

HANIİE BALIK

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2014

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**ACİL SERVİSLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTA
GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARI**

HANİFE BALIK

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. HÜLYA KAYA**

**HEMŞİRELİKTE EĞİTİM ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ÖĞRETİMİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2014

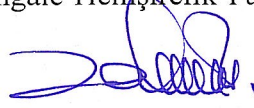
TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Hanife Balık tarafından hazırlanan Acil servislerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

14 / 07 / 2014

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası
1.Doç.Dr.Rengin Acaroğlu İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik
Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



2.Doç.Dr.Hülya Kaya(Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelikte
Eğitim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



3.Doç.Dr.Hatice Kaya İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Esasları
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4.Doç.Dr.Ayfer Özbaş İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



5.Yard.Doç.Dr.Nuray Akyüz İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi /Cerrahi
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Hanife BALIK (İmza)



ITHAF

“Bu çalışmayı yaşamımın her döneminde benimle birlikte olan ve benden hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen canım aileme ithaf ediyorum.”

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bana her daim bilgisini, deneyimlerini aktaran ve rehberlik ederek desteğini sakınmayan tez danışmanım Doç. Dr. Hülya Kaya'ya,

Eğitimim süresince benden manevi desteklerini esirgemeyen Yard. Doç. Dr. Emine Şenyuva ve Araş. Gör. Gönül Bodur'a,

Hemşirelik mesleğinin farklı boyutlarını görmeme destek sağlayan ve beni aydınlatan Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim üyesi Doç. Dr. Rengin Acaroğlu, Doç. Dr. Merdiye Şendir, Doç. Dr. Hatice Kaya, Yard. Doç. Dr. Funda Büyükyılmaz, Yard. Doç. Dr. Aylin Özakgöl ve değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hemşire meslektaşlarıma teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Acil Sağlık Hizmetleri	3
2.1.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi	4
2.2. Acil Servislerde Hasta Güvenliği.....	6
2.2.1. Hasta Güvenliği.....	6
2.2.2. Hasta Güvenliği Kültürü	9
2.2.3. Hasta Güvenliğinin Tarihçesi.....	11
2.2.4. Hasta Güvenliği Uygulamaları.....	12
2.3. Acil Servislerde Hasta Güvenliğinin Sağlanması ve Sürdürülmesinde Acil Servis Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları	21
2.4. İlgili Çalışmalar	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi	28
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	28
3.3. Araştırma Verilerinin Toplanması	30
3.3.1. Veri Toplama Araçları	30
3.3.1.1. Bilgi Formu	30
3.3.1.2. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği	30
3.4. Verilerin Toplanması ve Etik Konular.....	31

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
3.7. Araştırmanın Güçlükleri	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	33
4.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarına İlişkin Bulguları	36
4.3. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği	37
Tutumlarına İlişkin Bulgular.....	37
5. TARTIŞMA	49
5.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri	49
5.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları.....	50
5.3. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hasta Güvenliğine İlişkin	51
Tutumları.....	51
KAYNAKLAR	55
HAM VERİLER	64
FORMLAR	65
PATENT HAKKI İZİNİ	84
TELİF HAKKI İZİNİ.....	85
ÖZGEÇMİŞ	86

TABLolar LISTESi

Tablo 4-1- 1: Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	33
Tablo 4-1- 2: Hemşirelerin Yaş ve Çalışma Süreleri Ortalamaları.....	35
Tablo 4-2- 1: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	36
Tablo 4-3- 1: Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	37
Tablo 4-3-2: Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	38
Tablo 4-3-3: Hemşirelerin Toplam Çalışma Sürelerine göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	39
Tablo 4-3-4: Hemşirelerin Acilde Çalışma Sürelerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	40
Tablo 4-3-5: Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	41
Tablo 4-3-6: Hemşirelerin Acil Bakım Hemşireliği Sertifikası Sahibi Olmalarına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	42
Tablo 4-3-7: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Durumlarına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	43
Tablo 4-3-8: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Kendilerini Yeterli Hissetme Durumlarına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	44

Tablo 4-3-9: Hemşirelerin Kalite Eğitimi Alma Durumlarına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	45
Tablo 4-3-10: Hemşirelerin Kalite Belgesi Olan Hastanede Çalışma Durumlarına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	46
Tablo 4-3-11: Hemşirelerin Kalite Belgesi Olan Acil Birimde Çalışma Durumlarına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	47

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil tablosu ögesi bulunamadı.

SEMBOLLER / KISALTMALAR LISTESİ

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- AHRQ** : Agency for Research and Quality-Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı
- ANA** : American Nurses Association-Amerikan Hemşireler Birliği
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- EPUAP** : European Pressure Ulcer Advisory Panel-Avrupa Basınç Ülserleri Tavsiye Paneli
- IOM** : Institute of Medicine-Tıp Enstitüsü
- ICN** : International Council of Nurses-Uluslar arası Hemşireler Konseyi
- JCAHO** : Joint Commission: Accreditation, Health Care, Certification-Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu
- JCI** : Joint Commission International-Uluslararası Akreditasyon Komisyonu
- NCC MERP:** The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention-İlaç Uygulama Hataları ve Önlenmesi Ulusal Koordinasyon Konseyi
- NPSA** : National Patient Safety Agency-Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı
- NRS** : Numerical Rating Scale- Sayısal Ölçekler Skalası
- TDK** : Türk Dil Kurumu

ÖZET

Balık, H. (2014). Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Eğitim AD. Yüksek Lisans. İstanbul.

Çalışma, acil servis hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı türde gerçekleştirildi.

Araştırmanın evrenini, İstanbul İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı tüm branşlarda hizmet veren genel eğitim araştırma hastanelerinde (12 hastane) çalışan hemşireler, örneklem grubunu ise bu hastanelerin acil servislerinde çalışan toplam 189 hemşire oluşturdu. Araştırmanın verileri, "Bilgi Formu" ve "Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği" ile toplandı. Veriler, SPSS 15.0 paket programı ile analiz edildi ve verilerin değerlendirilmesinde psikometrik analizler (iç tutarlık katsayısı), tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), parametrik (t-testi, One Way ANOVA) ve parametrik olmayan (Chi Square, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U) karşılaştırma istatistikleri kullanılırken, çoklu karşılaştırmalarda ileri analiz yöntemi olarak Tukey HSD testinden yararlanılarak veriler analiz edildi.

Hemşireler Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nde $133,12 \pm 23,56$ puan ve ölçeğin alt boyutlarından; iş doyumunu alt boyutundan $36,67 \pm 9,02$ puan, ekip çalışması alt boyutundan $31,71 \pm 6,7$ puan, güvenlik iklimi alt boyutundan $13,51 \pm 3,48$ puan, yönetim anlayışı alt boyutundan $18,76 \pm 5,47$ puan, stresi tanımlama alt boyutundan $15,80 \pm 3,84$ puan ve çalışma koşulları alt boyutundan da $16,67 \pm 4,01$ puan aldıkları saptandı. Hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin orta düzeyde olumlu tutuma sahip olduğu saptandı.

Hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hemşire olarak çalışma süresi, acil serviste çalışma süresine göre hasta güvenliği tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı fakat yaş grupları arasında hasta güvenliği tutum ölçeğinin stresi tanımlama alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Acil bakım hemşiresi sertifikası olma durumu, hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumu, kalite konusunda eğitim alma durumu, hastanenin ve acil servisin kalite belgesi olma durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı.

Sonuçlar, hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının geliştirilmesi gerektiğini gösterdi.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, acil servis, hasta güvenliği, güvenlik kültürü, tutum.

ABSTRACT

Balık, H.(2014),The attitudes of nurses working for the Department of Emergency towards Patient Safety. Istanbul University, Institute of Health Science, the Department of Nursing Education, Master's Thesis, Istanbul

This descriptive research was planned to assess the attitudes of nurses working for the department of Emergency. The research comprised nurses working for different research and training hospitals which have a connection with the Istanbul Provincial State Hospitals and in terms of sampling group there were 189 nurses working for these hospitals. " Information Form" and " Patient Safety Attitude Scale" were used for data collection. The data were analyzed via SPSS 15.0 packet programme and then the psychometric analyses, descriptive statistics, comparison of parametric and nonparametric statistics were used for data evaluation. In addition to this, an advanced analysis method called Tukey HSD was used for multiple comparisons.

Nurses in Patient Safety Attitudes Questionnaire subscales of the scale of 133.12 ± 23.56 points; sub-dimensions of job satisfaction score of 36.67 ± 9.02 , 31.71 ± 6.7 points from the sub teamwork, safety climate subscale score from 13.51 ± 3.48 , 18.76 ± 5.47 points from the sub management approach, 15.80 ± 3.84 points lower than the size of defining stress and working conditions in the sub-dimension scores were found to be 16.67 ± 4.01 . The medium-level nurses to patient safety was found to have a positive attitude.

There were no significant difference among the age, gender, level of education, working time, patient security attitude score of nurses statistically but it was fact that there were diversities among age groups how to being identified of stress subscale by Patient Security Attitude Scale. It was identified that there were no crucial differences among taking the certificate of emergency care nurse, having education about patient security and taking the certificate of quality for hospitals and Emergency Service.

Results of nurses to patient safety showed that attitudes need to be developed.

Key Words: Nursing, emergency department, patient safety, culture of safety, attitude.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetleri tüm ülkelerin öncelikli konusu olmakla birlikte, hizmetin sunumu sırasında yaşanan tıbbi hatalar hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları olumsuz şekilde etkilemektedir (WHO 2006). Sağlık bilimlerinin temel taşlarından biri olan “Zarar vermeme ilkesi” doğrultusunda, sağlık hizmeti sunumu öncelikle hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğine odaklanmakta ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinin her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır (Gürel 2012; Tunçel 2013). Sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri nedeniyle hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlıkta güvenlik kavramını ön plana çıkarmaktadır (Tanrıku 2010). Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) 2007 yılında “Olumlu Çalışma Ortamlarının, Kaliteli İş Yerleri ile aynı anlama geldiğini ve bu durumunun “Kaliteli Hasta Bakımı” na yansıdığını içeren teması ile çalışan ve hasta güvenliğine dikkat çekmiştir. Eş zamanlı olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Ekim 2007’de Cenevre’de Avrupa Komisyonunun desteklediği uluslararası konferansta her yıl Dünya’da yaklaşık olarak 10 milyon insanın önlenemez tıbbi uygulamalar nedeni ile sakatlandığını veya öldüğünü vurgulayarak hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması çağrısında bulunmuş, 2009 yılında hasta güvenliği konusuna dikkat çekmek için “Temiz bakım güvenli bakım”, 2010 yılında ise “Güvenli cerrahi hayat kurtarır” sloganlarıyla dünya genelinde çalışmalarda bulunduğunu bildirmiştir (WHO 2007; WHO 2010; Gürel 2012;). İnvaziv girişimlerin gerçekleştirildiği cerrahi birimlerde yanlış hasta, yanlış taraf ve yanlış cerrahi gibi tıbbi hataların sıkça görüldüğü ve de bunlarla ilişkili kayıp ve sakatlıkların yaşandığı bildirilmektedir (Kırılmaz 2010).

Acil servislerin ise çeşitli özellikleri nedeniyle; kontrol edilemeyen iş yükü, çok sayıda ve tahmin edilemeyen hasta yoğunluğu, bir hastanın bakımına çok sayıda sağlık profesyonelinin dahil olması gibi nedenlerle hasta güvenliği açısından riskli yerler olduğu bilinmekle birlikte, acil servislerde ortaya çıkan hataların ve bu hataların yol açtığı komplikasyonların çok ciddi olduğu fakat bu komplikasyonların önlenebilirlik oranının, klinikler, doğumhane, ameliyathane ve yoğun bakım ünitelerinden daha fazla olduğu belirtilmektedir (Robinson 2002; Cebeci 2010).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)' nde Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine - IOM) tarafından 1999 yılında yayımlanan raporda, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında oluşan tıbbi hatalar ortaya konmuş; kaliteli bir sağlık hizmetinin sağlanması ve devam ettirilmesinde vazgeçilmez unsurun hasta güvenliği olduğu bildirilmiş, tıbbi hataların her yıl 98.000 hastanın ölümüne neden olduğu ve önde gelen ölüm nedenleri arasında yer aldığı ve de bununla birlikte her yıl 29 milyar dolar maddi kayba neden olduğu belirtilmiştir. İngiltere'de ise her yıl hastaneye kabullerin yaklaşık %10'unun tıbbi hataya maruz kaldığı belirtilmektedir. Bu oran İspanya, Fransa ve Danimarka' da da yaklaşık olarak aynıdır (WHO 2010). DSÖ' ne göre her 10 hastadan biri tıbbi hatalar nedeniyle ciddi olarak zarar görmektedir (WHO 2004).

IOM' ın 2001 yılında yayımladığı raporda; hastanelerin acil servislerine başvuran her 100 hastadan 18' nin tıbbi hatalar nedeni ile zarar gördüğü belirtilmiş, 2006 yılında yayımladığı rapora göre ise, acil servislerdeki kalabalığın hasta güvenliğini riske soktuğu ve muhtemel hata oranı riskini arttırdığı belirtilmiştir. Ayrıca acil servislere yönelik tıbbi hata raporlarını içeren veriler olmasına rağmen tıbbi hataların insidansına yönelik çok fazla veri bulunmamaktadır.

Sağlık kuruluşlarının en hareketli, yoğun, stresli, karmaşık bölümü olan, yaşamın kurtarılmasının hedeflendiği, acil girişim gerektiren hastaların değerlendirildiği, tedavi edildiği ve bakımının yapıldığı acil birimler hasta güvenliği açısından büyük bir öneme sahiptir. Acil birimler henüz tanısı konulmamış ve her yaştaki bireyi barındırması, fonksiyonların çokluğu, çeşitliliği gibi nedenlerle tıbbi hata riskinin yüksek olduğu birimlerdir. Bu durum, hasta güvenliğini daha da önemli kılmakta ve hasta güvenliğinin sağlanması konusunda sağlık ekibi içinde hemşirelere büyük bir sorumluluk yüklemektedir. Hemşirelerin bu sorumluluğu yerine getirmesinde konuyla ilişkin bilgi ve becerilere sahip olmasının yanı sıra bunları uygulamaya geçirmesinde hasta güvenliğine yönelik olumlu bir tutuma sahip olması hayati önem taşımaktadır (Carroll 2005; Akyolcu ve ark. 2006).

Bu bilgiler ışığında araştırma, acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının belirlenmesi ve ileride konu ile ilgili yapılacak çalışmalara kaynak oluşturmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Sağlık Hizmetleri

Acil birimler, yaşamı tehdit eden durumlarda hastaların var olan gereksinimlerini karşılamak amacıyla tasarlanan, donatılan ve gerekli hizmeti sunacak çalışanlardan oluşan ve farklı nedenlerle gelen hastaların aynı anda değerlendirildiği, hastaların yaşamları ile ilgili kritik kararların anında verildiği ve de ölüm oranlarının yüksek olduğu yerlerdir (Kanan 2002; Kavlu ve ark. 2009). Sağlık Bakanlığı tarafından 1 Nisan 2005 tarih ve 8720 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği” nce; acil birim, poliklinik hizmetlerine ihtiyacı olmayan, durumu acil olan hastaların öncelikli müdahalelerinin yapıldığı birim olarak tanımlanmaktadır. Acil birim uzmanlaşmış bir ekip ile yılın 365, haftanın 7 günü ve günün 24 saati hizmet veren, hastaneye acil olarak başvuran hastanın şikayetlerini ilk planda ve hızla çözebilecek bir alt yapıya sahip, temel sorunu belirleyecek ve tedavi edecek donanımı bulunan, kısa süreli tedavi ve gözlem gerektiren, vakalara müdahaleyi geciktirmeden veren bütüncül bir sistem ağı olarak tanımlanmış ve daha sonra 16 Ekim 2009 tarih ve 27378 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ" de acil servis hizmetleri; ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri beklenmeyen durumlarda oluşan sağlık sorunlarında sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastanın, acil serviste görevli sağlık personeli tarafından tıbbi araç ve gereç desteği ile değerlendirilmesi, tanısının konulması, tıbbi müdahale ve tedavisinin yapılması için yataklı sağlık tesislerinde sunulan acil sağlık hizmetleri olarak daha kapsamlı tanımlanmıştır. Acil servise başvuran hastaların çoğunda hızlı, doğru ve kesintisiz hizmet sunma zorunluluğu, acil servislerin fiziksel yapı ve personel gücü bakımından diğer bölümlerden farklı olmasını gerektirmektedir. Hastane içinde, birim/ bölüm olarak hizmet vermek üzere kurulan acil birim, bölge halkının gereksinimlerine uygun, ortalama olarak her 150.000 nüfusa 30-35 yatak düşecek şekilde, günün 24 saati sürekli bakım hizmetini ve acil durumlarda kolay ve basit bir işleyiş düzenini sağlayan, servisler arasında iletişimi kolaylaştıran ve entegrasyonu sağlayan bir yapıda olması gerekmektedir (Babadağ 1990; Adaş ve ark. 1998; Kılıçaslan ve ark. 2005). Yaşamı tehdit eden durumlarda hastaların gereksinimlerini karşılamak amacıyla tasarlanan,

donatılan ve gerekli hizmeti sunacak sağlık personelinin bulunduğu birimlerdeki acil birim ekibinin temel amacı; bakım hizmetlerinin güvenli, yeterli ve zaman kaybı olmaksızın etkin olarak sunulmasıdır (Kanan 2002).

Acil birimler; yataklı birimlere gereksiz hasta yatırılması ve tetkik yapılmasını engellemede, hastanede kalış süresini azaltmada, klinik bulguları şüpheli olan vakaların tanı ve tedavilerinin gecikmesini önlemede, hastanın daha hızlı taburcu edilerek hasta memnuniyetini artırmada oldukça önemli birimlerdir (Dinçer 2011).

2.1.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

Acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişim sürecine bakıldığında; ilk uygulamalara yaraların yaprakla örtüldüğü ya da donan bir insanın mağara içine alındığı ilkel toplumlarda rastlanmaktadır. M.Ö. Homer' in yaralıların kaza alanındaki tedavilerinden söz etmesi, Orta Çağ'da (M.S. 476-1453), yara iyileşmesine yönelik yapılan uygulamaları gösteren kanıtlara rastlanması acil sağlık hizmetlerinin tarihçesinde önemli adımlardandır. İlk yardımın kurucusu olan cerrah Esmarsch Schleswig (1823-1908, Hollanda) "Savaş Alanında İlk Yardım" ve "Yaralılara İlk Yardım" isimli kitapları yazması, 1863'te İsviçre' de Kızılhaç kurulması, Kızılhaç'tan sonra Kızılhaç ve Samaritanlar gibi gönüllü kuruluşların ilk yardım ve tıbbi yaralı taşımacılığı sistemini başlatması, 1877' de İngiltere' de "Acil Yardım Teşkilatı" kurulması ve bu teşkilatın 1884' te sertifika vermeye başlaması acil sağlık hizmetlerinde önemli gelişmelerdir.

Amerika' da acil tıp, daha çok 1960'lı yıllarda önem kazanmaya başlamış, 1968 yılında Amerikan Acil Tıp Okulu kurulmuş ve bu okul 1969'da Amerika'da ilk sertifika programını başlatmıştır. Acil servislere yönelik ilk yardım yasası ilk olarak 1973 yılında Amerika' da geliştirilmiştir (Suter 2012). Bu gelişmelere paralel olarak birçok ülkede de acil servis hizmetlerinde ilerlemeler kaydedilmiştir.

Türkiye'de; acil sağlık hizmetlerinin ilk adımları, Kırım Savaşı (1853-1856) sırasında yaralı askerlere bakım veren Florance Nightingale ile atılmıştır. 1913-1914 yıllarında üniversitelerde düzenlenen kurslara katılan ve Türkiye'nin ilk hemşiresi olan Safiye Hüseyin Elbi, Çanakkale Savaşı sırasında hastaneye dönüştürülen Reşit Paşa gemisinde yaralı askerlere bakım vermiştir. 1960' lı yıllarda ise Kızılay İlk Yardım Kursları açmaya başlamış ve Türkiye'nin bütün illerinde ve birçok ilçesinde şubeler açmıştır. 1985 yılında Ankara Numune Hastanesi bünyesinde Hızır Acil Servis Hizmeti

başlatılmış ve buna bağlı olarak Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Sosyal Sağlık Kurumu (SSK) Hastanelerinde acil bölümleri kurulmuştur. 30 Nisan 1993 tarih ve 21567 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak “İlk ve Acil Yardım” adı ile kabul edilen “Acil Tıp Uzmanlık Anabilim Dalı”nda uzmanlar yetişmeye başlamış, 1994 yılında ilk araştırma görevlileri, bu anabilim dalında görev almıştır. 1995 yılında Acil Tıp Derneği, Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği kurulmuştur. 2001 yılında 14 olan anabilim dalı sayısı, 2004’ de 26’ ya yükselmiştir. Üniversitelerin Sağlık Meslek Yüksek Okulları’ nda Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği Bölümleri açılarak bu bölümlerden mezun olanlar (paramedikler) 112 Hızır/Acil ambulanslarında görev almaya başlamıştır (Koç 2009; Bayar 2013). Bu hızlı gelişmeler ışığında, modern tıbbi yaklaşımlarda atılan adımlar, araç gereçlerdeki teknolojik gelişmeler, hedef toplumun daha geniş bir coğrafik alanda hizmet beklemesi ve artan hasta popülasyonu ile birlikte hastaların beklentilerinin de artması gibi nedenler acil sağlık hizmetlerinde bazı değişimlerin olmasını zorunlu kılmıştır (Eryılmaz 2007). 16 Ekim 2009 tarih ve 27378 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ" ile acil servisler, amaçlarına göre etkin ve verimli bir hizmet sunabilmek, acil birimlerde daha kolay ve basit bir işleyiş sağlayabilmek için acil hasta kapasitesi, acil vakaların özelliği ve vakanın branşlara göre ağırlıklı oranı, fiziki şartları, bulundurduğu malzeme, tıbbi donanım ve personelin niteliği, hizmet verdiği bölgenin özellikleri, bulunduğu konum, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak I. II. ve III. Seviye olarak derecelendirilmiştir.. Bu tebliğde seviyeler açık olarak tanımlanmıştır.

Seviye I; acil servis hizmetlerinin nöbetçi uzman hekimin denetim ve gözetiminde, ağırlıklı olarak pratisyen hekimlerce 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak yürütüldüğü, ilgili branşlarda uzman hekim hizmeti gerektiren hastaların bu gereksinim icap nöbeti (evde nöbet) yöntemi ile karşılandığı, üst düzey bakım gerektiren hastaların stabilizasyonu sağlandıktan sonra ileri seviyeli acil servislerin bulunduğu sağlık tesislerine sevk edildiği, daha çok ayakta stabil hastaların muayene, tetkik ve tedavilerinin yapılabilirdiği, gerektiğinde kısa süreli müşahedenin sağlanabildiği acil servislerdir.

Seviye II; acil hastaların pratisyen hekimlerce karşılandığı, dahili veya cerrahi branşlardan en az birer uzmanın sorumluluğunda, 24 saat kesintisiz hizmet esasına

dayalı olarak uzman düzeyinde acil sağlık hizmetinin verilebildiği, diğer branş uzmanlarının ise ihtiyaca göre icap (evde nöbet) yöntemi ile acil sağlık hizmeti sunduğu acil servislerdir.

Seviye III; bünyesinde dahiliye, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, ocuk sağlığı ve hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji ile beyin cerrahi, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon branşlarında ve bu branşlara ilave olarak hasta yoğunluğuna göre gerektiğinde diğer branşlarda da 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak uzman düzeyinde acil sağlık hizmeti verilebilen acil servislerdir.

2.2. Acil Servislerde Hasta Güvenliği

2.2.1. Hasta Güvenliği

Hızla değişen teknoloji, maliyetlerin ve hasta şikayetlerinin artması, bireylerin kaliteli bakım taleplerinin artması hasta güvenliği konusuna önem verilmesini zorunlu hale getirmiştir (IOM 1999; Tak 2010; Tunçel 2013). Yirmi birinci yüzyılda sağlık bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi için IOM 2001 yılında yayımladığı raporda; güvenli, etkili, hasta odaklı, zamanında sunulan, verimli ve eşit bir sağlık hizmeti için hasta güvenliğine dikkat çekmiş ve hasta güvenliği tüm dünya ülkelerinde önem kazanmıştır (Kohn ve ark 2000). 2002 yılında, DSÖ' ne üye ülkeler, hasta güvenliğine yönelik ozumler üretebilmek için Dünya Sağlık Toplantısı'nda bir araya gelmişler ve hasta güvenliğine yönelik bazı noktalara dikkat çekerek;

- Gelişmiş ülkelere yönelik yapılan tahminlere göre hastanede tedavi gören her 10 hastadan 1'inin önlenebilir hatalar nedeniyle zarar gördüğü,
- Gelişmekte olan ülkelerde, bu oranın gelişmiş ulkelerdekiinin yaklaşık 20 katı olduğu,
- Dünya çapında 1,4 milyon insanın sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlardan dolayı zarar gördüğü,
- Bazı ülkelerde, kullanılan enjektörlerin %70'den fazlasının sterilizasyonuna dikkat edilmeden kullanıldığı ve bunun sonucu olarak her yıl güvensiz enjeksiyon nedeni ile insanlara hepatit B, C ve HIV virusu bulaştırıldığı ve bu nedenlerle ilişkili olarak 1.3 milyon insanın öldüğü,

- Dünyada her yıl 100 milyondan fazla insanın tedavi amacıyla cerrahi operasyon geçirdiği ve gelişmiş ülkelerde bu insanların yarısının istenmeyen yan etkilerden dolayı sakatlandığı veya öldüğü,
- Havacılık ve nükleer tesisler gibi endüstrilerde çalışan insanların güvenlik kavramlarının daha üst düzeyde olduğu, uzay mekiğinde yolculuk eden bir insanın zarar görme olasılığı 1 milyonda 1 iken, sağlık bakımı alan bir insanın zarar görme olasılığı 300' de 1 olduğu ifade edilmiştir.

ICN'in 2007 temasında olumlu çalışma ortamı üzerinde durularak karmaşık yapıya sahip sağlık kurumlarında hataların kaçınılmaz olduğu, sağlık bakımı hizmetlerinde oluşan hataların doğrudan insan sağlığını/yaşamını etkilediği ve bazen ciddi sonuçlara yol açtığı ifade edilmiştir. Bu nedenle hasta güvenliğinin, tüm sağlık disiplinlerinin özellikle de hastane ortamında çalışanların öncelikli konuları arasında yer alması gerektiği vurgulanmıştır.

Hasta güvenliği kavramı incelendiğinde, bu konuda söz sahibi ve öncü olan bazı kurum ve kuruluşların hasta güvenliği tanımları dikkat çekmektedir. IOM hasta güvenliğini; "İhmal ve hatanın oluşabileceği durumlarda hastaları korumak" olarak tanımlamıştır (IOM 2003). Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Foundation – NPSA) hasta güvenliği kavramını; sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı olarak tanımlamıştır (NPSA 2003). Uluslararası Akreditasyon Komisyonu (JCI) "profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi, meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonlarla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamının sağlanması, hasta güvenliği konusunda odaklanmış bilimsel bilgi ve liderlik gelişmesini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütün halinde birleştirilmesi" olarak tanımlamıştır (JCI 2009). Sağlık Bakanlığı "sağlık hizmeti sunumunda hasta ve çalışanların zarar görmesine yol açabilecek her türlü işlem ve süreçler ile ilgili alınacak tedbir ve iyileştirme uygulamalarına yönelik faaliyetler" olarak tanımlamıştır (Resmi Gazete 2011). Bu geniş tanımların yanı sıra, hasta güvenliğinin, kısaca "kazayla zarar vermeme" şeklinde tanımlandığı da görülmektedir. Ancak hasta güvenliği, sadece hata olması anlamına gelmemekte; sağlık bakımının karmaşık ve riskli olduğu, çözümlerin daha geniş sistem içinde bulunduğu yaklaşımı, tehlikeleri belirleyen, değerlendiren, en aza indiren ve sürekli olarak geliştiren süreç, daha az tıbbi hata ve en aza indirilmiş risk

ya da tehlike şeklinde ortaya çıkan bir sonucu içeren geniş bir kavramdır (Güven 2007; Budak 2008; Kaya 2009; Baykal ve ark. 2010).

Dünya çapında bu alanla ilgili yayınların giderek artmasına rağmen genel bir görüş birliği olmaması hasta güvenliği ile ilişkili kavramların tanımlanmasına yönelik çalışmaların başlamasına yol açmış, hasta güvenliğine ilişkin kavramlar DSÖ tarafından tanımlanmıştır.

Hasta; sağlık bakımı alan kişi,

Sağlık bakımı; sağlığı düzeltmek, gözlemek, sürdürmek ve korumak için toplumlar veya bireyler tarafından alınan hizmetler,

Güvenlik; tehlikeden uzak olma durumu,

Tehlike ise; riski arttıracak veya riske yol açacak durum veya hareket,

Hasta güvenliği; sağlık bakımı ile ilgili potansiyel veya olası zararlardan hastayı uzak tutmak,

Olay (hasta güvenliği olayı); hastanın zarar görmesine sebep olan veya zarar görmesi şeklinde sonuçlanan durum,

Hata; yapılan bir planın yanlış uygulanması veya yanlış bir plan yapılması,

İhlal; bir operasyonun işleyişinden, standardından veya kuralından kasıtlı olarak sapma durumu,

Risk; kaza oluşma ihtimali,

Ters olay (advers event); hastanın zarar görmesiyle sonuçlanan kaza,

Zarar; vücudun işlevinin ya da yapısının bozulması veya bundan dolayı sağlığa zararlı bir etkinin olmasıdır. Zarar, hastalık, yaralanma, acı, sakatlık ve ölüm hallerini içerir ve fiziksel, sosyal veya psikolojik olabilir.

Kılpayı (near-miss); hastaya zarar vermeyen kaza durumu olarak tanımlanmıştır (WHO 2007).

Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam oluşturarak güvenliği sağlamak amaçlanmaktadır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Güven 2007).

Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCAHO)'nun 2014 yılında “Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri” ni belirlemiş ve bu hedefleri;

- Hastaların kimliklerinin doğru belirlenmesi
- Etkin personel iletişiminin geliştirilmesi
- Yüksek riskli ilaçların doğru kullanılması
- Güvenli alarm sistemlerinin kullanılması
- Enfeksiyonların önlenmesi
- Hasta güvenliğini riske sokacak durumların belirlenmesi
- Cerrahi hataların önlenmesi şeklinde belirtmiştir.

NPSA (2009) sağlık kurumlarında hasta güvenliğini arttırmak için hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerektiğini, güvenlik kültürünü yapılandırmak, ekip üyelerini desteklemek ve öncülük etmek, risk yönetim aktivitelerini entegre etmek, raporlamayı teşvik etmek, toplumla ve hastalarla iletişime geçmek ve onlarla kaynaşmak, güvenlik ile ilgili konuları öğrenmek ve zararı önlemede çözümler üretilmek gerektiğini vurgulamıştır.

2.2.2. Hasta Güvenliği Kültürü

Kültür, Latince bir sözcüktür ve “el değmemiş doğanın, insan aklı ve yapıcılığıyla işlenmesi ve yararlı hale gelmesi” şeklinde tanımlanmaktadır. Kültürün en klasik tanımını yapan Taylor'a göre kültür, bir toplumun üyesi olarak insanoğlunun öğrendiği bilgi, inanç, ahlak, hukuk, sanat, gelenek-göreneklere ve benzeri alışkanlıkları içine alan karmaşık bir bütündür. Türk Dil Kurumu'na göre kültür; “ Tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmeye kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü” dür (TDK 2006). Tüm bu tanımlar hasta güvenliği konusunun insana özgü, algı, tutum ve davranış boyutunda incelenmesini kaçınılmaz kılmaktadır. Diğer bir deyişle, hasta güvenliğinde en önemli gösterge kültürel boyuttur ve istenilir nitelikte hasta güvenliğinin sağlanmasında sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği konusunda olumlu tutum içerisinde olması yaşamsal niteliktedir.

Güvenlik kültürü kavramı ise; kuruluşlarda davranışsal normları üretmek için örgütsel yapılanma ve kontrol sistemleri ile karşılıklı olarak etkileşimde bulunan paylaşılan değerler ve inançlardan oluşmaktadır. Bu kapsamda ideal güvenlik kültürü, kuruluşun faaliyetleri nedeniyle zarar vermesini önleyecek bir makine gibi tasvir

edilmekte ve kısaca “korkmayı unutmamak” olarak tanımlanmaktadır. Bu kültür içinde bireylerin açık ve adil olması ön plana çıkartılmakta ve hataların açıkça konuşulması konusunda bireyler teşvik edilirken, yapılan yanlışlardan öğrenme ve yanlışın yerine doğrularını koymalarını sağlayan bir ortam tasvir edilmektedir (Reason 1998; Tak 2010).

Hasta güvenliği kültürü, hataların önlenmesi ve düzeltilmesi için en önemli faktörlerden biridir. Ancak, klasik yaklaşımın esas olduğu sağlık kurumlarında, kişiler, yaptıkları hatalardan dolayı sorguya çekilecekleri ve cezaya çarptırılacakları korkusu yaşamakta ve bu nedenle de hataların üzeri örtülmeye, yok sayılmaya çalışılmaktadır. Oysaki hataların açık olarak konuşulması, tartışılması, temel nedenlerinin ortaya konması ve hatalardan dersler çıkarılması hasta güvenliğine çağdaş yaklaşımın ve kurumdaki hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinin gerekliliğidir (Ovalı 2010). Hasta güvenliği kültürü, örgüt kültürünün bir parçasıdır ve hasta güvenliği ile ilgili olarak çalışanların paylaştığı tutumlar, inançlar, algılar ve değerlerden meydana gelmektedir. İyi bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında;

- Ekip liderinin güvenlik konusunda kararlı olması,
- Hasta güvenliği için örgütsel kaynaklar ayrılması,
- Güvenliğin, üretimden önce gelen bir değer olması ayrıca iletişim etkili ve açık olması,
- Ekip çalışmasına önem verilmesi,
- Hatalar ve problemler konusunda açıklık olması ve bunların bildirilmesi,
- Örgütsel öğrenmeye değer verilmesi,
- Sorunlar karşısında bireyleri suçlamak yerine sistemin performansını arttırmaya odaklanılması önemlidir (Bayar 2013).

Hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmeti veren tüm personelin tıbbi hatalar hakkında disiplin korkusu olmaksızın açıkça konuşabilmesine olanak vermektedir. Güvenlik kültürü, hasta güvenliğindeki yaygın yetersizlikleri düzeltmek için önemli bir strateji olarak gittikçe daha fazla kabul görmektedir. Hasta güvenliği kültürünün yaygınlaşmasında en önemli etken bilgi paylaşımıdır. Hasta güvenliği kültürünün yaygınlaşması, sağlık kuruluşlarında tıbbi hataları önleyecek sistemlerin oluşmasını sağlayacak, böylelikle hastalar ve sağlık çalışanlarının zarar görmesi engellenmiş

olacaktır (Bayar 2013). Hasta güvenliğinin gelişmesi güvenlik kültürünün gelişmesi ile mümkündür.

2.2.3. Hasta Güvenliğinin Tarihçesi

Hasta güvenliği, son yıllarda gündemde daha fazla yer almasına karşın, eski çağlarından beri var olan bir konudur. M.Ö. 1700'lerdeki Hamurabi kanunlarında, hekimin hastasını öldürmesi ya da tehlikeli bir şekilde yaralaması halinde, her iki elinin kesileceği belirtilmiş ve ayrıca hekim ücretleri ile ilgili düzenlemelerin yanında, tıbbi başarının ödüllendirilmesi, başarısızlık ve sakat bırakma gibi durumlarda uygulanacak yaptırımlarla ilgili cezaların da neler olacağı açıkça ifade edilmiştir (Ovalı 2010; Bayar 2013).

Bu kavram dünyada ilk olarak Harvard Tıp Uygulamaları (1991) çalışma sonuçlarının yayımlanması ile 1990 yılının başlarında gündeme gelmeye başlamıştır (World Health Professional Alliance 2002; Yönt 2011). İlgi uyandırıcı anlamda ise ilk olarak IOM' in 1999 yılında yayımladığı ve tüm Dünya' da dikkat çeken verilerle ön plana çıkan hasta güvenliği konusu 2003 yılında NPSA' nin kurulması ile daha da organize hale gelmiştir.

Türkiye' de ise hasta güvenliği konusunun 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile temelleri atılmış, 29 Nisan 2009 tarihinde “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliği'nin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” yayımlanarak resmi kanallarla gündeme getirilmiş ve sonrasında Sağlık Bakanlığı tarafından 6 Nisan 2011 tarihinde “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” ile yeniden düzenlenmiş ve böylece hasta güvenliği konusu yaşamsal bir boyut kazanmıştır. Yayımlanan tebliğ ve yönetmelik ile tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir çevre sağlanmasına, hizmet sunumu sırasında kalitenin arttırılmasına, sağlık kurumlarında hasta ve çalışanlar için olası risklerin ortaya konmasına, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine, hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esaslar düzenlenmiştir (Kır Biçer ve ark. 2013). Bu usul ve esaslar;

- Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
- Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması,
- Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması,

- İlaç güvenliğinin sağlanması,
- Kan ve kan ürünleri transfüzyonunun sağlanması,
- Cerrahi güvenliğin sağlanması,
- Hasta düşmelerinin önlenmesi,
- Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
- Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması şeklinde sıralanmıştır (Resmi Gazete 2009-2011).

2.2.4. Hasta Güvenliği Uygulamaları

Hasta Kimlik Bilgilerinin Tanımlanması ve Doğrulanması: Hastanın kimlik bilgilerinin tanımlanmaması ve doğrulanmaması yanlış kişiye ilaç uygulama ya da yanlış cerrahi girişim uygulama gibi hastada istenmedik duruma yol açmaktadır. Hataların önlenmesinde, sağlık bakımı hizmeti uygulamalarında hastanın tanımlanması için hastanın oda ya da yatak numarasını içermeyen hastanın adı, soyadı, protokol numarası ve doğum tarihi bilgilerinden en az iki tanımlayıcının kullanılması gerekmektedir (Canbolat 2011).

29 Nisan 2009 tarihinde “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliği'nin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” doğrultusunda; hasta kimlik tanımlama ve doğrulama işleminde oda ve yatak numarasının kullanılmaması onun yerine barkotlu hasta kol bantlarının kullanılması ve bu bantlarda; protokol numarası (kalın ve büyük punto), hastanın T.C. kimlik numarası, hastanın adı- soyadı, doğum tarihi (gün-ay-yıl), doğum yeri ve tabibin adı ve soyadının bulunması gerektiği belirtilmiştir.

Hasta yatışlarında dört ayrı renkte kol bandı kullanılmaktadır. Normal hastalar için beyaz, alerjik hastalar için kırmızı, aynı serviste aynı isimli hasta için lacivert, diğer hastalara ve çalışanlara bulaş riski olan hastalıklar için sarı, alerjisi ve bulaş riski olan hastalar için beyaz bilezik üzerine, kırmızı ve sarı renkli etiketler yapıştırılması gerekmektedir. Hastanın gizliliği ve mahremiyeti yönünden sağlık kurum ve kuruluşlarında sadece beyaz ve kırmızı bant hasta bilekliği kullanılmaktadır.

Triyajın Uygun Şekilde Yapılması: Fransızca seçme/sınıflandırma anlamını taşıyan “Tries” sözcüğünden türetilen triyaj; acile başvuruda bulunan kişilerde, hastalık ya da yaralanmanın şiddetini ortaya koymak ve yaşamsal açıdan en riskli olanların

belirlenmesini sağlamak için kullanılan bir süreçtir (Akyolcu 2007). Başka bir ifade ile klinik önceliğin hangi hastada olduğunun belirlenmesi aşamasıdır. İlk defa, 1. ve 2. Dünya Savaşları sırasında Fransız ordusunda savaşıyor yaralı askerlere “açık hastane” ortamı oluşturulması amacıyla kullanıldığı ifade edilmiş olmasına rağmen Florence Nightingale Kırım Savaşı (1853-1856) sırasında hastaları hastalıklara göre ayrı koşullarda yatırma fikriyle de o dönemde triyaj uygulamasını uyguladığı söylenilebilir (Nightingale 1860; Torun 2008).

ABD ordusunda ise savaş alanından uzakta bulunan destek hastanesine gönderilecek yaralı askerlerin seçme/ayırma işleminin yapıldığı merkezi tanımlamak amacıyla kullanılmıştır. Trijaj, 2. Dünya Savaşından sonra tıbbi girişim sonrası savaş alanına geri dönme olasılığı yüksek olanları belirlemek için kullanılan “süreç” anlamında kullanılmaya başlamış ve bu gelişme savaşa geri dönecek askerler için tıbbi kaynakların artırılmasına neden olmuştur (Akyolcu 2007; İkizceli 2011).

Savaş yıllarından sonra, felaket olaylarının dışında triyaj, ilk kez 1963 yılında ABD’ de Yale Newhaven Hastanesinin acil bölümünde kullanılmıştır. O tarihten günümüze kadar acil birimlere başvuran hasta sayısındaki artış (1958’ de 18 milyon, 1968’ de 44 milyon, 1990’ da 99 milyon, 2011 yılında ise tahmini 112 milyon), triyajın gerekliliğini ve önemini ortaya koymuştur. Acil servislerin yükünü arttıran bu durumu en aza indirgeyebilmek için triyaj, acil tedavi ve bakım gerektiren hastalardan, bekleyebilecek durumda olan hastalara kadar farklı sınıflamaları kapsayan bir süreç olarak geliştirilmiştir (Akyolcu 2007).

Türkiye’ de ise yasal olarak 16 Ekim 2009 tarih ve 27378 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” ile renk kodlaması ifadesi kullanılarak, acil servise başvuran hastalarda öncelik sırasını belirleyebilmek ve tüm sağlık kuruluşlarında ortak bir dil oluşturabilmek amacıyla kırmızı, sarı ve yeşil renk olmak üzere 3 sınıf olarak uygulanan bir kodlama sistemi oluşturulmuştur ve kırmızı alan ile yeşil alan da kendi içerisinde 1 ve 2 olmak üzere iki düzeye ayrılmıştır. Kırmızı düzey 1; çok acil, hemen müdahale edilmesi gereken hastaları, kırmızı düzey 2; acil fakat 5-15 dakikaya kadar bekleyebilecek düzeydeki hastaları, sarı düzey; 30- 60 dakika içerisinde müdahale edilmesi gereken acele hastaları, yeşil düzey 1; 1-2 saatte müdahale edilebilecek az acil hastaları ve yeşil düzey 2; acil olmayan hastaları temsil etmektedir.

ABD’de triyaj 5 düzeyde sınıflandırılmaktadır.

- 1.düzeyde; yaşamsal riski olan ve hemen müdahale edilmesi gereken hastalar,
- 2.düzeyde; yaklaşık 15 dakika beklemeyle yaşamı riske girmeyecek olan hastalar,
- 3.düzeyde; muhtemel bir yaşamsal riski olmayan, 1 saate kadar bekleyebilecek durumda olan, durumu stabil fakat kompleks hastalar,
- 4.düzeyde; herhangi bir risk taşımayan, 1 saat ile 2 saat arası bekleyebilecek durumda olan, durumu stabil hastalar,
5. düzeyde ise; 2 saatten daha fazla süre beklemesinde sakınca olmayan, durumu stabil, acil olmayan hastalar kategorize edilmektedir(Blank ve ark. 2007).

İlaç Uygulama Güvenliğinin Sağlanması: Birçok disiplini içinde barındıran ve hemşirelerin de önemli sorumlulukları içerisinde yer alan ilaç uygulamaları, hekimin hastayı muayene etmesi ve sonrasında ilacı istemesi ile başlar ve ilacın hemşire, hekim, hastanın kendisi veya yakınları tarafından uygulanması, kaydedilmesi ve doğru tepkinin gözlenmesi ile son bulur. İlaç uygulama işlemi sırasında yapılacak hata veya hatalar, hastanın yanlış tedavisine ve hatta ölümüne varan istenmedik sonuçlara yol açabilmektedir (Uzun ve Arslan 2008). Skiba 2006 yılında yayımladığı “Strategies For Identifying And Minimizing Medication Errors In Health Care Setting” adlı makalesinde ilaç uygulama hatalarını “Uygun olmayan ilaç kullanımına ya da hastanın zarar görmesine yol açan önlenemez hatalar” olarak tanımlarken, ABD’ nde İlaç Uygulama Hataları ve Önlenmesi Ulusal Koordinasyon Konseyi (NCC MERP)’ne göre ise; “ İlaç sağlık çalışanlarının, hastanın ya da tüketicinin kontrolü altında iken hastanın zarar görmesine ya da uygunsuz ilaç kullanımına neden olan ya da yol açan tüm önlenemez olaylar” şeklinde tanımlanmıştır. Çok boyutlu olan ve çeşitli disiplinleri de içine alan bu sorun her profesyonel için farklı nedenlerden ortaya çıkmaktadır.

Hemşire kaynaklı hatalar arasında; bireye yanlış ilaç verilmesi, ilacın yanlış dozda veya yanlış yol ile verilmesi, ilacın yanlış hastaya verilmesi, ilacın hiç verilmemesi, uygulanan ilacın kayıt altına alınmaması ve etkisinin gözlenmemesi gibi nedenler yer almaktadır. Hemşirelerin ilaç uygulamalarındaki sorumlulukları konusuna dair ülkeler arasında büyük farklılıklar vardır. Ülkemizde, hemşirelerin sorumluluğunun hekimin reçete ettiği ilaçları hastaya vermek olduğu görüşünde ısrar edilirken, İngiltere ve ABD gibi bazı ülkelerde, hemşirelerin bu konudaki yetkileri oldukça genişletilmiştir. İngiltere’de en son yapılan düzenleme ile hemşirelere, reçete yazma konusunda uzun süreli bir kurs verildikten sonra hemşireler yasal olarak “tüm ilaçları” reçete edebilme

yetkisine sahip olabilmekte, ABD’de “İleri Uygulama Hemşiresi” olarak isimlendirilen özel dal hemşirelerinden biri olan “Pratisyen Hemşireler” bazı ilaçları reçete edebilmektedir. ICN’ da 2005 yılı hemşirelik temasında bu konuya yer vermiş ve hemşirelerin hasta güvenliğini sağlamadaki en önemli işlevlerinden birinin “sahte ve standart altı ilaçlarla mücadele etmek” olduğunu vurgulamıştır (Aştı ve Acaroğlu 2000; Uzun ve Arslan 2008; Karadağ 2009).

İlaç hataları, hasta güvenliğini etkileyen en yaygın hatalardan biri olmasının yanı sıra aynı zamanda tıbbi hatalar arasında da en yaygın olanıdır ve ilaç hatalarının rapor edilmesi sağlık personelinin bireysel kararı ile ilişkilidir. Sağlık çalışanlarının hatayı bildirmeme nedenleri arasında, hataları önemsemedikleri ve hatayı bildirmekten korkmaları gibi nedenler yer alabilirken, hatayı önleyebilmenin en önemli çözümünün hataları rapor etmekle mümkün olduğu bildirilmektedir (Aygin ve Cengiz 2011)

Ekip İletişiminin Sağlanması: İletişim, iki kişinin duygu, düşünce ve bilgilerini paylaşarak birbirini anlamasını içeren ve bir kurum içerisinde verimli ve etkili bir biçimde gerçekleşmesi gereken, ast- üst ilişkilerinin çerçevesini çizen, beraberinde başarıyı, anlayışı, sağlıklı bir ekip çalışmasını getiren çok yönlü bir süreçtir (Cüceloğlu 2005; Üstün 2005; Kumcağız ve ark. 2011; T Şen ve ark. 2013).

Hasta bakımı uygulamalarını doğru ve etkili bir şekilde gerçekleştirebilmek için birçok profesyonelle iş birliği yapmak ve bunlarla etkili bir iletişim içerisinde bulunmak gerekmektedir. Ekip iletişimi, hasta güvenliği uygulamalarının başarılı bir şekilde sürdürülebilmesi için en temel faktörlerden biri olması nedeniyle sağlık profesyonellerinin birbirleriyle etkin bir iletişim gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Uluslar arası Kalite Komisyonu (JCI), 2008 yılında belirlediği hasta güvenliği hedefleri arasında ekip iletişimine de yer vermiş ve ekip iletişimi eksikliğini hem hastaya hem de tüm

birimlerinde hastanın sağlığını güvence altına almak, hastayı dikkatle izlemek değişen durum karşısında gereken önlemleri alabilmek için acil ekibi diğer ekip üyeleri ile iş birliği içerisinde çalışmak durumundadır. Çünkü acil birimlerinde iletişimde yaşanacak herhangi bir aksaklık veya yanlış anlama hastanın hayatına mal olabilmektedir. Acil birim ekibinde etkin bir iletişimin sağlanabilmesi için en önemli faktörler arasında kullanılan tıbbi terimlerin ve yapılan kısaltmaların herkesçe biliniyor olmasıdır (Bayar 2013).

Acil birimin özellikleri nedeniyle ve bireysel faktörlerden dolayı acil birim ekibinde iletişim olumsuz etkilenebilmektedir. Çevresel engeller açısından; kalabalık bir ortam olması, sürekli insan sirkülasyonunun olması, birden fazla sağlık ekibi üyesi veya sağlık ekibi üyesi olmayan insanla iletişim halinde olmak zorunda olunması sayılabilirken; bireysel engeller arasında; algılama farklılıkları, dinlemekte olan kişilerin yoğun stres altında olması, kullanılan tıbbi terimlerin karşı taraf tarafından bilinmemesi, eğitim seviyesinde farklılıkların olması gibi nedenler yer alabilmektedir. Hastalar tarafından da her zaman hasta ile hekim arasında bütünleştirici bir rolü olduğuna inanılan hemşireler, bütünleştirici ve koordine edici rolleri sayesinde sağlık çalışanları arasında ve aynı zamanda da sağlık çalışanları ve hastalar arasında işbirliği artmakta gelişen hata ve mortalite oranı azalmaktadır (Mitchell 2008).

Hasta Düşmelerinin Önlenmesi: Hastanelerde güvenli bir çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi ile hastayı ikincil yaralanmalardan korumak hemşirenin en önemli yasal ve etik sorumluluklarından biridir. Hastanelerde en sık görülen ikincil yaralanma nedenleri arasında düşmeler önemli bir yer tutmaktadır (Savcı ve ark. 2009). Düşme, bireyin herhangi bir zorlayıcı kuvvet, senkop veya inme olmaksızın; dikkatsizlik sonucu bulunduğu seviyeden daha aşağıdaki bir seviyede hareketsiz hale gelmesi olarak tanımlanmaktadır (Çeçen ve Özbayır 2011). Yapılan bir çalışmada hastanelerde, hastaların düşme oranının yaklaşık %2-15 arasında olduğu ifade edilmektedir (Hendrich ve ark. 1995). Tinetti ve arkadaşlarının 1995 yılında ve Tinetti'nin 2003 yılında yaptığı başka çalışmalarda ise düşme vakalarının acil servislere başvuruların yaklaşık %10'unu ve hastaneye acil yatış oranlarının %6'sını oluşturduğu belirtilmiştir (Çeçen ve Özbayır 2011).

Düşmeye neden olan risk faktörleri bireye yönelik ve çevresel faktörler olarak sınıflandırılabilir. Bireysel risk faktörlerinde; yürüme ve denge bozuklukları, çeşitli hastalıklar (demans, parkinson, görme bozuklukları gibi), çevresel risk faktörleri ise; kaygan ya da düz olmayan zemin, aydınlatması az olan ortam olarak nitelendirilebilir (Işık ve ark. 2006).

Hastaların hastane ortamında düşmesinin tamamen önlenemeyeceği ancak uygulanacak etkin koruyucu önlemler ile en aza indirilebileceği belirtilmektedir. Bu doğrultuda, en yaygın yaklaşımın, öncelikle hastalarda düşmeye eğilimi belirleyen risk düzeyinin tanılanması olduğu görülmektedir ve hasta düşmelerine yönelik yapılan

çalışmalar incelendiğinde, son 20 yıl içinde düşme riskini tanılayan farklı model, ölçekler ya da skorlama sistemleri geliştirilmiştir. Hastanın kabulü ile başlayan tanılama aşamasında bir model, ölçek ya da skorlama sisteminden faydalanılarak düşme riskinin belirlenmesi, gerekli bakım girişimleri ve koruyucu önlemlerin zamanında alınmasını sağlarken aynı zamanda hastanın zarar görmesi de engellenecektir (Savcı ve ark. 2009).

Güvenli Kan Transfüzyonunun Sağlanması: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kanı; “verildiği kişide herhangi bir tehlike ya da hastalık oluşturmayan, zararlı yabancı maddeleri içermeyen kan” olarak tanımlamıştır. Kan transfüzyonuna, tedavi edici başka seçeneğin olmadığı kazalar, savaş ve afetler, çeşitli suç girişimleri, cerrahi müdahaleler, hemofili, lösemi, aplastik anemi gibi kronik hastalıklarda ve gebelik gibi ciddi klinik durumlarda ihtiyaç duyulmaktadır (WHO 2000). Kan transfüzyonları ile birlikte bu tedavi yönteminin istenmeyen yan etkileri önem kazanmaya başlamıştır. Özellikle de 1980’li yıllarda ortaya çıkan AIDS hastalığı ile birlikte kanla bulaşan hastalıklardan korunabilmek amacıyla yeni yöntemler geliştirilmektedir ve bu amaçla da DSÖ 7 Nisan 2000 tarihini Güvenli Kan günü olarak tüm dünyaya ilan etmiştir (Celkan 2004).

Günümüzde modern kan bankacılığında temel kurallardan bir tanesi de hastaya gerekli olan kan bileşenlerinin güvenli bir şekilde transfüze edilmesinin sağlanmasıdır. Amaç hastaya yarar sağlayacak kan veya kan ürünlerini sağlamak ve transfüzyonun temel ilkelerine uygun olarak nakli gerçekleştirmektir. Bu amaç doğrultusunda; kanın toplanması, test edilmesi, hazırlanması, saklanması ve taşınması ile ilgili tüm aşamalar boyunca tüm aşamalarda kullanılan yöntemlerin belirli standartlara uygun olması gerekliliğinden yola çıkılarak 1983 yılında yürürlüğe giren “2857 sayılı Kan ve Kan Ürünleri Kanunu” nun yerine 11.07.2007 tarihinde 5624 sayılı Resmi Gazete’ de “ Kan ve Kan Ürünleri Kanunu” yayımlanarak uygulamaya geçmiştir (Saygılı 2010; Pehlivanoglu ve ark. 2011).

Kan transfüzyonu işlemi aşamasında cross match işleminin yapılması hasta için önemlidir. Kan ya da kan ürünü istemi yapılan hastadan kan örneği alınır ve cross match işleminin yapılması için kan bankasına gönderilir. İşlemden geçtikten sonra gelen kan veya kan ürünü , “Kan Ve Kan Ürünleri Cross Match Formu” ve hastanın kimlik bilgileri en az iki sağlık çalışanı tarafından kontrol edilir ve “Kan Transfüzyonu Hasta Bilgilendirilmiş İzin Formu” hasta veya hasta yakınına imzalatılır. İşlem süresince “Kan ve Kan Transfüzyonu İzlem Formu” doldurulup imzalanır.

Enfeksiyon Risklerinin En Aza İndirgenmesi/Önlenmesi: Hastane enfeksiyonları genel olarak enfeksiyon dışında herhangi bir nedenle hastaneye başvuran hastada hastanede gelişen enfeksiyon olarak tanımlanırken, hasta hastaneye yattığı zaman inkübasyon döneminde değilse veya o enfeksiyonun belirti ve bulguları yoksa hastanede ortaya çıkan enfeksiyonlar “hastane enfeksiyonu” olarak tanımlanmaktadır. Hastane enfeksiyonları genellikle hasta hastaneye yattıktan 48-72 saat sonra ve taburcu olduktan sonra 10 gün içinde gelişmektedir. Hastane enfeksiyonları dünya çapında önemli bir mortalite ve morbidite sebebidir. WHO verilerine göre dünyada aynı anda 1.4 milyon kişinin hastane enfeksiyonlarından zarar gördüğü bildirilirken aynı zamanda WHO’ ın dört bölgesini temsil eden (Avrupa, Doğu Akdeniz, Güney Doğu Asya ve Batı Pasifik) 14 ülkede, 55 hastanede yapmış olduğu bir prevalans çalışmasında yatan hastaların ortalama %9’unda hastane enfeksiyonu geliştiği belirlenmiştir. En yüksek hastane enfeksiyonu sıklığı Doğu Akdeniz ile Güney Doğu Asya Bölgelerinde sırasıyla %12 ve 10 olarak tespit edilirken, bu değer Avrupa’da %8, Batı Pasifik’de %9 olduğu belirlenmiştir (Ertek 2008; Canpolat 2011). Ülkemizde ise hastane enfeksiyonlarına yönelik bir veri tabanı bulunmamaktadır fakat bu süreç doğrultusunda ilk adım olarak 11.08.2005 tarihinde, 25903 sayılı Resmi Gazete’ de “Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği” yürürlüğe girmiştir ve beraberinde ikinci adım olarak da 18.11.2006 tarihinde “Enfeksiyon Kontrol Hemşirelerinin Eğitimine ve Sertifikalandırılmasına Dair Tebliğ” yürüğe girmiştir (Ertek 2008).

Acil servisler ise hastane enfeksiyonları açısından en riskli birimlerdir. Çünkü acil servise genellikle tanısı bilinmeyen hastalar başvurmakta ve hastaların hangisinde bulaşıcı bir durum olduğu ambulansa gelişte ya da acil servise girişte bilinmediği için hastalığa özel korunma önlemi alınması başlangıçta mümkün olmamaktadır. Bu nedenle standart enfeksiyon kontrol önlemleri tüm hastalara uygulanması gereken işlemlerdir. Çoğu zaman ise hastalarla yakın temas gereken entübasyon, kateterizasyon, resusitasyon, IV katater takılması vb. işlemler yapılmaktadır. Ayrıca işlemlerin neredeyse tamamının hızlı yapılması gerektiği için çoğu zaman önlem alınmadan kan, kan ürünü veya potansiyel enfekte materyal ile temas olabilmektedir. Bundan dolayı acilde çalışan sağlık personeli, özellikle hekimler ve hemşireler kan yolu ile bulaşan mikroorganizmalar açısından yüksek risk altındadırlar (Ersoy 2012).

Hasta Transferinin Uygun Şekilde Yapılması: Hasta transferi, kritik durumdaki hastanın bulunduğu ortamdaki tedavi ve bakım olanaklarının teknolojik veya uzman açısından yetersiz olması ya da ihtiyaç duyulan farklı bir tedavi yönteminin sağlanabilmesi için kurum içinde bir tanılama bölümüne, ameliyathaneye, yoğun bakım ünitesine, veya farklı başka bir kuruma nakledilmesidir (Kanan 1998; Uysal 2010).

Acil sağlık hizmetleri, acil hasta veya yaralının hastaneye yetiştirilmesi ya da hastane olanaklarının olay yerine ulaştırılması prensiplerine göre, dünya üzerinde 2 ana modelde birleşmiştir:

1. Kap-Götür (Scoop and Run): ABD’de geliştirilen bu model, hasta veya yaralıya en kısa zamanda ulaşılması ve en yakın hastaneye hızla ulaştırılması hedeflenir. Tıbbi yardım gereksiniminin en yaşamsal olanları uygulanmaktadır. Modelin faydası; daha düşük yatırım maliyeti oluşturulmasıdır. Sisteme katılan doktor sayısını en az düzeyde tutmayı amaçlayan bu modelde hizmet bu amaçla çeşitli kademelerde eğitim görmüş acil tıp teknikerleriyle yürütülmektedir.

2. Kal-Çalış (Stay and Play): Batı Avrupa kökenli bu modelde hedef, hasta veya yaralının doğrudan tedavisinin gerçekleştirileceği hastaneye taşınmasıdır. Bunun için olay yerine hızlı ulaşılması ve olay yerinde ileri yaşam desteğini başlatarak hasta veya yaralının yaşamsal fonksiyonlarının stabilizasyonu gerekmektedir.

Bu model, hastane olanaklarının olay yerine ulaştırılması diye de açıklanmaktadır. Diğer modelden belirgin farkı, ambulanslarda doktorun bulunması ve dolayısıyla ambulans tıbbi donanımının daha gelişmiş olmasıdır (Bayar 2013).

Basınç Yaralarının En Aza İndirgenmesi/Önlenmesi: Basınç ülserleri, hastanın yaşam kalitesini etkilediği ve sağlık bakım maliyetini arttırdığı için tüm dünyada sağlık bakımında önemli bir sorun olarak belirtilmektedir. Basınç ülserleri hastanın fiziksel sağlığını etkileyerek yaşamını tehdit etmenin yanında, bağımlı duruma gelme, sosyal izolasyon gibi psikolojik problemlere de neden olmaktadır. Basınç ülserinin geçmişten günümüze kadar farklı tanımları yapılmıştır. Singapur Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Klinik Uygulama Çalışma Grubu; “Basınç ülseri, genellikle kemik çıkıntılarının üzerinde, sürtünme (friksiyon), yırtılma ve basıncın yol açtığı, deri, kas ve alttaki dokularda meydana gelen lokalize hasardır” şeklinde tanımlamıştır (MOH 2001).Avrupa Basınç Ülserleri Tavsiye Paneli (EPUAP) (1998) ise; basınç, friksiyon,

yırtılma ve diğer faktörlerin etkisiyle deri ve deri altındaki dokularda meydana gelen lokalize doku zedelenmesidir şeklinde tanımlamıştır.

Hasta güvenliğini riske sokan ve sağlık bakımı sisteminde kalite göstergelerinden biri olan basınç ülserleri, önlenmesi ve tedavisi holistik bakım anlayışına sahip multidisipliner ekip yaklaşımını gerektirmektedir (Karadağ 2003).

Hizmet İçi Eğitimlerin Etkinliğinin/Sürekliliğinin Sağlanması: Sağlıklı/ hasta bireyi aile ve toplumun sağlık sorunlarına yönelik olan profesyonel hemşirelik Florence Nightingale'den günümüze toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürme sorumluluğunu üstlenmiştir. Bu sorumluluk ve günümüzde yaşanan değişimlerin zorunlu bıraktığı sağlık hizmetlerindeki reformlar, hemşirelerin etkin birer eğitimci olmalarını zorunlu kılmaktadır (Taşocak 2007). Ayrıca bilim ve teknolojiye hızlı değişim ve gelişim süreci, araştırma ve incelemeler sonucu elde edilen veriler hemşirelik bakımı girişimlerine direkt olarak etki etmektedir ve böylece hemşirelerin sürekli eğitimlerini gerekli hale getirmektedir. Bir meslek üyesi mesleğinin değişim ve gelişimlerini mesleki çalışmalarına aktarabildiği sürece mesleğinin varlığını devan ettirebilir. Değişim ve gelişim sürecine uyum sağlayabilecek meslek üyelerinin yetişmesi, bireyin çok yönlü gelişmesi ve birçok farklı ekiple iş birliği içinde çalışabilmesi o alandaki eğitimin sürekliliği ile mümkün olmaktadır. Yaşam boyu eğitimin bir gereği olarak hizmet içi eğitim, çalışanlara mesleklerinde daha başarılı, üretici ve mutlu olmasını sağlayacak bilgi, beceri ve tutumlar kazandırmayı hedeflemektedir (Çelen ve ark. 2007; Atay ve ark. 2009). Ayrıca JCAHO (2002), sağlık kurumlarında çalışan herkesin etkin ve sistemli bir uyum içerisinde çalışabilmesi için hizmet içi eğitimleri önermektedir.

Hizmet içi eğitim; özel ve tüzel kişilere ait iş yerlerinde, belirli bir maaş veya ücret karşılığında işe alınmış ve hali hazırda çalışmakta olan kişilere görevleri ve sorumlulukları ile ilgili gerekli bilgi, beceri ve tutum kazanmalarını sağlamak için yapılan tüm eğitimlerdir. Hizmet içi eğitimler, personelin hizmet içi ihtiyaçlarını belirleme, bu ihtiyaçlarına yönelik uygun programlar geliştirme, bu programları planlama, uygulama ve değerlendirme gibi geniş kapsamlı bir çalışmayı içermektedir (Atay ve ark. 2009). Ülkemizde de bu konuya dikkat çekmek ve tüm sağlık kurumlarında ortak bir dil oluşturmak adına 2009 yılında "Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi

Yönetmeliği” yürürlüğe konulmuştur ve bu eğitimlerle özellikle işe yeni başlayan personelin uyum eğitimlerinin yapılmasını sağlamak hedeflenmiştir.

Günümüz koşullarında hemşirelik eğitimi mezuniyetle biten bir eğitim süreci değildir. Sürekli değişen sağlık problemlerine etkin sağlık bakım hizmeti sunabilmek, gelişen sağlık teknolojisine uyum sağlayabilmek, kaliteli sağlık hizmeti sunmayı hedeflemiş bir ekibin üyesi olabilmek için hemşirelik hizmetlerinde eğitimin devamlılığı şarttır. Böylece, hemşirelerin belli aralıklarla tespit edilen eğitim gereksinimleri ile sürekli değişen ve gelişen hemşirelik bakım uygulamaları doğrultusunda eğitim çalışmalarına katılmaları, sundukları hizmetin başarısını daha da arttıracaktır. Hasta bakım kalitesinin ve hasta güvenliğine yönelik alınması gereken önlemlerin artırılması, hemşirelerin mesleki bilgi ve becerilerinin güncelleştirilmesiyle iş doyumlarının yükseltilmesi yanında, bilimsel gelişmeleri ve bilim dünyasındaki değişimleri takip etmelerini sağlamak amacıyla hizmet içi eğitim programları hazırlanmalıdır (Bayar 2013). Özellikle acil servis hemşirelerinin pozisyonlarında sürekli olarak kayda değer değişimler yaşandığı ve bu gelişim ve değişimlerin modern hemşireliğin yaşama geçirilmesinin hizmet içi eğitimlerle sağlanabileceği vurgulanmaktadır (Kaya 2006).

2.3. Acil Servislerde Hasta Güvenliğinin Sağlanması ve Sürdürülmesinde Acil Servis Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin temel ögesi olduğu gibi hemşirelik bakımının temel öğelerinden biridir. Hemşireler bakımının her alanında hasta güvenliği ile iç içedir ve bakımın her aşamasında hasta güvenliğini sağlamakla yükümlüdür. Bu yükümlülüklerinin arasında hasta haklarını koruma, hasta haklarını tehdit eden durumları ortadan kaldırma ve azaltmaya yönelik girişimlerde bulunma ve de istenmeyen olası olayları rapor etme yer almaktadır (Çırpı ve ark. 2009; Cebeci 2010; Kır Biçer ve ark. 2013). Acil servis hemşiresi; sağlık kuruluşlarının en hareketli, yoğun, stresli, karmaşık bölümü olan, yaşamın kurtarılmasının hedeflendiği, acil girişim gerektiren hastaların değerlendirildiği, tedavi ve bakımının yapıldığı acil biriminde tanı konulmamış ve acil bakım gereksinimi olan her yaşta hasta bireye gerekli hemşirelik bakımının uygulayıcısıdır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği 2005-2011; Akyolcu ve ark. 2006).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yayımlanan “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” te, acil servis hemşirelerinin görev, yetki ve sorumlulukları şu şekilde belirtilmiştir (Resmi Gazete 2011):

1.Hemşirelik bakımı:

Acil servis hemşiresi;

- Hastanın acil servise kabulünü sağlar.
- Hastaların monitorizasyonunu (EKG, solunum, SpO2, vücut ısısı, arteryel kan basıncı) sağlar. Bu parametreleri izler, değerlendirir, sonuçlarını kaydeder ve normalden sapmaları hekime bildirir.
- Hastaların hızlı fiziksel değerlendirmesini yapar, verileri değerlendirir, sonuçlarını kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir.
- Aynı anda acil birimde bulunan olgular arasında öncelikleri belirler.
- Yatışına karar verilen hastaları ve ameliyata alınacak hastaları kurum içi transfer prosedürüne göre naklini gerçekleştirir.
- Periferik IV kateter takar ve kateter pansumanlarını yapar, oksijen ve buhar tedavisini uygular, trakeal aspirasyon yapar; gerekirse endotrakeal tüp, trakeostomi, kolostomi, gastrostomi bakımı verir; nazogastrik tüp takar, gastrik lavaj uygular; rektal tüp uygular, lavman yapar; perine bakımı verir, prezervatif sonda / üriner kateter takar ve kateter bakımı verir; sıcak ve soğuk uygulama yapar; göğüs tüplerini ve diğer drenaj sistemlerini kontrol eder, drenaj torbalarını değiştirir; yaptığı işlemleri gözlemleri ile birlikte kaydeder.
- İnfüzyon ve transfüzyon işlemlerini kurum politika ve talimatları doğrultusunda başlatır, izler ve kaydeder.
- Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.
- Hastaya uygun pozisyon verir, gereken sıklıkta pozisyonunu değiştirir ve mobilizasyonunu sağlar.
- Sıvı-elektrolit dengesine yönelik mevcut ve olası sorunları dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir. Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapar ve kaydeder.

- Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir.
- Pace makerli hastayı izler ve gerekli bakımı uygular.
- Acil servis hastaları ve hasta yakınları ile terapötik iletişim kurar, onların psikososyal problemlerine uygun hemşirelik bakımı verir.
- Acil servis enfeksiyonlarının gelişmesi ve yayılmasının önlenmesi için gerekli önlemleri alır ve alınmasını sağlar (el yıkama, eldiven, izolasyon, maske, gömlek vb).
- Yaşamı sona eren hastayı ilgili talimatlar doğrultusunda hazırlar morga transferini sağlar ve yakınlarına destek olur.

2.Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılım:

Acil servis hemşiresi;

- Hekim tarafından gerçekleştirilen invazif girişimlere katılır; hemşirelik işlevlerini yerine getirir.
- Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.
- Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağrısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an üniteye hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder.
- Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan ve idrar örneklerini toplar, laboratuvara gönderir, sonuçlarını takip eder, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir.
- Hastaya uygulanacak radyolojik tetkikler için hastayı hazırlar, ilgili birime transferini organize eder, gerekli durumlarda transfere eşlik eder.

Acil servis hemşiresinin yönetmelikte de belirtildiği gibi rol ve işlevlerinin çokluğu, çeşitliliği tıbbi hata riskleriyle karşı karşıya kalmasına yol açmaktadır.

Bu durum;

Acil servis hemşiresinin, acil servislerdeki hataların belirlenmesi, ortaya çıkartılması ve hastaya herhangi bir zarar verilmeden önlenmesinde diğer birimlerde çalışan hemşirelerden daha farklı bir konuma getirmektedir. Henneman ve ark. tarafından 2005 yılında acil servislerde yapılan hataların rapor edilmesine yönelik bir çalışmada, acil servislerde yapılan tıbbi hataların %47'sinin çalışanlar tarafından düzeltildiği ve bu düzeltmenin %60'ının hemşireler tarafından gerçekleştirildiği saptanmıştır (Henneman ve ark. 2005).

Hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesinde acil servis hemşiresinin rol ve sorumlulukları;

- Her zaman beklenmedik, kontrol edilemeyen kriz durumlarında ve acil durumlarda gerekli müdahaleleri yapmalı,
- Hastayı bir bütün olarak ele alıp, hastalıklar, yaralanma ve yaş grubu özelliklerini de dikkate alarak ona göre müdahalede bulunmalı,
- Acil servislerde hasta güvenliğini sağlayacak ve geliştirecek, uygulamalar ve araştırmalar yapmalı,
- Hasta güvenliğine ilişkin farkındalığı arttırmak için eğitim programları düzenlenmesine destek olmalı ve bu programlara hazırlanmalı,
- Yapılan hataları saklamamalı, çalışanları ve meslektaşlarını olası hatalara karşı uyarmalı ve hata meydana gelirse de bunu rapor etmeleri konusunda onları cesaretlendirmeli,
- Acil servislerde geçici, kısa süreli, yeterli bilgi ve beceri donanımı olmayan hemşireler çalıştırılmamalı, yeni başlayan hemşireler için oryantasyon eğitimleri düzenlenmeli, yeterli sayıda ve kalifiye hemşire çalıştırılarak, sürekli hizmet içi eğitimler düzenlemeli,
- Hemşirelerin mesai saatleri bir günde 12 saati geçmeyecek şekilde planlanmalı,
- Hasta güvenliği uygulamalarında yararlı olabilecek tıbbi araç – gereçlerin standardizasyonu ve temini için çaba sarf etmeli,
- Hasta güvenliğine ilişkin lobi faaliyetleri ve kurumun geliştireceği standart, kod ve rehber geliştirme faaliyetlerinde bulunmalı,

- Kurumda güvenlik kültürü oluşturabilmek için rehberlik etmeli ve bu konuda strateji geliştirmeli şeklinde sıralanabilir.

Acil servis hemşirelerinin yukarıda sözü edilen rol ve sorumlulukları yerine getirebilmeleri için acil servis hemşireliğinde istekli olma, bütüncül bir bakış açısına sahip olma, empati, insani duygulara üst düzeyde sahip olma, iş disiplininde süreklilik, dikkat ve sürekli eğitimi önemseme gibi özelliklerin taşınması gerekir. Acil servis hemşireliğinde başarının anahtarı, bilimsel bilgi temelli hemşirelik yaklaşımlarının yanı sıra bunların rahatlatıcı davranışlarla bütünleştirilmesidir. Acil servis hemşireliği, uygulamalara ilişkin bilgi, beceri ile davranışların harmanlandığı, temel bir sorumluluk üstlenme, hasta bakımını gerçekleştirme kadar, eleştirel düşünmeyi gerektiren bir hemşirelik alanıdır (Aksoy ve ark. 2012).

2.4. İlgili Çalışmalar

Literatürde acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutum ve genel olarak hasta güvenliği çalışmaları incelendiğinde; yurt dışında çok fazla çalışmaya rastlandı (Zhan ve Miller 2003; Colla ve ark. 2005; Stelfox ve ark. 2006, Manser 2009; Fujita 2013; Carayon ve ark. 2014; Steven ve ark. 2014). Ülkemizde genellikle ameliyathanede hasta güvenliğine ilişkin hemşirelerin rolleri ve tutumları, hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamaları, genel hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürüne yönelik çalışmaların yer aldığı görüldü. Acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamalarına yönelik çalışmalar olmasına rağmen hemşirelerin bu konudaki tutumlarını değerlendiren çalışmaya rastlanmadı.

Çırpı ve arkadaşları (2009) tarafından bir özel dal eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin hemşirelik hizmetlerindeki hasta güvenliği uygulamalarını ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerini belirlemek amacıyla yürütülen çalışmada; hemşireler hasta güvenliği uygulamalarındaki rollerini, hasta güvenliğine ait riskleri belirleyen, önlemeye yönelik uygulamaları planlayan, uygulayan ve değerlendiren sağlık profesyonelleri olarak nitelendirmişlerdir.

Önler (2010) tarafından ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yürütülen çalışmada; hemşirelerin meslekte çalışma süreleri arttıkça hasta güvenliğine yönelik tutumlarının da arttığı belirlenmiştir.

Tanrikulu (2010) tarafından hemşirelerin hasta ve hemşire güvenliği açısından acil servislerin çalışma ortamına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yürütülen çalışmada; uygun olmayan koşullarda hastaya tedavi ve bakım verildiği, uygun olmayan fiziki ortamın olduğu ve el hijyenine dikkat edilmediği sonucuna varılmıştır.

Göz ve Kayahan (2011) tarafından hemşirelerin çalıştıkları hastanelerde hasta güvenliği kültürüne dair algılarını belirlemek amacıyla planladıkları çalışmada; hemşirelerin birçoğu hastanelerde güvenlik seviyesinin yeterli düzeyde olduğunu belirtmiş, olayların raporlanma sıklığı ve hasta güvenliği dereceleri açısından hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre olayları raporlama oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bayar (2013) tarafından acil birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik bilgi ve uygulama düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; hemşirelere hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik hemşirelik uygulamaları sorulduğunda hemşirelerin bu soruya genel olarak hasta kimlik bilgilerinin doğrulanması ve hasta düşmelerinin engellenmesi olarak cevap verdikleri belirlenmiştir.

Kır Biçer ve ark. (2013) tarafından hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili bilgi düzeylerini saptamak ve verilen hizmet içi eğitimin bilgi düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yürütülen çalışmada; hasta güvenliğine yönelik yapılan hizmet içi eğitimin ön test ve son test sonuçları karşılaştırıldığında, ilaç güvenliği, kan ve kan ürünleri, enfeksiyon riskinin azaltılması, düşme riski ve radyasyon güvenliği konularında son testte doğru sayısının arttığı saptanmıştır.

Ünsalan Altan ve ark. (2013) tarafından üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü algılama düzeylerini ve hasta güvenliği konusundaki tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla planlanan çalışmada; araştırmanın yapıldığı hastanede, hasta güvenliği kültüründe ve hemşirelerin farkındalıklarında yetersizlikler saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin son 12 ayda birimlerinde olay raporlarının hiç yazılmadığı belirlenmiştir.

Tunçel (2013) tarafından hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını bilme ve uygulama durumunu ve hasta güvenliği kültürünü algılama düzeyini belirlemek amacıyla yürütülen çalışmada; hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarının birçoğunu bildikleri fakat bildikleri oranda uygulamadıkları saptanmıştır.

Rogers ve ark. (2004) tarafından hasta güvenliğine hemşirelerin çalışma saatlerinin etkisini araştırmak amacıyla yürütülen çalışmada; fazla çalışma saatinin hemşirelerde hata oranını olumsuz yönde etkilediği, özellikle günlük 12 saatten fazla çalışan hemşirelerde hata yapma riskinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Colla ve ark. (2005) tarafından hasta güvenliği iklimini ölçmek için kullanılan ölçekleri incelemek amacıyla planladıkları çalışmada; ölçeklerde 6 temel konu üzerinde durulduğu, bunların; liderlik, politika, prosedür, personel, iletişim ve raporlama olduğu tespit edilmiştir.

Stelfox ve ark. (2006) tarafından IOM'ın 1999 yılında yayınladığı rapor sonrası hasta güvenliği uygulamalarındaki gelişimi incelemek amacıyla yürütülen çalışmada; rapordan sonra hasta güvenliğine yönelik yayınlanan makale sayısının hızla arttığı tespit edilmiştir.

Jha ve ark. (2010) tarafından hasta güvenliğindeki risk faktörlerini belirlemek amacıyla yürütülen çalışmada; hasta güvenliğini riske atacak 23 tane major etken olduğu belirlenmiş, bu etkenlerin prevalansı %3 ila %16 arasında etkilediği ve en büyük etkenin yatan hastaların bakımında meydana gelebilecek tıbbi hatalar olduğu belirlenmiştir.

Fujita ve ark. (2013) tarafından Japonya, Tayvan ve İngiltere arasında hasta güvenliği kültürünün karakteristik özelliğini incelemek amacıyla planlanan çalışmada; bu üç ülke arasında hata raporlama oranının en yüksek Japonya'da olduğu, İngiltere'de hasta güvenliğini sağlamak için çalışan sayısının arttırıldığı, üç ülke arasında hasta güvenliği kültürünün farklılık gösterdiği ve her bir ülkenin hasta güvenliğine verdiği değer ve hasta güvenliğini geliştirmek için yaptığı planlamaların farklı olduğu saptanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi

Araştırma acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte tasarlandı.

Bu amaç doğrultusunda araştırmada şu sorulara yanıt arandı:

1. Acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları nasıldır?
2. Acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarında sosyo-demografik özelliklerine göre fark var mıdır?

Bağımlı Değişkeni: Acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları.

Bağımsız Değişkeni: Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, hemşire olarak toplam çalışma yılı, hemşirelerin acil servislerde çalışma süresi, acil bakım hemşireliği sertifikasına sahip olma durumu, hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumu, hasta güvenliği konusunda kendisini yeterli bulma durumu, kalite konusunda eğitim alma durumu.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul İli Kamu Hastaneler Birlikleri'ne bağlı tüm branşlarda hizmet veren genel eğitim araştırma hastanelerinin (EK-1) acil servislerinde çalışan toplam 321 hemşire oluşturdu.

Araştırmanın örnekleme evrendeki eleman sayısı bilinen formülle hesaplanarak 164 olarak belirlendi. Kurumlara göre örnekleme alınacak örneklemin sayısı tabakalı örnekleme yöntemi ile hesaplandı, her bir kurumdan örnekleme alınacak hemşireler ise gelişmiş güzel örnekleme yöntemi ile seçildi. Araştırmada veri kaybı olabileceği düşünülerek örnekleme sayısı % 20 oranında artırıldı ve çalışmanın 196 hemşire ile yapılması planlandı, 7 adet form eksik doldurulduğu için değerlendirilmeye alınmadı. Araştırma 189 hemşire ile gerçekleştirildi (Erefe 2004; Erdoğan ve ark. 2014).

Formül;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

Hesaplama;

$$n = \frac{321 \cdot (1.96)^2 \cdot (0.50) \cdot (0.50)}{(0.05)^2 \cdot (360-1) + (1.96)^2 \cdot (0.50) \cdot (0.50)}$$

n= 164 hemşire

Formülde;

N: Evrendeki birey sayısı,

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen görülüş sıklığı (0.50)

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (0.50)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapmayı (0.05) ifade etmektedir.

Araştırma sonunda power güç analizi yapıldı ve 0.80 power (test gücü), %5 (0.05) hata payı ve %95 güven düzeyi ile çalışılan örneklemin yeterli olduğu saptandı.

3.3. Araştırma Verilerinin Toplanması

3.3.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, Bilgi Formu ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği kullanıldı.

3.3.1.1. Bilgi Formu (EK-2): Araştırmacı tarafından literatür (Filiz 2009; Tanrıkulu 2010; Bayar 2013; Tunçel 2013) ışığında geliştirilen formda hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini ve hasta güvenliğine ilişkin düşüncelerini içeren toplam 14 adet soru yer almaktadır.

Sorular; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekteki ve acil servisteki toplam çalışma süresi, acil bakım hemşireliği sertifikasına sahip olma, hasta güvenliği konusunda eğitim alma, hasta güvenliği konusunda kendini yeterli bulma, kalite konusunda eğitim alma, hastanenin kalite belgesinin olması, çalıştığı acil biriminin kalite belgesinin olması durumunu içermektedir.

Ayrıca hemşirelerin, hasta güvenliği önemine ilişkin görüşü sayısal değerlendirme skalası (Numerical Rating Scale-NRS) kullanılarak toplanmıştır. Skalada dolduran kişi tarafından "0" hasta güvenliğinin hiç önemli olmadığını ifade ederken, "10" çok önemli olduğunu belirtmektedir.

3.3.1.2. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (EK-3): Bu ölçek ilk olarak Sexton ve ark. (2006) tarafından farklı birimlere özgü (yoğun bakım, eczane ve kadın doğum birimleri) versiyonları geliştirilmiştir. Baykal ve ark. (2010) tarafından ölçek Türkçe'ye uyarlanarak tüm birimlerde uygulanabilir yapıya dönüştürülmüştür. Ölçek; iş doyumu (11 madde), ekip çalışması (12 madde), güvenlik iklimi (5 madde), yönetim anlayışı (7 madde), stresi tanımlama (5 madde) ve çalışma koşulları (6 madde) olmak üzere 6 alt boyuttan ve toplam 46 maddeden oluşmaktadır. Beşli Likert tipinde olan ölçek "5- tamamen katılıyorum", "4- katılıyorum", "3- kısmen katılıyorum", "2-katılmıyorum", "1-kesinlikle katılmıyorum" şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin bazı maddeleri (21., 36., 37., 38., 39., 40., 41., 42., 43. ve 45. maddeler) negatif puanlanmaktadır.

Baykal ve ark.(2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak tüm birimlerde uygulanabilir yapıya dönüştürülmüş olan ölçeğin madde toplam puan korelasyonu

değeri .35 ile .58 arasında olup, toplam Cronbach alfa değeri .93 ve alt boyut Cronbach alfa değerleri iş doyumu; .85, ekip çalışması; .86, güvenlik iklimi; .83, yönetim anlayışı; .77, stresi tanımlama; .74 ve çalışma koşulları; .72 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan toplam puan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını yansıtmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 46, en yüksek puan 230'dur. Toplam puan arttıkça hasta güvenliğine ilişkin tutumlar olumlu yönde artmaktadır.

Çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri .92 ve alt boyut Cronbach alfa değerleri iş doyumu; .91, ekip çalışması; .80, güvenlik iklimi; .81, yönetim anlayışı; .86, stresi tanımlama; .71 ve çalışma koşulları; .67 olarak belirlendi (EK - 4).

3.4. Verilerin Toplanması ve Etik Konular

Araştırmaya başlamadan önce Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Gazi Osman Paşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar ve Etik Kurulu'ndan 11.09.2013 tarihli 27 sayılı numaralı etik kurul onayı alındı (EK-5). Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Birliği İstanbul Genel Sekreterlikleri'nden kurum izinleri (EK-6), Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'ni Türkçeye uyarlayan ve geçerlik, güvenilirliğini yapan Dr. Ülkü Baykal'dan yazılı izin (EK-7) alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden yazılı Bilgilendirilmiş Onam alındı (EK-8). Hemşirelere genel olarak çalışmanın amacı, veri toplama işleminin nasıl ve ne kadar süreceği, çalışmanın sağlayacağı yarar konularında açıklama yapıldıktan sonra çalışmaya katılımın isteğe bağlı olduğu ve isim yazılmasına gerek olmadığı açıklandı. Veriler çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra formlar dolduruldu. Verilerin toplanması sırasında zaman sınırlaması konulmadı ve formların doldurulması ortalama 7-8 dk. sürdü. Verilerin toplanmasında kullanılacak formun anlaşılabilirliğini test etmek üzere acil serviste çalışan 10 hemşire ile pilot çalışma yapıldı. Pilot çalışma sonrası değişikliğe ihtiyaç duyulmadı.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri araştırmacı tarafından SPSS istatistik programı (Statistical Package for Social Sciences for Windows 15,0) kullanılarak bilgisayar ortamına aktarıldı. Verilerin değerlendirilmesinde psikometrik analizler (iç tutarlık katsayısı), tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), parametrik (t-testi, One

Way ANOVA) ve parametrik olmayan (Chi Square, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U) karşılaştırma istatistiklerinde ve çoklu karşılaştırmalarda ileri analiz yöntemi olarak Tukey HSD testinden yararlanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, İstanbul İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı tüm branşlarda hizmet veren genel eğitim araştırma hastanelerinin acil servislerinde çalışmakta olan hemşireler ile sınırlıdır. Tüm acil servis hemşirelerine genellenemez.

3.7. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmada veri toplama süresince acil servislerin sürekli yoğun olması nedeniyle hemşirelere ulaşma konusunda güçlük yaşandı. Ayrıca hemşirelerin iş yükü hemşirelerin araştırma için zaman ayırmasını güçleştirdi.

4. BULGULAR

Acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmada bulgular hemşirelerin;

- “Sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular”,
- “Hasta güvenliği tutumlarına ilişkin bulgular”,
- “Sosyo-demografik özelliklerine göre hasta güvenliği tutumlarına ilişkin bulgular” olmak üzere üç başlıkta altında ele alındı.

4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde hemşirelerin sosyo-demografik (kişisel ve mesleki özellikler) ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4-1- 1: Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N= 189)

Özellikler	Sayı	Yüzde	
Yaş (Ort=28,41±6,53 yaş)	≤21	82	43,4
	22≤x≤30	41	21,7
	≥31	66	34,9
Cinsiyet	Kadın	133	70,4
	Erkek	56	29,6
Medeni Durum	Evli	80	42,3
	Bekar	109	57,7
Eğitim Durumu	SML*	57	30,2
	Ön lisans	39	20,6
	Lisans	82	43,4
	Lisansüstü	11	5,8
Hemşire olarak çalışma süresi (Ort=81,95±79,33 ay)	<1 yıl	38	20,1
	1≤ x <5 yıl	54	28,6
	5≤ x <10 yıl	42	22,2
	≥10 yıl	55	29,1

Tablo 4-1-1 devam...

Acilde çalışma süresi (Ort= 44,66± 49,85 ay)	<1 yıl	69	36,5
	1≤ x <5 yıl	65	34,4
	≥5 yıl	55	29,1
Acil bakım hemşireliği sertifikasına sahip olma durumu	Var	38	20,1
	Yok	151	79,9
Hasta güvenliği eğitimi alma durumu	Almış	129	68,3
	Almamış	60	31,7
Hasta güvenliği konusunda kendisini yeterli bulma durumu	Evet	134	70,9
	Hayır	55	29,1
Kalite eğitimi alma durumu	Almış	139	73,5
	Almamış	50	26,5
Hastanenin kalite belgesi olma durumu	Var	159	84,1
	Yok	30	15,9
Acil birimin kalite belgesi olma durumu	Var	120	63,5
	Yok	69	36,5

*SML: Sağlık Meslek Lisesi

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 4-1-1 incelendiğinde;

%73,1' inin (82 hemşire) 21 yaş ve altında, %70,4'ünün (133 hemşire) kadın, %57,7'sinin (109 hemşire) bekar, %43,4'ünün (82 hemşire) lisans programlarından mezun oldukları belirlendi. Aynı tabloda hemşirelerin mesleki özellikleri incelendiğinde; %29,1'inin (55 hemşire) 10 yıl ve üzeri hemşire olarak çalıştıkları, %36,5'inin (69 hemşire) acil birimlerde çalışma sürelerinin 1 yıldan az olduğu, %79,9'unun (151 hemşire) acil bakım hemşireliği sertifikasına sahip olmadıkları, %68,3'ünün (129 hemşire) hasta güvenliği eğitimi almış oldukları ve %70,9'unun (134 hemşire) hasta güvenliği konusunda kendilerini yeterli gördükleri saptandı. Ayrıca hemşirelerin %73,5'inin (139 hemşire) kalite eğitimi almış oldukları, %84,1'inin (159 hemşire) kalite belgesi olan hastanelerde ve %63,5'inin (120 hemşire) kalite belgesi olan acil birimlerde çalıştıkları saptandı.

Tablo 4-1-2: Hemşirelerin Yaş ve Çalışma Süreleri Ortalamaları (N:189)

Bağımsız Değişken	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
Yaş	18	53	28,41	6,53
Hemşire olarak çalışma süresi (ay)	6	348	81,85	79,33
Acilde çalışma süresi (ay)	1	288	44,66	49,85

Tablo 4-1-2 incelendiğinde; hemşirelerin yaşlarının minimum 18, maksimum 53 ve yaş ortalamasının $28,41 \pm 6,53$ ay olduğu, hemşire olarak toplam çalışma süresinin minimum 6 ay, maksimum 348 ay ve ortalamasının $81,95 \pm 79,33$ ay ve acil serviste çalışma süresinin minimum 1, maksimum 288 ay ve ortalamasının $44,66 \pm 49,85$ ay olduğu bulundu.

4.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarına İlişkin Bulguları

Bu bölümde sırasıyla hemşirelerin hasta güvenliğine verdikleri önemi ve hasta güvenliği tutumuna ilişkin bulgular Tablo 4-2-1' de yer almaktadır.

Tablo 4-2- 1: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular (N=189)

Alt boyut	Madde sayısı	Minimum puan	Maksimum puan	Ortalama	Standart sapma
İş Doyumu	11	11	55	36,67	9,02
Ekip Çalışması	12	16	56	31,71	6,67
Güvenlik İklimi	5	5	24	13,51	3,48
Yönetim Anlayışı	7	7	35	18,76	5,47
Stresi Tanımlama	5	6	24	15,80	3,84
Çalışma Koşulları	6	6	27	16,67	4,01
Ölçek Toplamı	46	51	221	133,12	23,56

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği' nden ve ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; iş doyumuna alt boyutundan $36,67 \pm 9,02$ puan, ekip çalışması alt boyutundan $31,71 \pm 6,67$ puan, güvenlik iklimi alt boyutundan $13,51 \pm 3,48$ puan, yönetim anlayışı alt boyutundan $18,76 \pm 5,47$ puan, stresi tanımlama alt boyutundan $15,80 \pm 3,84$ puan ve çalışma koşulları alt boyutundan da $16,67 \pm 4,01$ puan aldıkları saptandı. Hemşirelerin ölçek toplam puan ortalamasının $133,12 \pm 23,56$ puan olduğu belirlendi. Hemşirelerin hasta güvenliğine verdikleri önem NRS ile değerlendirildiğinde, minimum 2, maksimum 10 puan aldıkları ve ortalamanın $8,54 \pm 1,74$ olduğu belirlendi.

4.3. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği

Tutumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde acil servislerde çalışan hemşirelerin yaş gruplarına, cinsiyetlerine ve meslekte çalışma yıllarına göre hasta güvenliği tutum ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 4-3-1' de yer almaktadır.

Tablo 4-3- 1: Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=189)

Alt boyut	≤21 (n=82)		22≤x≤30 (n=41)		≥31 (n=66)		Test ve p değeri
	Ort	ss	Ort	ss	Ort	Ss	
İş Doyumu	36,87	9,20	36,37	9,22	36,60	8,81	F=0,04 p=0,95
Ekip Çalışması	31,83	7,045	31,95	6,595	31,42	6,33	F=0,09 p=0,90
Güvenlik İklimi	13,76	3,707	12,63	2,596	13,76	3,63	F=1,67 p=0,19
Yönetim Anlayışı	19,01	5,50	17,95	5,010	18,94	5,73	F=0,56 p=0,56
Stresi Tanımlama	15,15	4,00	17,00	3,39	15,86	3,78	F=3,26 p=0,04
Çalışma Koşulları	16,77	4,16	16,66	3,84	16,56	3,97	F=0,04 P=0,95
Ölçek Toplamı	133,38	25,02	132,56	22,41	133,15	22,73	F=0,01 p= 0,98

sd=186, p<0,05

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları yaş gruplarına göre bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında; sadece stresi tanımlama alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Farkın hangi alt gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Tukey HSD ileri analizi sonucunda ≤ 21 yaş grubundakilerin, $22 \leq x \leq 30$ yaş grubundakilerden istatistiksel olarak anlamlı farkla stresi tanımlama alt boyutundan daha düşük puan aldıkları belirlendi. Ölçek toplamında ve diğer alt boyutlarda ise yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4-3-2: Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=189)

Alt boyut	Kadın (133)		Erkek (n=56)		Test ve p değeri
	Ort	Ss	Ort	Ss	
İş Doyumu	36,21	8,92	37,75	9,26	t=1,07 p=0,28
Ekip Çalışması	31,36	6,56	32,55	6,91	t=1,12 p=0,26
Güvenlik İklimi	13,38	3,48	13,82	3,50	t=0,78 p=0,43
Yönetim Anlayışı	18,66	5,37	18,98	5,74	t=0,36 p=0,71
Stresi Tanımlama	15,81	3,98	15,77	3,54	t=0,07 p=0,94
Çalışma Koşulları	16,51	4,18	17,0	3,56	t=0,90 p=0,36
Ölçek Toplamı	131,94	23,36	135,93	24,015	t=1,06 p=0,28

sd=187, $p<0,05$

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4-3-2’de cinsiyet değişkenine göre bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; ölçek toplamında ve alt boyutlarda cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 4-3-3: Hemşirelerin Toplam Çalışma Sürelerine Göre Hasta Güvenliği

Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=189)

Alt boyut	<1 yıl (n=38)		1 ≤ x <5 yıl (n=54)		5 ≤ x <10 yıl (n=42)		≥10 yıl (n=55)		Test ve p değeri
	Ort	Ss	Ort		Ort	Ss	Ort	Ss	
İş Doyumu	35,92	10,26	37,17	7,81	36,79	10,09	36,60	8,58	F=0,14 p=0,93
Ekip Çalışması	31,18	7,315	32,05	5,97	31,64	7,42	31,8	6,43	F=0,13 p=0,94
Güvenlik İklimi	14,08	3,81	13,15	3,52	13,21	2,72	13,71	3,74	F=0,68 p=0,5
Yönetim Anlayışı	19,40	6,24	18,56	4,77	18,33	5,21	18,84	5,82	F=0,28 p=0,83
Stresi Tanımlama	15,37	3,60	15,35	4,18	16,67	3,74	15,87	3,72	F=1,12 p=0,34
Çalışma Koşulları	17,45	7,354	16,9	3,977	16,81	3,678	16,51	4,06	F=0,78 p=0,50
Ölçek Toplamı	133,40	27,92	132,46	21,48	133,45	23,84	133,33	22,66	F=0,52 p=0,68

sd=185, $p<0,05$

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4-3-3'te toplam çalışma süresi değişkenine göre bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında; ölçek toplamında ve alt boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 4-3-4: Hemşirelerin Acilde Çalışma Sürelerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=189)

Alt boyut	<1 yıl (n=69)		1 ≤ x <5 yıl (n=65)		≥5 yıl (n=55)		Test ve p değeri
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss	
İş Doyumu	36,88	10,10	36,31	8,26	36,82	8,59	F=0,07 p=0,92
Ekip Çalışması	31,94	7,53	32,19	5,70	30,87	6,64	F=0,63 p=0,53
Güvenlik İklimi	14,06	3,79	13,09	3,358	13,33	3,18	F=1,40 p=0,24
Yönetim Anlayışı	19,30	5,89	18,74	5,30	18,09	5,11	F=0,75 p=0,4
Stresi Tanımlama	15,59	4,188	15,75	3,837	16,11	3,446	F=0,27 p=0,75
Çalışma Koşulları	16,61	4,59	16,61	3,79	16,67	4,01	F=0,05 p=0,95
Ölçek Toplamı	134,39	27,77	132,69	21,75	132,04	19,94	F=0,16 p=0,84

sd=186, $p<0,05$

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4-3-4’te acilde çalışma süresi değişkenine göre bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında; ölçek toplamında ve alt boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 4-3-5: Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği

Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=189)

Alt boyut	SML (n=57)		Önlisans (n=39)		Lisans (n=82)		Lisansüstü (n=11)		Test ve p değeri
	Ort	ss	Ort	Ort	ss	Ort	Ss		
	İş Doyumu	39,42	8,80	36,77	8,35	35,07	9,25	33,91	
Ekip Çalışması	31,54	6,75	31,39	5,91	32,18	5,52	31,71	6,67	KW=0,33 p=0,95
Güvenlik İklimi	13,28	3,32	13,87	3,26	13,51	3,78	13,46	3,04	KW=0,53 p=0,91
Yönetim Anlayışı	18,47	5,66	19,13	5,136	18,85	5,478	18,18	6,19	KW=1,69 p=0,63
Stresi Tanımlama	15,58	3,99	16,00	3,50	15,76	3,93	16,55	4,00	KW=0,92 p=0,81
Çalışma Koşulları	16,83	4,433	16,69	3,357	16,27	4,128	18,82	2,22	KW=5,29 p=0,15
Ölçek Toplamı	135,13	23,93	133,85	19,43	131,39	25,58	133,09	21,23	KW=0,46 P=0,92

sd= 185, $p<0,05$

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4-3-5’te eğitim düzeyi değişkenine göre bağımsız gruplarda Kruskal Wallis analizi ile karşılaştırıldığında; ölçek toplamında ve alt boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Tablo 4-3-6: Hemşirelerin Acil Bakım Hemşireliği Sertifikasına Sahip Olmalarına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=189)

Alt boyut	Sertifikalı (n=38)		Sertifikasız (n=151)		Test ve p değeri
	Ort	Ss	Ort	Ss	
İş Doyumu	36,32	7,78	36,75	9,33	t=0,26 p=0,78
Ekip Çalışması	31,16	6,24	31,85	6,79	t=0,57 p=0,56
Güvenlik İklimi	13,13	2,98	13,61	3,60	t=0,84 p=0,40
Yönetim Anlayışı	17,97	4,93	18,85	5,70	t=1,15 p=0,25
Stresi Tanımlama	15,34	4,20	15,91	3,75	t=0,81 p=0,41
Çalışma Koşulları	16,00	3,82	16,84	4,05	t=1,15 p=0,24
Ölçek Toplamı	129,92	18,31	133,93	24,70	t=1,11 p=0,26

sd= 187, $p<0,05$

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4-3-6'da acil bakım hemşirliği sertifikası sahibi olma durumuna göre bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; ölçek toplamında ve alt boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 4-3-7: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Durumlarına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=189)

Alt boyut	Eğitim almış (n=129)		Eğitim almamış (n=60)		Test ve p değeri
	Ort	ss	Ort	ss	
İş Doyumu	35,80	8,57	38,53	9,76	t=1,95 p=0,05
Ekip Çalışması	31,26	6,27	32,70	7,44	t=1,38 p=0,16
Güvenlik İklimi	13,42	3,39	13,72	3,70	t=0,54 p=0,58
Yönetim Anlayışı	18,71	5,61	18,87	5,21	t=0,18 p=0,85
Stresi Tanımlama	15,48	3,94	16,48	3,58	t=1,67 p=0,09
Çalışma Koşulları	16,26	4,09	17,55	3,71	t=2,07 p=0,05
Ölçek Toplamı	132,11	22,617	135,94	26,063	t=1,89 p=0,06

sd=187, $p<0,05$

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4-3-7’de hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına göre bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; ölçek toplamında ve alt boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 4-3-8: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Kendilerini Yeterli Hissetme Durumlarına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=189)

Alt boyut	Yeterli Hisseden (n=134)		Yeterli hissetmeyen (n=55)		Test ve p değeri
	Ort	Ss	Ort	Ss	
İş Doyumu	36,63	8,84	36,75	9,55	t=0,07 p=0,93
Ekip Çalışması	31,56	6,66	32,09	6,75	t=0,49 p=0,62
Güvenlik İklimi	13,68	3,511	13,11	3,41	t=1,02 p=0,30
Yönetim Anlayışı	19,08	5,72	17,96	4,75	t=1,38 p=0,17
Stresi Tanımlama	15,79	3,92	15,82	3,70	t=0,04 p=0,96
Çalışma Koşulları	16,57	4,28	16,91	3,28	t=0,52 p=0,60
Ölçek Toplamı	133,32	24,34	132,64	21,77	t=0,18 p=0,85

sd=187, $p<0,05$

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4-3-8’de hasta güvenliği konusunda kendilerini yeterli hissetme durumlarına göre bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; ölçek toplamında ve alt boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Tablo 4-3-9: Hemşirelerin Kalite Eğitimi Alma Durumlarına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (N=189)

Alt boyut	Eğitim almış (n=139)		Eğitim almamış (n=50)		Test ve p değeri
	Ort	Ss	Ort	Ss	
İş Doyumu	36,24	8,44	37,86	10,47	t=1,09 p=0,27
Ekip Çalışması	31,44	6,10	32,48	8,08	t=0,82 p=0,41
Güvenlik İklimi	13,46	3,32	13,66	3,93	t=0,34 p=0,72
Yönetim Anlayışı	18,86	5,55	18,48	5,27	t=0,41 p=0,67
Stresi Tanımlama	15,62	3,933	16,30	3,59	t=1,074 p=0,28
Çalışma Koşulları	16,50	3,94	17,16	4,19	t=1,00 p=0,31
Ölçek Toplamı	132,11	22,61	135,94	26,06	t=0,98 p=0,32

sd= 187, $p<0,05$

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4-3-9'da kalite eğitimi alma durumlarına göre bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; ölçek toplamında ve alt boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 4-3-10: Hemşirelerin Kalite Belgesi Olan Hastanede Çalışma Durumlarına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları
(N=189)

Alt boyut	Kalite belgesi var (n=159)		Kalite belgesi yok (n=30)		Test ve p değeri
	Ort	Ss	Ort	Ss	
İş Doyumu	36,45	8,96	37,83	9,41	z=0,78 p=0,43
Ekip Çalışması	31,64	6,78	32,13	6,14	z=0,33 p=0,94
Güvenlik İklimi	13,48	3,49	13,67	3,48	z=0,04 p=0,76
Yönetim Anlayışı	18,44	5,39	20,43	5,66	z=1,84 p=0,06
Stresi Tanımlama	15,58	3,87	16,93	3,56	z=1,51 p=0,13
Çalışma Koşulları	16,39	3,81	18,17	4,73	z=1,82 p=0,06
Ölçek Toplamı	131,98	23,26	139,17	24,63	z=1,38 p=0,16

sd= 187, $p<0,05$

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4-3-10'da çalıştıkları hastanenin kalite belgesine sahip olma durumuna göre bağımsız gruplarda Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında; ölçek toplamında ve alt boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 4-3-11: Hemşirelerin Kalite Belgesi Olan Acil Birimde Çalışma

Durumlarına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut

Puan Ortalamaları (N=189)

Alt boyut	Kalite belgesi var (n=129)		Kalite belgesi yok (n=60)		Test ve p değeri
	Ort	ss	Ort	Ss	
İş Doyumu	36,98	8,28	36,12	10,24	t=0,63 p=0,52
Ekip Çalışması	31,79	6,44	31,58	7,10	t=0,21 p=0,83
Güvenlik İklimi	13,36	3,17	13,78	3,98	t=0,75 p=0,45
Yönetim Anlayışı	18,34	4,62	19,48	6,66	t=1,25 p=0,21
Stresi Tanımlama	15,69	3,99	15,99	3,60	t=0,50 p=0,60
Çalışma Koşulları	16,70	3,65	16,62	4,59	t=0,11 p=0,90
Ölçek Toplamı	132,87	20,71	133,57	27,99	t=0,181 p=0,85

sd=187, $p<0,05$

Hemşirelerin Hasta Güveliği Tutum Ölçeği toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları tablo 4-3-11’de çalıştıkları acil birimin kalite belgesine sahip olma durumuna göre bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; ölçek toplamında ve alt boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları;

- ❖ Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri
- ❖ Hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları
- ❖ Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre hasta güvenliğine ilişkin tutumları olmak üzere üç bölümde tartışılmıştır.

5.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırma grubunu oluşturan hemşirelerin çoğunluğu kadın (%70,4), bekar (%57,7), lisans programından mezundur (%43,4). (Tablo 4-1-1).

Araştırma grubunu oluşturan hemşireler 18-53 yaş aralığında ve $28,41 \pm 6,53$ yıl yaş ortalamasındadır. Toplam çalışma sürelerinin ortalamasının $81,95 \pm 79,33$ ay (yaklaşık 7,5 yıl), acil serviste çalışma sürelerinin ortalamasının $44,66 \pm 49,85$ ay (yaklaşık 4 yıl) olduğu, çoğunluğunun (%36,5) 1 yıldan az çalıştığı saptandı (Tablo 4-1-1 ve Tablo 4-1-2). Göransson ve ark. (2006), Blank ve ark. (2013) ve Bayar (2013) çalışmalarında hemşirelerin acil serviste çalışma sürelerinin ağırlıklı olarak (%58,5, %52, %60,8) 1-5 yıl arasında olduğunu bulmuşlardır. Bu sonuçlar, çalışmadaki bulgular ile paralellik göstermemektedir. Benner (1983), hemşirelerin meslekte deneyim yılı arttıkça gerçek ve olması muhtemel sorunları mantıklı tanımladıklarını, muhtemel sonuçları ve nedenleri daha iyi ortaya koyduklarını ve kanıtları daha etkin kullandıklarını, eleştirel düşünme becerilerini geliştirdiklerini belirtmektedir. Çalışmadaki hemşirelerin çoğunluğunun 1 yıldan daha az süredir acil serviste çalışıyor olması hasta güvenliği açısından olumsuz bir durum olarak yorumlanabilir.

Teşhis konmamış ve acil girişime gereksinimi olan her yaştaki hasta/yaralı bireye gerekli hemşirelik bakımının uygulayıcısı olan acil servis hemşireliğinde, Türkiye’ de 1980 yılından bu yana “Acil Bakım Hemşireliği Sertifika Programı” uygulanmakta ve Sağlık Bakanlığı tarafından 21.12.2005 tarihli ve 10862 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan, “Acil Bakım Hemşireliği Eğitim Programı Uygulama Yönergesi” ile acil serviste çalışan veya çalıştırılması planlanan hemşirelerin sertifika

alması gerektiği belirtilmektedir. Çalışmada, hemşirelerin büyük bir kısmının (%79,9) acil bakım hemşireliği sertifikasına sahip olmadığı belirlendi (Tablo 4-1-1). Bu durum, yönetmeliğin uygulamaya geçirilme durumunu yansıtır niteliktedir. Casey (2008) çalışmasında acil servislerde çalışan hemşirelerin hemen hemen tamamının (%95,3) acil servise özgü sertifikaya sahip olduğu belirtilmektedir. Bu sonuçlar acil servislerde hasta güvenliği açısından oldukça düşündürücüdür.

Araştırmanın yapıldığı hastanelerin (%84,1) ve acil servislerin (%63,5) çoğunluğunun kalite belgesine sahip olduğu, araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun (%73,5) kalite eğitimi ve (%68,3) hasta güvenliği konusunda eğitim aldıkları, %29,1 oranında hemşirenin kendini hasta güvenliği konusunda yeterli bulmadığı belirlendi. Bu sonuçlar, çalışmanın yapıldığı hastanelerin ve acil servislerinin çoğunluğunun kalite belgesine sahip olduğunu ve hemşirelerin konuya ilişkin eğitim aldıklarını göstermektedir. Ancak buna karşın kendini hasta güvenliği konusunda yeterli hissetmeyenlerin oranı küçümsenmeyecek düzeydedir (Tablo 4-1-1). Makai ve ark.'nın (2009) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Taş ve ark. (2013) kalite yönetimi ile hasta güvenliği arasında önemli bir ilişki olduğunu, etkin ve etkili uygulanan kalite yönetim sistemi ile hasta güvenliğinin arttığını belirtmişlerdir. Ayrıca kaliteli sağlık hizmeti ile doğru kişiye, doğru zamanda, doğru yolla, doğru araçlar kullanarak hizmet vermek ve mümkün olan en iyi sonuçları elde ederek hasta güvenliğinin sağlanabileceğini vurgulamışlardır.

5.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği tutum ölçeğinden minimum 46, maksimum 230 puan alabilecekleri düşünüldüğünde, çalışmaya dahil olan hemşirelerin hasta güvenliği tutum ölçeği toplam puan ortalaması $133,12 \pm 23,56$ olarak belirlendi. Bu sonuca göre, araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının orta düzeyde olumlu olduğu söylenebilir. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde ise, iş doyumu alt boyutundan minimum 11 puan, maksimum 55 puan alınabileceği düşünüldüğünde, araştırma grubundaki hemşirelerin ortalama puanlarının $36,67 \pm 9,02$ olması iş doyumu alt boyutunda tutumlarının olumlu yönde olduğu şeklinde yorumlanabilir, ekip çalışması alt boyutundan minimum 12 puan, maksimum 56 puan alabilecekken hemşirelerin puan ortalamalarının $31,71 \pm 6,67$ olması, ekip çalışması alt boyutunda

tutumlarının orta düzeyde olumlu yönde olduğu yorumlanabilir. Güvenlik iklimi alt boyutunda minimum 5 puan, maksimum 25 puan alınabileceği göz önüne alındığında, araştırmaya katılan hemşirelerin puan ortalamasının $13,51 \pm 3,48$ olması çalışma grubunun güvenlik iklimi tutumlarının orta düzeyde olumlu olduğu şeklinde değerlendirilebilir. Yönetim anlayışı alt boyutunda minimum 7 puan, maksimum 35 puan alınabileceği düşünüldüğünde, çalışma grubundaki hemşirelerin puan ortalamasının $18,76 \pm 5,47$ olması yönetim anlayışı alt boyutuna yönelik tutumlarının olumsuz yönde olduğu şeklinde yorumlanabilir. Stresi tanımlama alt boyutunda minimum 5 puan, maksimum 25 puan alınabilecekken, hemşirelerin puan ortalamasının $15,80 \pm 3,84$ olması, stresi tanımlama alt boyutundaki tutumlarının orta düzeyde olumlu olduğu şeklinde ifade edilebilir. Çalışma koşulları alt boyutunda minimum 6 puan, maksimum 30 puan alınabilecekken, çalışmaya katılan hemşirelerin puan ortalamasının $16,67 \pm 4,01$ puan olması, hemşirelerin tutumlarının orta düzeyde olumlu olduğu şeklinde yorumlanabilir. Hemşirelerin NRS'den aldıkları puan ortalamasının $8,54 \pm 1,74$ olması hemşirelerin hasta güvenliğine

önem verdiklerini göstermektedir. Sonuçlar çalışma grubunu oluşturan hemşirelerin hasta güvenliğine önem verdiklerini ve tutumlarının geliştirilmesine gereksinim olduğunu göstermektedir (Tablo 4-2-1).

5.3. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş grupları ile hasta güvenliği ölçeği puan ortalamaları ve stresi tanımlama alt boyutu dışındaki boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$). Stresi tanımlama alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi ($p < 0,05$). (Tablo 4-3-1). Çalışmaya katılan hemşirelerden 21 yaş ve altındaki hemşirelerin, 22 ve 30 yaş arasındaki hemşirelerden stresi tanımlama puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlendi. Ancak, 31 yaş ve üstündeki grupta ortalama puanın 21 yaş ve altındaki gruba yakın olması dikkat çekicidir. Bu sonucun ileri çalışmalarla incelenmesi gerekmektedir.

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir

fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). (Tablo 4-3-2). Cinsiyetin hasta güvenliği tutumunda bir fark oluşturmadığı söylenebilir.

Hemşirelerin çalışma sürelerine ve acil serviste çalışma sürelerine göre hasta güvenliği ölçeği toplam puan ortalamaları ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). (Tablo 4-3-3 ve Tablo 4-3-4). Forsman ve ark. (2011) çalışmasında; hemşirelerde deneyim süresinin hasta güvenliğini olumlu yönde etkilediğini saptamıştır. Meslekte deneyim arttıkça hasta güvenliğine verilen önemin artması beklenirken bu sonuç hasta güvenliği açısından düşündürücü olarak nitelendirildi.

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre hasta güvenliği tutum ölçeği toplam puan ortalamaları ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). (Tablo 4-3-5). Rosseter (2014) yayımladığı derlemesinde, kaliteli bakımın ve hasta güvenliğinin en önemli faktörlerinden birisinin hemşirelerin eğitim seviyelerinin olduğunu belirtmiş ve eğitim seviyesinin arttıkça bakımın kalitesinin artacağını ve hasta güvenliğini tehlikeye sokacak uygulamaların azalacağını vurgulamıştır. Bu bilgiler ışığında, çalışmanın sonuçları hasta güvenliği açısından sürekli eğitim programlarının gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin acil bakım hemşireliği sertifikasına sahip olma durumlarına göre hasta güvenliği tutum ölçeği toplam puan ortalamaları ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). (Tablo 3-4-6). Bu sonuçlara göre sertifikaya sahip olma durumunun, hemşirelerde hasta güvenliği tutumunu etkilemediği ve sertifika programlarının hasta güvenliği açısından yeniden gözden geçirilmesi gerektiği önerilebilir.

Araştırmaya katılan hemşireler arasında hasta güvenliği konusunda eğitim alma ve almama, hasta güvenliği konusunda kendini yeterli hissetme ve hissetmeme durumlarına göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde, eğitim alanlarla almayanlar, kendilerini yeterli hissedenler ve hissetmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (Tablo 4-3-7 ve Tablo 4-3-8). İki grup arasında fark olmayışı, hemşirelerin hasta güvenliği konusunda kendini yeterli hissetme tutumları ile ilişkilendirilebilir. Araştırma grubundaki hemşirelerin kalite eğitimi alma, kalite belgesi olan hastanelerde ve acil

servislerde çalışma durumlarına göre hasta güvenliği tutum ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde, eğitim alma ve almama durumunun, kalite belgesinin olma ile olmama durumu arasında istatistiksel olarak bir fark oluşturmadığı belirlendi ($p>0,05$). (Tablo 4-3-9, Tablo 4-3-10, Tablo 4-3-11). Hasta güvenliği konusunun sağlık hizmetlerinde kalitenin ana bileşenlerinden biri olmasına rağmen, kalite belgesinin hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumlarını etkilememesi, kalite eğitimlerinin ve standartlarının hasta güvenliği açısından gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada;

- Acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu, yaşa, cinsiyete, eğitim düzeyine, hemşire olarak çalışma süresine, acil serviste çalışma süresine, acil bakım hemşireliği sertifikasına sahip olma durumuna, hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumuna, hasta güvenliği konusunda kendini yeterli bulma durumuna, hastanenin kalite belgesinin olma durumuna ve acil servisin kalite belgesi olma durumuna göre farklılık göstermediği sonuçlarına ulaşıldı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Acil servis hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını olumlu yönde geliştirecek ve farkındalığını arttıracak sürekli (hizmet içi eğitimler, sertifika programları vb.) eğitim programlarının düzenlenmesi ve sonuçlarının değerlendirilerek gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Çalışmanın daha büyük örneklem grubunda yapılması,
- Çalışmanın farklı ölçeklerle yapılması,
- Farklı birimleri ele alan karşılaştırmalı çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Adaş, G. ve ark. (1998). Hastanelerde Acil ve Kaza Servislerinin Planlanması ve Fiziksel Organizasyonu. Ulusal travma ve Acil Cerrahi Dergisi. 4(1)

Agnew, C. ve ark. (2013). Patient Safety Climate and Worker Safety Behaviours in Acute Hospitals İn Scotland. Journal of Safety Research. 45: 95-101.

Aksoy, G. ve ark. (2012). *Cerrahi Hemşireliği I*. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri.

Akyolcu, N. (2007). Acil Birimlerde Triyaj. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 15(58), 7-17.

Akyolcu, N. ve ark. (2006). Acil Birimlerde “Trijaj” Kimler Tarafından ve Nasıl Uygulanıyor? İ.Ü. Florence Nightingale Hemirelik Dergisi, 57(1).

Aştı, T. ve Acaroğlu, R. (2000). Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(2), 22-27.

Atay, S. ve ark. (2009). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitime Yönelik Görüşleri. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 6(1), 84-93.

Aygin, D. ve Cengiz, H. (2011). İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 45(3), 110-114.

Babadağ, K. (1990). Acil Hasta Bakımında Önceliklerin Belirlenmesi. Ed: Oktay, S., ve ark. Acil Hemşireliği, İstanbul Üniversitesi. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları, İstanbul. s.1-10.

Bayar, H. (2013). Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi ve Uygulamaları. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Baykal, Ü. ve ark.(2010). Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 7(1), 39-46

Benner, P. (1983). From Beninner to Expert, Advance Nursing Science;14:13.

Blank, F. ve ark. (2013). A Comparison Of Patient And Nurse Expectations Regarding Nursing Care In The Emergency Department. Journal of Emergency Nursing, 1-6.

Erişim: 02.05.2014. http://ac.els-cdn.com/S0099176713001025/1-s2.0-S0099176713001025-main.pdf?_tid=43d0b4f2-d1dd-11e3-9d9f-00000aab0f26&acdnat=1399023580_04490e137bbb4f5e0a4028fecf6cf5a2

Budak, M.(2008). Hasta Güvenliği Kültürü. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi.7

Canpolat, Ç. (2011). Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliğine İlişkin Görüşleri. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Casey, M M. ve ark. (2008). Rural Emergency Department Staffing and Participation in Emergency Certification and Training Programs. *The Journal of Rural Health*, 24(3), 253-262.

Carroll, VS. (2005). Is Patient Safety Synonymous With Quality Nursing Care? Should It Be? A Brief Discourse. *Q Manage Health Care* ,14(4), 229-233.

Cebeci, F. (2010). Hasta Güvenliğinde Acil Hemşirelerinin Rolü. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2(1) : 57-63

Cebeci, F. ve ark. (2012). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 188-196.

Celkan, T. (2004). Kan ve Kan Ürünleri Kullanımı ve Sorunlar. XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Hemşire Programı.

Çakır, A. (2007). Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, Toplam Kalite Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Çakmakçı, M. ve Akın, E. (2011). “Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya”, Fusun Sayek TTB Raporları/ Kitapları, Ankara.

Çeçen, D. ve Özbayır, T. (2011). Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastalarda Düşme Riskinin Belirlenmesi ve Düşmeyi Önlemeye Yönelik Yapılan Girişimlerin Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 27(1), 11-23.

Çelen, Ö. ve ark. (2007). Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Görev Yapan Hemşirelerin Uygulanan Hizmet İçi Eğitim Programlarından Beklentileri ve Bu Programlar ile İlgili Düşünceleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 49, 25-31.

Çırpı, F. ve ark. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Marmara Üniversitesi Hemşirelik Bilimi ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 27-34.

Colla, J B. ve ark. (2005). Measuring Patient Safety Climate: A Review of Surveys. *Quality and Safety Health Care*. 14: 364-366. 2005.014217
Erişim:08.04.2014. <http://qualitysafety.bmj.com/content/14/5/364.full.pdf+html>.

Cüceloğlu, D. (2005). İletişim ve Algılama. *Yeniden İnsan İnsana*, 34. Basım, Remzi Kitapevi, İstanbul, 27-32.

E Suter, R. (2012). Emergency Medicine in the United States: A Systemic Review. *World Journal of Emergency Medicine*. 3(1), 5-10.

Erdoğan, S. ve ark.(Ed) (2014). *Hemşirelikte Araştırma*. İstanbul. Nobel Tıp Evi.

Erefe, Ğ. (Ed.). (2004). *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. (3.Baskı). İstanbul: Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme (HEMAR-GE) Derneği Yayınları.

Ertek, M. (2008). Hastane Enfeksiyonları: Türkiye Verileri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Hastane Enfeksiyonları: Koruma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 60, 9-14.

Eryılmaz, M., (2007). Ülkemizde Acil Sağlık Hizmetleri: İhtiyaca Yönelik Güncel Çözüm Önerileri. *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi*. 13(1):1-12.

Filiz, E. (2009). Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Forsman, B. ve ark. (2011). Nurses working with Manchester triage – The impact of experience on patient security. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15 (2), 100-107.

Fujita, S. ve ark. (2013). The Characteristics of Patient Safety Culture in Japan, Taiwan and The United States. *BMC Health Services Research*. 20.

Göransson, E K. ve ark. (2006). Emergency department triage: Is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions? *Accident and Emergency Nursing*, 14, 83-88.

Göz, F. ve Kayahan, M. (2011). Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlardaki Hasta Güvenliği Kültürünü Değerlendirmeleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8(2), 44-50.

Gürel, A. (2012). Ameliyathanede Hasta Güvenliğine İlişkin Ameliyathane Hemşiresinin Rolü. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Güven, R. (2007). Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi. Erişim: 02.04.2014
<http://www.das.org.tr/tr/dosya/kongre/kong2007/yazi/rabia.guven-das-2007-yazi.pdf>

Hendrich, A. ve ark. (1995). Hospital Falls: Development of a Predictive Model for Clinical Practice. *Applied Nursing Research*, 8(3), 129-139.

ICN (2007). Positive Practice Enviroments: Quality Workplaces =Quality Patient Care (Olumlu Çalışma Ortamları: Nitelikli İş Yerleri= Nitelikli Hasta Bakımı). Erişim: 08.03.2014.<http://www.icn.ch/publications/2007-positive-practice-environments-quality-workplaces-quality-patient-care/>

<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/>, 2011.

IOM (1999), Institue of Medicine: To Err is Human: Building A Safer Health System.

IOM (2001), Institue of Medicine: Crossing The Quality Chasm Six Quality Aims for the21st Century Health System, National academy Press, Washington.

IOM(2001). Committee on Quality Of Health Care In America Crossing The Quality Chasm: A New Health System For Theo21st Century, Washington DC: National Academy Press; 2001. Erişim: 02.03.2014. http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10027

IOM (2003). Patient Safety: Achieving A New Standard For Care. Washington, DC: National Academies Pres, Washington.

Işık, AT. ve ark. (2006). Geriatrik Olgularda Düşöelerin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics, 9(1), 45-50.

JCI (2002). Joint Commission Resources, Assessing Hospital Staff Competence.

Erişim:

JCI (2009). Joint Commission Hospital Accreditation Standards, Joint Commission Erişim: 01.03.2014, <http://www.jointcommission.org>

Jha, K A. ve ark. (2010). Patient Safety Research: An Overview of the Global Evidence. Quality and Safety Health Care. 19: 42-47. 2008.029165 Erişim:07.04.2014. <http://qualitysafety.bmj.com/content/19/1/42.full.pdf+html>.

Kanan, N. (1998). Kritik Durumdaki Hastanın Transferi. Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Yayın Organı, 2(1), 40-44.

Karadağ, A. (2003). Basınç Ülserleri: Değerlendirme, Önleme ve Tedavi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(2), 41-48.

Kavlu, İ. ve Pınar, R. (2009). Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş DoyumlarınınYaşam Kalitesine Etkisi. Türkiye Klinikleri J Med Sci.29(6): 1453-1455.

Kaya, A. (2006). Acil Servis Hemşirelerinin Görev, Yetki Sorumluluk ve Yasal Zorunlulukları. Erişim Tarihi: 08.06.2014 <http://www.groups.google.co.il/>

Kaya, H. (2006). Hemşirelikte oryantasyon eğitimi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 15, 25–29.

K Biçer, E. ve ark. (2013). Hasta Güvenliğine İlişkin Düzenlenen Hizmet İçi Eğitimin Hemşirelerin Bilgi Düzeyine Etkisi. *Hemşirelik Eğitimi ve araştırma Dergisi*, 10(1); 14-20.

Kılıçaslan, İ. ve ark. (2005). Türkiye’de Acil Servise Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 5(1), 5-13.

Kırılmaz, H. (Ed.). (2010). Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 2, Ankara.

Kohn, LT. ve ark. (2000). *To Err is Human: Building a safer health system*. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Pres.

Kumcağız, H. ve ark. (2011). Hemşirelerin İletişim Becerileri: Samsun İli Örneği. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 49-56.

Leape LL, ve ark.(1991). The Nature of Adverse Events In Hospitalized Patients. *Results Of The Harvard Medical Practice Study II*. *N Engl J Med*,324:377-84.

Makai, P. ve ark. (2009). Quality Management and Patient Safety: Survey Results from 102 Hungarian Hospitals. *Health Policy*, 90(2-3), 175-180

Ministry Of Health (MOH) (2001) Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention- MOH Nursing Clinical Practice Guidelines 1. http://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Nurses/cpg_nursing/2001/prediction%20and%20prevention%20of%20pressure%20ulcers%20in%20adults.pdf.

National Patient Safety Agency (NPSA). (2003). *Seven Steps To Patient Safety*. London: NPSA.

National Patient Safety Agency (NPSA). (2009). *Seven Steps to Patient Safety in General Practice*. Referans N: 0884.

Nichols, D N. ve ark. (2006). Do Emergency Nurse Practitioners Provide Safe Patient Care?. *Israeli Journal of Emergency Medicine*. 6(1): 59-66.

Nightingale, N. (1859). *What It Is, and What It Is Not*. *Notes on Nursing*. Erişim: 22.04.2014. <https://archive.org/stream/notesnursingwhat00nigh#page/n7/mode/2up>

Ovalı, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1, 33-44.

Önler, E. (2010). *Ameliyethane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi*. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, İstanbul.

Pei, YV. ve Xiao, F. (2011). Emergency Medicine In China: Present and Future. World Journal of Emergency Medicine, 2(4), 245-252.

Pehlivanoglu, F. ve ark. (2011). Kan Transfüzyonu Uygulamaları Hemşire Anketi; Doğrular, Doğru Bilinenler, Değişenler, Hatalar. Haseki Tıp Bülteni, 49, 145-149.

Pınar, G. ve ark. (2010). Hemşirelerin Hizmet İçi Uyum Eğitimine İlişkin Görüşleri. Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi, 1(3), 199-205.

Reason, J. (1998). Achieving A Safe Culture: Theory and Practice. Work and Stress, 12(3), 293-306.

Robinson, K. (2002). "To Err Is Human..." Patient Safety Initiatives for EMS. Journal of Emergency Nursing, 28(1): 47-48.

Rosseter, RJ (2014). The Impact of Education on Nursing Practice. Erişim Tarihi: 08.06.2014. <http://www.aacn.nche.edu/media-relations/EdImpact.pdf>

Sağlık Bakanlığı (2005). "Acil Bakım Hemşireliği Eğitim Programı Uygulama Yönergesi", Resmi Gazete Tarihi: 21.12.2005. Resmi Gazete Sayısı: 10862

Sağlık Bakanlığı (2005). "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği", Resmi Gazete Tarihi: 11.08.2005. Resmi Gazete Sayısı: 25903

Sağlık Bakanlığı (2006). "Enfeksiyon Kontrol Hemşirelerinin Eğitimine Ve Sertifikalandırılmasına Dair Tebliğ", Resmi Gazete Tarihi: 18.11.2006, Resmi Gazete Sayısı: 26350

Sağlık Bakanlığı (2007). "Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği", Resmi Gazete Tarihi: 15.03.2007, Resmi Gazete Sayısı: 26463

Sağlık Bakanlığı (2007). "Kan ve Kan Ürünleri Kanunu", Resmi Gazete Tarihi: Resmi Gazete Sayısı: 5624

Sağlık Bakanlığı (2009). "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ", Resmi Gazete Tarihi: 16.10.2009. Resmi Gazete Sayı: 27378

Sağlık Bakanlığı (2011). "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik", Resmi Gazete Tarihi: 06.04.2011, Resmi Gazete Sayı: 27897.

Sağlık Bakanlığı (2013). "Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik", Resmi Gazete Tarihi: 06.09.2013, Resmi Gazete Sayısı: 28730.

Savcı, C. ve ark. (2009). Nöroloji ve Nöroşirürji Kliniklerinde Hastaların Düşme Riski ve Alınan Önlemlerin Belirlenmesi. Maltepe Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3), 19-25.

Saygılı, S. (2010). Kan ve Kan Ürünleri Yasasında Kurumların Rolü: Kızılay'ın Rolü. XXXVI. Ulusal Hematoloji Kongresi

SJ Blank, F. ve ark. (2006). Improving Patient Safety in the ED Waiting Room. *Journal of Emergency Nursing*. 33: 331-335.

Skiba, M. (2006). Strategies For Identifying And Minimizing Medication Errors In Health Care Setting. *Health Care Manager*, 25(1), 70-77.

Stelfox, H T. ve ark. (2006). The ‘‘To Err is Human’’ Report and the Patient Safety Literature. *Quality and Safety Health Care*. 15: 174-178.2006.017947. Erişim: 08.04.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464859/pdf/174.pdf>

U Alıcı, S. ve Çakır, A. (2009). Hemşirelerin Özel Bir Hastanede Uygulanan Klinik Oryantasyon Programına İlişkin Görüşleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1), 45-56.

Uysal, H. (2010). Kritik Durumdaki Hastanın Transferi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 1(1), 8-12.

Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2008). İlaç Uygulama Hataları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28, 217-222

Ü. Atan, Ş. ve ark. (2013). Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. *Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 21(3): 172-180.

Üstün, B. (2011). Çünkü İletişim Çok Şeyi Değiştirir. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2, 88-94.

Tak, B. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1, 72-113.

Tanrıku, G. (2010). Hemşirelerin Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Acil Servislerin Çalışma Ortamına İlişkin Görüşleri. *Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara*.

Taş ve ark. (2013). Kalite Yönetim Sistemi İle Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma: Üniversite Hastanesi Örneği. Erişim: 04.05.2014. http://akademikpersonel.kocaeli.edu.tr/yunustas/bildiri/yunustas02.10.2013_18.11.13bildir.pdf

Taşocak, G. (2007). Hasta Eğitimi. İ.Ü. Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, İstanbul Türk Dil Kurumu (TDK) (2006 Eylül). Kültür. Erişim: 12.01.2014.

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.535bff582c51.20515344

T Şen, H. ve ark. (2013). Hizmet İçi Eğitim Hemşirelerinin İletişim Beceri Düzeyleri. *Psikiyatri Hemşireleri Dergisi*, 4(1), 13-20.

Torun, S. (2008). Kırım Savaşı'nda Hasta Bakımı ve Hemşirelik. Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Adana.

Trzeciak, S. ve Rivers, E P. (2003). Emergency Department Overcrowding in the United States: An Emerging Threat To Patient Safety and Public Health. *Journal of Emergency Medicine*. 20: 402-405.

Tunçel, K. (2013). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi ve Hasta Güvenliği Uygulamaları. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

World Health Professions Alliance (2002). Patient Safety World Health Professions Alliance Fact Sheet. Erişim: 10.07.2012. <http://www.whpa.org/factptsafety.htm>

WHO (2002). 10 Facts on Patient Safety. Erişim: 05.01.2014. http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/

WHO (2004). World Alliance for Patient Safety. Erişim: 02.05.2013 (http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf).

WHO (2006). World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2006-2007. Geneva, Switzerland, WHO Press.

WHO (2007). Call For More Research On Patient Safety. Erişim: 01.15.2014. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/>

World Health Organization (WHO) (2010), A Brief Synopsis of Patient Safety. Erişim: 09.12.2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf.

Yönt, G. (2011). Hasta Güvenliği Kültürü, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 27(1).

Zhan, C. ve Miller M R. (2003). Administrative Data Based Patient Safety Research: A Critical Review. *Quality and Safety Health Care*. 12: ii58-ii63. Erişim: 08.04.2014.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765777/pdf/v012p0ii58.pdf>

HAM VERILER

FORMLAR

EK 1: ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI HASTANELERİN LİSTESİ

FATİH KAMU HASTANELER BİRLİĞİ
<ul style="list-style-type: none"> • İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi • Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
BEYOĞLU KAMU HASTANELER BİRLİĞİ
<ul style="list-style-type: none"> • Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi • Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi • Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
BAKIRKÖY KAMU HASTANELER BİRLİĞİ
<ul style="list-style-type: none"> • Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi • Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi • Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İSTANBUL ANADOLU GÜNEY BÖLGESİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ
<ul style="list-style-type: none"> • Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İSTANBUL ANADOLU KUZAY BÖLGESİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ
<ul style="list-style-type: none"> • Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi • Haydar Paşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi • Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

EK 2: BİLGİ FORMU

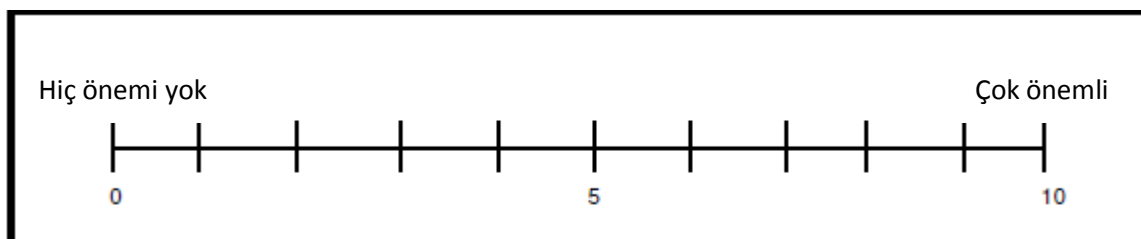
Değerli Meslektaşlarım;

Bu form, acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen her bir soruyu dikkatli bir şekilde okuyarak, durumunuzu en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir soruyu boş bırakmamaya özen gösteriniz. Araştırma sonuçlarının gizliliği esastır, cevaplarınız kesinlikle kimseyle paylaşılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

*İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi
Hanife BALIK
İletişim: hanifebalik1987@hotmail.com*

1. **Kadronuz:** () Hemşire () Acil Tıp Teknisyeni(ATT) () Diğer.....
2. **Yaşınız:**.....
3. **Cinsiyetiniz:** () Kadın () Erkek
4. **Medeni durumunu:** () Evli () Bekar
5. **Eğitim Durumunuz:**
() Lise Mezunu () Ön Lisans Mezunu () Lisans Mezunu Lisans Üstü Mezunu: () Yüksek lisans () Doktora Diğer ()
6. **Hemşire Olarak Toplam Çalışma Yılıınız:**.....
7. **Acil Serviste Çalışma Süreniz/Yılıınız:**.....
8. **Acil Bakım Hemşireliği Sertifikası aldınız mı?** () Evet () Hayır
9. **Hasta güvenliği konusunda eğitim aldınız mı?** () Evet () Hayır
10. **Hasta güvenliği konusunda kendinizi yeterli buluyor musunuz?** () Evet () Hayır
11. **Kalite konusunda eğitim aldınız mı?** () Evet () Hayır
12. **Hastanenin kalite belgesi var mı?**
() Evet (Varsa, hangi kurumdan alındığını yazınız:.....)
() Hayır
13. **Çalıştığınız acil biriminin kalite belgesi var mı?**
() Evet (Varsa, hangi kurumdan alındığını yazınız:.....)
() Hayır
14. **Hasta güvenliğine verdiğiniz önemi aşağıdaki skala üzerinden işaretleyiniz.**



EK-3: HASTA GÜVENLİĞİ TUTUM ÖLÇEĞİ

Yönerge: Aşağıdaki hasta güvenliğine ilişkin ifadelerde düşüncenizi en iyi yansıtan seçeneğe X işareti koyunuz.		TAMAMEN KATILYORUM	KATILYORUM	KISMEN KATILYORUM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
1	Performansım hakkında geribildirim alırım(Bilgilendirilirim).					
2	Hastane yönetimi işini iyi yapar.					
3	Bu hastane, çalışmak için iyi bir yerdir.					
4	Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.					
5	Bu hastane, problemlili doktor ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenir.					
6	Bu birimde, hemşirelerin fikirlerine değer verilir.					
7	Bu hastanede çalışmaktan gurur duyarım.					
8	Bu birimdeki tıbbi ekipman- donanım yeterlidir.					
9	Bu birimdeki personelin düzeyi, hasta sayısını karşılamak için yeterlidir.					
10	Bu birimde karar verilirken, ilgili personelden elde edilen verilerden yararlanır.					
11	Hastanede, işimi etkileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.					
12	Hastalara bakım verirken, ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardım eder.					
13	Bu birimde çalışanlar, anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.					
14	Bu birimde ahlaki(etik) değerler yüksektir.					
15	Acil durumlarda diğer personelin ne yapacağını bilirim.					
16	Bu birimde görüş farklılıkları hasta yararı(kimin haklı olduğundan çok hastalar için neyin iyi olduğu gibi) dikkate alınarak çözülür.					
17	Gerçekten profesyonel olan çalışanlar, kişisel problemlerini işine yansıtmaz.					
18	Bu hastanede, çalışanlar arasında ekip çalışması ve iş birliği desteklenir.					
19	Hasta güvenliği ile ilgili sorun olduğunda, bun rapor etmem konusunda meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim					
20	Bu birimde, diğerlerinin hatalarından öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.					
21	Diğer personelin hastaya zarar verebilecek hatalar yaptığını gördüm					
22	Bu birimde, hasta güvenliği ile ilgili sorular sormak için uygun yolları (kanalları) bilirim					
23	Bu birimde, doktor ve hemşireler uyumlu bir ekip olarak çalışır.					

EK 3: Devam...

	Yönerge: Aşağıdaki hasta güvenliğine ilişkin ifadelerde düşüncenizi en iyi yansıtan seçeneğe X işareti koyunuz.	TAMAMEN KATILYORUM	KATILYORUM	KISMEN KATILYORUM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
24	Bu birimde olay raporlarıyla ilgili bilgiler, hasta bakımın güvenliğini sağlamada kullanılır.					
25	Bu birimde, güvenli raporlama sistemlerinden, hasta güvenliğini geliştirmede yararlanılır.					
26	Bu birimde, hasta güvenliği ile ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyulur.					
27	Bu birimde, gerektiğinde tıbbi hataları nasıl rapor edeceğimi bilirim.					
28	Hasta güvenliği, bu birimin önceliği olarak sürekli olarak önemsenir.					
29	Bu birimde hasta olarak bulunmam durumunda kendimi güvende hissederim.					
30	Bu birimde, tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır.					
31	Bu hastanede, yeni personelin işe oryantasyonu ve hizmet içi eğitim iyi yapılır.					
32	Bu birimdeki tüm personel, hasta güvenliği ile ilgili sorumluluk alır.					
33	Hastane yönetimi, hasta güvenliğiyle ilgili konularda taviz vermez.					
34	Hastane yönetimi, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarımı eksiksiz yürütmemi destekler.					
35	Tanı ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.					
36	Acil durumlardaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler.					
37	Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler.					
38	Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres, performansımı olumsuz etkiler.					
39	Yorgun olduğumda, işimde daha az etkin olurum.					
40	Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersem, bunu dile getirmem zordur.					
41	Bu birimde, hizmetin aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır.					
42	Çalışanlar, bu birimde oluşturulan kural ve prosedürleri(el yıkama, tedavi protokolleri/ klinik yollar gibi) sıklıkla önemsemeyiz.					
43	İşimde hayal kırıklığı yaşıyorum.					
44	Bu birimdeki doktorlar dahil tüm çalışanlar, işlerini iyi yaparlar.					
45	İşimde kendimi tükenmiş hissederim.					
46	Bu birimde, hemşirelik eğitimi alanlar(öğrenciler) uygun şekilde desteklenir.					

EK-4: HASTA GÜVENLİĞİ TUTUM ÖLÇEĞİ CRONBACH ALFA DEĞERLERİ

Alt Boyutlar	ÖLÇEK MADDELERİ	İç tutarlık katsayıları		
		Maddeler *	Cronbach alfa değeri	
İş doyumu	1	Performansım hakkında geribildirim alırım(Bilgilendirilirim).	0,928	$\alpha=0,919$
	2	Hastane yönetimi işini iyi yapar.	0,926	
	3	Bu hastane, çalışmak için iyi bir yerdir.	0,927	
	4	Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	0,926	
	5	Bu hastane, problemlili doktor ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenir.	0,927	
	6	Bu birimde, hemşirelerin fikirlerine değer verilir.	0,926	
	7	Bu hastanede çalışmaktan gurur duyarım.	0,926	
	8	Bu birimdeki tıbbi ekipman- donanım yeterlidir.	0,927	
	9	Bu birimdeki personelin düzeyi, hasta sayısını karşılamak için yeterlidir.	0,928	
	10	Bu birimde karar verilirken, ilgili personelden elde edilen verilerden yararlanılır.	0,926	
	11	Hastanede, işimi etkileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.	0,926	
Ekip Çalışması	12	Hastalara bakım verirken, ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardım eder.	0,927	$\alpha=0,801$
	13	Bu birimde çalışanlar, anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.	0,927	
	14	Bu birimde ahlaki(etik) değerler yüksektir.	0,926	
	15	Acil durumlarda diğer personelin ne yapacağını bilirim.	0,927	
	16	Bu birimde görüş farklılıkları hasta yararı(kimin haklı olduğundan çok hastalar için neyin iyi olduğu gibi) dikkate alınarak çözülür.	0,926	
	17	Gerçekten profesyonel olan çalışanlar, kişisel problemlerini işine yansıtmaz.	0,928	
	18	Bu hastanede, çalışanlar arasında ekip çalışması ve iş birliği desteklenir.	0,926	
	19	Hasta güvenliği ile ilgili sorun olduğunda, bunu rapor etmem konusunda meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim	0,926	
	20	Bu birimde, diğerlerinin hatalarından öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.	0,927	
	21	Diğer personelin hastaya zarar verebilecek hatalar yaptığını gördüm	0,932	
	22	Bu birimde, hasta güvenliği ile ilgili sorular sormak için uygun yolları (kanalları) bilirim.	0,935	
	23	Bu birimde, doktor ve hemşireler uyumlu bir ekip olarak çalışır.	0,926	

EK-4 Devam...

Güvenlik iklimi	24	Bu birimde olay raporlarıyla ilgili bilgiler, hasta bakımın güvenliğini sağlamada kullanılır.	0,927	$\alpha=0,816$
	25	Bu birimde, güvenli raporlama sistemlerinden, hasta güvenliğini geliştirmede yararlanılır.	0,927	
	26	Bu birimde, hasta güvenliği ile ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyulur.	0,926	
	27	Bu birimde, gerektiğinde tıbbi hataları nasıl rapor edeceğimi bilirim.	0,928	
	28	Hasta güvenliği, bu birimin önceliği olarak sürekli olarak önemsenir.	0,927	
Yönetim anlayışı	29	Bu birimde hasta olarak bulunmam durumunda kendimi güvende hissederim.	0,926	$\alpha=0,866$
	30	Bu birimde, tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır.	0,926	
	31	Bu hastanede, yeni personelin işe oryantasyonu ve hizmet içi eğitim iyi yapılır.	0,927	
	32	Bu birimdeki tüm personel, hasta güvenliği ile ilgili sorumluluk alır.	0,926	
	33	Hastane yönetimi, hasta güvenliğiyle ilgili konularda taviz vermez.	0,927	
	34	Hastane yönetimi, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarımı eksiksiz yürütmemi destekler.	0,926	
	35	Tanı ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.	0,928	
Stresi tanımlama	36	Acil durumlardaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler.	0,930	$\alpha=0,716$
	37	Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler.	0,930	
	38	Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres, performansımı olumsuz etkiler.	0,931	
	39	Yorgun olduğumda, işimde daha az etkin olurum.	0,930	
	40	Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersem, bunu dile getirmem zordur.	0,929	
	41	Bu birimde, hizmetin aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır.	0,928	
Çalışma koşulları	42	Çalışanlar, bu birimde oluşturulan kural ve prosedürleri(el yıkama, tedavi protokolleri/ klinik yollar gibi) sıklıkla önemsemezler.	0,929	$\alpha=0,671$
	43	İşimde hayal kırıklığı yaşıyorum.	0,929	
	44	Bu birimdeki doktorlar dahil tüm çalışanlar, işlerini iyi yaparlar.	0,927	
	45	İşimde kendimi tükenmiş hissederim.	0,929	
	46	Bu birimde, hemşirelik eğitimi alanlar(öğrenciler) uygun şekilde desteklenir.	0,928	
	Ölçek Toplam Cronbach alfa İç Tutarlılık Katsayısı			
*İç tutarlık analizlerinde Cronbach alfa testi kullanılmıştır.				

EK-5: ETİK KURUL KARARI

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

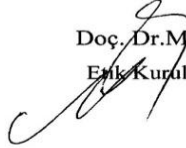
Sayı: 27

Tarih: 11.09.2013

Konu: Onay yazısı

Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları isimli çalışmanızın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Murat TOPAK
Etik Kurul Başkanı



EK-5 Devam...

TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Hanife BALIK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ				
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>		
		Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>		
		Diğer ise belirtiniz			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ X	ULUSAL X	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

EK-5 Devam...

TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	01.07.2013		Türkçe X	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	01.07.2013		Türkçe X	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:10	Tarih: 11.09.2013				
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tamamının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					

TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç.Dr. Murat TOPAK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Doç.Dr. Murat TOPAK	Kulak Burun Boğaz	Taksim E.A.H	EX	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	HX	EX	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Ferda Nihat KÖKSOY	Genel Cerrahi	Taksim E.A.H	EX	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	HX	EX	H <input type="checkbox"/>	
Uz. Dr.Osman MAVİŞ	İç Hastalıkları	Taksim E.A.H	EX	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	HX	EX	H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr.M. B.Can BALCI	Üroloji	Taksim E.A.H	EX	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	HX	EX	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Barış NUHOĞLU	Üroloji	Taksim E.A.H	EX	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	HX	EX	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Ufuk ÖZKAYA	Ortopedi ve Travmatoloji	Taksim E.A.H	EX	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	HX	EX	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. A. Ender YUMRU	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Taksim E.A.H	E <input type="checkbox"/>	K X	E <input type="checkbox"/>	HX	EX	H <input type="checkbox"/>	
Uz. Dr. Semra BİLGE	Nöroloji	Taksim E.A.H	E <input type="checkbox"/>	K X	E <input type="checkbox"/>	HX	EX	H <input type="checkbox"/>	
Uz. Dr.N. Özden SERİN	Tıbbi Biyokimya	Taksim E.A.H	E <input type="checkbox"/>	K X	E <input type="checkbox"/>	HX	EX	H <input type="checkbox"/>	

EK-5 Devam...

TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

Prof.Dr. Hikmet ÜÇİŞİK	Biyomedikal	Boğaziçi Üniversitesi	EX	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	HX	E <input type="checkbox"/>	HX	
Prof.Dr. Ayşe Emel ÖNAL	Halk Sağlığı ve Çevre	İstanbul Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	KX	E <input type="checkbox"/>	HX	E <input type="checkbox"/>	HX	
Uz. Dr. Gülsüm ÖNAL	Tıbbi Deontoloji	Şişli Etfal E.A.H	E <input type="checkbox"/>	KX	E <input type="checkbox"/>	HX	E <input type="checkbox"/>	HX	
Özgür Ceylan AYTAÇ	Avukat	Aytaç Hukuk Bürosu	E <input type="checkbox"/>	KX	E <input type="checkbox"/>	HX	E <input type="checkbox"/>	HX	
Aydan ERGÜN ÖZKAYNAKÇI	Farmakolog	The Marmara Oteli	E <input type="checkbox"/>	KX	E <input type="checkbox"/>	HX	E <input type="checkbox"/>	HX	
Kubilay MUMYAKMAZ	Şube Müdürü (Serbest Üye)	Ziraat Bankası	EX	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	HX	EX	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>

* :Toplantıda Bulunma

**EK-6: İSTANBUL İLİ KAMU HASTANELER
BİRLİĞİ KURUM İZİNLERİ**



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397-900-19745
Konu : Hanife BALIK - Araştırma İzni Hk.

04/03 3

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına)

İlgi : 26.06.2013 tarih ve 1584 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Yard. Doç. Dr. Hülya KAYA danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Hanife BALIK'ın "Acil Servisinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları" konulu tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı aşağıda adı geçen hastanelerde yapmaları uygun görülmüştür. Gereğini arz ederim.

Şevket TOPDEMİR
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

- BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
- BAKIRKÖY DR.SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
- KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

Gelen Kayıt No: 2092
Gelen Tarih : 19.08.2013

19.08.2013
[Signature]



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 35778018-605.99-18325
Konu : Hanife BALIK'ın Araştırma İzni Hk.

23/07/2013

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı

İlgi : 26/06/2013 tarih ve 1585 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hanife BALIK'ın yüksek lisans tezi olarak hazırladığı "Acil Servisinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları" konulu araştırmasında kullanılmak üzere sağlık tesisimizde yapacağı anket çalışması Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonumuz tarafından incelenmiş olup çalışmanın talebiniz üzerine Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde yapılması uygun görülmüştür. Çalışmanın 24/07/2013 tarihinden itibaren 3 (üç) ay içerisinde tamamlanıp bir nüshasının tarafımıza iletilmesi hususunda; Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uz.Dr. E.Ersin ŞİMŞEK
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Gelen Kayıt No: 2.091

13.08.2013
İlmi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELER KURUMU
İstanbul Fatih Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

Sayı :51800557 /
Konu :Hanife BALIK Araştırma İzni hk.

.../.../2013

03.07.2013* 13412

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Dekanlığı

İlgi:26.06.2013 tarih 1582 sayılı yazınız.

Fakülteniz Öğretim Üyesi Yard.Doç.(Doç)Dr.Hülya KAYA'nın danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Hanife BALIK'ın " Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları" konulu tez çalışması Fakülteniz ile Genel sekreterliğimiz arasında imzalanan protokol doğrultusunda Genel Sekreterliğimize bağlı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Op. Dr. İdris KURTULUŞ
Genel Sekreter'a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
2020
Gönderme Kayıt No:
Tarih: 19.08.2013.

13.08.2013
Jlu

Evrak Tarih ve Sayısı: 12/07/2013-19486



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 97175836-799-
Konu : Araştırma İzni (Hanife BALIK)

FLORANCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

İlgi : 26.06.2013 tarihli ve 1583 sayılı yazınız.

Fakülteniz Öğretim Üyesi Yard. Doç. Dr. Hülya KAYA'nın danışmanlığında, yüksek lisans eğitimine devam eden Hanife BALIK'ın "Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları" konulu araştırmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırması, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. İsmail KARTAL
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
...../...../20.....

13.08.2013
Hül



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 77517973-663.08-21691
Konu : Hanife BALIK'ın Araştırma İzni

03.07.2013

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı

İlgi : 26.06.2013 tarih ve 1586 sayılı yazısı.

Fakülteniz, Yüksek Lisans öğrencisi Hanife BALIK'ın "Acil Servisinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları" konulu araştırmayı yürütme talebini içeren ilgede kayıtlı yazınız tarafımızca değerlendirilmiş olup; söz konusu araştırma için Etik Kurul onayı alındıktan sonra Genel Sekreterliğimize bağlı sağlık tesislerinde yürütülmesinde herhangi bir sakınca bulunmamaktadır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Dr. Ercan ÖZGÜL
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

08.07.2013


T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

Gelen Kayıt No: 155
Gelen Tarih : 07.07.2013

P.i.s. ger
9.7.2013

E-5 Karayolu Üzeri İçerenköy 34752 Ataşehir - İSTANBUL
Telefon: 02165787831 Faks: 0216 578 78 21
e-Posta: nsismanoglu.84@gmail.com

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Nagihan ŞİŞMANOĞLU

EK-7: HASTA GÜVENLİĞİ TUTUM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNI

Sayın Hanife Balık

'Hasta Güvenliğı Tutum Ölçeğı'nin Türkçe'ye Uyarlanması' ÜLKÜ BAYKAL,NEVİN H. ŞAHİN, SERAP YAZICI ALTUNTAŞ çalışmasıyla geçerlik güvenilirliğini yaptığımız ölçeğı, yüksek lisans tez çalışmanızda yayın yapmanız halinde yazarları bilgilendirmek koşuluyla kullanabileceğınızı bildiririz.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Doç.Dr. Ülkü BAYKAL

11.06.2013



EK 8:BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Çalışmanın Adı: Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine ilişkin Tutumları

Çalışmanın Yürütücüleri: Danışman: Doç. Dr. Hülya KAYA

Yüksek Lisans Öğrencisi Hanife BALIK

Çalışmanın Amacı: Bu çalışma, acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını belirlemek ve ilgili çalışmalara kaynak oluşturmak amacı ile planlanmıştır.

Bu çalışmada, hiçbir şekilde adınız anılmayacaktır ve belirtilmeyecektir. Bütün verileri araştırmacı toplayarak, güvenli bir şekilde saklayacak ve araştırmada kullanılacaktır.

Ben, yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, görevli olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve çalışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman her hangi bir ters durum ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı – Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün / ay / yıl):...../...../.....

Araştırmacının Adı – Soyadı :

İmzası:

Tarih: (gün / ay / yıl):/...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kişinin Adı – Soyadı:

İmzası:

Görevi / Ünvanı:

Tarih: (gün / ay / yıl)...../...../.....

PATENT HAKKI IZNI

TELIF HAKKI IZNI

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Hanife	Soyadı	BALIK
Doğ.Yeri	Gazi Osman Paşa	Doğ.Tar.	02.05.1987
Uyruğu	T.C	TC Kim No	27551583714
Email	Hanifebalik1987@hotmail.com	Tel	5549954010

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı	2011-.....
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2006-2011
Lise	Eyüp Lisesi	2001-2004

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Acil Servis Hemşiresi	İstanbul Kağıthane Devlet Hastanesi	2011-2012
2.	Araştırma Görevlisi	İstanbul Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü (ÖYP)	2014-
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜD S Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	iyi	Orta	iyi		IELTS: 5,0

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office(Word, Excel, Power Point)	İyi
SPSS	Orta

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Takı tasarlamak, kültürel geziler yapmak, seyahat etmek.