



**KOÇ  
ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KAMU VE ÖZEL SEKTÖRDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN HASTANELERDE HASTA  
GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE İLİŞKİN ALGILARI**

**Nursel ASILI**

**Hemşirelik Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İSTANBUL 2016**





**KOÇ  
ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KAMU VE ÖZEL SEKTÖRDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN HASTANELERDE HASTA  
GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE İLİŞKİN ALGILARI**

**Nursel ASILI**

**Hemşirelik Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Yrd. Doç. Dr. Özlem YAZICI**

**İSTANBUL 2016**

Bu çalışma, aşağıda yer alan jüri üyelerimiz tarafından Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**Başkan** .....

**Üye (Danışman)** .....

**Üye** .....

**Üye** .....

**Üye** .....

### **ONAY**

Bu tez çalışması, .....2016 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İhsan SOLAROĞLU

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

## 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 haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

İmza

Nursel ASILI

## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın planlanması, yürütölmesi ve sonuçlanmasıda desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, bilgi birikimleri ve deneyimleriyle araőtırmamı yöneten, bana rehberlik eden çok değerli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Özlüm YAZICI'ya sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'ni geliştiren ve araőtırmamda kullanmama izin veren Sayın Prof. Dr. Ülkü BAYKAL ve Yrd. Doç. Dr. Emine TÜRKMEN'e, çalıőmalarım süresince, her zaman olduğu gibi sürekli desteğini hissettiğim çok değerli aileme ve arkadaşlarıma, çalıőmama katılmayı kabul eden ve vaktini ayıran tüm meslektaşlarıma çok teşekkür ederim.

Nursel ASILI

## TABLO DİZİNİ

**Tablo 1:** Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

**Tablo 2:** Hemşirelerin meslek ve çalıştıkları birimlere göre memnuniyet düzeyleri ve hasta güvenliği eğitimi alma durumları

**Tablo 3:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları

**Tablo 4:** Hemşirelerin yönetim ve liderlik alt boyutuna yönelik istatistikler

**Tablo 5:** Hemşirelerin çalışanların davranışı alt boyutuna yönelik istatistikler

**Tablo 6:** Hemşirelerin beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutuna yönelik istatistikler

**Tablo 7:** Hemşirelerin çalışanların eğitimi alt boyutuna yönelik istatistikler

**Tablo 8:** Hemşirelerin bakım ortamı alt boyutuna yönelik istatistikler

**Tablo 9:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin çalıştıkları hastanelere göre karşılaştırılması

**Tablo 10:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması

**Tablo 11:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutuna ilişkin görüşlerinin çalıştıkları birimlere göre karşılaştırılması

**Tablo 12:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutuna ilişkin görüşlerinin kurumdaki görevlerine göre karşılaştırılması

**Tablo 13:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutuna ilişkin görüşlerinin deneyim sürelerine göre karşılaştırılması

**Tablo 14:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutuna ilişkin görüşlerinin kurumdaki çalışma sürelerine göre karşılaştırılması

**Tablo 15:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutuna ilişkin görüşlerinin birimde çalışma sürelerine göre karşılaştırılması

**Tablo 16:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutuna ilişkin görüşlerinin günlük bakılan hasta sayılarına göre karşılaştırılması

**Tablo 17:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutuna ilişkin görüşlerinin haftalık çalışma saatlerine göre karşılaştırılması

**Tablo 18:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutuna ilişkin görüşlerinin çalışma biçimine göre karşılaştırılması

**Tablo 19:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutuna ilişkin görüşlerinin meslekten memnuniyet durumlarına göre karşılaştırılması

**Tablo 20:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutuna ilişkin görüşlerinin bölümden memnuniyet durumlarına göre karşılaştırılması

**Tablo 21:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutuna ilişkin görüşlerinin hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına göre karşılaştırılması



## KISALTMALAR

**HGKÖ:** Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği

**TE:** Tıp Enstitüsü

**UHGv:** Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı

**UHK:** Uluslararası Hemşireler Konseyi

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**UAEA:** Uluslararası Atom Enerji Ajansı

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**OSKAK:** Ortak Sağlık Kuruluşları Komisyonu

**JCI:** Uluslararası Birleşik Komisyonu

**UHHG:** Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri

**SKS:** Sağlıkta Kalite Standartları

**SAKK:** Sağlık Araştırmaları ve Kalite Kurumu

**UÇÖ:** Uluslararası Çalışma Örgütü

**Ark:** Arkadaşları

## İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR.....	vi
ÖZET .....	1
ABSTRACT .....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı .....	5
1.3. Araştırma Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİLER .....	7
2.1. Hasta Güvenliği Kavramı.....	7
2.2. Hasta Güvenliğinin Amacı .....	8
2.3. Hasta Güvenliğini Etkileyen Faktörler .....	9
2.4. Tıbbi Hata Kavramı .....	10
2.5. Hasta Güvenliği Kültürü .....	11
2.6. Türkiye’de Hasta Güvenliğinin Gelişimi .....	13
2.6.1. Türkiye Hasta Güvenliği Derneği.....	14
2.7. Hasta Güvenliği İçin Yürütülen Çalışmalar.....	14
2.7.1. Akreditasyon Çalışmaları.....	15
2.7.2. Yasa, Yönetmelikler ve Rehberler .....	17
2.8. Hasta Güvenliği Kültürünü Geliştirmede Hemşirelerin Rollerini .....	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Tipi .....	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	22
3.5. Veri Toplama Araçları.....	23
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	24
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	25
4. BULGULAR .....	26
4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	26

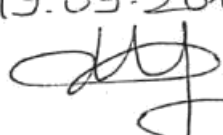
4.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	30
4.3. Hemşirelerin Yönetim ve Liderlik Alt Boyutuna Yönelik Bulgular.....	30
4.4. Hemşirelerin Çalışanların Davranışı Alt Boyutuna Yönelik Bulgular .....	32
4.5. Hemşirelerin Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama Alt Boyutuna Yönelik Bulgular.....	34
4.6. Hemşirelerin Çalışanların Eğitimi Alt Boyutuna Yönelik Bulgular .....	35
4.7. Hemşirelerin Bakım Ortamı Alt Boyutuna Yönelik Bulgular .....	36
4.8. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutlarının Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular .....	37
5. TARTIŞMA .....	49
5.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	49
5.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Görüş ve Tutumları .....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
7. KAYNAKÇA .....	60

## TEZ TESLİMİ KONTROL FORMU

- ÖN DIŞ KAPAK
- Boş sayfa
- İÇ KAPAK
- TEZ ONAYI (Jüri üyeleri ve Sınav günü hariç diğer bilgiler yazılmış olacak)
- BEYAN (Aday tarafından imzalanmış)
- TEŞEKKÜR
- İÇİNDEKİLER
- TABLOLAR DİZİNİ
- ŞEKİLLER DİZİNİ
- KISALTMALAR DİZİNİ
- ÖZET
- ABSTRACT
- GİRİŞ VE AMAÇ
- GENEL BİLGİLER
- GEREÇ VE YÖNTEM
- BULGULAR
- TARTIŞMA
- KAYNAKLAR
- FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vd)  
(Kullanılmışsa)
- ETİK KURUL KARARI KOPYASI
- PATENT HAKKI İZİNİ KOPYASI (Varsa)
- TELİF HAKKI İZİNİ KOPYASI (Gerekliyse)
- ÖZGEÇMİŞ
- ARKA DIŞ KAPAK

Yukarıda yazılı hususlar tarafımdan kontrol edilmiştir.

Danışman: Adı Soyadı, İmza, Tarih

Yrd.Doç.Dr.  
Özlem YAZICI  
19.09.2016  


## ÖZET

### Kamu ve Özel Sektörde Çalışan Hemşirelerin

#### Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algıları

Çalışmamızın amacı; kamu ve özel hastanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarını değerlendirmektir.

Çalışmamız, İstanbul'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir kamu hastanesi ve bir özel hastanede çalışan hemşirelere, Mart-Mayıs 2016 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı ve karşılaştırmalı tipte bir araştırmadır. Araştırmaya, kamu hastanesi ve özel hastanede en az 1 yıldır çalışan, oryantasyon eğitimini tamamlamış, araştırmaya katılmaya gönüllü toplam 274 hemşire katılmıştır. Araştırma verileri; araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik özellikleri içeren bir anket ile 2011 senesinde Türkmen ve ark. tarafından hastanelerde hasta güvenliği kültürünü belirlemeye yönelik geliştirilen "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS-22 programı kullanılarak, %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde analiz edilmiştir. Değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri yapılmış, t testi, Mann Whitney U testi, tek faktörlü varyans analizi (One Way ANOVA), Kruskal Wallis testleri uygulanmıştır.

Hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bulguları incelendiğinde, %95,6'sının hasta güvenliği konusunda eğitim aldıkları belirlenmiştir. Ölçekten alınan en yüksek puan ortalaması "Çalışanların Eğitimi" alt boyutunda  $3,00 \pm 0,44$  olarak bulunmuştur. Araştırmamızın sonuçlarına göre günlük bakılan hasta sayısının ve haftalık çalışma saatinin artmasının hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Mesleklerinden ve bölümlerinden memnun olan hemşirelerin hasta güvenliği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaneler arasında hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları açısından fark bulunmuştur. Hasta güvenliği kültürüne yönelik kurumlar arası kıyaslamaların daha fazla yapılması sağlanarak eksik/geliştirilmesi gereken alanlarda çalışmaların yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Hemşire, Hemşirelik Hizmetleri

## ABSTRACT

### Perceptions of Patient Safety Culture Among Nurses

#### Working in Public versus Private Hospitals

The aim of this study was to evaluate the perception of patient safety culture among nurses working in public versus private hospitals.

This descriptive and comparative research study was conducted among nurses working in public and private hospitals which are related to Health Ministry in Istanbul between March and May 2016. A total of 274 volunteer nurses who had worked at least 1 year and having completed orientation training participated in this study. The research data were collected with using a questionnaire containing demographic characteristics prepared by researchers and "Patient Safety Culture Scale" which is prepared by Turkmen et al. in 2011. The data has been analysed at 95% confidence intervals and 5% significance level in SPSS-22 software programme. Descriptive statistics was done while evaluating data variables using frequency, percentage, t-test, Mann Whitney U test, One Way ANOVA and Kruskal Wallis tests.

As a result of findings related to patient safety, it has found that 95.6% of nurses had completed their training. The highest mean score obtained from the scale as lower size "Training of employees" was been found to be  $3.00 \pm 0.44$ . According to the results of our study, the number of patients seen in daily and weekly working hours increase represents that the negative impact on patient safety. It is determined that the nurses who are satisfied with their professions and sections have higher points than the nurses who had average score of patient safety. A significant difference was found between hospitals in terms of patient safety culture. It is recommended that making more comparisons between institutions for patient safety culture, lacking or need of improvement areas should be done in the field of study.

**Keywords:** Patient Safety, Patient Safety Culture, Nurse, Nursing Services

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve hastaların daha bilinçli hale gelmesi, haklarını öğrenmesi sağlık sunumunda kalite unsurunu giderek ön plana çıkartmaktadır. Bu öne çıkan konuların en önemlilerinden biri de hasta güvenliğidir (Çırpı ve ark., 2009). Hasta güvenliği kavramı, son dönemde hem ulusal hem de uluslararası platformlarda üzerinde önemle durulan bir konu haline gelmiştir (Biçer ve ark., 2013). Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır ve nitelikli sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir koşuludur (Karaca ve Arslan, 2014). Hastanın güvenli bir ortamda sağlık hizmeti alması hem hastane yönetiminin hem de sağlık ekibi üyelerinin sorumluluğundadır (Baykal ve ark., 2010). Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik yönden olumlu olarak etkileyecek bir ortam yaratarak hastaların güvenliğini sağlamaktır. Burada esas yapılması gereken, hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hastayı olası zararlardan koruyacak ve hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Karaca ve Arslan., 2014). Hata yapmak insanın doğası gereğidir ve değiştirilemez. Ancak insanların çalıştığı koşullar değiştirilebilir ve geliştirilebilir (Adıgüzel, 2010).

Tıp Enstitüsü (TE)'nün raporuna göre, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde her yıl 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeni ile hayatını kaybettiği öne sürülmektedir. ABD'deki araştırmalar tıbbi hataların beşinci ölüm nedeni olabileceğini ortaya koymaktadır (Kohn ve ark., 1999) Bu sayı trafik kazası, meme kanseri veya AIDS'den ölenlerin sayısından daha fazladır. Bu sonuçlar da hasta güvenliğinin ne derece önemli bir kavram olduğunu ortaya koymaktadır (Kohn ve ark., 1999, Çırpı ve ark., 2009).

Bir sağlık kurumunda hasta güvenliği kavramı kurumsal kültürün en önemli parçalarından birisidir. Kurumsal kültür 'bir kurumda işlerin nasıl yürütüldüğü' dür. Ancak kurumsal kültür kolay değişebilen bir olgu değildir. Önemli olan üst

yönetimin bunu kabul etmesi ve çalışanlarının da kabul etmesi için gereken her şeyin yapılmasıdır (Akalin, 2004). Hasta güvenliğinin artırılmasına yönelik önlemlerin alınmasında en önemli yaklaşımlardan biri, çalışanların yaptıkları hataları korkmadan, çekinmeden raporlaması ve bu konuda cesaretlendirilmesidir (Baykal ve ark., 2010). Hastanın ve çalışanların güvenliğini tehdit eden olayları izlemek, raporlamak, analiz etmek ve iyileştirmek, hastaya zarar vermeden tanı, tedavi, bakım ve diğer hizmetleri sunmak sadece doktor ve hemşirelerin değil tüm personelin temel sorumlulukları arasında yer alır (Biçer ve ark., 2013).

Sağlık çalışanları içinde çoğunluğu oluşturan hemşireler, bakımın her alanında hasta güvenliğini sağlamakla yükümlüdürler (Çırpı ve ark., 2009). Bir kurumda hasta güvenliği kültüründen söz edebilmek için hasta güvenliği uygulamalarının hemşireler tarafından benimsenmesi ve sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir (Karaca ve Arslan, 2014).

Hemşireler; fonksiyonlarının çokluğu, çeşitliliği ve hasta ile beraberliğin sürekliliği gibi nedenlerle diğer meslek gruplarına kıyasla daha sık tıbbi hatalarla karşı karşıya kalmaktadır (Aştı ve ark., 2000; Biçer ve ark., 2013). Hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların en aza indirilmesi, bu hatalara neden olan kaynakların bilinmesi ile mümkün olabilir. Sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti verirken neden oldukları tıbbi hataları sıfıra indirmek mümkün olmasa da hastanelerde hasta güvenliği kültürünün yerleştirilip geliştirilmesi ve aynı zamanda tüm çalışanlar tarafından benimsenmesi ile bu risklerin en az sayıya indirilebileceği görülmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanmasında ilk hedef, riskleri azaltmak olmalıdır (Andsoy ve ark., 2014; Karaca ve Arslan, 2014).

Türkiye’de yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda henüz güvenlik kültürü algısının yerleşmediği ve henüz yapılandırılmış bir hasta güvenlik sisteminin olmadığı anlaşılmaktadır (Dursun ve ark., 2010; Atan ve ark., 2013). Ülkemizde, tıbbi hataları ve hasta güvenliği ile ilgili retrospektif olarak hasta kayıtlarından incelenerek yapılmış ulusal sonuçları yansıtan çalışmalar yoktur. Ancak, sağlık ekibi üyelerinin hasta güvenliği ile ilgili bilgilerini değerlendiren, hatalarla ilgili görüş ve deneyimlerini yansıtan çalışmalar bulunmaktadır (Çırpı ve ark., 2009; Cebeci ve ark., 2012). Diğer yandan, bu çalışmalarda elde edilen sonuçların da çok sağlıklı veriler



olmadığı; ülkemizde sağlık kurumlarında henüz hasta güvenliği kültürünün yerleşmediği, etkin bir hata raporlama sisteminin olmadığı ve hataların gizlendiği belirtilmektedir (Türkmen ve ark., 2011).

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Kamu ve özel hastanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

## **1.3. Araştırma Soruları**

1. Hastaneler arasında hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
2. Hemşirelerin eğitim durumları ile hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
3. Hemşirelerin çalıştıkları birimler arasında hasta güvenliği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
4. Hemşirelerin kurumdaki görevleri ile hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
5. Hemşirelerin deneyim süreleri ile hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
6. Hemşirelerin kurumda çalışma sürelerine göre hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
7. Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki çalışma sürelerine göre hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
8. Hemşirelerin günlük bakım verdiği hasta sayıları ile hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
9. Hemşirelerin haftalık çalışma saatine göre hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
10. Hemşirelerin çalışma biçimine göre hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

11. Hemşirelerin mesleklerinden ve çalıştıkları blmnden memnuniyet durumuna göre hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
12. Hemşirelerin hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.Hasta Güvenliği Kavramı

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde bakım kalitesini oluşturan en önemli ve öncelikli öğelerden bir tanesidir. Sağlık hizmetlerinin birincil ve vazgeçilmez koşulunu oluşturan hasta güvenliği, Tıp Enstitüsü (TE) tarafından *“tıbbi bakım ve tıbbi hatalara bağlı olarak meydana gelebilecek, hasta ve yakınlarını olumsuz yönde etkileyebilecek olayların olmaması ya da sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı”* şeklinde tanımlanmaktadır (TE, 2000).

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (UHGTV)’nin tanımına göre ise hasta güvenliği; *“sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının elimine edilmesi veya azaltılması”* dır (UHGTV, 2003).

Uluslararası Hemşireler Konseyi (UHK) ise hasta güvenliğini, *“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 ifade etmektedir (UHK, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hasta güvenliğini sağlık bakımının temel kriteri olarak tanımlamıştır. DSÖ’ye göre bakım sürecinde hata yapma riski fazladır ve istenmeyen olaylar uygulama sırasında, ürünlerde, prosedürlerde veya sistemde meydana gelen problemlerin sonucunda olabilir (DSÖ, 2005). Hasta güvenliğini sağlama; hastalara yardım ederken oluşabilecek zararlardan kaçınmak, kaza eseri yaralanmaların olmaması için önlemler almak, işlem ve süreçler sırasında hata riskini azaltmak ve meydana gelişlerini durdurmaktır (UHK, 2006). Dünya genelinde hasta güvenliği ile ilgili yayınların giderek artmasına karşın genel bir görüş birliği olmaması, hasta güvenliği ile ilişkili kavramların tanımlanmasına yönelik çalışmaların başlamasına yol açmış, hasta güvenliğine ilişkin kavramlar DSÖ tarafından tanımlanmıştır (Caroll, 2005; Kırılmaz, 2010). Bu kavramlar; (Türk, 2015)

**Hasta;** sağlık bakımı alan kişi,

**Sađlık bakımı;** sađlıđı dűzeltmek, gűzlemek, sűrdűrmek ve korumak için toplumlar veya bireyler tarafından alınan hizmetlerin tamamı,

**Gűvenlik;** tehlikeden uzak olma,

**Tehlike;** riski arttıracak veya riske yol açacak durum ya da hareket,

**Hasta gűvenliđi;** sağlık bakımı ile ilgili potansiyel veya olası zararlardan hastayı korumak,

**Olay (hasta gűvenliđi olayı);** hastanın zarar gűrmesine sebep olan veya zarar gűrmesi řeklinde sonuçlanan durum,

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

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

**Risk;** kaza oluşma ihtimali,

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

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

**Kılıpayı (near-miss);** hastaya zarar vermeyen kaza durumu olarak tanımlanmıştır.

## 2.2.Hasta Gűvenliđinin Amacı

“Hastanedeki ilk kural, hastaya zarar vermemektir.”

(Florence Nightingale, 1863)

Hasta gűvenliđinde amaç, hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak gűvenliđi sağlamak, sűrelerdeki bazı hataların hastaya zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek yeni tasarımlar yapmak ve hataların hastaya ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve dűzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır. Burada temel amaç, hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Gökdođan ve Yorgun, 2010). Hataların yalnız %1’i yetkin olmayan çalışanlardan kaynaklanmaktadır. Kalan %99 ise, iyi niyetle çalışan, gűrevlerinde iyi olan kişilerin yaptığı hatalardır (TE, 2000). Hizmet sunumu

sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulması temel amaç olarak görülebilir. Sağlık bakım organizasyonlarının kalitesi hasta güvenliğinin güvence altına alınmasıyla başlar (Karaca ve Arslan, 2014).

### **2.3. Hasta Güvenliğini Etkileyen Faktörler**

Hastanelerde hasta güvenliğini geliştirmenin ve riskleri en aza indirmenin yolu, hataya neden olan faktörleri tespit etmektir (Reason, 2000). Hasta güvenliğini tehdit eden faktörleri; hastaya verilen hizmet süreçlerinin tamamında uygulanan, tedavinin başarısını etkileyebilecek her türlü olumsuzluk olarak tanımlamak mümkündür. Bu süreç, hastanın sağlık kurumu ile ilk temasından, taburcu olacağı zamana kadar devam eden zaman dilimini kapsamalıdır (Zorlutuna, 2008).

Hasta güvenliğini etkileyen faktörler insan ve sistem yaklaşımı olmak üzere iki grup altında toplanmıştır. İnsan yaklaşımı bireysel hatalar üzerinde durur, “hata yapanlar hemen bulunmalı ve suçlanmalıdır” yaklaşımı vardır. Bu yaklaşımda; yetersiz eğitim, yeterli özeni göstermeme, önlem almama, yorgunluk, dikkatsizlik, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik gibi güvenli olmayan eylemlerin tıbbi hataları artırdığı düşünülmektedir (Reason, 2000; TE, 2004).

Sistem yaklaşımı ise temel düşünce ve hatanın görünen nedenden çok sistemden kaynaklandığı yaklaşımdır. Hataları önlemeye ve etkilerini azaltmaya, çalışma koşullarına odaklanır. Bu yaklaşımda; iş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri bildirim konularında yetersizlik, personelin yanlış dağıtımı, yetersiz otomasyon, yetersiz ve eksik cihazlar, karar vermede destek eksikliği, entegrasyon eksikliği gibi unsurlar sayılabilir (Reason, 2000; TE, 2004). Yapılan araştırmalarda hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların büyük bir kısmının kişilerden değil, sistemden kaynaklandığı anlaşılmaktadır (Zorlutuna, 2008). Hasta güvenliğini etkileyen insan kaynaklı ve sistem kaynaklı hatalar Tablo 1’de yer almaktadır.

**Tablo 1:** Hasta Güvenliğini Etkileyen Faktörler

<b>İnsan Kaynaklı Hatalar</b>	<b>Sistem Kaynaklı Hatalar</b>
Hataları tanımlama	Yetersiz personel
Kurum politika ve prosedürlerine uymama	Hasta bakım düzeyi
Nöbet sayısı	Kurum politikası
Dikkatsizlik	İlaçlar konusunda bilgi edinememe
İlaç konusunda bilgi eksikliği	Fiziksel çevre; aydınlatma ve ilaç hazırlama imkânları
Doz hesaplama	Olay raporlama kültürü
İş yükü	Örgütsel iletişim kanalları
Hasta bakım modeli	Örgütsel iş rutinleri
Farmakoloji bilgisi	Örgüt kültürü

McBride-Henry, K., Foureur, M. (2006). Medication Administration Errors: Understanding the Issues, Australian Journal of Advanced Nursing; 23(3).

#### **2.4. Tıbbi Hata Kavramı**

Ortak Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Komisyonu (OSKAK), tıbbi hata kavramını “sağlık hizmetini sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır (OSKAK, 2006). Tıbbi hatalar hasta güvenliğinin temelini oluşturduğu için tıbbi hatalar ve hasta güvenliği son yılların en fazla tartışılan konularından birisi haline gelmiştir (Schoen ve ark., 2005). Tıbbi hatalar insan ve sistem olmak üzere iki temel bileşenden oluşmaktadır ve sistem hataları insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük oranda sorun oluşturmaktadır (Adams ve Garber, 2007).

Tıbbi hatalar, hastaların yatış süresinde uzama, mortalite ve morbiditede artış, hasta ve hasta yakınlarının psikolojik rahatsızlıkları gibi sonuçlar doğurabilmekte ve hatalardan sağlık çalışanları da olumsuz etkilenmektedir (İntepeler ve Dursun, 2012). Bu nedenlerle sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında hasta güvenliğinin

sağlanması ve sistem kaynaklı tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin ve yöneticilerinin öncelikleri arasında olmalıdır (Bulun, 2009).

Tıbbi hatalar konusu tüm sağlık çalışanları için önemli bir konu olmakla birlikte, hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır (Özata ve Altuncan, 2010). Çünkü hemşireler işlevlerinin çokluğu, çeşitliliği ve hasta ile sürekli beraberliği nedeniyle daha sık tıbbi hata riski ile karşı karşıya kalmaktadır. Hastaya olan yakınlıkları ve bakım işlevlerini yürütmedeki etkinlikleri sebebiyle de hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesinde özel bir yere sahiptirler. Bu nedenle hasta güvenliği girişimleri yoluyla sağlık bakımında kaliteyi geliştirmede hemşireler anahtar rol oynamaktadır (Cebeci ve ark., 2012).

## **2.5. Hasta Güvenliği Kültürü**

Sağlık bakım sistemlerini ve çalışanlarını ilgilendiren bir konu olan hasta güvenliği kültürü insan hayatını etkilemesi bakımından önemli bir konudur. Hatalar insan doğasının gereğidir ve değiştirilemez. Ancak sağlık bakım sisteminde çalışan kişilerin çalıştığı koşullar değiştirilebilir ve geliştirilebilir. Sağlık sektöründe yapılacak güçlü güvenlik kültürleri, insan hayatına mal olabilecek hataların meydana gelmesini önleyebilir (Akman, 2010).

Son yıllarda özellikle risk düzeyi yüksek, nükleer enerji, madencilik, hava ve demiryolu taşımacılığı gibi sektörlerde güvenlik kültürü kavramına ilgi artmaktadır ve bu dikkatleri çekmektedir (Dursun ve ark., 2010). Örgüt kültürünün alt boyutlarından biri olarak kabul gören güvenlik kültürü kavramı, ilk defa 1986 Çernobil Nükleer Santralinde meydana gelen sızıntıdan sonra Uluslararası Atom Enerji Ajansı (IAEA) tarafından hazırlanan raporda (1988), “*zayıf güvenlik kültürü*” kavramı olarak ortaya çıkmış ve bundan sonra da, araştırmacılar tarafından araştırılmaya devam etmiştir (Dursun ve ark., 2010). Güvenlik kültürü; kurumun sunduğu hizmete verdiği önemi, güvenlik yönetimindeki becerisini ve bu alanlarda üstlenmiş olduğu görevleri belirlemek, bireye veya örgütlere ait değer, tutum, algı, beceri ve davranış normlarını oluşturmaktır (Tütüncü, 2006). Bir organizasyonun güvenlik kültürünü değiştirmek, mevcut kültürünü değerlendirmeye başlamaktadır (Kılıç ve Elbaş, 2014).

TE yayınladığı iki raporda, sağlık hizmetlerinin önemli sorunlarını; tıbbi hatalar/ hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinde kalite olarak belirtmiştir. Bu rapora göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl 98.000 kişi tıbbi hatalar sebebiyle yaşamını yitirmekte, tıbbi hataların büyük bir kısmı ise kişisel hatalardan çok, sistemdeki hatalardan kaynaklanmaktadır (TE, 2000). Schoen ve ark. (2005)'nin altı ülkede yapmış oldukları bir araştırmada, tıbbi hata oranının ABD'de %34, Kanada'da %30, Avustralya'da %27, Yeni Zelanda'da %25, Almanya'da %23 ve Birleşik Krallık'da %22 olduğunu bulmuştur. DSÖ, Cenevre'de (2005) düzenlediği uluslararası bir konferansta, her yıl Dünya'da tahminen 10 milyon insanın önlenebilir hatalar sebebiyle sakatlandığı veya yaşamını kaybettiği vurgulanarak, hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması gerektiği çağrısında bulunulmuştur (DSÖ, 2005). TE tarafından yayınlanan rapor tüm dünyada yankı uyandırmış ve hasta güvenliğine verilen önem hızla artmıştır (Alp, 2011).

Türkiye'de yapılan sınırlı sayıdaki çalışmada, henüz hasta güvenliği kültürü algısının yerleşmediği ve henüz yapılandırılmış bir hasta güvenlik sisteminin bulunmadığı görülmektedir (Atan ve ark., 2013; Vural ve ark., 2014). Hasta güvenliği kültürünün gelişmesi için yeterli sayıda ve düzenli aralıklarla eğitimler verilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda sadece kurum çalışanlarına eğitim vermek yeterli değildir, liderlerin de eğitimlere katılımı gerekmektedir. Kurum içinde hasta güvenliği kültürünün yerleşmesi için kurum yöneticilerinin çalışanlarını eğitimlerle desteklemeleri gerekir. Bu nedenle yöneticiler; (Budak, 2008)

- Hasta güvenliği konusunu sahiplenmeli,
- Konunun herkes tarafından sahiplenilmesi gerektiğini açıklamalı,
- Çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimi ve bunun sürekliliğini sağlamalı,
- Hasta güvenliğini tehdit eden durumları belirlemeli ve azaltılması için sorumlulukları devredebilmeli,
- Kaynak ayırmalı,
- Eğitimlerin sürekliliğini sağlamalıdır.

Sağlık kuruluşlarında geliştirilmiş olan güvenlik kültürü; hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden faktörlerin ve tıbbi hataların rapor edilebildiği, hastaya zarar vermeden tanı-tedavi ve bakım hizmetlerinin yerine getirilebildiği, sistemde var olan



aksaklıkların nedenlerinin tartışılabileceği, kurumun çalışma felsefesi çerçevesinde tüm sağlık çalışanlarının hasta güvenlik kültürü sorumluluğuna sahip olabileceği bir ortam yaratarak, yapılan çalışmaların başarisının artmasına, bu konudaki iyileşmenin sürekli hale gelmesine ve bunun sonucu olarak ise tanı, tedavi ve sağlık ıktıları üzerinde daha fazla başarı elde edilmesine etki edecektir. Bunlardan dolayı sağlık kurumları, güvenlik kültürünü oluşturma, geliştirme ve değerlendirmeye ihtiyaç duymaktadırlar (Vural ve ark., 2014).

## **2.6.Türkiye’de Hasta Güvenliğinin Gelişimi**

Ülkemizde, hasta güvenliği ve tıbbi hatalar ile ilgili retrospektif olarak hasta kayıtları incelenerek yapılmış ulusal sonuçları yansıtan herhangi bir araştırma yoktur. Ancak, sağlık ekibi üyelerinin hasta güvenliği ile ilgili bilgilerini değerlendiren, hatalarla ilgili görüş ve deneyimlerini yansıtan çalışmalar yapılmaktadır (ırpı ve ark., 2009; Gökdoğan ve Yorgun, 2010; zata ve Altuncan 2010). Diğer taraftan, bu çalışmalardan elde edilen sonuçların da çok sağlıklı veriler olmadığı; ülkemizde sağlık kurumlarında henüz yapılandırılmış bir hasta güvenliği sistemi ve bir hata raporlama (olay bildirim) sistemi bulunmadığı ve hataların gizlendiği belirtilmektedir (Türkmen ve ark., 2011). Yapılan hasta güvenliği kültürü ölçüm çalışmaları henüz ülkemizde hasta güvenliği kültürünün oturmadığını göstermektedir. İlerleyen zamanlarda, hasta güvenliği kültürü ölçüm çalışmaları da yaygınlaşarak, kıyas yapabilme olanaklarının artacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda son dönemde yaygınlaşan eğitim faaliyetleri ile farkındalık yaratma çabaları sonucu yakın gelecekte olumlu gelişmeler sağlanması umut edilmektedir (Szer, 2012).

Hastanın ve çalışanların güvenliğini tehdit eden olayları takip etmek, raporlamak, analiz etmek ve iyileştirmek, hastaya zarar vermeden tanı, tedavi, bakım ve diğer hizmetleri sunmak sadece hekim ve hemşirelerin değer tüm personelin temel sorumlulukları arasındadır (Dursun ve ark. 2010).

Hasta güvenliğiyle ilgili mevzuat düzenlemesi, 29 Nisan 2009 tarihinde 27214 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren ‘‘Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve alışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ’’ yayınlanmış; 2011 yılında bu tebliğ kaldırılarak, ‘‘Hasta ve alışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik’’e çevrilmiştir.

Sağlık Bakanlığı hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek için bu Tebliğ'i 6 Nisan 2011'de "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik" haline getirmiştir. Bu yönetmelikte, sağlık hizmetleri sunumu sırasında hasta ve çalışan güvenliği konusunda yaşanan sorunlara dikkat çekilmektedir. Yönetmelikte hasta güvenliği ile ilgili aşağıdaki maddeler yer almaktadır (Resmi Gazete, 2011):

1. Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
2. Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın onayının alınması,
3. Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması,
4. İlaç güvenliğinin sağlanması,
5. Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon sürecinde güvenli uygulamanın sağlanması,
6. Cerrahi güvenliğin sağlanması,
7. Hasta düşmelerinin önlenmesi,
8. Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
9. Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması.

#### **2.6.1. Türkiye Hasta Güvenliği Derneği**

Ülkemizde hasta güvenliğine verilen önemin göstergesi olarak 2006 yılında Hasta Güvenliği Derneği kurulmuştur. "Önce zarar verme" sloganıyla hayata geçirilen dernek hasta güvenliği konusunda Türkiye'de çalışan ilk ve tek organizasyondur. Bu dernek ulusal kongreler düzenleyerek ülkemizde hasta güvenliği kültürünün yayılmasını amaçlamaktadır (Çiçek, 2011).

#### **2.7. Hasta Güvenliği İçin Yürütülen Çalışmalar**

Sağlık hizmetleri alanında hasta güvenliği, ülkemizde son yıllarda incelenen bir konu olmasına karşın batı ülkelerinde uzun yıllar üzerinde durulan bir konudur

(Biçer ve ark., 2013). Sağlık hizmetlerinin giderek daha karmaşık bir hale gelmesi, gelişen ve değişen sağlık gereksinimleri ve sağlık teknolojisinde yaşanan hızlı gelişmeler, hizmet sunan ve hizmet alan kişiler açısından bazı riskleri de beraberinde getirmektedir.

### **2.7.1. Akreditasyon Çalışmaları**

Sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesine odaklanan akreditasyon uygulama süreci 1987 yılında Ortak Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Komisyonu (OSKAK) tarafından başlatılmıştır (Aydın, 2010). Uluslararası Birleşik Komisyonu (JCI- Joint Commision International) ise raporlarından yola çıkarak 1999 yılından itibaren OSKAK'ın bir bölümü olarak kurulmuştur. Daha önce sadece Amerika'daki hastanelerin belirlenen standartlara uymasını sağlayan OSKAK, dünya genelinde sağlık kuruluşlarına akreditasyon hizmetini vermeye başlamış ve hasta güvenliği hedeflerini Amerika dışında da uygulamaya koymuştur. Bu amaçla, 1999 yılından itibaren diğer ülkelere de ulaşmak için JCI akreditasyon standartlarını yayınlamıştır. JCI akreditasyonunun amacı uluslararası sağlık hizmetleri kuruluşlarının değerlendirilmesi için standartlara dayalı objektif bir süreci ortaya koymaktadır (www.jcipatientsafety.org). JCI, her yıl uzman bir grup danışmanlığında Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri'ni (UHGH) yayınlar, bu hedeflerini yıllık olarak revize eder ve yenilerini ekler. Son olarak 2010 yılında yayınlanmış ve 2014 yılında tekrar güncellenmiş olan Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri şunlardır;

#### **Hedef 1:** Hasta kimliğinin doğru belirlenmesi

Kurum, hasta kimliğinin doğru tanımlanması için bir yaklaşım geliştirmelidir. Özellikle hastaya ilaç, kan veya kan ürünü verirken, klinik test amaçlı kan veya diğer örnekleri alırken veya tedavi ve/veya girişim uygularken hastanın kimliğini doğru tanımlamaya yönelik süreçler oluşturulmalıdır.

#### **Hedef 2:** Etkin İletişimin İyileştirilmesi

Kurum, bakım sağlayıcılar arasında etkin iletişimi geliştirmek ve iyileştirmek için bir yaklaşım geliştirmelidir. Zamanında, doğru, tam, karışıklık yaratmayan ve karşı taraf

tarafından anlaşılan etkin bir iletişim, hataları azaltır ve iyileştirilmiş bir hasta güvenliği sağlar.

**Hedef 3: Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin Geliştirilmesi**

Kurum, yüksek riskli ilaçların güvenliğini geliştiren bir yaklaşım sergilemelidir. İlaçlar, hasta tedavi planının bir parçası olduğundan, hasta güvenliğinden emin olunması için uygun bir uygulamanın sağlanması önemlidir.

**Hedef 4: Doğru Taraf, Doğru İşlem, Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması**

Kurum, doğru taraf, doğru işlem ve doğru hasta cerrahisi için bir yaklaşım geliştirmelidir.

**Hedef 5: Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyon Risklerinin Azaltılması**

Kurum; sağlık bakım ilişkili enfeksiyon riskini azaltıcı bir yaklaşım geliştirmelidir.

**Hedef 6: Hastaların Düşmelerden Kaynaklanan Zarar Görme Riskinin Azaltılması**

Kurumda, düşmeden kaynaklanabilecek ve hastanın zarar görme riskini azaltan bir yaklaşım geliştirilmelidir.

JCI, hastaneler için; hekim ve hemşirelere, sağlık hizmeti sunumları sırasındaki riskleri azaltmaya temel oluşturacak akreditasyon standartları ortaya koymuştur. UHK, hasta güvenliğini artırmayı; sağlık bakım profesyonellerinin işe alınması, eğitimi ve işte tutulması, performansın geliştirilmesi, çevresel güvenlik ve risk yönetimi, enfeksiyon kontrolü, güvenli ilaç kullanımı, güvenli bakım ortamı ile hasta güvenliğine odaklanmış bilimsel bilginin kullanımı ve gelişimi için alt yapı sisteminin desteklenmesi gibi pek çok oranda işlevleri bir araya toplamayı gerektirdiğini vurgulamaktadır. Hasta güvenliği uygulamaları kalite iyileştirme programlarının bir parçasıdır (UHK, 2006).

## **2.7.2. Yasa, Yönetmelikler ve Rehberler**

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı kapsamında son yıllarda yapılan çalışmalar şunlardır:

### **1. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik**

06 Nisan 2011 Tarihli ve 27897 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır. Özellikle tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için oluşabilecek risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir (kalite.saglik.gov.tr).

### **2. Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik**

27.06.2015 Tarihli ve 29399 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik'te sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlıkta kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenler (kalite.saglik.gov.tr).

### **3. Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi**

DSÖ'nün 2008 yılında başlatmış olduğu 'Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır' projesi kapsamında, Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite Standartlarında güvenli cerrahi uygulamalarına yer vererek bu projeyi ülkemizde de hayata geçirmiştir. Sağlık Bakanlığı, süreç içerisinde yapılan araştırmalarla ve sahadan gelen geri bildirimlerle güvenli cerrahi uygulamalarının esasını oluşturan DSÖ, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'ni ülkemize özgü olarak geliştirmiş ve 3 bölümden, 4 bölüme çıkararak Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi adıyla sağlık çalışanlarının kullanımına sunmuştur (kalite.saglik.gov.tr).

#### **4. İlaç Güvenliği Rehberi**

Sağlıkta Kalite Standartları (SKS), kapsamında yürütölen kalite çalışmalarına yol gösterici olması amacıyla, uygulayıcıların çalışma pratiklerine önemli katkılar sağlamaktadır. Bu bağlamda hazırlanan rehberlerden biri de “İlaç Güvenliği Rehberi”dir. 2015 yılında ilk kılavuz olarak yayınlanmıştır (kalite.saglik.gov.tr).

#### **5. Gösterge Yönetimi Rehberi**

Kaliteli sağlık hizmeti sunmaya odaklı sağlık sisteminin oluşturulması kadar bu sistemin parçalarını oluşturan her hizmetin etkinliğinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi de aynı derecede önem taşımaktadır. Her sistem, sunduğu hizmetin ne derecede amacına ulaştığını saptayabilmek için öncelikle gerçekleştirdiği etkinlikler hakkında bilgi toplamalıdır. Yani ölçme yapmalı, ölçüm sonuçlarından yararlanarak bazı sonuçlara ulaşmaya çalışmalı ve bu sonuçları ileride yapılacak çalışmalar için yol gösterici olarak kullanılmalıdır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında gösterge yönetiminin doğru ve etkili bir şekilde yürütölmeye için sağlık yöneticisi ve sağlık çalışanlarına yol gösterici olması amaçlanarak hazırlanmış bir rehberdir (kalite.saglik.gov.tr).

#### **6. Doküman Yönetimi Rehberi**

Bu rehber 2015 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılmış olup, ihtiyaç duyulan alanlarda rehberler hazırlanarak yayımlanmakta ve uygulayıcıların çalışma pratiklerine önemli katkılar sunulmaktadır. Böylelikle sağlık kurumlarında uygulama ve dil açısından büyük bir oranda, birlik sağlanması amaçlanmıştır. Kurumlarda yapılmakta olan işlerin gözden geçirilerek, çalışanlar ve hastalar için en uygun biçimde düzenlenmesi amacıyla işlerin daha verimli bir şekilde dizayn edilmesinin yolu açılmış olacaktır. Ayrıca dokümanların eğitimlerde kullanılması açısından da ayrı bir öneme sahip olacaktır (kalite.saglik.gov.tr).

#### **7. Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarları Kalite Yönetimi Rehberi**

Güvenilir laboratuvar hizmeti sunumu mikrobiyoloji laboratuvarları için hizmetin ana hedefidir. Bu hedef aynı zamanda SKS temel hedefleri ile

örtüşmektedir. Güvenilir laboratuvar hedefi, hastaya ve hekimine yöneliktir. Doğru hastadan doğru numunenin alınmasından, doğru ve güvenilir test sonuçlarının hastaya ve hekime güvenli bir biçimde iletilmesi esnasındaki tüm hizmetlerin kalite çerçevesinde yerine getirilmesini ifade eder. Güvenli laboratuvar hedefi ise; çalışanların güvenli bir ortamda hizmet sunmalarını sağlamak ve bu süreçte onların sağlığını ve güvenliğini korumaktır. Bu amaçlarla 2015 senesinde Sağlık Bakanlığı tarafından bu rehber hazırlanmıştır (kalite.saglik.gov.tr).

## **8. Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi**

Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan memnuniyeti, hizmet kalitesinin belirleyici göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin başarı düzeylerini ortaya koymak için hasta ve çalışanların deneyimlerine başvurmak ve beklentilerini doğru algılamak önemlidir. Hazırlanan memnuniyet anketlerinin sağlık kurum ve kuruluşları tarafından doğru anlaşılıp yorumlanması, kullanıcıların bilgi düzeylerinin artırılması ve hizmet süreçlerinin iyileştirilmesi adına Sağlık Bakanlığı tarafından “Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi” hazırlanmıştır. Bu rehberin; uygulamalarda yol gösterici olması ve memnuniyet anketlerinin uygulanması noktasında yeni bir bakış açısı ile kullanıcılara kolaylık sağlaması hedeflenmektedir (kalite.saglik.gov.tr).

### **2.8. Hasta Güvenliği Kültürünü Geliştirmede Hemşirelerin Roller**

Hastaların sağlık bakım ihtiyaçlarının karşılanması ve yaşam kalitelerinin iyileştirilmesinde hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Çırpı ve ark., 2009). Hasta güvenliği kültürünü oluşturmada hemşireler kritik rol oynamaktadır. Çünkü sağlık sisteminde en büyük grubu oluşturan güçlü bir personel sayısına sahip, günde 24 saat aralıksız bakım sağlayan, denetleyen, koordine eden hemşireler, hasta güvenliğini sağlama çalışmaları için ideal bir meslek grubudur (Baykal ve ark., 2010). Hasta güvenliği ile ilgili önemli konulardan birisi sağlık hizmeti sunumunda aktif rolü olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile ilgili algılarının belirlenmesi; bir diğeri ise hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarının incelenmesidir (Çiçek, 2011).

Hemşirelik yetkinliği, hasta güvenliğini sağlama ve hemşirelik bakım kalitesini geliştirme açısından önemlidir. Hastaların güvenli bir ortamda, ihmalden ve her türlü zarar verici uygulamalardan korunarak bakım görmesi, temel hasta haklarındandır. Hemşireler ise, sağlık çalışanları arasında doğrudan hasta bakımı veren ve hastayla devamlı iletişim halinde olan en büyük grup olduğundan dolayı tıbbi hataların önlenmesinde de önemli rollere sahiptirler. Sağlık hizmeti sunumu esnasında hastaların zarar görmesine sebep olan bu hatalar, insan hatasından, teknolojik hatalardan veya tüm bunların oluşturduğu sistemler bütününden kaynaklanabilmektedir (Aydın, 2010). Hemşireler hizmet sundukları her ortamda, hastalarını olası tehlikelerden korumak, hastaya uygulanacak işlem ve tedavilerin istenmeyen sonuçlarını önlemek veya en aza indirmekten sorumludurlar. Hemşirelerin bu gibi görevleri yerine getirebilmeleri için hasta güvenliğini tehdit eden etmenlere karşı dikkatli olmaları, hastalarını bütüncül bir şekilde değerlendirmeleri ve bireysel bakım uygulamalarında hasta güvenliğini korumaya ve geliştirmeye özen göstermeleri gerekmektedir (Baykal ve ark., 2010). Tüm bu nedenlerle hasta güvenliğini geliştirmek için yapılması gereken en önemli uygulama, çalışanların hasta güvenliği konusunda bilinçlendirilmeleridir. Bu ise ancak etkili bir güvenlik kültürü oluşturmakla yapılabilir. Bunun için de kurumlarda hataları engelleyecek bir güvenlik kültürünün oluşturulması gerekmektedir (Aydın, 2010).

Hasta yaralanmalarının önlenmesinde, hastalarla ilgili risklerin tespiti son derece önemli olup, güven ve dürüstlük ilkelerine bağlılık açısından hastalar ile hizmet sunucular arasında açık bir iletişim kurulması önemlidir. Hastaların ve hasta yakınlarının, risklerin azaltılması konusunda bilinçlendirilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Böylelikle, hastaların karşı karşıya kaldıkları tıbbi hatalar tamamen yok edilemese de, azaltılabilir. Bu yaklaşım hasta güvenliği kültüründe hemşirelerin üzerine düşen en önemli sorumluluklardan birisidir (Çırpı ve ark., 2009).

Hemşirelerin çalışmaları yoğun hizmet ve dikkat gerektirdiği için aşırı yorgunluk ve zihinsel karışıklık, hem hastaya hem de kendisine zarar verebilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin çalışma saatleri hasta ve çalışan güvenliği açısından, Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ)'nün de öngördüğü şekilde günde 8 saat olmalıdır (UÇÖ, 2001). Hemşirelerin sayısal yetersizliğinin iş yükünü ciddi



biçimde arttırması, hemşire başına düşen hasta sayısındaki oranın yüksek olması ve fiziksel yorgunluğa neden olması hastalardan olumsuz geri bildirimler alınmasına yol açmaktadır (Akman, 2010).

Güvenli bakım sunma, hastanede çalışan herkesin sorumluluğudur ancak güvenli bir bakım ortamı sağlamak liderlerin görevidir (Ardahan ve Alp, 2015). Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde en fazla rol yönetici hemşirelere düşmektedir. Araştırmalar yapılmadan, yalnızca güçlü bir liderlikle hasta güvenliği uygulamalarında başarıya ulaşamayacağı bilinmektedir. Hasta güvenliği uygulamalarında özellikle yönetici hemşireler, hataların ortaya çıkmasını kolaylaştırmak için açık bir iletişim ortamı oluşturmada anahtar kişiler olarak görülmektedir (Korkmaz, 2012).

Güvenli sağlık hizmetinin sağlanmasında üst yönetimin bazı sorumlulukları bulunmaktadır. Bunlar (Kohn, 2000; Ardahan ve Alp, 2015) ;

- Hasta güvenliğinin ortak hedef olması,
- Hasta güvenliğinin herkesin sorumluluğu olması,
- Hasta güvenliği ile ilgili atamaların yapılması ve bu konudaki beklentilerin oluşturulması,
- Hataların analizi ve sistemin yeniden tasarlanması için insan kaynağı ve finansal kaynakların sağlanması,
- Hasta Güvenliği sağlamaya yönelik planlamalar yapılması
- Hafızaya güvenin önlenmesi

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, İstanbul'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir kamu hastanesi ve bir özel hastanenin çeşitli bölümlerinde görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarını belirlemek üzere tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, İstanbul'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir kamu hastanesi ve bir özel hastanede Mart - Mayıs 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini; kamu hastanesi ve özel hastanede çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Özel hastanede toplam 259, kamu hastanesinde ise toplam 600 hemşire görev yapmaktadır. Örnekleme seçim yöntemi olarak; hemşirelerin oryantasyon eğitimini tamamlamış olmaları ve en az 1 senedir aynı kurumda çalışıyor olması gerekmektedir. Örnekleme alınacak hemşire sayısı güç analizi yöntemiyle hesaplanmıştır. Buna göre; 859 kişilik evrende kabul edilebilir hata oranı 0,05 olarak %95 güven aralığında, örneklemin büyüklüğü en az 266 kişi olarak hesaplanmıştır. Bu sayıya ulaşmak amacıyla kamu hastanesine 325, özel hastaneye 200 anket dağıtılmış ve eksiksiz dolduran 274 kişi üzerinden istatistiksel analiz yapılmıştır. Araştırmada geri dönüş oranı %52 bulunmuştur. Araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde (yıllık izin, doğum izni, ücretsiz izin, hastalık izni vb.) izinli olmayan ve örnekleme seçim kriterlerine uyan tüm hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır.

#### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

**\*Bağımlı Değişken:** Hasta güvenliği kültürü ölçeği genel ve alt boyut puanları

**\*Bağımsız Değişken:** Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, çalışılan kurum, bölüm, kurumdaki görev, meslekte toplam çalışma süresi, kurumda toplam

çalışma süresi, birimde toplam çalışma süresi, çalışma biçimi, meslekten memnuniyet durumu, çalışılan bölümden memnuniyet durumu, günlük bakım verilen hasta sayısı, haftalık çalışma saati, çalışma biçimi, hasta güvenliği eğitimi alma durumu.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada ekte bulunan Tanımlayıcı Bilgiler Formu ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği kullanılmıştır.

**Tanımlayıcı Bilgiler Formu:** Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan form, sosyodemografik özelliklerle ilgili 14 sorudan (hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, çalışılan kurum, bölüm, kurumdaki görev, meslekte toplam çalışma süresi, kurumda toplam çalışma süresi, birimde toplam çalışma süresi, çalışma biçimi, meslekten memnuniyet durumu, çalışılan bölümden memnuniyet durumu, günlük bakım verilen hasta sayısı, haftalık çalışma saati, çalışma biçimi, hasta güvenliği eğitimi alma durumu) oluşmaktadır.

**Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ) :** Türkmen ve ark. (2011) tarafından hastanelerde hasta güvenliği kültürünü belirlemeye yönelik geliştirilen 83 maddeden oluşan taslak ölçek, geçerlilik-güvenilirlik çalışması sonrası önce 53 maddeye ardından da 51 maddeye düşürülmüştür. Araştırmamızda, 51 maddeden oluşan "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırmada kullanılması için yazarlarından izin alınmıştır. Söz konusu ölçek; 17 maddeden oluşan "yönetim ve liderlik (1-17)", 14 maddeden oluşan "çalışanların davranışı (18-31)", 5 maddeden oluşan "beklenmedik olay ve hata raporlama (32-36)", 7 maddeden oluşan "çalışanların eğitimi (37-43)" ve 8 maddeden oluşan "bakım ortamı (44-51) olmak üzere toplam 5 alt boyutu veya faktörü içermektedir.

HGKÖ, dörtlü likert tipi bir ölçme aracıdır. Hasta güvenliği uygulamalarının etkinliği, "1=Tamamen katılmıyorum", "2=Katılmıyorum", "3=Katılıyorum", "4=Tamamen katılıyorum" şeklinde "1"den "4"e kadar değişen puanların sonuçlarına dayanılarak değerlendirilmiştir. Ölçek puanının yorumlanmasında ise puan ortalamasının 4'e doğru yükselmesi olumlu hasta güvenliği kültürünü, 1'e doğru azalması ise olumsuz hasta güvenliği kültürünün varlığını göstermektedir.

Ölçekte kesme puanı bulunmamaktadır. Türkmen ve ark. tarafından HGKÖ'nin toplam Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı 0,97, alt boyutlarının ise 0,83-0,92 arasında bulunmuştur (Türkmen ve ark., 2011).

Ölçek puanının hesaplanmasında; alt boyutlarda yer alan madde puanları toplanıp elde edilen toplam sayı madde sayısına bölünerek bulunmuştur. Böylelikle 1-4 arasında her bir alt boyutun ortalama puanı elde edilmektedir. Toplam ölçek puanının hesaplanmasında ise 5 alt boyutun ortalama puanı toplanmakta ve 5'e bölünerek 1-4 arasında bir ölçek puanı elde edilmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik görüşlerinin incelenmesine ilişkin ölçeğin güvenilirlik analizi için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin geneli için Cronbach's Alpha katsayısı 0,96 olarak bulunmuştur. Cronbach's Alpha katsayıları, yönetim ve liderlik alt boyutu için 0,90; çalışanların davranışı alt boyutu için 0,90; beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutu için 0,75; çalışanların eğitimi alt boyutu için 0,90; bakım ortamı alt boyutu için 0,88 olarak bulunmuştur. Bu değerler 0,70'in üzerinde olduğu için ölçeğin geneli ve alt boyutlarına yönelik güvenilirlik düzeyinin bu çalışma grubunda geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir (Aksayan ve Gözüm, 2003).

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada, ankete katılan hemşirelerin kişisel özellikleri frekans ve yüzde dağılımı ile sunulmuştur. Bununla birlikte hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin görüşlerini betimlemek amacı ile yüzde dağılımının yanı sıra aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Ayrıca, ölçeğin geneli için ortalama puanlar elde edilmiş olup, söz konusu puanların ankete katılan hemşirelerin kişisel özelliklerine göre karşılaştırılmasında iki grup içeren bağımsız örneklem için t testi (independent samples t test), Mann Whitney U testi ve ikiden fazla grup içeren değişkenler için tek faktörlü varyans analizi (One Way ANOVA), Kruskal Wallis testleri uygulanmıştır. Araştırmada anket uygulaması ile elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 programı ile, %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde analiz edilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma kamu hastanesi ve özel hastane bünyesinde görevli oryantasyon eğitimini tamamlamış ve 1 senedir aynı kurumda çalışmakta olan hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Sağlık çalışanlarından sadece hemşireler hedef kitle olarak alınmıştır. Dolayısı ile tüm hemşirelere ya da ülkeye genellenemez. Elde edilen bulgular çalışma yapılan kuruluşlarda araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler ile sınırlıdır.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne yönelik görüşlerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada bireylerin bazı demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur. Buna göre, araştırmaya katılanların %53,6'sı (n=147) kamu hastanelerinde %46,4'ü (n=127) özel hastanelerde çalışmakta olup hemşirelerin çoğunluğu (%82,5) kadınlardan oluşmaktadır. Hemşirelerin büyük bir kısmının (%67,5), "20-29 yaş" arasında olduğu tespit edilmiştir. Ankete katılanların %55,8'inin (n=153) yüksekokul/lisans mezunu olduğu, %18,6'sının (n=51) sağlık lisesi mezunu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları bölüm incelendiğinde ise, çoğunluğunun (%42,0) yatan hasta servisinde çalıştığı tespit edilmiştir. Hemşirelerin büyük bir kısmının (%86,9) servis hemşiresi olduğu tespit edilmiştir. Ankete katılan hemşirelerin çoğunluğunun (%52,6) "1-5 yıl" hemşirelik mesleğini yaptıklarını; %78,5'inin (n=215) "1-5 yıl" aynı kurumda çalıştıkları belirlenmiştir. Bunun yanı sıra hemşirelerin %86,1'i (n=236) "5 yıl ve altı", aynı birimde çalıştıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin büyük bir kısmı (%65,7) "gündüz+nöbet" şeklinde çalıştığını belirtirken haftalık çalışma saatlerini ise %77,7'si (n=213) "40-49 saat" şeklinde belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların yarısına yakını (%43,1) günlük "0-5" sayıları arasında hasta bakmaktadır.

**Tablo 1:** Hemşirelerin hastanelere ve bazı demografik özelliklerine göre dağılımı

	<b>Kamu Hastanesi</b>		<b>Özel Hastane</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	<b>118</b>	<b>80,3</b>	<b>108</b>	<b>85,0</b>	<b>226</b>	<b>82,5</b>
Erkek	29	19,7	19	15,0	48	17,5
Toplam	147	53,6	127	46,4	274	100
<b>Yaş</b>						
20-29	<b>84</b>	<b>57,1</b>	<b>101</b>	<b>79,5</b>	<b>185</b>	<b>67,5</b>
30-39	41	27,9	19	15,0	60	21,9
40-49	17	11,6	6	4,7	23	8,4
50 ve üzeri	5	3,4	1	0,8	6	2,2
<b>Eğitim Durumu</b>						
Sağlık meslek lisesi	31	21,1	20	15,7	51	18,6
Ön lisans mezunu	20	13,6	8	6,3	28	10,2
Yüksekokul/lisans	<b>78</b>	<b>53,1</b>	<b>75</b>	<b>59,1</b>	<b>153</b>	<b>55,8</b>
Lisanüstü ve üzeri	18	12,2	24	18,9	42	15,3
<b>Çalıştığı Bölüm</b>						
Yatan hasta servisi	<b>64</b>	<b>43,5</b>	<b>51</b>	<b>40,2</b>	<b>115</b>	<b>42,0</b>
Poliklinik ve benzeri	26	17,7	25	19,7	51	18,6
Yoğun bakım	25	17,0	27	21,3	52	19,0
Acil	10	6,8	10	7,9	20	7,3
Ameliyathane	18	12,2	7	5,5	25	9,1
Yönetim	0	0	3	2,4	3	1,1
Diğer	4	2,7	4	3,1	8	2,9
<b>Kurumdaki Görevi</b>						
Servis hemşiresi	<b>129</b>	<b>87,8</b>	<b>109</b>	<b>85,8</b>	<b>238</b>	<b>86,9</b>
Sorumlu hemşire	11	7,5	11	8,7	22	8,0
Diğer	7	4,8	7	5,5	14	5,1

**Tablo 1:** Hemşirelerin hastanelere ve bazı demografik özelliklerine göre dağılımı (devam)

	<b>Kamu Hastanesi</b>		<b>Özel Hastane</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hemşirelik Yapılan Yıl</b>						
1-5 yıl	62	42,2	82	64,6	144	52,6
6-10 yıl	40	27,2	29	22,8	69	25,2
11-15 yıl	15	10,2	6	4,7	21	7,7
16 ve üzeri yıl	30	20,4	10	7,9	40	14,6
<b>Aynı Kurumda Çalışma Yılı</b>						
1-5 yıl	88	59,9	127	100	215	78,5
6-10 yıl	39	26,5	0	0	39	14,2
11-15 yıl	5	3,4	0	0	5	1,8
16 ve üzeri yıl	15	10,2	0	0	15	5,5
<b>Aynı Birimde Çalışma Yılı</b>						
5 yıl ve altı	109	74,1	127	100	236	86,1
6-10 yıl	27	18,4	0	0	27	9,9
11-15 yıl	4	2,7	0	0	4	1,5
16 ve üzeri yıl	7	4,8	0	0	7	2,6
<b>Çalışma Biçimi</b>						
Sürekli gündüz	44	29,9	37	29,1	81	29,6
Sürekli gece	7	4,8	6	4,7	13	4,7
Gündüz+nöbet	96	65,3	84	66,1	180	65,7
<b>Haftalık Çalışma Saati</b>						
40 saati geçmiyor	39	26,5	11	8,7	50	18,2
40-49 saat	102	69,4	112	88,2	213	77,7
50 saatten fazla	6	4,1	4	3,1	11	4,0
<b>Günlük Bakılan Hasta Sayısı</b>						
0-5	37	25,2	81	63,8	118	43,1
6-10	35	23,8	24	18,9	59	21,5
11-15	14	9,5	11	8,7	25	9,1
16 ve üzeri	61	41,5	11	8,7	72	26,3



Ankete katılan hemşirelerin “**Hemşirelik mesleğinden memnun musunuz?**” ve “**Çalıştığınız bölümden memnun musunuz?**” sorularına verdikleri yanıtlara göre memnuniyet düzeyleri ve hasta güvenliğine yönelik eğitim alıp almama durumlarına ilişkin dağılım Tablo 2’de sunulmuştur. Buna göre hemşireler “**Hemşirelik mesleğinden memnun musunuz?**” sorusuna çoğu (%44,5) “Memnunum” cevabını vermiştir, Benzer şekilde “**Çalıştığınız bölümden memnun musunuz?**” sorusuna hemşirelerin yarısına yakını (%47,4) “memnunum” şeklinde yanıt vermiştir. Ayrıca hemşirelerin büyük bir kısmı (%95,6) hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldığını belirtmiştir.

**Tablo 2:** Hemşirelerin meslek ve çalıştıkları birimlere göre memnuniyet düzeyleri ve hasta güvenliği eğitimi alma durumları

	Kamu Hastanesi		Özel Hastane		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Meslekten Memnuniyet</b>						
Hiç Memnun Değilim	5	3,4	7	5,5	12	4,4
Memnun Değilim	12	8,2	13	10,2	25	9,1
Kısmen Memnunum	49	33,3	46	36,2	95	34,7
Memnunum	<b>72</b>	<b>49,0</b>	<b>50</b>	<b>39,4</b>	<b>122</b>	<b>44,5</b>
Çok Memnunum	20	7,3	9	6,1	11	8,7
<b>Çalışılan Bölümden Memnuniyet</b>						
Hiç Memnun Değilim	5	3,4	5	3,9	10	3,6
Memnun Değilim	19	12,9	13	10,2	32	11,7
Kısmen Memnunum	36	24,5	41	32,3	77	28,1
Memnunum	<b>74</b>	<b>50,3</b>	<b>56</b>	<b>44,1</b>	<b>130</b>	<b>47,4</b>
Çok Memnunum	13	8,8	12	9,4	25	9,1
<b>Hasta Güvenliği Eğitimi Alma durumu</b>						
Evet	<b>139</b>	<b>94,6</b>	<b>123</b>	<b>96,9</b>	<b>262</b>	<b>95,6</b>
Hayır	8	5,4	4	3,1	12	4,4

#### 4.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçek ve alt boyut puan ortalama değerleri Tablo 3’de bulunmaktadır. Buna göre; çalışmamızda hemşirelerin HGKÖ’den aldıkları toplam puan ortalaması  $2,93\pm 0,36$  olup orta düzeyde bulunmuştur. En yüksek puan ortalaması “Çalışanların Eğitimi” alt boyutunda  $3,00\pm 0,44$  olarak, en düşük puan ortalaması ise “Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama” alt boyutunda  $2,87\pm 0,47$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 3:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları

HGKÖ Alt Boyutları	Madde Sayısı	Ortalama	Standart Sapma
Yönetim ve Liderlik	17	2,92	0,38
Çalışan Davranışı	14	2,92	0,40
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	5	2,87	0,47
Çalışanların Eğitimi	7	3,00	0,44
Bakım Ortamı	8	2,95	0,48
<b>Genel</b>	<b>51</b>	<b>2,93</b>	<b>0,36</b>

#### 4.3. Hemşirelerin Yönetim ve Liderlik Alt Boyutuna Yönelik Bulgular

Hemşirelerin yönetim ve liderlik alt boyutuna ilişkin istatistikleri Tablo 4’te sunulmuştur.

Her bir maddeye ilişkin aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde yönetim ve liderlik konusunda en yüksek puan "İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (İsim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır." ( $\bar{x}=3,20\pm 0,54$ ) maddesidir. Bu maddeye hemşirelerin büyük bir kısmı (%67,9) "katılıyorum" seçeneği ile olumlu görüş belirtmişlerdir.

Tablo 4'teki bulgulara göre hemşirelerin yönetim ve liderlik konusunda diğer maddelere göre en düşük puan bildirilen madde "Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir." ( $\bar{x}=2,39\pm 0,83$ ) maddesi olmuştur. Bu maddeye hemşirelerin %42,7'si "katılıyorum" seçeneği ile olumlu görüş belirtirken, %34,3'ü "katılmıyorum" seçeneği ile olumsuz görüş belirtmişlerdir.

**Tablo 4:** Hemşirelerin yönetim ve liderlik alt boyutuna yönelik istatistikler

Madde No	Maddeler	Tamamen	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen	$\bar{X}$	s.s.
		Katılıyorum	Katılmıyorum		Katılmıyorum		
		%	%	%	%		
1.	Tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.	1,8	5,5	74,5	18,2	3,09	,55
2.	Sunulan tüm hizmetler hasta güvenliği açısından değerlendirilir.	2,6	4,7	74,5	18,2	3,08	,57
3.	Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır.	0,7	9,1	75,9	14,2	3,04	,52
4.	Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır.	1,1	4,7	75,9	18,2	3,11	,51
5.	İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (İsim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır.	0,4	5,5	67,9	26,3	<b>3,20</b>	<b>,54</b>
6.	Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır.	3,3	11,3	71,9	13,5	2,96	,61
7.	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömoni oranları, düşmeler vb göstergelerden yararlanır.	1,5	10,2	75,2	13,1	3,00	,54
8.	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb göstergelerden yararlanır.	3,3	8,8	77,4	10,6	2,95	,56
9.	Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir.	5,1	12,4	71,5	10,9	2,88	,65
10.	Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate alınır.	2,2	8,0	79,9	9,9	2,97	,51
11.	Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.	2,2	8,4	75,2	14,2	3,01	,56
12.	Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme) çalışılır.	3,3	14,6	74,5	7,7	2,86	,58
13.	Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.	1,1	6,6	71,5	20,8	3,12	,55
14.	Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreci kullanılır.	1,5	9,9	71,5	17,2	3,04	,57
15.	Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.	16,4	34,3	42,7	6,6	<b>2,39</b>	<b>,83</b>
16.	Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.	16,4	31,8	42,7	9,1	2,45	,87
17.	Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.	11,3	32,8	51,8	4,0	2,49	,74
<b>Yönetim ve Liderlik Alt Boyut Genel Puanı</b>						<b>2,92</b>	<b>0,38</b>

"Tamamen Katılmıyorum=1", "Katılmıyorum=2", "Katılıyorum=3", "Tamamen Katılıyorum=4"

#### 4.4. Hemşirelerin Çalışanların Davranışı Alt Boyutuna Yönelik Bulgular

Hemşirelerin çalışanların davranışı alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler Tablo 5'te sunulmuştur.

Her bir maddeye ilişkin aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde çalışanların davranışı konusunda en yüksek puan "Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir." ( $\bar{x}=3,10\pm0,61$ ) maddesidir. Bu maddeye hemşirelerin çoğunluğu (%66,8) "katılıyorum" seçeneği ile olumlu görüş belirtmişlerdir.

Tablo 5'teki bulgulara göre hemşirelerin çalışanların davranışı konusunda diğer maddelere göre en düşük puan bildirilen madde "Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder." ( $\bar{x}=2,73\pm0,74$ ) maddesidir. Bu maddeye hemşirelerin büyük bir kısmı (%64,2) "katılıyorum" seçeneği olumlu görüş belirtmişlerdir.

**Tablo 5:** Hemşirelerin çalışanların davranışı alt boyutuna yönelik istatistikler

Madde No	Maddeler	Tamamen	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen	$\bar{X}$	s.s.
		%	%	%	%			
18.	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir.	6,9	17,9	66,4	8,8	2,77	,70	
19.	Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder.	8,8	18,2	64,2	8,8	<b>2,73</b>	<b>,74</b>	
20.	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandırmada meslektaşları tarafından cesaretlendirilir.	2,9	16,4	73,7	6,9	2,85	,57	
21.	Çalışanlar, hatalar oluştuğunda hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır.	2,9	9,9	79,9	7,3	2,92	,53	
22.	Çalışanlar, hasta güvenliği konusundaki kurumsal hedefleri bilir.	2,9	8,0	78,1	10,9	2,97	,55	
23.	Çalışanlar, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır.	3,3	12,0	75,5	9,1	2,91	,58	
24.	Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır.	3,6	15,0	70,4	10,9	2,89	,63	
25.	Çalışanlar, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır.	2,9	8,0	79,9	9,1	2,95	,54	
26.	Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır.	4,4	21,2	68,2	6,2	2,76	,63	
27.	Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır.	1,1	15,0	67,2	16,8	3,00	,60	
28.	Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır.	1,8	9,5	75,9	12,8	3,00	,54	
29.	Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır.	0,4	9,9	77,0	12,8	3,02	,49	
30.	Tüm çalışanlar (tüm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (Güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme ) katılır.	1,5	11,7	75,9	10,9	2,96	,53	
31.	Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.	1,8	8,8	66,8	22,6	<b>3,10</b>	<b>,61</b>	
<b>Çalışanların Davranışı Alt Boyut Genel Puanı</b>							<b>2,92</b>	<b>0,40</b>

"Tamamen Katılmıyorum=1", "Katılmıyorum=2", "Katılıyorum=3", "Tamamen Katılıyorum=4"

#### 4.5. Hemşirelerin Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama Alt Boyutuna Yönelik Bulgular

Hemşirelerin beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutuna ilişkin istatistikler Tablo 6’da sunulmuştur.

Her bir maddeye ilişkin aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde beklenmedik olay ve hata raporlama konusunda en yüksek puan "Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır." ( $\bar{x}=2,98\pm0,59$ ) maddesidir. Buna göre, "Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır." maddesine hemşirelerin büyük bir kısmı (%76,3) "katılıyorum" seçeneği ile olumlu görüş belirtmişlerdir.

Tablo 6’daki bulgulara göre hemşirelerin beklenmedik olay ve hata raporlama konusunda diğer maddelere göre en düşük puan bildirilen madde "Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır." ( $\bar{x}=2,68\pm0,74$ ) maddesi olmuştur. Bu maddeye hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%59,9) "katılıyorum" seçeneği ile olumlu görüş belirtmişlerdir.

**Tablo 6:** Hemşirelerin beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutuna yönelik istatistikler

Madde No	Maddeler	Tamamen	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen	$\bar{X}$	s.s.
		Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Katılıyorum			
		%	%	%	%			
32.	Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.	6,2	14,2	69,0	10,6	2,84	,69	
33.	Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.	4,0	14,6	67,9	13,5	2,91	,66	
34.	Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.	8,4	23,4	59,9	8,4	<b>2,68</b>	<b>,74</b>	
35.	Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.	3,3	9,5	75,9	11,3	2,95	,58	
36.	Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.	3,6	7,3	76,3	12,8	<b>2,98</b>	<b>,59</b>	
<b>Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama Alt Boyut Genel Puanı</b>							<b>2,87</b>	<b>0,47</b>

"Tamamen Katılmıyorum=1", "Katılmıyorum=2", "Katılıyorum=3", "Tamamen Katılıyorum=4"

#### 4.6. Hemşirelerin Çalışanların Eğitimi Alt Boyutuna Yönelik Bulgular

Hemşirelerin çalışanların eğitimi alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler Tablo 7’de sunulmuştur.

Her bir maddeye ilişkin aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde çalışanların eğitimi konusunda en yüksek puan "Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir." ( $\bar{x}=3,12\pm0,52$ ) maddesi olmuştur. Bu maddeye hemşirelerin büyük bir bölümü (%74,8) "katılıyorum" seçeneği ile olumlu görüş belirtmişlerdir.

Tablo 7’deki bulgulara göre hemşirelerin çalışanların eğitimi konusunda diğer maddelere göre en düşük puan bildirilen madde " Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır." ( $\bar{x}=2,92\pm0,56$ ) maddesi olmuştur. Bu maddeye hemşirelerin çoğunluğu (%75,2) "katılıyorum" seçeneği ile olumlu görüş belirtmişlerdir.

**Tablo 7:** Hemşirelerin çalışanların eğitimi alt boyutuna yönelik istatistikler

Madde No	Maddeler	Tamamen	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen	$\bar{X}$	s.s.	
		Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum				
		%	%	%	%				
37.	Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir.	1,1	4,7	74,8	19,3	<b>3,12</b>	<b>,52</b>		
38.	Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır.	2,2	7,7	72,6	17,5	3,05	,58		
39.	Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.	1,1	12,4	73,7	12,8	2,98	,54		
40.	Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay-hataları tanımlama ve raporlama süreçleri, vb) eğitimler düzenli olarak verilir.	2,6	10,6	72,6	14,2	2,99	,59		
41.	Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.	2,2	13,1	75,2	9,5	<b>2,92</b>	<b>,56</b>		
42.	Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.	1,5	10,9	74,5	13,1	2,99	,55		
43.	Hasta güvenliği eğitim programlarında. isim vermeden gerçek olay raporlarından yararlanılır.	2,2	9,5	77,0	11,3	2,97	,54		
<b>Çalışanların Eğitimi Alt Boyut Genel Puanı</b>							<b>3,00</b>	<b>0,44</b>	

"Tamamen Katılmıyorum=1". "Katılmıyorum=2". "Katılıyorum=3". "Tamamen Katılıyorum=4"

#### 4.7. Hemşirelerin Bakım Ortamı Alt Boyutuna Yönelik Bulgular

Hemşirelerin bakım ortamı alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler Tablo 8'de sunulmuştur.

Her bir maddeye ilişkin aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde bakım ortamı konusunda en yüksek puan "Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır." ( $\bar{x}=3,19\pm0,50$ ) maddesidir. Buna göre, "Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır." maddesine hemşirelerin çoğunluğu (%73,4) "katılıyorum" seçeneği ile olumlu görüş belirtirken hemşirelerin az bir kısmı (%2,9) "katılmıyorum" seçeneği ile olumsuz görüş belirtmişlerdir.

Tablo 8'deki bulgulara göre hemşirelerin bakım ortamı konusunda diğer maddelere göre en düşük puan bildirilen madde "Kurumumuzun fiziksel yapısı hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır." ( $\bar{x}=2,80\pm0,73$ ) maddesi olmuştur. Bu maddeye hemşirelerin yarısından fazlası (%66,4) "katılıyorum" seçeneği ile olumlu görüş belirtmişlerdir.



**Tablo 8:** Hemşirelerin bakım ortamı alt boyutuna yönelik istatistikler

Madde No	Maddeler	Tamamen	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen	$\bar{X}$	s.s.
		Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum		
		%	%	%	%	%		
44.	Kurumumuzun fiziksel yapısı, hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.	8,0	14,6	66,4	10,9	<b>2,80</b>	<b>,73</b>	
45.	Mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde, hasta güvenliği kriterleri göz önüne alınır.	5,8	13,5	69,0	11,7	2,86	,68	
46.	Kurumumuzun tümünde kullanılan malzeme, cihaz ve teknolojiler standardize edilmiştir.	4,0	16,4	66,8	12,8	2,88	,66	
47.	Kurumumuzda tüm tıbbi kayıtlar elektronik ortamda tutulur.	2,2	17,2	66,1	14,6	2,93	,63	
48.	Tıbbi malzeme ve ilaçlar için barkodlama sistemleri kullanılır.	2,2	12,8	67,5	17,5	3,00	,63	
49.	Kurumumuzda kullanılan tüm alet ve ekipmanın bakımı (kalibrasyonu, ayarı) düzenli olarak yapılır.	0,7	8,8	71,2	19,3	3,09	,55	
50.	Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır.	0,7	2,9	73,4	23,0	<b>3,19</b>	<b>,50</b>	
51.	Kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınır.	7,7	11,3	67,5	13,5	2,87	,73	
<b>Bakım Ortamı Alt Boyut Genel Puanı</b>							<b>2,95</b>	<b>0,48</b>

"Tamamen Katılmıyorum=1". "Katılmıyorum=2". "Katılıyorum=3". "Tamamen Katılıyorum=4"

#### 4.8. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutlarının Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 9'de ankete katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin çalıştıkları hastanelere göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, hemşirelerin yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyutları ortalamaları çalıştıkları hastanelere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Buna göre kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyutları ortalamaları özel hastanelerde çalışan hemşirelerin ortalamalarından düşüktür.

**Tablo 9:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin çalıştıkları hastanelere göre karşılaştırılması

HGKÖ Alt Boyutları	Kamu Hastanesi (n=147)		Özel Hastane (n=127)		t	p
	Ort.	ss.	Ort.	ss.		
	Yönetim ve Liderlik	2,79	0,38	3,07		
Çalışanların Davranışı	2,85	0,39	3,00	0,39	3,17	0,00*
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	2,82	0,45	2,94	0,48	2,16	0,03*
Çalışanların Eğitimi	2,90	0,45	3,13	0,40	4,49	0,00*
Bakım Ortamı	2,76	0,44	3,18	0,43	8,00	0,00*

\* $p < 0,05$

Tablo 10’da hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin eğitim durumlarına göre karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre, yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyut ortalamaları hemşirelerin eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 10:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması

HGKÖ Alt Boyutları	Sağlık Meslek Lisesi Mezunu (n=51)		Ön Lisans Mezunu (n=28)		Yüksekokul/ Lisans Mezunu (n=153)		Lisans ve Üzeri (n=42)		Ki Kare	p			
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.					
	Yönetim ve Liderlik	2,92	0,37	2,98	0,44	2,92	0,34	2,88			0,50	0,03	0,98
	Çalışanların Davranışı	2,89	0,37	3,00	0,46	2,91	0,35	2,90			0,54	2,06	0,35
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	2,85	0,39	2,94	0,57	2,88	0,43	2,83	0,62	0,23	0,89			
Çalışanların Eğitimi	3,01	0,35	3,14	0,45	2,97	0,42	3,04	0,57	2,59	0,27			
Bakım Ortamı	2,92	0,38	2,96	0,59	2,93	0,44	3,06	0,65	0,00	0,99			

Tablo 11’de hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin çalıştıkları birimlere göre karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre, yönetim ve liderlik alt boyutu ile çalışılan birim arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Hemşirelerin çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyut ortalamaları çalıştıkları birimlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).



**Tablo 11:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin çalıştıkları birimlere göre karşılaştırılması

HGKÖ Alt Boyutları	Yatan hasta servisi (n=115)		Poliklinik ve benzeri (n=51)		Yoğun bakım (n=52)		Acil (n=20)		Ameliyathane (n=25)		Diğer (n=11)		Ki-Kare	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
	Yönetim ve Liderlik	2,83	,42	3,02	,45	2,99	,27	2,92	,12	2,88	,15	3,31		
Çalışanların Davranışı	2,85	,45	2,96	,45	2,95	,29	2,96	,16	2,93	,27	3,28	,38	8,61	,12
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	2,81	,50	2,88	,47	2,91	,50	2,93	,24	2,93	,30	3,23	,41	2,90	,71
Çalışanların Eğitimi	2,92	,50	3,09	,44	3,09	,40	2,96	,14	2,97	,18	3,42	,47	10,31	,06
Bakım Ortamı	2,85	,56	3,04	,48	3,09	,46	2,94	,14	2,93	,24	3,17	,41	9,33	,09

Tablo 12’de hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin kurumdaki görevlerine göre karşılaştırılmasına ilişkin kruskal wallis testi analiz sonuçları verilmiştir. Buna göre, hemşirelerin yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı alt boyut ortalamaları hemşirelerin kurumdaki görevlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 12:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin kurumdaki görevlerine göre karşılaştırılması

HGKÖ Alt Boyutları	Servis		Sorumlu		Diğer		Ki-Kare	p
	Hemşiresi		Hemşire		(n=14)			
	(n=238)		(n=22)					
	Ort.	ss.	Ort.	ss.	Ort.	ss.		
Yönetim ve Liderlik	2,90	0,38	3,03	0,45	3,04	0,33	2,27	0,32
Çalışanların Davranışı	2,90	0,39	3,06	0,47	2,92	0,39	1,68	0,43
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	2,86	0,45	3,05	0,61	2,84	0,44	1,69	0,42
Çalışanların Eğitimi	2,99	0,44	3,15	0,48	3,09	0,45	2,78	0,24
Bakım Ortamı	2,94	0,48	3,04	0,56	3,07	0,39	0,28	0,86

\* $p<0,05$

Tablo 13’te ankete katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına yönelik görüşlerinin deneyim sürelerine göre karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal Wallis test sonuçları verilmiştir. Buna göre, hemşirelerin yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyutları ortalamaları hemşirelerin deneyim sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 13:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin deneyim sürelerine göre karşılaştırılması

HGKÖ Alt Boyutları	5 ve altı yıl (n=144)		6 – 10 yıl (n=69)		11- 15 yıl (n=21)		16 ve üzeri (n=40)		Ki- Kare	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Yönetim ve Liderlik	2,86	0,37	2,92	0,28	2,90	0,35	2,96	0,53	0,92	,81
Çalışanların Davranışı	2,87	0,39	2,95	0,31	2,87	0,30	3,00	0,53	2,22	,52
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	2,83	0,48	2,93	0,36	2,84	0,34	2,93	0,58	3,22	,35
Çalışanların Eğitimi	2,97	0,47	3,02	0,30	2,94	0,36	3,10	0,53	2,85	,41
Bakım Ortamı	2,95	0,50	2,94	0,43	3,00	0,42	2,94	0,50	1,44	,69

Tablo 14’te ankete katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına yönelik görüşlerinin kurumda çalışma sürelerine göre karşılaştırılmasına ilişkin test sonuçları verilmiştir. Buna göre, hemşirelerin bakım ortamı alt boyutu kurumda çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $p < 0,005$ ). Hemşirelerin yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi alt boyutları ortalamaları kurumda çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 14:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin kurumda çalışma sürelerine göre karşılaştırılması

HGKÖ Alt Boyutları	5 ve altı yıl (n=144)		6 – 10 yıl (n=69)		11- 15 yıl (n=52)		16 ve üzeri (n=20)		Ki- Kare	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Yönetim ve Liderlik	2,92	,38	2,84	,26	2,65	,21	2,73	,48	6,60	,08
Çalışanların Davranışı	2,91	,40	2,94	,24	2,68	,43	2,81	,52	2,21	,52
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	2,88	,48	2,89	,28	2,68	,46	2,65	,59	3,93	,26
Çalışanların Eğitimi	3,01	,45	3,01	,29	2,80	,07	2,94	,55	7,06	,07
Bakım Ortamı	2,99	,50	2,87	,36	2,55	,22	2,71	,41	<b>12,47</b>	<b>,00*</b>

\* $p<0,05$

Tablo 15’te ankete katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına yönelik görüşlerinin birimde çalışma sürelerine göre karşılaştırılmasına ilişkin test sonuçları verilmiştir. Buna göre, hemşirelerin bakım ortamı alt boyutu birimde çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $p<0,005$ ). Hemşirelerin yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi alt boyutları ortalamaları birimde çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 15:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin birimde çalışma sürelerine göre karşılaştırılması

HGKÖ Alt Boyutları	5 ve altı yıl (n=236)		6 – 10 yıl (n=27)		11- 15 yıl (n=4)		16 ve üzeri (n=7)		Ki- Kare	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Yönetim ve Liderlik	2,90	,39	2,89	,21	2,80	,20	2,73	,48	1,58	,66
Çalışanların Davranışı	2,90	,40	3,01	,20	2,78	,39	2,87	,56	6,27	,09
Beklenmedik Olay ve Hata	2,87	,47	2,88	,36	2,70	,34	2,88	,53	1,66	,64
Raporlama										
Çalışanların Eğitimi	3,00	,45	3,04	,23	2,85	,11	2,88	,53	3,75	,28
Bakım Ortamı	2,97	,49	2,86	,41	2,62	,17	2,64	,39	<b>8,58</b>	<b>,03*</b>

\* $p<0,05$

Tablo 16’te ankete katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına yönelik görüşlerinin günlük bakılan hasta sayısına göre karşılaştırılmasına ilişkin test sonuçları verilmiştir. Buna göre, günlük bakılan hasta sayısı yönetim ve liderlik, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı alt boyutlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Hemşirelerin çalışanların davranışı ve beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyut ortalamaları birimde çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).



**Tablo 16:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin günlük bakılan hasta sayısına göre karşılaştırılması

HGKÖ Alt Boyutları	0-5 (n=118)		6 – 10 (n=59)		11- 15 (n=25)		16 ve üzeri (n=72)		Ki- Kare	P
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Yönetim ve Liderlik	2,97	,30	2,84	,36	2,96	,37	2,79	,46	<b>11,32</b>	<b>,01*</b>
Çalışanların Davranışı	2,95	,38	2,91	,36	2,96	,29	2,82	,44	5,81	,12
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	2,91	,47	2,87	,40	3,00	,37	2,75	,51	4,96	,17
Çalışanların Eğitimi	3,07	,40	2,97	,43	3,01	,46	2,90	,47	<b>11,38</b>	<b>,01*</b>
Bakım Ortamı	3,10	,43	2,88	,42	3,03	,45	2,74	,52	<b>27,44</b>	<b>00*</b>

\* $p<0,05$

Tablo 17’de ankete katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına yönelik görüşlerinin haftalık çalışma saatlerine göre karşılaştırılmasına ilişkin test sonuçları verilmiştir. Buna göre, yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı alt boyutları haftalık çalışma saatine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,005$ ). Hemşirelerin beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyut ortalaması haftalık çalışma saatleri göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 17:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin haftalık çalışma saatlerine göre karşılaştırılması

HGKÖ Alt Boyutları	40 saati geçmiyor (n=50)		40-49 saat (n=213)		50 saatten fazla (n=11)		Ki- Kare	P
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Yönetim ve Liderlik	2,86	,43	2,92	,35	2,51	,43	<b>11,61</b>	<b>,00*</b>
Çalışanların Davranışı	2,84	,47	2,94	,36	2,54	,39	<b>15,34</b>	<b>,00*</b>
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	2,84	,47	2,89	,46	2,65	,55	4,70	,09
Çalışanların Eğitimi	2,97	,54	3,02	,41	2,75	,33	<b>6,43</b>	<b>,04*</b>
Bakım Ortamı	2,82	,42	3,00	,47	2,53	,51	<b>17,31</b>	<b>,00*</b>

\* $p<0,05$

Tablo 18’de ankete katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına yönelik görüşlerinin çalışma biçimlerine göre karşılaştırılmasına ilişkin test sonuçları verilmiştir. Buna göre, yönetim ve liderlik alt boyutu çalışma biçimine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,005$ ). Çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı alt boyut ortalaması hemşirelerin çalışma biçimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 18:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin çalışma biçimlerine göre karşılaştırılması

HGKÖ Alt Boyutları	Sürekli Gündüz (n=81)		Sürekli Gece (n=13)		Gündüz+Nöbet (n=180)		Ki- Kare	P
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Yönetim ve Liderlik	2,99	,45	2,94	,44	2,85	,32	<b>6,34</b>	<b>,04</b>
Çalışanların Davranışı	2,97	,46	2,96	,46	2,88	,35	1,75	,41
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	2,94	,50	3,04	,68	2,82	,42	3,43	,17
Çalışanların Eğitimi	3,09	,46	3,15	,63	2,95	,40	3,20	,20
Bakım Ortamı	3,01	,49	3,00	,62	2,92	,46	0,44	,80

\* $p<0,05$

Tablo 19’da ankete katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin mesleklerinden memnuniyet durumlarına göre karşılaştırılmasına ilişkin test sonuçları verilmiştir. Buna göre, yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı alt boyutu meslekten memnuniyet durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,005$ ).

**Tablo 19:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin mesleklerinden memnuniyet durumlarına göre karşılaştırılması

HGKÖ Alt Boyutları	Hiç Memnun Değilim (n=12)		Memnun Değilim (n=25)		Kısmen Memnunum (n=95)		Memnunum (n=122)		Çok Memnunum (n=20)		Ki-Kare	P
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Yönetim ve Liderlik	2,6	,4	2,8	,3	2,8	,3	2,9	,3	3,2	,4	<b>27,4</b>	<b>,0</b>
Çalışanların Davranışı	2,6	,4	2,7	,3	2,8	,3	2,9	,3	3,2	,4	<b>31,8</b>	<b>,0</b>
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	2,5	,6	2,7	,3	2,8	,4	2,9	,4	3,1	,5	<b>12,0</b>	<b>,0</b>
Çalışanların Eğitimi	2,9	,6	2,9	,3	2,9	,4	3,0	,4	3,2	,4	<b>11,5</b>	<b>,0</b>
Bakım Ortamı	2,7	,7	2,7	,4	2,9	,4	2,9	,4	3,3	,4	<b>17,6</b>	<b>,0</b>

\* $p < 0,05$

Tablo 20’da ankete katılan hemşirelerin çalışılan bölümden memnuniyet durumlarının hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına göre karşılaştırılmasına ilişkin test sonuçları verilmiştir. Buna göre, yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama ve bakım ortamı alt boyutu çalışılan bölümden memnuniyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p < 0,005$ ). Hemşirelerin çalışanların eğitimi alt boyut ortalaması çalıştıkları bölümden memnuniyet durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 20:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin bölümden memnuniyet durumlarına göre karşılaştırılması

HGKÖ Alt Boyutları	Hiç Memnun Değilim (n=10)		Memnun Değilim (n=32)		Kısmen Memnunum (n=77)		Memnunum (n=130)		Çok Memnunum (n=25)		Ki-Kare	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
	Yönetim ve Liderlik	2,65	,42	2,78	,35	2,86	,35	2,91	,35	3,14		
Çalışanların Davranışı	2,50	,27	2,85	,41	2,84	,33	2,94	,36	3,21	,49	<b>29,47</b>	<b>,00*</b>
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	2,42	,51	2,81	,49	2,85	,44	2,91	,44	2,98	,51	<b>10,70</b>	<b>,03*</b>
Çalışanların Eğitimi	2,77	,55	2,91	,44	2,97	,38	3,02	,43	3,22	,54	9,37	,05
Bakım Ortamı	2,83	,63	2,76	,43	2,91	,45	2,98	,46	3,20	,55	<b>12,03</b>	<b>,01*</b>

\*p<0,05

Tablo 21’de hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumlarına göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, hemşirelerin yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyutları ortalamaları hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

**Tablo 21:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına ilişkin görüşlerinin hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumlarına göre karşılaştırılması

HGKÖ Alt Boyutları	Evet (n=262)		Hayır (n=12)		U	p
	Ort.	ss.	Ort.	ss.		
Yönetim ve Liderlik	2,93	0,38	2,74	0,43	1198,0	0,16
Çalışanların Davranışı	2,92	0,40	2,75	0,40	1211,0	0,17
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	2,88	0,47	2,73	0,49	1308,0	0,29
Çalışanların Eğitimi	3,01	0,44	2,87	0,42	1381,0	0,44
Bakım Ortamı	2,96	0,48	2,85	0,54	1500,5	0,78

## 5. TARTIŞMA

Kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü değerlendirmek ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

### 5.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırma bulgularına göre, araştırmaya katılan hemşirelerin %82,5'inin (n=226) kadın, %17,5'inin (n=48) erkek; hemşirelerin çoğunluğunun (%67,5) 20-29 yaşları arasında olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin büyük bir kısmı (%53,1) yüksekokul/lisans, mezunudur. Özel hastanede çalışan hemşirelerin ise %59,1'i (n=75) yüksekokul/lisans mezunudur. Bu sonuçlar doğrultusunda, hem kamu hem de özel hastanelerde çalışan hemşirelerin çoğunluğunun eğitim durumlarının lisans düzeyi ve üzerinde olduğu; ayrıca, özel hastanede çalışan lisans mezunu hemşirelerin, kamu hastanesinde çalışan lisans mezunu hemşirelerden daha fazla olduğu söylenebilir. Literatürde yüksekokul/lisans ve üstü derecede eğitim almış hemşire istihdamının hasta güvenliği ve komplikasyon görülme oranına etkisi üzerine çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. Sağlık Araştırmaları ve Kalite Kurumu'nun (SAKK) 2004 yılında yayınladığı raporda, diplomalı hemşirelerin daha fazla olduğu hastanelerde istenmeyen olayların daha düşük oranda görüldüğü saptanmıştır. Yüksek oranda yüksekokul/lisans mezunu hemşirelerin istihdamının istenmeyen olayları %3-12 oranında azalttığı bulunmuştur (SAKK, 2004).

Hemşirelerin çalıştıkları bölümler incelendiğinde ise, kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin %43,5'i (n=64) yatan hasta servisinde, %17,7'si (n=26) polikliniklerde; özel hastanede çalışan hemşirelerin %40,2'si (n=51) yatan hasta servisinde, %21,3'ü (n=27) yoğun bakım ünitesinde çalışmaktadır. Bu sonuca göre kamu ve özel hastanede araştırma kapsamına alınan hemşirelerin büyük çoğunluğunun yatan hasta servislerinde çalıştıkları görülmektedir.

Çalışmaya göre; kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin %87,8'i (n=129) servis hemşiresi iken özel hastanede çalışan hemşirelerin %85,8'i (n=109) servis hemşiresi olarak çalışmaktadır. Buna göre çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunlukla hasta bakımına katılan, serviste aktif olarak çalışan hemşireler oldukları görülmektedir.

Kamuda çalışan ve ankete katılan hemşirelerin %61,2'si (n=90) "9 ve altı yıldır", %24,5'i (n=36) "10-19 yıldır"; özel hastanede çalışan hemşirelerin %85,0'i (n=108) "9 ve altı yıldır", %10,2'i (n=13) "10-19 yıldır" hemşirelik yaptıklarını belirtmişlerdir. Kamuda "10-19 yıldır" çalışan hemşirelerin oranının özel hastaneye göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Erdağı ve Özer (2015)'in yaptığı çalışmada meslekte çalışma süresinin artması ile birlikte çalışma ortamının olumlu algılanmasının giderek arttığı, ancak 18 yıldan sonra bu olumlu algının tam tersine döndüğü belirlenmiştir. Birim bazında değerlendirildiğinde, kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin %75,5'inin (n=111) "9 ve altı yıldır", %16,3'ünün (n= 24) "10-19 yıldır"; özel hastanede çalışan hemşirelerin %100'ünün (n=127) "9 ve altı yıldır" aynı kurumda çalıştıkları belirlenmiştir. Özel hastanenin yeni açılmış olmasının sonucu bu şekilde etkilediği söylenebilir.

Kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin %65,3'ü (n= 96) "gündüz+nöbet" şeklinde, %29,9'u (n=44) "sürekli gündüz" şeklinde ve özel hastanede çalışan hemşirelerin %66,1'i (n=84) "gündüz+nöbet" şeklinde, %29,1'i (n=37) "sürekli gündüz" şeklinde çalışmaktadır. Kamu ve özel hastanede vardiyalı çalışma biçimi açısından çıkan sonuçlar birbirine yakın olup anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin haftalık çalışma saatleri incelendiğinde; %69,4'ü (n=102) "haftalık 40-49 saat". %26,5'i (n=39) "haftalık 40 saati geçmiyor" iken; özel hastanede %88,2'sinin (n=112) "haftalık 40-49 saat", %8,7'sinin (n=11) "haftalık 40 saati geçmiyor" şeklindedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, çalışmamıza katılan özel hastanede çalışan hemşirelerin haftalık çalışma saatlerinin kamu hastanesine kıyasla daha uzun olduğu söylenebilir. Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ)'nün tavsiye kararlarına ve kanununa göre; hemşireler haftada 40 saat çalışmalı ve bir çalışma günü fazla mesai dahil 12 saati aşmamalıdır (UÇÖ, 2001). Çünkü uykusuzluk ve yorgunluk; dikkat dağınıklığı ve

tükenmeye yol açması nedeniyle hasta ve çalışan güvenliğini tehdit etmektedir. Rogers ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, bir günde 12 saatten ve haftada 40 saatten daha fazla çalışan hemşirelerde hata oranının arttığı belirlenmiştir. “Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları” ile ilgili hazırlanan raporda; uzun çalışma saatlerinin hemşirenin hastaya, yakınlarına ve ekip üyelerine karşı davranışını, hasta ve hasta ailesi ile iletişimini, ilaç tedavisi uygulamalarını, izlem, gözlem ve denetim ile ilgili karar ve uygulamalarını olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir (Bilazer ve ark., 2008).

Günlük bakılan hasta sayıları karşılaştırılacak olursa; kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin %41,5’i (n=61) günlük toplam 16 ve üzeri sayıda hasta bakarken; özel hastanede çalışan hemşirelerin %63,8’i (n=81) günlük toplam 0-5 hasta bakmaktadır. Kamu hastanesinde günlük bakılan hasta sayısının daha fazla olduğu bulunmuştur.

Kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin %49,0’unun (n=72) hemşirelik mesleğinden “memnun”, %33,3’ünün “kısmen memnun” olduğu; özel hastanede çalışan hemşirelerin %39,4’ünün (n=50) “memnun”, %36,2’sinin (n=46) “kısmen memnun” olduğu görülmektedir. Kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin mesleklerinden memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Ünalın ve ark. (2006)’nın yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının memnuniyet durumunun sağlık sisteminde kalitenin sürdürülebilirliği açısından önemli bir unsur olduğu belirtilmektedir.

Kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin %94,6’sı (n=139) hasta güvenliği eğitimi almış iken, özel hastanede bu oran %96,9 (n=123) olarak belirlenmiştir. Kamu ve özel hastanede hasta güvenliği eğitimi almış olma oranları birbirine yakın olmakla beraber özel hastanede bu oran daha yüksektir. Bu sonuçta her iki hastanenin de akreditasyon çalışmaları yapmalarının ve Sağlık Bakanlığı’nın getirdiği zorunlulukların etkisi olduğu söylenebilir.

## 5.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Görüş ve Tutumları

Çalışmamızda hemşirelerin HGKÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması  $2,93\pm 0,36$  olup orta düzeydedir, en yüksek puan ortalaması “Çalışanların Eğitimi” alt boyutunda  $3,00\pm 0,44$  olarak, en düşük puan ortalaması ise “Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama” alt boyutunda  $2,87\pm 0,47$  olarak bulunmuştur. Karaca ve Arslan'ın (2014), aynı ölçeği kullanarak özel hastanede çalışan hemşirelerde yaptıkları çalışmada hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları çalışmamıza göre daha yüksek bulunmuş olup en yüksek ve en düşük puan alınan alt boyutlar aynıdır. Buradan da yola çıkılarak hemşirelere hasta güvenliği ile ilgili eğitimler verilmekte olup raporlama konusunda çalışanların yeterli tutum ve davranış göstermedikleri söylenebilir. Dursun ve arkadaşlarının (2010) yaptığı araştırmada, hemşirelerin %71,3'ünün hasta güvenliğini tehlikeye düşürebilecek hiçbir olayı rapor etmediği bulunmuş. Çakır ve Tütüncü (2009)'nün çalışmasında ise çalışanların cezalandırılma korkusuyla hataları rapor etmeyebileceklerine dikkat çekilmiştir. Literatür incelendiğinde de hata bildirmeme nedenleri cezadan korkma, suçlanma, ayıplanma, prestij kaybı ve başının derde gireceğini düşünme olarak sıralanmıştır (Wang ve ark., 2014). Gündoğdu ve Bahçecik'in (2012) yaptıkları çalışmada, eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %72'sinin ve özel hastanede çalışan hemşirelerin %73,5'inin, son bir yılda yöneticilerine birimleriyle ilgili hiç olay raporu vermedikleri belirlenmiştir. Bu bulgulara göre yüksek oranlarda hata bildirimlerinin yapılmaması, “Gerçekten hata yapılmıyor mu?” yoksa “Hasta güvenliği kültürü yerleşmediği için raporlanmıyor mu?” ya da “Hemşireler cezalandırılma, meslekten uzaklaştırılma korkusu nedeniyle mi rapor vermekten kaçınıyorlar?” sorularını akla getirmektedir.

Çalışmamızda, hasta güvenliği kültürü alt boyutlarından yönetim ve liderlik konusunda “İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (İsim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır; hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır; bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır; tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir; sunulan tüm hizmetler hasta güvenliği açısından değerlendirilir.” maddelerine hemşirelerin yüksek oranlarda katıldıkları görülmektedir (Tablo 4). Bu



sonuçlara göre yöneticilerin hasta güvenliği kültürüne ait uygulamaları benimsedikleri ve destekledikleri düşünülebilir. Çırpı ve arkadaşlarının (2009) yaptığı araştırmada, çalışanların hasta güvenliği algılarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Bu bulgular, hasta güvenliğine yönelik bir kültürün ve liderliğin mevcut olduğu ancak yeterli olmadığı, ayrıca birtakım eğitim programlarının düzenlendiği, olay raporlamaların gerçekleştiği ancak henüz istenen düzeyde olmadığı şeklinde yorumlanmıştır. Çırpı ve arkadaşlarının elde etmiş olduğu bulgularla, bu çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir. Adıgüzel'in (2010) yapmış olduğu çalışmada; yönetici kültürü, iletişim ve raporlanan olayların sıklığı ile hasta güvenliği kültürü uygulamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bir kurumda hasta güvenliği kültüründen bahsedilebilmesi için özellikle yöneticilerin bu konuyu benimsemesi ve bu kültürün hayata geçirilmesine yönelik tutum ve davranışların sergilenmesi gerektiği bildirilmektedir (Pizzi ve ark., 2001; Akalın, 2004; Karaca ve Arslan., 2014).

Çalışmamızda kullanılan ölçeğin her bir maddesine ilişkin aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde yönetim ve liderlik konusunda en yüksek puan "İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (İsim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır." maddesinde ( $\bar{x}=3,20\pm 0,54$ ) bulunmuştur (Tablo 4). Aslan ve Ünal (2005)'in cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hatalarının dağılımını inceledikleri bir araştırmada; ilaç uygulama hataları sırasıyla ilaç uygulaması öncesinde ve sonrasında ellerin yıkanmaması, alınan sözel order'ların yazılı hale getirilmemesi, enjeksiyon yapılacak bölgenin antiseptik solüsyonla silinmemesi, doğru yazılı order alınmaması, ilacın doğru teknikle hazırlanmaması, ilacın doğru teknikle uygulanmaması, ilaç uygulaması sonrasında atıkların bir kısmının/tamamının uzaklaştırılmaması, order edilmeyen ilacın uygulanması, order edilen ilacın verilmemesi veya atlanması, doğru dozun uygulanmaması olarak bulunmuştur. Literatürde ilaç hatalarının hastanelerde en sık rastlanan ve hasta güvenliğini tehdit eden hatalardan olduğu ve değişen oranlarda görüldüğü bildirilmektedir (Brady ve ark., 2009; Birgili ve ark., 2010). Reid (2009)'in yaptığı çalışmada; ilaç hatalarının %26, test-tedavi ve prosedür hatalarının %6 oranında olduğu belirlenmiştir. Milch ve arkadaşlarının (2006), çalışmasında hemşireler tarafından bildirilen hataların %47 olduğu, bunun %33'ünü

ilaç ve transfüzyon hatalarının oluşturduğu bulunmuştur. Yapılan hataların çoğunlukla hemşire ve hekim kaynaklı olduğu göz önüne alındığında özellikle hemşirelerin ilaç hataları ve transfüzyonlar konusunda eğitilmesi önemlidir. Çalışmamızda HGKÖ’nde diğer maddelere göre en düşük puan belirlenen madde ise “Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.” ( $\bar{x} = 2,39 \pm 0,83$ ) olmuştur. Bu sonuç; hemşirelerin, hastanelerinde çalışan personelin hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve nitelikte olmadığı görüşünde olduğunu düşündürmektedir. Literatüre göre, personel yetersizliği hasta güvenliği ortamını zayıflatmaktadır (Helligns ve ark., 2007; Bodur ve Filiz, 2009; Dursun ve ark., 2010). Sağlık hizmetlerinde hemşireler diğer sağlık çalışanları içerisinde oran olarak en fazla grubu oluşturmaktadırlar. Hemşire sayısının azlığı, özellikle iyi eğitilmiş ve deneyimli hemşirelerin bulunmaması, hasta güvenliği açısından istenmeyen olaylarda artışa yol açmaktadır (Stone ve ark., 2007; Atan ve ark., 2013).

HGKÖ alt boyutlarında, çalışanların davranışı konusunda en yüksek puan “Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.” ( $\bar{x} = 3,10 \pm 0,61$ ) maddesinde bulunmuştur (Tablo 5). Bodur ve ark.’nın (2012) yaptıkları çalışmada, ebe ve hemşire adaylarının %37’sinin stajları sırasında tıbbi hata yaptıkları, hataların çoğunluğunun (%59) ilaç hataları olduğu, yapılan bu hataların %12’sinde hastaların zarar gördüğü belirlenmiştir. Buradan hareketle çalışmamızda yüksek riskli ilaçların uygulamasında hemşirelerin hatalara karşı dikkatli oldukları belirlenmiştir. Bu sonuçta, hasta güvenliği ile ilgili verilen eğitimlerin ve sürekli olarak yapılan kontrollerin etkisi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kullanılan HGKÖ’nde her bir maddeye ilişkin aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde, çalışanların davranışı konusunda en yüksek puan “Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir.” ( $\bar{x} = 3,12 \pm 0,52$ ) maddesi olmuştur (Tablo 7). Çalışma grubunu oluşturan hemşirelerin çoğunluğu (%95,6) hasta güvenliğine yönelik oryantasyon sırasında eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Karaca ve Arslan (2014), yaptıkları çalışmada hemşirelerin dörtte üçünün hasta güvenliği konusunda eğitim aldıklarını, eğitim alan hemşirelerin çoğunluğunun aldıkları eğitimi yeterli bulduklarını belirlemişlerdir. Gökdoğan ve Yorgun (2010), hastanelerde güvenlik komitesinin, hasta güvenliği ile ilgili

politikaların ve düşmeleri önlemeye yönelik programların olduğunu; hasta güvenliği konusunda hastanedeki ekip tarafından iyi eğitim verildiğini, hemşirelerin hasta güvenliğini sağlamak için eğitim düzeylerinin yeterli olduğunu bulmuşlardır.

HGKÖ’nde her bir maddeye ilişkin aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde çalışanların davranışı konusunda en yüksek puan “Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır.” ( $\bar{x}=3,19\pm0,50$ ) olmuştur (Tablo 8). Aygün ve Cengiz (2011)’in yaptığı araştırmada “Hastaya ilaç verilmeden önce kimlik doğrulaması yapılır.”, “Hastadan kan almadan önce kimlik doğrulaması yapılır.”, “Kan transfüzyonundan önce kimlik doğrulaması yapılır.”, “Hastaya uygulanacak herhangi bir tetkik, tedavi, girişim ya da ameliyattan önce kimlik doğrulaması yapılır.”, “Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden önce kimlik doğrulaması yapılır.”, “Hastanın başka bir bölüme/birime transferinden sonra (işlem öncesi/hastayı teslim alırken) kimlik doğrulaması yapılır.” ifadelerine en yüksek katılımı hemşireler, en düşük katılımı ise diğer sağlık personelleri göstermiştir. Belirtilen ifadelerdeki durumlarda kimlik doğrulamasını genellikle hemşireler yapmaktadır. En yüksek katılım gösteren meslek grubunun bu nedenle hemşireler olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarına yönelik görüşlerinin cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, kurumdaki görev, meslekteki deneyim süreleri, ve hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumlarına göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir. Karaca ve Arslan (2014)’nin çalışmasında da hemşirelerin HGKÖ’den aldıkları puan ortalamaları ile yaş grupları, eğitim durumları, çalıştıkları bölümler, kurumdaki pozisyonları, kurumdaki ve meslekteki deneyimleri karşılaştırılmış ancak değişkenlerle HGKÖ’den alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Göktaş (2007)’in çalışmasında da hemşirelerin eğitim düzeyleri, mesleki deneyimleri, kurumda ve buldukları serviste çalışma sürelerine göre hasta güvenliği kültürleri incelendiğinde anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür.

Tablo 9’da ankete katılan hemşirelerin yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyut ortalamaları çalıştıkları hastanelere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık

göstermektedir. Buna göre, kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyut ortalamaları, özel hastanelerde çalışan hemşirelerin ortalamalarından düşüktür. Bu sonuç da bize özel hastanelerin hasta güvenliği konusunda daha hassas davrandıklarını göstermektedir. Karaca ve Arslan (2014)'ın yapmış oldukları çalışmada da hemşirelerin HGKÖ'den aldıkları puan ortalamaları kurumlarına göre karşılaştırıldığında, ölçek toplamında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Buna göre her kurumun hasta güvenliğine yaklaşımı ve verdikleri önem farklıdır, bu durum kurumdan kuruma değişiklik gösterebilir.

Tablo 11'da yönetim ve liderlik alt boyut ortalamaları çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Buna göre, yatan hasta servisinde çalışan hemşireler yönetim ve liderlik alt boyut puan ortalamaları diğer bölümlerdekilere göre daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç da bize, yatan hasta servisinde çalışan hemşirelerin yöneticilerinin hasta güvenliği konusuna yeteri kadar önemsemediklerini düşündüklerini göstermektedir. Literatürde de hasta güvenliği uygulamalarının birimler arasındaki farklılıklarından söz edilmektedir. (Bodur ve filiz, 2009; Çırpı ve ark., 2009; Göz ve Kayahan, 2010). Çalışmamız da bunu destekler niteliktedir.

Tablo 16'da yönetim ve liderlik, bakım ortamı, çalışanların eğitimi alt boyut ortalamaları günlük bakılan hasta sayılarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Buna göre, günlük hasta sayısının artması alt boyut puan ortalamalarını düşürmektedir. Bu sonuç da bize, günlük bakılan hasta sayısının artması hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Gökdoğan ve Yorgun (2010)'un çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre hasta sayıları ortalamaları açısından özellikle acil servis, dahili ve cerrahi klinikleri olmak üzere hasta güvenliği bakımından anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Tablo 17'de yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı alt boyut puan ortalamaları haftalık çalışma saatine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Buna göre, haftalık çalışma saatinin artması alt boyut puan ortalamalarını düşürmektedir. Bu sonuca göre haftalık çalışma saatinin artması hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Literatürde hasta

güvenliğini etkileyen faktörlerle ilgili yapılan çalışmalarda hata nedeni olarak hemşirelerin uzun saatler çalışmaları gösterilmiştir. (Ertem ve ark., 2009; Gökdoğan ve Yorgun, 2009; Tunçel ve Sökmen, 2013). Uzun saatler boyunca kesintisiz çalışma ve nöbetler, iş yoğunluğu dolayısıyla hemşirelerin sağlık bakım hizmetini verimli ve güvenli bir şekilde sunmalarını engellemekte ve tıbbi hatalara neden olabilmektedir. Bulgular araştırma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir.

Tablo 19’da hemşirelerin yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyut ortalamaları meslekten ve bölümden memnuniyet durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Buna göre hemşirelerin meslekten ve bölümden memnuniyet durumları hasta güvenliği puan ortalamalarına olumlu etki göstermektedir. Mesleklerinden ve bölümlerinden memnun olan hemşirelerin hasta güvenliği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Özata (2009)’nın yaptığı çalışmada meslekten memnuniyet durumuyla ilaç uygulama hataları arasında fark bulunmuştur.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kamu ve özel hastanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar verilmiştir.

Hemşirelerin yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyutları ortalamaları cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, kurumdaki görev, meslekteki deneyim süreleri, ve hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumlarına göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyutları ortalamaları çalıştıkları hastanelere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Buna göre kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyutları ortalamaları özel hastanelerde çalışan hemşirelerin ortalamalarından düşüktür.

Yönetim ve liderlik alt boyutu ile çalışılan birim arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ).

Günlük bakılan hasta sayısı yönetim ve liderlik, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı alt boyutlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ).

Yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı alt boyutları haftalık çalışma saatine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,005$ ).

Yönetim ve liderlik, çalışanların davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı alt boyutu meslekten memnuniyet durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,005$ ).

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

- Kurumlarda hasta güvenliği kültürüne ilişkin olarak düzenli ölçümlerin yapılarak, mevcut durumun değerlendirilmesi.

- Bu ölçümlerin sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda hasta güvenliği eğitim programlarının düzenlenmesi, yapılacak çalışmalarda hemşirelerin aktif rol almalarının sağlanması.
- Kurumlardaki hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve kalıcı olabilmesi için öncelikle liderlerin bu konudaki inanç ve tutumlarının iyileştirilmesi.
- Hasta güvenliği kültürüne yönelik kurumlar arası kıyaslamaların daha fazla yapılması sağlanarak eksik/geliştirilmesi gereken alanlarda çalışmaların yapılması.
- Bu çalışmanın evreni daha büyük bir grupta tekrarlanması önerilir.



## 7. KAYNAKÇA

1. Aksayan, S., Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1), 9-14.
2. Adams, J.L., Garber, S. (2007). Reducing Medical Malpractice by Targeting Physicians Making Medical Malpractice Payments. *Journal of Empirical Legal Studies*; 4:185–222.
3. Adıgüzel, O. (2010). Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma. *Sosyal Bilimler Dergisi*. 28, 159-170.
4. Akalın, E. (2004). Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?. *Ankem Dergisi*. 18(2).
5. Akman, A. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
6. Alp, F. (2011). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi. İzmir.
7. Andsoy, I., Kar, G., Öztürk, Ö. (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 1(1). 17-27.
8. Ardahan, M., Alp, F. (2015). Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliğini Sağlamada Sağlık Çalışanları ve Yöneticilerin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 6(2): 85-88.
9. Aslan, Ö., Ünal, Ç. (2005). Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Parenteral İlaç Uygulama Hataları. *Gülhane Tıp Dergisi*;47(3):175-8.
10. Aştı, T., Acaroğlu, R. (2000). Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 4(2).



11. Atan, Ü., Dönmez, S., Duran, T. (2013). Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 21(3). 172.
12. Aydın, Ş., (2010). Bir Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algılamaları. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi. Sivas.
13. Aygün, D., Cengiz, H. (2011). İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni; 45:110-114.
14. Baykal, Ü., Şahin, N., Altuntaş, S. (2010). Hasta Güvenliği Tutum Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi; 7(1): 39-45.
15. Biçer, E., Güçlüel, Y., Neymen, A., Yiğit, Ş. (2013). Hasta Güvenliğine İlişkin Düzenlenen Hizmet İçi Eğitimin Hemşirelerin Bilgi Düzeyine Etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi; 10(1):14-20.
16. Bilazer, F., Konca, G., Uğur, S., Uçak, H., Erdemir, F., Çıtak, E. (2008). Türkiye'de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. 1.Baskı. Ankara: Türk Hemşireler Derneği Yayınları. p.5-27.
17. Birgili, F., Salı, F., Çekirdekçi, S., Ece, G. (2010). Hastanelerde Hasta Güvenliği İklimi: Muğla İlinde Bir Hastane Örneği. Sağlık Bakanlığı Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı. Cilt 1; S.57-62.
18. Bodur, S., Filiz, E. (2009). A Survey on Patient Safety Culture in Primary Healthcare Services in Turkey. Int J Qual Health Care. 21(5): 348–355.
19. Bodur, S., Filiz, E., Çimen, A., Kapçı, C. (2012). Ebelik ve Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusundaki Tutumu. Genel Tıp Dergisi. 22. 37-42.
20. Brady, A., Malonesandra, A., Fleming, S. (2009). A Literature Review of The Individual and Systems Factors That Contribute to Medication Errors in Nursing Practice. Journal of Nursing Management. 17(6):679–97.
21. Budak, M. (2008). Hasta Güvenliği Kültürü. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi. Sayı 2008; 7:20

22. Bulun, M. (2009). Hasta Güvenliği İyi Uygulamalar 1. Sage Yayıncılık. Ankara.
23. Carroll, V. (2005). Is Patient Safety Synonymous with Quality Nursing Care? Should It Be? A Brief Discourse. *Quality Management in Health Care*. 14(4). 229-233, 5p.
24. Cebeci, F., Gürsoy, E., Tekingündüz, S. (2012). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15 (3). 188-196.
25. Çakır, A., Tütüncü, Ö. (2009). İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı. *Uluslar Arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongre Kitabı*. Turunç Matbaacılık. Antalya. 189-205.
26. Çırpı, F., Merih, Y., Kocabey, M. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi*. Bildiriler Kitabı. 2.
27. Çiçek, A. (2011). Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi. İzmir.
28. Dursun, S., Bayram, N., Aytaç, S. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. *Sosyal Bilimler*. 8(1): 1-14.
29. Dünya Sağlık Örgütü. (2005). "The Launch of The World Alliance for Patient Safety" [http://www.who.int/patientsafety/world\\_alliance\\_patient\\_safety.pdf](http://www.who.int/patientsafety/world_alliance_patient_safety.pdf) (Erişim Tarihi: 11.12.2015)
30. Erdağı, S., Özer, N. (2015). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının. Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 18(2).
31. Ertem, G., Öksel, E., Akbıyık, A. (2009). Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) İle İlgili Retrospektif Bir İnceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, 84(1), 1-10.

32. Gökdoğan, F., Yorgun, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13: 2.
33. Göktaş, S. (2007). Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
34. Gündoğdu, S. K., Bahçecik, N. (2012). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences.15(2).
35. Helligns, J., Schrooten, W., Klazinga, N., Vleugels, A. (2007). Challenging Patient Safety Culture: Survey Results. Int J Health Care Qual Assur. 20(7): 620-632.
36. İntepeler, S., Dursun, M. (2012).Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 15(2): 129-135.
37. Karaca, A., Arslan, H. (2014). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 1. 9-18.
38. Kılıç, H., Elbaş, N. (2014). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Doktorların Hasta Güvenliği Hakkındaki Bilgileri ve Tıbbi Hataların Bildirilmesi Hakkındaki Görüşleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 17:2.4.
39. Kırılmaz, H. (2010). Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. 418.
40. Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (2000). To Error is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Washington. DC: National Academy Press.
41. Korkmaz, O. (2012). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Yöneticilerin Tutumunu Algılayışı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi;14(4):91-112.

42. McBride-Henry, K., Foureur, M. (2006). Medication Administration Errors: Understanding The Issues. Australian Journal of Advanced Nursing; 23(3).
43. Milch, C., Salem, D., Oauker, S., Lundquist, T.G., Kumar, S., Chen, J. (2006). Voluntary Electronic Reporting of Medical Errors and Adverse Events an Analysis of 92.547 Reports From 26 Acute Care Hospitals. Journal Of General Internal Medicine; 21(2):165–170.
44. Ortak Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Komisyonu, (2006). Sentinel Event Statistics. [www.jointcommission.org/Library/TM\\_hysicians](http://www.jointcommission.org/Library/TM_hysicians)
45. Özata, M. (2009). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapmaya Eğilimlerinin ve Hasta Bakımında Gösterdikleri Özenin Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Myo Dergisi, 12(1-2), 417-430.
46. Özata, M., Altuncan H. (2010). Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları. Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi: 2010 : 8 (2) :100 -111.
47. Pizzi, L. T., Goldfarb, N. I., Nash, D. B. (2001). Promoting a Culture of Safety Making Health Care Safer. AHRQ Publication.
48. Reason, J. (2000). “Human Error: Models and Management”. British Medical Journal. 320. S.768-770.
49. Reid, M., Estacio, R., Albert, R. (2009). Injury and Death Associated with Incidents Reported to The Patient Safety Net. American Journal of Medical Quality 2009; 24(6) .
50. Resmi Gazete. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik. 6 Nisan 2011-Sayı:27897.
51. Resmi Gazete. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. 29 Nisan 2009- Sayı:27214.
52. Resmi Gazete. Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. 27 Haziran 2015-Sayı 29399.
53. Rogers, A., Hwang, W., Scott, L., et al. (2004). The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety. Health Aff; 23: 202-12.

54. Sağlık Araştırmaları Kalite Kurumu. (2004). Hospital Nurse Staffing and Quality of Care.  
<http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/services/nursestaffing/nursestaff.pdf>. (Erişim 21.11.2015)
55. Schoen,C., Osborn, R., Huynh, P.T., Doty, M., Zapert, K., Peugh, J., Davis, K. (2005). Taking The Pulse of Health Care Systems: Experiences of Patients with Health Problem Six Countries. November Issue.
56. Sözer, E., (2012). Hasta Güvenliği Kültürü ve Ölçüm Yöntemleri. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir.
57. Stone, P. W., Mooney-Kane, C., Larson, E. L., Horan, T., Glance, L. G., Zwanziger, J., Dick, A. W. (2007). Nurse Working Conditions and Patient Safety Outcomes. *Medical Care*. 45(6). 571-578.
58. Tansüyer, T. (2010). Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi. Ankara.
59. Tıp Enstitüsü. (2000). To Error is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Washington. DC: National Academy Press.
60. Tıp Enstitüsü. (2004). Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety; Keeping Patient Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. Washington. DC: National Academy Press.
61. Tunçel, K., Sökmen, S. (2013). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi ve Hasta Güvenliği Uygulamaları. Yüksek lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
62. Türk, S. (2015). Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi. İstanbul.
63. Türkmen, E., Baykal, Ü., Seren, Ş., Altuntaş, S. (2011). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 14(4).

64. Tütüncü, Ö., Küçükusta, D. (2006). Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve İzmir İli Uygulaması. 4. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Dergisi. Muğla.
65. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı. (2003). NPSF Definition of Patient Safety. <http://www.npsf.org/?page=dictionarynz> (Erişim: 09.12.2015)
66. Uluslararası Çalışma Örgütü. (2001). “What is workplace stress?”. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/stress/whatis.htm> (Erişim: 10.12.2015)
67. Uluslararası Hemşireler Konseyi. (2006). Safe Staffing Saves Lives. International Nurses Day 2006. Information and Action Tool Kit. Geneva. Switzerland.
68. Ünalın, D., Çetinkaya, F., Özyurt, Ö., Kayabaşı, A. (2006). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Sekreterlerde İş Memnuniyeti. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 9. 1-18.
69. Vural, F., Çiftçi, S., Fil, Ş., Aydın, A., Vural, B. (2014). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları ve Tıbbi Hataların Raporlanması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 5(2):152-157.
70. Wang, X., Liu, K., You, L., Xiang, J., Hu, H., Zhang, L., et. al. (2014). The Relationship Between Patient Safety Culture And Adverse Events: A Questionnaire Survey. International Journal Of Nursing Studies. 2333.
71. Zorlutuna, Y. (2008). “Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliği”. Sağlık Yönetimi Kongresi. Antalya.
72. www.npsf.org Erişim 06.04.2016
73. kalite.saglik.gov.tr. Erişim 24.05.2016
74. [www.jcipientsafety.org](http://www.jcipientsafety.org). Erişim 03.05.2016

**EK-I. HASTANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ  
KÜLTÜRÜNÜN İNCELENMESİ ANKET FORMU**

Hasta güvenliği, son yıllarda üzerinde en fazla durulan konulardan biridir. Bu görüşten hareketle, bu anket formu hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik görüşlerini incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Sorular ortalama 15 dakikanızı alacaktır. Toplanan veriler yalnızca bu araştırma için kullanılacaktır. Size ait tanıtıcı bilgileri içeren ve hasta güvenliğine yönelik hazırlanan soruları içtenlikle yanıtlamanız araştırma sonuçları açısından önemlidir. Bu çalışmada elde edilecek sonuçlar bilimsel veriler olarak kullanılacaktır.

Lütfen boş soru bırakmayınız.

*Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz...*

Nursel ASILI

Koç Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

**BÖLÜM I: SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

1. Cinsiyetiniz : a) Kadın b) Erkek | | (K:0.E:1)
2. Yaşınız : | | | |
3. Eğitim durumunuz nedir?
  - a) Sağlık Meslek Lisesi mezunu (1)
  - b) Lise mezunu (2)
  - c) Ön Lisans (3) | |
  - d) Yüksekokul/Lisans mezunu (4)
  - e) Lisans ve üzeri (5)
4. Çalıştığınız bölüm nedir?
  - a) Yatan hasta servisi (1)
  - b) Poliklinik ve benzeri (2)
  - c) Yoğun Bakım (3)
  - d) Acil (4) | |
  - e) Ameliyathane (5)
  - f) Yönetim (6)
  - d) Diğer \_\_\_\_\_ (7)
5. Kurumdaki göreviniz nedir?
  - a) Servis Hemşiresi (1)
  - b) Sorumlu Hemşire (2) | |
  - c) Diğer \_\_\_\_\_ (3)

6. Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz?
7. Kaç yıldır bu kurumda hemşirelik yapıyorsunuz?
8. Şu anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?
9. Çalışma biçiminiz nasıldır?
- a) Sürekli gündüz (1)
- b) Sürekli gece vardiya (2)
- c) Gündüz+Nöbet (3)
- d) Diğer \_\_\_\_\_ (4)
10. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?
- a) 40 saati geçmiyor (1)
- b) 40-49 saat (2)
- c) 50 saatten fazla (3)
11. Hemşirelik mesleğinden memnun musunuz?
- a) Hiç memnun değilim (1)
- b) Memnun değilim (2)
- c) Kısmen memnunum (3)
- d) Memnunum (4)
- e) Çok memnunum (5)
12. Çalıştığınız bölümden memnun musunuz?
- a) Hiç memnun değilim (1)
- b) Memnun değilim (2)
- c) Kısmen memnunum (3)
- d) Memnunum (4)
- e) Çok memnunum (5)
13. Günde ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?
- .....
14. Hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldınız mı?
- a) Evet (1)
- b) Hayır (2)



## EK-II. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeleri yönetiminizin hasta güvenliği programına ilişkin tutumunu göz önüne alarak değerlendiriniz.

		<b>Tamamen Katılmıyorum (1)</b>	<b>Katılmıyorum (2)</b>	<b>Katılıyorum (3)</b>	<b>Tamamen Katılıyorum (4)</b>
<b>1</b>	Tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.				
<b>2</b>	Sunulan tüm hizmetler, hasta güvenliği açısından değerlendirilir.				
<b>3</b>	Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır.				
<b>4</b>	Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır.				
<b>5</b>	İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (isim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır.				
<b>6</b>	Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır.				
<b>7</b>	Çalışanların, kurumdan ayrılmalarını azaltıcı önlemler alınır.				
<b>8</b>	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömoni oranları, düşmeler vb. göstergelerden yararlanılır.				
<b>9</b>	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb. göstergelerden yararlanılır.				
<b>10</b>	Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir.				

		<b>Tamamen Katılmıyorum (1)</b>	<b>Katılmıyorum (2)</b>	<b>Katılıyorum (3)</b>	<b>Tamamen Katılıyorum (4)</b>
<b>11</b>	Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate alınır.				
<b>12</b>	Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.				
<b>13</b>	Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme) çalışılır.				
<b>14</b>	Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.				
<b>15</b>	Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede risk değerlendirme süreci kullanılır.				
<b>16</b>	Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.				
<b>17</b>	Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.				
<b>18</b>	Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.				
<b>19</b>	Çalışanlar, hasta güvenliğiyle ilgili kalite kriterlerini bilir.				
<b>20</b>	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir.				
<b>21</b>	Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder.				
<b>22</b>	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandırmada meslektaşları tarafından cesaretlendirilir.				
<b>23</b>	Çalışanlar, hatalar oluştuğunda hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır.				

		<b>Tamamen Katılmıyorum (1)</b>	<b>Katılmıyorum (2)</b>	<b>Katılıyorum (3)</b>	<b>Tamamen Katılıyorum (4)</b>
<b>24</b>	Çalışanlar, hasta güvenliği konusundaki kurumsal hedefleri bilir.				
<b>25</b>	Çalışanlar, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır.				
<b>26</b>	Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır.				
<b>27</b>	Çalışanlar, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır.				
<b>28</b>	Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır.				
<b>29</b>	Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır.				
<b>30</b>	Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır.				
<b>31</b>	Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır.				
<b>32</b>	Tüm çalışanlar (tüm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (Güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme) katılır.				
<b>33</b>	Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.				
<b>34</b>	Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.				
<b>35</b>	Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.				

		<b>Tamamen Katılmıyorum (1)</b>	<b>Katılmıyorum (2)</b>	<b>Katılıyorum (3)</b>	<b>Tamamen Katılıyorum (4)</b>
<b>36</b>	Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.				
<b>37</b>	Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.				
<b>38</b>	Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.				
<b>39</b>	Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir.				
<b>40</b>	Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır.				
<b>41</b>	Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.				
<b>42</b>	Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay-hataları tanımlama ve raporlama süreçleri vb) eğitimler düzenli olarak verilir.				
<b>43</b>	Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.				
<b>44</b>	Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.				
<b>45</b>	Hasta güvenliği eğitim programlarında, isim vermeden gerçek olay raporlarından yararlanılır.				
<b>46</b>	Kurumumuzun fiziksel yapısı, hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.				
<b>47</b>	Mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde, hasta güvenliği kriterleri göz önüne alınır.				

		<b>Tamamen Katılmıyorum (1)</b>	<b>Katılmıyorum (2)</b>	<b>Katılıyorum (3)</b>	<b>Tamamen Katılıyorum (4)</b>
<b>48</b>	Kurumumuzun tümünde kullanılan malzeme, cihaz ve teknolojiler standardize edilmiştir.				
<b>49</b>	Kurumumuzda tüm tıbbi kayıtlar elektronik ortamda tutulur.				
<b>50</b>	Tıbbi malzeme ve ilaçlar için barkodlama sistemleri kullanılır.				
<b>51</b>	Kurumumuzda kullanılan tüm alet ve ekipmanın bakımı (kalibrasyonu, ayarı) düzenli olarak yapılır.				
<b>52</b>	Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır				
<b>53</b>	Kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınır.				

## EK-III. Etik Kurul Onayı



**KOÇ  
ÜNİVERSİTESİ**

### ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	04.12.2015
Karar No:	2015.288.IRB3.160
Sorumlu Araştırmacı:	Nursel Aslı
Araştırma Başlığı:	Kamu ve Özel Sektörde Çalışan Hemşirelerin Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algıları
Başlangıç tarihi:	06.12.2015
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzama hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Sekreteryası" tarafından değerlendirilmiş ve Üniversite Akademik Kurulu'nun 05.04.2012 tarih ve 04 Nolu kararıyla birinci düzey inceleme yapılmasına karar verilmiştir. Yapılan inceleme sonucunda etik ve bilimsel açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesi uygun bulunmuştur.

#### Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.
- Araştırmaya katılan kurum dışı merkezlerden ayrıca idari izin alınması gerekmektedir.

Saygılarımla,

Hakan S. Orer  
Başkan

## **EK- IV. Hasta Güvenliği Kùltùrù Òlçeđi Kullanım İzni**

Gönderen: ulku baykal <[ulkubay@yahoo.com](mailto:ulkubay@yahoo.com)>

Gönderildi: 27 Kasım 2015 Cuma 10:45

Kime: Özlem Yazıcı <[oyazici@ku.edu.tr](mailto:oyazici@ku.edu.tr)>

Konu: Hasta Güvenliği Kùltùrù Òlçeđi kullanım izni ricası

"Hasta Güvenliği Kùltùrù Òlçeđi"ni yüksekisans öğrencisi Nursel Asılı'nın tezinde kullanmanız uygundur. Òlçeđin orjinal hali ektedir. Kolaylıklar dilerim. İyi çalışmalar.

Prof. Dr. Ùlkù BAYKAL

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Öğretim Üyesi

Istanbul Üniversitesi


Florence Nightingale Hemsirelik Fakùltesi

[Tel:0212 440 00 00](tel:02124400000) /27034


Fax: 0212 224 49 90

## EK-V. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 19/03/2016-14367



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



APS

Sayı : 97175836-770-  
Konu : Araştırma İzni (Nursel ASILI)

**KOÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
Rumelifeneri Yolu, Sarıyer, 34450 İstanbul


İlgi : 19/12/2015 tarihli ve 81917885-302.14-605.99-34 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden; Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nursel ASIL'ın, HSGN 599 Yüksek Lisans Tez Dersi kapsamında Yrd.Doç.Dr.Özlem YAZICI danışmanlığında "Kamu ve Özel Sektörde Çalışan Hemşirelerin Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algıları" konulu tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılabilmesi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Aşkın AYVAZ  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

Güvenli Elektronik  
İmzalı Aşkın Ayvaz  
22 / 03 / 2016

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





19 Aralık 2015

Konu: Araştırma İzni  
Sayı: 81917885-302.14-605.99-32

**VKV Sağlık Kuruluşları Genel Müdürlüğü'ne**

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı'nda öğrenim gören Nursel Asılı'nın HSGN 599 Yüksek Lisans Tez Dersi kapsamında "**Kamu ve zel Sektörde alışan Hemşirelilerin Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algılar**" başlıklı araştırmayı gerçekleştirmesi planlanmaktadır. Araştırma projesi ile ilgili etik kurul izni ilişiktedir. Yrd. Doç. Dr. Özlem Yazıcı'nın danışmanlığında yürütülecek söz konusu araştırma projesinin kurumunuza bağlı Koç Üniversitesi Hastanesi'nde yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesini görüş ve onayınıza sunarım.

Saygılarımla,



Prof. Dr. İHSAN SOLAROğLU  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Mdr



## EK-VI. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Meslektaşım,

Hasta güvenliği, son yıllarda üzerinde en fazla durulan konulardan biridir. Bu görüşten hareketle, bu anket formu hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik görüşlerini incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Sorular ortalama 15 dakikanızı alacaktır. Toplanan veriler yalnızca bu araştırma için kullanılacaktır. Size ait tanıtıcı bilgileri içeren ve hasta güvenliğine yönelik hazırlanan soruları içtenlikle yanıtlamanız araştırma sonuçları açısından önemlidir. Bu çalışmada elde edilecek sonuçlar bilimsel veriler olarak kullanılacaktır.

Lütfen boş soru bırakmayınız.

*Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz...*

Nursel ASILI  
Koç Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

## EK-VII. ÖZGEÇMİŞ



### 1. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı:	NURSEL ASILI
Akademik Unvanı/Pozisyonu:	YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ
Fakülte/Bölüm:	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Departman/Ünite:	HEMŞİRELİKTE YÜKSEK LİSANS
Ev telefonu:	-
İş telefonu ve Cep telefonu:	05073605815
E-posta adresi:	nasili@ku.edu.tr

### 2. EĞİTİM (Mezun olduğu üniversite ve sonrası)

YIL	BÖLÜM	KURUM	DERECE (Doktora, Uzmanlık vb)
2014	HEMŞİRELİK	KOÇ ÜNİVERSİTESİ	LİSANS

### 3. AKADEMİK DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	BÖLÜM	KURUM

**4. VARSA İNSAN ARAŞTIRMALARI KONUSUNDA ALDIĞI EĞİTİM VE SERTİFİKALAR**

TARİH	TAMAMLANAN EĞİTİM RPOGRAMI

*Aldığınız eğitime dair bir sertifika varsa lütfen bir kopyasını ekleyiniz.*

**5. VARSA ARAŞTIRMACI OLARAK KATILDIĞI İNSAN ARAŞTIRMALARI (Klinik. Sosyal. vb)**

TARİH	ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI

**6. VARSA SON 5 YIL İÇİNDE HAKEMLİ DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER**

TARİH	MAKALENİN BAŞLIĞI

Yukarıda sunduğum bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu taahhüt ederim.

İmza NURSEL ASILI

Tarih \_\_\_\_\_