, Sorumlu eczacı, personel eczacı)	56	4.25	0.63	4.501	.012*
	Eczacı kalfası (lider kalfa ve çalışan kalfa)	315	4.00	0.60		
	Eczane elemanı ya da eczacı kasiyeri	21	4.18	0.69		
İletişim ve İşleyiş Boyut2	Eczacı (Eczane müdürü, Lider kişi, Sorumlu eczacı, personel eczacı)	56	4.18	0.75	1.206	.300
	Eczacı kalfası (lider kalfa ve çalışan kalfa)	315	4.01	0.75		
	Eczane elemanı ya da eczacı kasiyeri	21	4.09	0.89		
İletişim ve İşleyiş Toplam	Eczacı (Eczane müdürü, Lider kişi, Sorumlu eczacı, personel eczacı)	56	4.21	0.65	3.160	.044*
	Eczacı kalfası (lider kalfa ve çalışan kalfa)	315	4.00	0.60		
	Eczane elemanı ya da eczacı kasiyeri	21	4.13	0.68		
Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar	Eczacı (Eczane müdürü, Lider kişi, Sorumlu eczacı, personel eczacı)	56	4.14	0.61	1,243	.290
	Eczacı kalfası (lider kalfa ve çalışan kalfa)	315	4.03	0.47		
	Eczane elemanı ya da eczacı kasiyeri	21	4.00	0.60		
Hataların Kaydedilmesi	Eczacı (Eczane müdürü, Lider kişi, Sorumlu eczacı, personel eczacı)	56	2.69	1.38	3.900	.021*
	Eczacı kalfası (lider kalfa ve çalışan kalfa)	315	2.36	1.46		
	Eczane elemanı ya da eczacı kasiyeri	21	3.16	1.47		

***p<0,05**

5.TARTIŞMA

Serbest eczaneler için güvenlik kültürü anketi, AHRQ tarafından 2012 yılında ABD'nin 25 eyaletteki 60 serbest eczanesinde çalışan 496 kişi ile test edilmiştir (50). AHRQ, anketin 11 güvenlik kültürü başlıklarının her biri için güvenilirlik istatistiklerini belirten cronbach alpha değerlerini yayınlamıştır. Fakat literatür tarandığında anketin geçerlilik güvenilirlik çalışmasına rastlanmamıştır. Anketin 11 başlık ("Hatalar Hakkında İletişim", "Vardiyalar Arası Reçeteler Hakkında İletişim", "İletişim Açıklığı", "Örgütsel Öğrenme ve Sürekli Gelişim", "Genel Hasta Güvenliği Algılamaları", "Hasta Danışmanlığı", "Fiziksel Mekân ve Çevre", "Hatalara Yanıt", "Personel Eğitimi ve Becerileri", "Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı", "Takım Çalışması") ve 36 maddeden oluşan orijinal yapısı ile başlıkların cronbach alpha katsayıları: 0.68-0.89 aralığındadır. Anketin Türkçe dil geçerliliği sağlandıktan sonra yapı geçerliliği AFA ve DFA ile incelenmiştir. İnceleme sonrası dört faktörlü yapıya ulaşılmıştır. Çalışma Ortamı ve Çalışan Personel Yeterlilikleri (A1-A2-A3-A4-A5-A6-A7-A8-A9-A10), Vardiyalar Arası Bilgi Paylaşımı (B2-B3-B4-B5-B6-B7-B8-B10-B11), Takım Çalışması ve İletişim (B12-B14-B15), Hatalara Karşı Gösterilen Tutum (C1-C2-C4-C5-C6-C7-C9-C10) şeklinde faktörler adlandırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda anketin toplam iç tutarlılık katsayısı cronbach alpha değeri 0.896 bulunmuştur. Bu sonuca göre anketin güvenilirlik değeri ile orijinal anketin güvenilirlik değerlerinin benzer olduğu bulunmuştur.

Anketin daha önce yapılan uyarlama çalışmaları incelendiğinde Ephrem Aboneh ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yayınlanan "*Psychometric Properties of the AHRQ Community Pharmacy Survey on Patient Safety Culture: A Factor Analysis*" adlı çalışma olduğu belirlenmiştir. Çalışma, anketin psikometrik özelliklerinin ve yapı geçerliliğinin (AFA ve DFA ile) Amerikan kültürü içerisinde incelendiği ilk ve tek çalışmadır. ABD'nin birkaç eyaletinden seçilen 433 serbest eczane çalışanının verisiyle yürütülen ankette yapı geçerliliğini incelemek üzere öncelikle DFA uygulanmıştır. DFA sonuçları, modelin orijinal 36 maddelik, 11 başlıklı yapı için yetersiz olduğunu göstermiştir. Ayrıca çalışma sonucunda uyum indeksi kriterleri sağlanamadığı belirlenmiştir. DFA sonrasında uygulanan AFA 27 maddelik, dört faktörlü değiştirilmiş bir yapının, serbest eczanelerde güvenlik kültürü boyutlarını daha iyi yansıttığını göstermiştir (44). Bu kapsamda Ephrem Aboneh ve

arkadaşları analiz sonucu elde ettikleri dört faktörü yeniden isimlendirmiştir: "Güvenlikle ilgili iletişim", "Personel Eğitimi ve Çalışma Ortamı", "Güvenlik Olaylarına Organizasyonel Yanıt" ve "Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı" (44).

AHRQ anketinin yapı geçerliliğinin incelendiği bir diğer çalışma ise PL Jiave ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış oldukları "Safety culture in a pharmacy setting using a pharmacy survey on patient safety culture: A cross-sectional study in China" adlı çalışmadır. Çin'de yürütülen çalışmada anket açımlayıcı faktör analizi ile incelenmiştir ve yedi faktörlü bir yapıya ulaşılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinin yapılmadığı bu çalışmada anketin cronbach alfa değeri 0.89 bulunmuştur.

Anket uyarlama çalışmamızda istatiksel analizler sonucu elde ettiğimiz dört faktörlü yapı, Ephrem Aboneh ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmadaki bulgular ile paralellik göstermiştir. Bir ülkede denenmiş ve geçerli kılınmış bir anketin psikometrik özellikleri başka bir ülke ve kültürdeki veriler ile değerlendirildiğinde aynı sonuçlar elde edilmeyebilir, faktör yapıları benzer çıkmayabilir ve hatta geçerli sayılmayabilir (57). Bunun bir örneğini AHRQ hastane güvenlik kültürü anketinin ABD hastaneleriyle ilgili güvenlik kültürü boyutlarının ve psikometrik özelliklerini, ABD dışındaki sağlık bakımı ortamlarında geçerli olmayabileceğini gösteren çalışmalarda görmek mümkündür. Örneğin, Waterson ve arkadaşlarının 2010 yılında "*Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK*" adlı çalışmalarında AHRQ'nun hasta güvenliği kültürü üzerine hastane araştırmasının psikometrik özelliklerinin İngiltere hastanelerinden alınan verileri kullanarak değerlendirilmesinin, AHRQ tarafından önerilen orijinal 12 faktör modelinin İngiltere verilerine tatmin edici bir şekilde uymadığını göstermiştir (64). Bu çalışmanın yazarları, dokuz faktörlü bir yapının verileri için daha uygun olduğunu bildirmiştir. Yazarlar ayrıca, sağlık hizmetleri ortamlarında güvenlik kültürü boyutlarının uygulamaları hakkında hızlı genellemelerin yanıltıcı olabileceğini, çünkü uygulama ortamlarının kurumların normları ve çalışma prosedürleri açısından yani kültürel yönlerden önemli ölçüde farklılık gösterebileceğini savunmuştur (64). Anket uyarlama, bir anketin farklı kültürlerde de kullanılabilmesi amacıyla anketin yeni kültüre uyumunu, psikometrik özelliklerinin (güvenirlik, geçerlik) yeni kültürde yeterliliğini, psikolojik özelliklerinin kullanılacak yeni kültüre yeterince yansımasını içeren, anket çevirisini farklı bir kültüre aktarma süreci olarak tanımlanır (46). Güvendir ve Özkan, 2006-2014 yılları arasında Türkiye'de anket geliştirme ve uyarlama konularında

yayınlanmış makaleleri içerik analizi ile incelemiş ve makalelerin %18.2'sinde faktör yapısının orijinalinden farklı sonuçlandığı tespit etmişlerdir. Buna neden olarak; kültür ve dil yapılarının iki ülkede farklı oluşunu, çalışma düzenindeki işleyiş ve prosedürlerin farklılığını, yapılan çalışmada seçilen örneklem boyutlarının benzer olmayışını göstermişlerdir (46).

Bu çalışmada, AHRQ tarafından tasarlanan "Serbest Eczane Çalışanları İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi" kullanılmıştır ve Türkiye'de serbest eczane çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılarını belirlemek üzere AHRQ'nun belirlediği alanlar üzerinden olumlu yanıt yüzdeleri ile korelasyonları hesaplanmıştır. Buna göre "Takım Çalışması" (%95.3), "Personel Eğitimi ve Becerileri"(%91.7) ile "Fiziksel Mekân ve Çevre" (%90.6) alanlarının olumlu yanıt yüzdesi yüksektir. En düşük olumlu yanıt yüzdesi ise %56.2 ile "Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı" alanına aittir.

AHRQ verilerinde "Hasta Danışmanlığı" (%95), "İletişim Açıklığı" (%87) ve "Hatalar Hakkında İletişim" (%85) alanlarına ait olumlu yanıt yüzdeleri en yüksektir; "Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı" alanının ise olumlu yanıt yüzdesi %45 ile en düşüktür. Sonuçlar AHRQ verileri ile kıyaslandığında çalışmamızdaki olumlu yanıt oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Veriler kıyaslandığında olumlu yanıt oranı yüksek alanların Türkiye ve AHRQ verilerinde birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. Her iki çalışmada ortak olarak en düşük olumlu yanıt oranı "Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı" alanına aittir. Çalışmamızdaki bu alana ait oran ise AHRQ verisinden daha yüksektir. Literatürdeki diğer çalışmaların olumlu yüzde puanları incelendiğinde;

- Sivanandy ve arkadaşlarının 2016 yılında Malezya'da yürüttükleri çalışmada "Takım Çalışması" (%80.98), "Hasta danışmanlığı" (%78,67), "Personel Eğitimi ve Becerileri" (%77,63) alanlar yüksek bulunmuştur. Tüm alanlar arasında, "Personel, İş yoğunluğu ve Hızı" alanı % 46,18 ile en düşük puanı almıştır.
- Herner ve arkadaşlarının 2017 yılında ABD'de yapmış oldukları çalışmada en yüksek ve en düşük olumlu yüzdeler sırasıyla "Hasta danışmanlığı" (%94.5) ve "Personel İş Yoğunluğu ve Hızı" (% 44.7) alanlarına aittir.
- Alsaleh ve arkadaşlarının 2018 yılında Kuveyt'te yapmış oldukları çalışmada "Takım Çalışması" (% 96.8), "Örgütsel Öğrenme ve Sürekli İyileştirme" (% 93.2) ve "Hasta Danışmanlığı" (%90.9) alanlarında olumlu yanıt oranı en

yüksek; “Personel İş Yoğunluğu ve Hızı” (% 49.7) alanı olumlu yanıt oranı ise en düşük bulunmuştur.

- Jiave ve arkadaşları 2018 yılında Çin’de yapmış oldukları çalışmada en yüksek olumlu yanıt oranı; “Takım Çalışması” (%84) ile “Personel Eğitimi ve Becerileri” (%88) alanlarına aittir. “Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı” (%50) alanı en düşük olumlu yanıt oranına sahiptir.
- Aboneh ve arkadaşları 2020 yılında ABD’de yapmış oldukları çalışmada “Hasta Danışmanlığı” (%91) ve “Takım Çalışması” (%85) alanlarında olumlu yanıt oranının en yüksek olduğu; “Personel İş Yoğunluğu ve Hızı” alanının %37,6 olumlu yanıt oranı ile en düşük olduğu tespit edilmiştir.
- Owusu ve arkadaşlarının 2021 yılında Katar’da yapmış oldukları “Hasta Danışmanlığı” (%94,6), “Takım çalışması” (91,4), “Fiziksel Alan ve Çevre” (%89.6) alanları en yüksek olumlu yanıtlarla ilişkilendirilmiştir. “Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı” alanı 11 alan arasında en düşük olumlu yanıtı (% 50.6) göstermiştir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularla literatürdeki diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında benzer oranların çıktığı tespit edilmiştir.

“Takım çalışması” alanının yüksek oluşu eczane personelinin birbirine saygılı davrandığını, etkili bir ekip olarak çalıştıklarını, ilgili rollerini ve sorumluluklarını anladıklarını göstermektedir.

“Fiziksel Alan ve Çevre” alanına verilen olumlu yanıt eczanenin iyi organize edildiğini, dağınıklıktan arındırıldığını ve düzenin iyi bir iş akışını beraberinde getirdiğini göstermektedir. Başka bir deyişle iyi organize edilmiş ve dağınıklığı olmayan rahat bir eczane hasta güvenliğini artırmaktadır.

“Personel Eğitimi ve Becerileri” alanına verilen olumlu yanıtın yüksek olması personelin ihtiyaç duydukları eğitimi aldığını, yeni personelin oryantasyon sürecinin yolunda tamamlanabildiğini ve eczane personelinin işlerini iyi yapmak için ihtiyaç duydukları becerilere sahip olduğunu gösterir.

“Personel İş Yoğunluğu ve Hızı” alanı diğer çalışmalarda olduğu gibi uyguladığımız anket sonuçlarında da en düşük olumlu yanıt oranına sahip alandır. Eczanelerde personel iş yoğunluğunun fazla oluşu, eleman eksikliği, iş yükünün artışı gibi nedenler çalışanların hasta güvenliği kültürü algılarını olumsuz etkileyebilir ve bu nedenle bu alanda iyileştirmeler yapılmasının hasta güvenliğini olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. ABD'nin Kuzey Kaliforniya'daki bir

hastanesinde Elisa E. tarafından yapılan bir araştırma, ilaç hatalarının en yaygın nedenlerinin yüksek iş yükü (%25,3), yorgunluk veya uykusuzluk (%16,5) olduğunu göstermiştir (43). Bu nedenle, ilaç hatalarını azaltmak ve hasta güvenliğini artırmak için eczanenin personel sayısını ve çalışma saatlerini uygun koşullarda ayarlaması önemlidir. Vardiyalar arasında yeterince mola vermek dikkat dağınıklığından uzakklaşmak için önemli bir adımdır ve yoğun çalışma tempoları arasında verilecek molların hasta güvenliğini sağlamda etkili olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda t testi, ANOVA ve bonferonni testlerinden elde edilen sonuçlara göre:

- Serbest eczanelerde çalışan kadınların puan ortalamaları daha yüksektir.
- Yaş faktörünün farklılık göstermesi hasta güvenliği kültürü algısını belirlemede anlamlı bir değişken değildir.
- İletişim ve İşleyiş 1 bölümüne ait bulgularda lisans/lisansüstü mezunu olanların puan ortalaması en büyük iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır. Buna göre eğitim düzeyi arttıkça hasta güvenliği kültürü algıları yükselmektedir. Owusu ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada eczacı olmayan (kalfa, stajyer, elaman gibi) personelin eczacı olan personele kıyasla reçete hazırlarken daha fazla acele hissine kapıldıkları belirlenmiştir. Bu durumun eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.
- İletişim ve İşleyiş bölümüne ait bulgularda toplam çalışma süresi olarak 10 yıldan fazla çalışanların ve haftalık 60 saatten az çalışanların puan ortalaması en yüksek bulunmuştur. Buna göre 10 yıldan fazla çalışma deneyimi olan eczane personelinin hasta güvenliği kültürü algısı yüksektir ve haftalık çalışma saati 60 saatten az olan personelin hasta güvenliği kültürü algısı daha yüksektir. Owusu ve arkadaşalarının yapmş oldukları çalışmada altı yıl ve daha fazla deneyimi olan eczane personelinin daha iyi takım çalışması yürüttükleri ve haftada 40 saat ve üstünde çalışmanın hasta güvenliğini olumlu etkilediği belirlenmiştir. Dolayısıyla, deneyimsel yeterliliğin daha yüksek olumlu yanıt için bir ön koşul olduğu sonucuna varılabilir.
- İletişim ve İşleyiş bölümüne ait bulgularda eczacı (eczane müdürü, lider kişi, sorumlu eczacı, personel eczacı) olanların puan ortalaması en büyük iken eczacı kalfası (lider kalfa ve çalışan kalfa) olanların ortalaması en küçüktür. Yine çalıştığı poziyon farklı olan gruplar arasında hataların kaydedilmesi

açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre eczane elemanı ya da eczacı kasiyeri olanların puan ortalaması en büyük iken eczacı kalfası (lider kalfa ve çalışan kalfa) olanların ortalaması en küçüktür. Herner ve arkadaşlarının yapmış oldıkları çalışmada ise eczacı teknikerlerinin, hatalarla ilgili iletişim düzeyi eczacılara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Jiave ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada yüksek vasıflı eczacıların (kıdemli eczacılar) olumlu yanıt oranının, 'Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı' alanında düşük yeterlilik düzeyine sahip olanlardan (genç eczacılar) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, AHRQ tarafından 2012 yılında geliştirilen "Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Anketi" Türkçeye uyarlanmış, geçerliliği ve güvenilirliği incelenmiştir. Anketin özgün formu İngilizce'dir ve 11 başlıkta toplam 36 maddeden oluşmaktadır. Uzman görüşleri doğrultusunda Türkçe çevirisi yapılan anket, Ankara ili Çankaya ilçesinde faaliyet gösteren 212 serbest çalışan eczaneden 392 eczane çalışanına uygulanmıştır. Anketin faktör analizine uygun olup olmadığını anlamak amacıyla KMO ve Bartlett's testleri yapılmıştır. KMO katsayısı çalışma grubunun büyüklüğünü test etmek için hesaplanırken normal dağılım koşulu Bartlett's testiyle incelenmiştir. KMO ve Bartlett's testlerine göre anket normal dağılım koşullarını sağlamıştır ve katılımcı sayısının analiz için yeterli olduğu belirlenmiştir.

Anketin faktör yapısının belirlenmesi amacıyla öz değerlerin saçılımını gösteren Scree Plot grafiği incelenmiştir. Bununla birlikte faktör sayısının 1'den fazla olması durumunda varimax dik döndürme işlemi kullanılmış maddelerin ilgili faktörlere atanması işlemi yapılmıştır. Faktör analizi işleminde anket maddelerinin faktörlere atanması ya da anketten çıkarılması işlemlerinde faktör yükü değerlerine bakılmıştır. Anketin yapı geçerliği AFA ve DFA ile belirlenmiştir. AFA'da faktör yükünün 0,300'den küçük olması sebebiyle B9, B16, C3, C8 maddeleri ve binişiklik nedeniyle B1 maddesi analize dâhil edilmemiştir; DFA'da faktör düşüklüğü nedeniyle B13 maddesi analize dâhil edilmemiştir. AFA ve DFA sonrasında bu altı madde düşük yükte çıksa da çalışma bir anket çalışması olduğundan ve her soru hasta güvenliğine dair önemli içerikte olduğundan uyarlanan anket formunda bırakılmıştır.

Anketin geçerlilik çalışmalarında AFA sonucunda elde edilen model göz önüne alınarak, DFA ile modelin doğruluğu test edilmiştir. Modelin faktör yapıları için geçerliliği temsil eden uyum indeksleri incelenmiştir. Türkçeye uyarlanan anketin Ki-Kare Uyum Testi, IUI, DUI, KUI, NUI, HKOK ve YHKOK değerleri tespit edilmiş, buna göre anketin faktör yapıları uyum indekslerini karşılamıştır. Bulunan veriler doğrultusunda uyarlanan anketin geçerli olduğu belirlenmiştir.

Anketin güvenilirlik analizinde her bir faktörün cronbach alpha iç tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır. Buna göre "Çalışma Ortamı ve Çalışan Personel Yeterlilikleri" alt boyutunun cronbach alpha katsayısı 0.941, "Vardiyalar Arası Bilgi

Paylaşımı" alt boyutunun cronbach alpha değeri 0.886, "Hatalara Karşı Gösterilen Tutum" alt boyutunun cronbach alpha değeri 0.859, 'Takım Çalışması ve İletişim" alt boyutu cronbach alpha değeri 0.759'dur. Güvenilirlik analizi sonucuna göre anketin cronbach alpha değeri 0.896'dır. Buna göre anketin yüksek derecede güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda elde edilen bulgularla, "Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi"nin kültürel açıdan Türkiye koşullarında kullanılmaya uygun, dilsel eşdeğerliğe sahip, geçerli ve güvenilir bir anket olduğu ortaya koyulmuştur.

Bu çalışmada serbest eczane çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılarını değerlendirmek amacıyla uygulanan ankette katılımcıların verdiği yanıtlar üzerinden olumlu yanıt yüzdeleri ile korelasyonları hesaplanmıştır. Buna göre "Takım Çalışması" (%95.3), "Personel Eğitimi ve Becerileri" (%91.7) ile "Fiziksel Mekân ve Çevre" (%90.6) alanlarının olumlu yanıt yüzdesi yüksektir. En düşük olumlu yanıt yüzdesi ise %56.2 ile "Personel, İş Yoğunluğu ve Hızı" alanına aittir. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulardaki olumlu yanıt yüzdeleri ile ABD, Çin, Malezya, Katar, Suudi Arabistan ve Kuveyt'te yapılan çalışmalardaki sonuçların benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir. Karşılaştırma testlerinden elde edilen sonuçlara göre anketin uygulandığı eczane personellerinden; kadın çalışanların, eğitim düzeyi yüksek olan çalışanların, eczacı olan çalışanların ve çalışma yılı fazla olan ile haftalık çalışma saati 60 saatten daha az olan çalışanların hasta güvenliği kültürü algısının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Buna göre eğitim durumunun yüksek olması, eczacı pozisyonunda çalışıyor olmak, iş deneyiminin fazla oluşu ve haftada 60 saatten daha az çalışmanın serbest eczanedeki hasta güvenliği kültürünü artırdığı sonucuna varılabilir. Alınan mesleki eğitimlerin yeterli oluşu, eczane çalışanlarının mesleki yeterliliğe ve tecrübeye sahip olmaları, takım çalışmasının birçok eczanede iyi yürütülebilmesi, eczanelerdeki fiziksel ortamın yeterli ve donanımlı oluşu gibi etkenlerin hasta güvenliğini sağlamada etkili olduğu bilinmektedir. Sonuç olarak anket uyguladığımız çalışma grubunda hasta güvenliği kültürü algısının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın bulgularına dayalı olarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Serbest eczanelerde personel iş yoğunluğunun ve personel üzerindeki baskının azaltılmasına yönelik iyileştirici adımlar atılabilir. Bu iyileştirmenin hasta güvenliği kültürü düzeyini artırmada önemli olacağı düşünülmektedir.

- Söz konusu anket, serbest eczanelerde çalışan eczane çalışanlarının (eczacı, eczane kalfası, stajyer eczacı, eczane elemanı) hasta güvenliği kültürü algısını belirlemede dört boyutlu yapıda geçerli ve güvenilir bir şekilde kullanılabilir.
- Bu araştırmanın çalışma grubunu 392 serbest eczane çalışanı oluşturmuştur. Daha geniş bir örneklem grubuyla çalışılması önerilebilir.
- Serbest eczaneler için hasta güvenliği kültürü anketi, orijinal formatında serbest faaliyet gösteren eczaneler için tasarlanmıştır ve Türkiye'deki anket çalışmasında çalışma grubunu serbest eczane çalışanları oluşturmuştur. Hastanelerde faaliyet gösteren eczaneler, işleyiş ve hizmet yönüyle serbest eczanelerden birtakım farklılıklar gösterir. İleride hastane eczanesi çalışanlarına yönelik hasta güvenliği kültürü algısını belirlemede kullanılacak yeni anketler tasarlanabilir ve bu çalışmadaki veriler yeni çalışmalar için yol gösterici olabilir.
- Çalışmanın verileri Şubat-Haziran 2020 tarihleri arasında Ankara ili Çankaya ilçesindeki serbest eczane çalışanlarından toplanmıştır. COVID-19 salgınının mart ayı itibariyle Türkiye'de de görülmeye başlamasıyla yurt genelinde pandemi süreci başlamıştır ve çalışmamızdaki verilerin bir kısmı bu dönemde toplanmıştır. Pandemi sürecinde hasta güvenliği kültürüne yönelik yapılan bir araştırmanın olumlu veya olumsuz bazı sonuçları olabileceği tahmin edilmekle birlikte net bir çıkarımda bulunulamamaktadır. Bu nedenle çalışmanın farklı bir zaman diliminde tekrarlanması geçerliliğine ve güvenilirliğine katkı sağlaması açısından önerilebilir.

7.KAYNAKLAR

1. Kula S, Çakar B. Maslow ihtiyaçlar hiyerarşisi bağlamında toplumda bireylerin güvenlik algısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişki, *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 2015, 6(12): 191-210.
2. Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya:Selçuk Üniversitesi, 2009.
3. Linda TK, Janet MC, Molla SD. *Institute of Medicine: To Err Is Human: Building a Safer Health System*, Washington, National Academy Press, 1999.
4. Füsun Sayek TTB Raporları / Kitapları Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, 1. Baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2011, ISBN 978-605-5867-51-5.
5. Er F, Altuntaş S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerinin belirlenmesi, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2016, 3(3): 132-139.
6. Grober ED, Bohnen JM. Defining medical error, *PubMed*, 2005, 48(1):39-44.
7. Agency for Healthcare Research and Quality. http://www.ahrq.gov. 5 Mayıs 2020.
8. Avcı K. Sağlık kurumlarında ilaç hatalarının engellenmesinde teknoloji kullanımı, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3(3):183-188.
9. Çakmak C, Konca M, Teleş M. Türkiye ulusal güvenlik raporlama sistemi (GRS) üzerinden tıbbi hataların değerlendirilmesi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2018, 21(3):423-448.
10. Seren İŞ, Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 2(15):129-135.
11. Karataş M, Yakını C. Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010, 17(3):233-236.
12. Farmakovijilans Derneği. http://farmakovijilansdernegi.org/tarihce.php. 15 Şubat 2020.

13. Özer Ö, Taştan K, Set T, Çayır Y, Şener MT. Tıbbi hatalı uygulamalar malpractise, *Dicle Tıp Dergisi*, 2015, 42(3).
14. The Academy of Managed Care Pharmacy's. Concepts in Managed Care Pharmacy Medication Errors. https://www.amcp.org/about/managed-care-pharmacy-101/concepts-managed-care-pharmacy/medication-errors. 15 Şubat 2020.
15. Toklu HZ. Eczacılık uygulamalarında akılcı ilaç kullanımı. *Turkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics*, 2015, 3(1):74-83.
16. Ekici D. Sağlık Hizmetinde Toplam Kalite Yönetimi,1. Baskı. Ankara, Sim Matbaacılık, 2013:73-80.
17. Akalın HE. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği, *Yoğun Bakım Dergisi*, 2005, 5(3):141-146.
18. Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S. Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri:Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 2008, 11(02):162-198.
19. Pharmacy Times. https://www.pharmacytimes.com/news/preventing-medication-errors-in-pharmacy. 15 Şubat 2020.
20. Carver N, Gupta V, Hipskind JE. Medical Error. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430763/. 2 Şubat 2020.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı. Güvenlik Raporlama Sistemi. https://grs.saglik.gov.tr/. 15 Mart 2020.
22. Ovalı F. Hasta güvenliği yaklaşımları, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2010, 1(1):33-43.
23. Institute for Healthcare Improvement. http://www.ihi.org/Topics/PatientSafety/Pages/default.aspx. 15 Şubat 2020.
24. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety. 5 Mayıs 2020.
25. Clarity PSO A Patient Safety Organization. https://www.claritygrp. com/blog/white-paper-journey-to-an-effective-safety-culture-part-iii. 15 Mart 2020.
26. Memorial Hospital Groups. https://www.memorial.com.tr/kurumsal/hasta-guvenlik-uygulamalari/. 15 Şubat 2020.

27. Sarp N. Hasta güvenliğinde hastanın rolü ve katılımının sağlanması, *TÜSEB Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 2018, 1(2):22-29.
28. Yılmaz C, Yılmaz N. *Osmanlılarda Sağlık,* 1.Baskı. İstanbul, Biofarma İlaç Sanayi Yayınları, 2006.
29. Korkmaz AÇ. Geçmişten günümüze hasta güvenliği, *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 2018, 6(1):10-19.
30. Chung S, Custer P. Patient safety: its history and relevance to neuro-ophthalmology, *Journal of Neuro-Ophthalmology*, 2017, 37(3):225-229.
31. World Health Organization. Patient Safety Making health care safer. www.who.int/patientsafety. 12 Mart 2020.
32. Uçkun G, Yüksel A, Demir B, Yüksel Uİ. Kurumsal itibarın artırılmasında iş sağlığı ve güvenliği kültürünün rolü ile meslek yüksekokullarında bulunan iş güvenliği uzmanlığı programının analizi, *Dergipark*, 2013, 1(2):57-67.
33. Monaca C, Bestmann B, Kattein M, Langner D, Müller H, Manser T. Assessing patients' perceptions of safety culture in the hospital setting: development and initial evaluation of the patients' perceptions of safety culture scale, *J Patient Saf.* 2020, 16(1):90-97. doi: 10.1097/PTS.0000000000000436.
34. Cheni IC, Li HH. Measuring patient safety culture in Taiwan using the hospital Survey on patient safety culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research*, 2010, doi:https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-152.
35. Özkan T, Lajunen T. Güvenlik kültürü ve iklimi, *PIVOLKA*, 2003, 2(10):3.
36. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations, *Qual Saf Health Care*, 2003;12(Suppl II):ii17-ii23.
37. Ilan R, Fowler R. Brief history of patient safety culture and science, *Evolution of Health Services Research for Critical Care*, 2005, 20(1):2-5.
38. Small SD, Barach P. Patient safety and health policy: A history and review, *Hematol Oncol Clin North Am*, 2002, 16(6):1463-1482.
39. Fleming M, Natasha W. Patient safety culture improvement tool: development and guidelines for use, *Healthcare Quarterly*, 2008(11):10-15.
40. American Pharmacists Association. Pharmacists' Impact on Patient Safety. https://www.pharmacist.com/pharmacists-impact-patient-safety. 10 Şubat 2020.

41. Sivanandy P, Maharajan MK, Rajiah K, Wei TT, Loon TW, Yee LC. Evaluation of patient safety culture among Malaysian retail pharmacists: results of a self-reported survey. *Patient Prefer Adherence*. 2016(10):1317-1325. doi:10.2147/PPA.S111537.
42. Rawlings JE, Herner SJ, Delate T, Palmer KE, Swartzendruber KA. Assessment of pharmacy department patient safety culture with the use of validated work environment survey indices, *Perm J,* 2018, (22):17-070, doi:10.7812/TPP/17-070.
43. J. P, Zhang LH, Zhang MM. Safety culture in a pharmacy setting using a pharmacy survey on patient safety culture: A cross-sectional study in China, *BMJ Open*, 2014, doi: 10.1136/bmjopen-2014-004904.
44. Aboneh EA, Look KA, Stone JA, Lester CA, Chui MA. Psychometric properties of the AHRQ community pharmacy survey on patient safety culture: a factor analysis. *BMJ Qual Saf*, 2016,25(5):355-363. doi:10.1136/bmjqs-2015-004001.
45. Alış S. Geçiş anketinin Türkçeye uyarlanması: geçerlilik ve güvenirlik çalışması. https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/gecis-olcegi-toad.pdf. 15 Mart 2020.
46. Güvendir MA, Özkan YÖ. Eğitim alanında yayımlanan bilimsel dergilerde anket geliştirme ve uyarlama konulu makalelerin incelenmesi, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2015, 14(52):23-33.
47. Nunnally JC. *Psychometric theory,* 2d Edition. NewYork: McGraw Hill, 1978.
48. Gorusch RL. *Factor analysis*, 2nd Edition. London, Hillsdale NJ:Lawrence Erlbaum Associates, 1983.
49. Tavşancıl E. *Tutumların Ölçülmesi ve Spss ile Veri Analizi*, 6.Basım. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2014.
50. Agency for Healthcare Research and Quality. Community Pharmacy Survey on Patient Safety Culture: User's Guide-2014, 20 Mart 2020.
51. Alsaleh FM, Abahussain EA, Altabaa HH. Assessment of patient safety culture: a nationwide survey of community pharmacists in Kuwait. *BMC Health Serv Res* 18, 2018, https://doi.org/10.1186/s12913-018-3662-0.

52. Aboneh EA, Stone JA, Lester CA, Chui MA. Evaluation of patient safety culture in community pharmacies, *J Patient Saf*, 2020, 16(1):e18-e24, doi: 10.1097/PTS.0000000000000245.
53. Brislin RW. Comparative research methodology:cross-cultural studies. *International journal of psychology*, 1976, *11*(3):215-229.
54. Torun N, Dinçer M, Öztaş D, Demir P, Sanisoğlu SY. Tıp fakültesi öğrencilerinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutum anketi'nin Türkçeye uyarlanması, *Journal of Contemporary Medicine*, 2018, 8(2):153-158, doi: 10.16899/gopctd.424428.
55. Groeneveld RA, Meeden G. Measuring Skewness and Kurtosis, *The Statistician*, 1984, 33(4):391-399.
56. Filiz B, Demirhan G. Gençlik Deneyimleri Anketi(GDÖ) 3.1'in Türkçeye uyarlama çalışması, *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2016, 14(1):75-91.
57. Orçan F. Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi: ilk hangisi kullanılmalı?, *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 2018, 9(4):413-421.
58. Yaşar M. İstatistiğe yönelik tutum Anketi: geçerlilik ve güvenirlik çalışması, *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2014, 36(2):59-75.
59. Sümer N. Yapısal esitlik modelleri: temel kavramlar ve örnek uygulamalar, *Türk Psikoloji Yazıları*, 2000, 3(6):49-74.
60. Cole DA. Utility of confirmatory factor analysis in test validation research, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55(4):584-594.
61. Yurdagül H. Paralel eşdeğer ve konjenerik ölçmelerde güvenirlik katsayılarının karşılaştırılması, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2005, 39(1):001-023, DOI: 10.1501/Egifak_0000000127.
62. Nunnally JC. *Psychometic Theory*, 1st Edition. McGraw-Hill, Inc. 1967.
63. Tüfekci N,Tüfekci ÖK. Bankacılık sektöründe farklı olma üstünlüğünün ve müşteri sadakatinin yarattığı değer Isparta ilinde bir uygulama, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2006, 2(4):170-183.

64. Waterson P, Griffiths P, Stride C, Murphy J, Hignett S. Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture: findings from the UK, *Qual Saf Health Care*, 2010, 19(5):e2, doi: 10.1136/qshc.2008.031625.

65. Chinthammit C, Rupp MT, Armstrong EP, Modisett T, Snead RP, Warholak TL. Evaluation of a guided continuous quality improvement program in community pharmacies, *J Pharm Policy Pract,* 2017, (5);10:26. doi: 10.1186/s40545-017-0114-x.

66. Owusu YB, Abouelhassan R, Awaisu A. Evaluation of Patient Safety Culture in Community Pharmacies in Qatar, *International Journal of Clinical Practice*,2021,(1):e14055.DOI:10.1111/ijcp.14055.

67. Herner SJ, Rawlings JE, Swartzendruber K, Delate T. Pharmacy Survey on Patient Safety Culture: Benchmarking Results, *J Patient Saf*.,2017,13(1):37-42. doi: 10.1097/PTS.0000000000000102.PMID:24721978.

68. Ashley Bowden, Pharm.D., M.S., BCPS, Shantel Mullin, Pharm.D., BCPS, Casey Tak, Ph.D., M.P.H., CCRP, Linda S Tyler, Pharm.D., FASHP, Nancy A Nickman, Ph.D., R.Ph, Krystal Moorman, Pharm.D., BCPS, Effect of a central call center on employee perceptions of safety culture within community pharmacies in an academic health system, *American Journal of Health-System Pharmacy*,2019, 76(6):360–365,https://doi.org/10.1093/ajhp/zxy071.

69. Yismaw MB, Tesfaye ZT, Hailu HG, Tegegn HG, Gebreyohannes EA. Evaluation of patient safety culture among community pharmacists in Ethiopia: A cross-sectional study, *PLoS One*, 2020, 14;15(8):e0237338. doi: 10.1371/journal.pone.0237338.

70. Ziyad SA, Ahmed MA, Latifah AA, Rawan AA, Ahmed AA, Maaly SA, Feras Ahmed SA, Nehad A. Exploring patient-safety culture in the community pharmacy setting: a national cross-sectional study, *Postgraduate Medicine*, 2021: (133):1, 57-65,DOI:10.1080/00325481.2020.1806593.

71. Nordén-Hägg A, Sexton JB., Kälvemark-Sporrong S, et al. Assessing Safety Culture in Pharmacies: The psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden, *BMC Clin Pharmacol*, 2010, (10):8 https://doi.org/10.1186/1472-6904-10-8.

8.EKLER

Ek-1.Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi'nin Orijinali

Community Pharmacy Survey on Patient Safety

This survey asks for your opinions about patient safety in this community pharmacy and takes about 15 minutes to complete. Answer only about the pharmacy location/store where you received this survey.

- **Staff** means **EVERYONE who works in this community pharmacy,** including pharmacists, pharmacy technicians, pharmacy clerks, etc.
- **Patient safety** is the prevention of patient harm resulting from the processes of health care delivery. In the pharmacy setting, it means that:
  - The right patient receives the right medication in the right dose at the right time by the right route, and
  - The patient or caregiver understands the purpose and proper use of the medication.
- A **mistake** is any type of medication error, mistake, incident, or quality-related event, regardless of whether or not it reaches the patient or results in patient harm. Mistakes may be related to, or include:
  - Prescribing, transcribing, dispensing, administering, monitoring (use of medication), unsafe conditions or procedures in the pharmacy, etc.
- If a question does not apply to you or you don't know the answer, please answer "Does Not Apply or Don't Know."

SECTION A: Working in This Pharmacy

How much do you agree or disagree with the following statements? *Remember, "staff" means everyone working in this pharmacy.*	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. This pharmacy is well organized	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
2. Staff treat each other with respect	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
3. Technicians in this pharmacy receive the training they need to do their jobs	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
4. Staff in this pharmacy clearly understand their roles and responsibilities	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
5. This pharmacy is free of clutter	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
6. Staff in this pharmacy have the skills they need to do their jobs well	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
7. The physical layout of this pharmacy supports good workflow	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
8. Staff who are new to this pharmacy receive adequate orientation	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
9. Staff work together as an effective team	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
10. Staff get enough training from this pharmacy	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9

SECTION B: Communication and Work Pace

How often do the following statements apply to this pharmacy?	Never ▼	Rarely ▼	Some-times ▼	Most of the time ▼	Always ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. Staff ideas and suggestions are valued in this pharmacy	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
2. We encourage patients to talk to pharmacists about their medications	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
3. Staff take adequate breaks during their shifts	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
4. We have clear expectations about exchanging important prescription information across shifts	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
5. Staff feel comfortable asking questions when they are unsure about something	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
6. We have standard procedures for communicating prescription information across shifts	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
7. Our pharmacists spend enough time talking to patients about how to use their medications	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
8. Staff in this pharmacy discuss mistakes	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
9. We feel rushed when processing prescriptions	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
10. It is easy for staff to speak up to their supervisor/ manager about patient safety concerns in this pharmacy	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
11. Our pharmacists tell patients important information about their new prescriptions	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
12. We have enough staff to handle the workload	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
13. When patient safety issues occur in this pharmacy, staff discuss them	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
14. The status of problematic prescriptions is well communicated across shifts	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
15. In this pharmacy, we talk about ways to prevent mistakes from happening again	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
16. Interruptions/distractions in this pharmacy (from phone calls, faxes, customers, etc.) make it difficult for staff to work accurately	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9

SECTION C: Patient Safety and Response to Mistakes

How much do you agree or disagree with the following statements?	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. Staff are treated fairly when they make mistakes.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
2. When a mistake happens, we try to figure out what problems in the work process led to the mistake.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
3. This pharmacy places more emphasis on sales than on patient safety.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
4. This pharmacy helps staff learn from their mistakes rather than punishing them	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
5. When the same mistake keeps happening, we change the way we do things.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
6. This pharmacy is good at preventing mistakes.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
7. We look at staff actions and the way we do things to understand why mistakes happen in this pharmacy.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
8. Staff feel like their mistakes are held against them ..	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
9. The way we do things in this pharmacy reflects a strong focus on patient safety.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
10. Mistakes have led to positive changes in this pharmacy.....	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9

SECTION D: Documenting Mistakes

In this pharmacy, how often are the following types of mistakes documented (in writing OR tracked electronically)?

	Never documented ▼	Rarely documented ▼	Sometimes documented ▼	Most of the time documented ▼	Always documented ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. When a mistake reaches the patient and could cause harm but does not, how often is it documented?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
2. When a mistake reaches the patient but has no potential to harm the patient, how often is it documented?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9
3. When a mistake that could have harmed the patient is corrected BEFORE the medication leaves the pharmacy, how often is it documented?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5	☐9

SECTION E: Overall Rating

1. **Think back on the survey topics and the definition of patient safety—dispensing the right medication accurately and making sure patients understand their medications and how to use them:**

   How do you rate this pharmacy on patient safety?

Poor	Fair	Good	Very good	Excellent
☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

SECTION F: Background Questions

1. **How long have you worked in this pharmacy?**

   ☐a. Less than 6 months
   ☐b. 6 months to less than 1 year
   ☐c. 1 year to less than 3 years
   ☐d. 3 years to less than 6 years
   ☐e. 6 years to less than 12 years
   ☐f. 12 years or more

2. **Typically, how many hours per week do you work in this pharmacy?**

   ☐a. 1 to 16 hours per week
   ☐b. 17 to 31 hours per week
   ☐c. 32 to 40 hours per week
   ☐d. More than 40 hours per week

3. **What is your position in this pharmacy?** ***Check ONE category that best applies to your job.***

   ☐a. Pharmacist (including pharmacy manager, lead pharmacist, pharmacist-in-charge, staff pharmacist)
   ☐b. Pharmacy technician (including lead technician and staff technician)
   ☐c. Pharmacy clerk or pharmacy cashier
   ☐d. Pharmacy student intern/extern
   ☐e. Other (Please write your job title): _____

SECTION G: Your Comments

Please feel free to write any comments about how things are done or could be done in your pharmacy that might affect patient safety.

THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.

Ek-2.Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi'nin Türkçe Uyarlaması

ANKET FORMU

Bu anket formu Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü'nde yürütülmekte olan ***"Serbest Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Kültürü Anketi'nin Türkçe Versiyonu: Eczane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi"*** başlıklı yüksek lisans tez çalışması için yapılmaktadır. Bu anket, Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı'nın (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) izniyle İngilizceden Türkçeye tercüme edilmiştir. Sizlerden edinilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak olup kesinlikle gizli tutulacak, kişisel değerlendirmelerde bulunulmayacak ve araştırmanın amaçları dışında kullanılmayacaktır. Katkılarınız bizim için önemlidir. Şimdiden değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz**.**

Sümeyye Hatice KURT
AYBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
(Yüksek lisans Öğrencisi)

Dr.Öğr. Üyesi Nazan TORUN
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Sağlık Yönetimi Bölümü
(Tez Danışmanı)

Bu anket, size eczane ortamında hasta güvenliği konusundaki görüşlerinizi sormaktadır ve tamamlanması yaklaşık olarak **15 dakika** sürmektedir.

- Çalışanlar denildiğinde eczanede çalışan eczacılar, eczane kalfası, eczane elemanı vb. tüm eczane ekibi kastedilmektedir.
- **Hasta güvenliği**, hastanın sağlık hizmeti alım sürecinin olumlu sonuçlanmasını ifade etmektedir. Hasta güvenliği ile doğru hastanın, doğru zamanda, doğru yoldan, doğru ilaçlara, doğru dozdan ulaşması ve hastanın veya hastadan sorumlu kimsenin, ilaçların doğru ve amacına uygun kullanımını algılayabilmesi kastedilmektedir.
- **Hata**; hastanın ilacı kullanmasına ya da zarar görmesine bakılmaksızın, herhangi bir ilaç hatası, yanlışlığı veya kalitesi ile alakalı sorunları ifade etmektedir. Hatalar şunlarla alakalı olabilir ya da şunları kapsayabilir: reçete yazmak, ilaç hazırlamak, yönlendirmek, ilaç kullanımını gözlemleme gibi tehlikeli durumlar veya eczacılık prosedürleri, vb.
- Eğer bir soru sizin cevabınıza uymuyorsa veya cevabını bilmiyorsanız, lütfen "Cevap vermek istemiyorum ya da cevabı bilmiyorum" seçeneğini işaretleyiniz.

Demografik Bilgiler:

1. Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )
2. Yaşınız:
3. Eğitim Durumunuz: İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( )
   Önlisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü ( )

4. Bu eczanede ne kadar süredir çalışmaktasınız?..... yıl……..ay
5. Genellikle, bu eczanede haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?..... saat
6. Bu eczanedeki çalışma pozisyonunuz nedir? İşinize en uyumlu olan BİR kategoriyi seçiniz.

   ( ) Eczacı (Eczane müdürü, Lider kişi, Sorumlu eczacı, personel eczacı)
   ( ) Eczacı kalfası (lider kalfa ve çalışan kalfa)
   ( ) Eczane elemanı ya da eczacı kasiyeri
   ( ) Eczacılık öğrencisi / stajyer
   Diğer (Lütfen iş ünvanınızı belirtiniz):…….

BÖLÜM A: Bu Eczanede Çalışmak

Sıralanan durumların ne kadarına katılıyor veya katılmıyorsunuz? *Unutmayın, "çalışanlar" bu eczanede çalışan herkesi kapsamaktadır.*	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	NE KATILIYORUM NE DE KATILMIYORUM	KATILIYORUM	KESİNLİKLE KATILIYORUM	CEVAP VERMEK ISTEMIYORUM YA DA CEVABI BILMIYORUM
1.Bu eczane iyi şekilde organize olmuş durumdadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.Çalışanlar birbirlerine saygılı davranır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.Bu eczanede çalışan eczane kalfaları işlerinde ne yapmaları gerektiği ile alakalı gerekli eğitimi almaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.Bu eczanede çalışanlar rollerinin ve sorumluluklarının bilincindedir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5.Bu eczane dağınıklıktan uzaktır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Bu eczanede çalışanlar, işlerini iyi yapmak için gerekli yeteneğe sahiptirler.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Bu eczanenin fiziksel düzeni işlerin yapılışını kolaylaştırmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8.Bu eczanede, yeni işe başlamış çalışanların uyum sağlaması için yeterli destek sağlanmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9.Çalışanlar bir arada etkili bir takım olarak çalışmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10.Bu eczanede çalışanlar, yeterli düzeyde eğitim almaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

BÖLÜM B: İletişim ve İşleyiş

Sıralanan durumlar ne sıklıkla bu eczanede uygulanmaktadır?	ASLA	NADİREN	BAZEN	ÇOĞU ZAMAN	HER ZAMAN	CEVAP VERMEK İSTEMİYORUM YA DA CEVABI BİLMİYORUM
1.Bu eczanede çalışanların fikir ve önerilerine önem verilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.Hastaları, ilaçları hakkında eczacılarla konuşması için cesaretlendiririz.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.Çalışanlar, vardiyaları sırasında yeterli molayı alabilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.Vardiyaların değişimlerinde önemli bilgilerin diğer çalışanlara aktarılması konusunda açık beklentilerimiz bulunmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5.Çalışanlar, emin olmadıkları herhangi bir konu hakkında soru sorarken kendilerini rahat hissetmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.Vardiyalar arasında önemli bilgilerin aktarılması konusunda standart prosedürlerimiz bulunmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.Eczacılarımız, hastalarla, ilaçların nasıl kullanılması gerektiği hakkında konuşmak için gerekli zamanı harcamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8.Bu eczane çalışanları hatalar üzerinde tartışmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9.Reçetedeki ilaçları hastalara sağlarken acele ettirildiğimiz hissine kapılmaktayız.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10.Bu eczane çalışanları hasta güvenliği konularını üstleriyle rahatlıkla konuşabilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11.Eczacılarımız, hastaların reçetelerindeki yenilikler hakkındaki önemli bilgileri hastalara aktarmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12.İş yükünün paylaşılabilmesi için yeterli çalışana sahibiz.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13.Bu eczanede, hasta güvenliği ile alakalı bir sorun oluştuğunda, çalışanlar bu durumu aralarında tartışmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14.Reçetelerdeki problemler vardiya değişikliklerinde etkili şekilde aktarılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15.Bu eczanede, yapılan hataların tekrarlanmamasının yollarını aramızda konuşuruz.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16.Bu eczanede, işi sekteye uğratan ve dikkat dağıtıcı etkenler (telefon çağrıları, fakslar, müşteriler vb.) çalışanların düzenli bir şekilde çalışmasını zorlaştırmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

BÖLÜM C: Hasta Güvenliği ve Hatalara Verilen Cevaplar

Sıralanan durumların ne kadarına katılıyor veya katılmıyorsunuz?	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	NE KATILIYORUM NE DE KATILMIYORUM	KATILIYORUM	KESİNLİKLE KATILIYORUM	CEVAP VERMEK ISTEMIYORUM YADA CEVABI BILMIYORUM
1.Çalışanlara, hata yapmaları durumunda adil davranılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.Bir hata oluştuğunda, hangi problemlerin bu hataya yol açtığını bulmak için çaba gösteririz.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.Bu eczanede satışa, hasta güvenliğinden daha fazla önem verilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.Bu eczanede, çalışanların hatalarından dolayı cezalandırılması yerine, hatalarından ders çıkarmalarına yardımcı olunmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5.Aynı hatalar oluşmaya devam ediyorsa işin yapılma şeklini değiştiririz.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.Bu eczane hataların engellenmesinde başarılıdır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.Bu eczanede oluşan hataların nedenini anlamak için, çalışanların davranışlarına ve işleri halletme biçimimize bakarız.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8.Çalışanlar yaptıkları hataların aleyhlerinde kullandıklarını düşünmektedirler.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9.Bu eczanede işlerin yapılma şekli, hasta güvenliğine etkili bir şekilde odaklanıldığını yansıtmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10.Bu eczanede hatalar olumlu değişimlerin olmasına yol açmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

BÖLÜM D: Hataların Kaydedilmesi

Bu eczanede, sıralanan hatalar ne sıklıkla kaydedilmektedir? (Yazılı ya da elektronik yollar ile)	ASLA	NADİREN	BAZEN	ÇOĞU ZAMAN	HER ZAMAN	CEVAP VERMEK İSTEMİYORUM YA DA CEVABI BİLMİYORUM
1.Oluşan herhangi bir hata hastaya ulaştığında ve zarar verebilecekken zarar vermemesi halinde, bu olay ne sıklıkla kaydedilmektedir?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.Oluşan herhangi bir hata hastaya ulaştığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında, bu olay ne sıklıkla kaydedilmektedir?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.Hastaya zarar verebilecek bir hata, hasta eczaneden ayrılmadan ÖNCE düzeltilirse, bu olay ne sıklıkla kaydedilmektedir?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Anket konularını ve hasta güvenliğinin tanımını tekrar düşününüz. Doğru ilaçların doğru şekilde dağıtılmasını ve hastaların ilaçlarını nasıl kullanacaklarını anlamalarını sağlayınız: Bu eczanenin hasta güvenliği ile alakalı göstermiş olduğu tutumu nasıl değerlendirirsiniz?

- Zayıf ☐
- Orta ☐
- İyi ☐
- Çok İyi ☐
- Mükemmel ☐

Ek-4.AHRQ İzin Maili

SS

Safety Culture Surveys <SafetyCultureSurveys@westat.com>
30.05.2019 Per 16:21
Kime: Siz
Bilgi: Randie Siegel

Dear Sümeyye Hatice Kurt,

Thank you for the additional information about your use of the Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS™). We have been authorized to respond on behalf of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) by Ms. Randie Siegel, Deputy Director, Office of Communications. As the Surveys on Patient Safety Culture support contractor, we handle the majority of permissions for these tools and maintain an electronic community for International users.

Based on the description you provided about your project, AHRQ grants you permission to translate the Community Pharmacy Survey on Patient Safety Culture into Turkish. Further, this letter constitutes permission to use the translation in your research at multiple pharmacies in Turkey.

For each copy of the survey you administer, AHRQ requests that the survey contain the statement: "Translated from English with permission of the United States Agency for Healthcare Research and Quality." All reports, professional publications, graduate theses, or Web site postings should properly credit AHRQ using the following citation:

Surveys on Patient Safety Culture™. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD USA. https://www.ahrq.gov/sops/index.html

Additionally, you may find it helpful to review the Translation Guidelines document, available on the AHRQ Web site:
https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/resources/transguide.pdf.

If you have questions about permissions issues, please feel free to contact Ms. Siegel (copied on this email).

Sincerely,
Darby

****

AHRQ Surveys on Patient Safety Culture™ Technical Assistance
Westat | 1700 Research Blvd | Rockville, MD 20850
phone: 1-888-324-9749 | fax: 1-888-852-8277 | email: SafetyCultureSurveys@westat.com

Ek-5.Ankara Eczacı Odası İzin Maili

Kİ

Kemal İkidağ <kemal.ikidag@aeo.org.tr>
21.08.2019 Çar 17:11
Kime: Siz

Sn. Sümeyye Hatice KURT

"Eczaneler İçin Hasta Güvenliği Anketi"ni serbest eczanelerde uygulama talebiniz Odamız Yönetim Kurulunun 104. Toplantısında görüşülmüş ve uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

--

Ecz. Kemal İKİDAĞ
Genel Sekreter Yardımcısı
Olgunlar sok. No:32 Kızılay / ANKARA
425 07 08/ 132

Ek-6.Kongre Katılım Belgesi



III. Uluslararası Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırmaları Kongresi

3rd International Congress on Medical and Health Sciences Research

13-14 March / Mart - Ankara / Türkiye

CERTIFICATE ATTENDANCE

Sümeyye Hatice Kurt

13-14 Mart 2020 tarihleri arasında Ankara'da düzenlenen 3. Uluslararası Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırmaları Kongresi'nde (UTSAK) sözlü bildiri sunarak, yaptığınız katkılardan dolayı teşekkür ederiz

Thank you for attending to the oral presentation of the 3rd International Congress on Medical and Health Sciences Research held on 13-14 March, 2020 in Ankara

"ECZANELERDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE YÖNELİK ALGILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ"

Prof. Dr. Ergin KARİPTAS
Düzenleme Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Hasan OKTAY
Rektör V.

www.utsakcongress.com