



**DAHİLİ KLİNİK HEMŞİRELERİNDE HASTA  
GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGISININ BELİRLENMESİ**

**Candan DOĞAN**

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı**

**Prof. Dr. Mehtap TAN**

**Yüksek Lisans Tezi-2019**

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

**DAHİLİ KLİNİK HEMŞİRELERİNDE HASTA  
GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGISININ BELİRLENMESİ**

**Candan DOĞAN**

**İç hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Mehtap TAN**

**ERZURUM  
2019**

**T.C.**  
**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**


**DAHİLİ KLİNİK HEMŞİRELERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ**  
**KÜLTÜRÜ ALGISININ BELİRLENMESİ**

**Candan DOĞAN**

**Tez Savunma Tarihi** : 06.12.2019

**Tez Danışmanı** : Prof. Dr. Mehtap TAN (Atatürk Üniversitesi) 

**Jüri Üyesi** : Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU (Atatürk Üniversitesi) 

**Jüri Üyesi** : Dr. Öğr. Üyesi Sebahat ATALIKOĞLU BAŞKAN   
(Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi)

**Onay**

Bu çalışma yukarıdaki Jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

  
**Prof. Dr. Duygu ARIKAN**  
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi**  
**ERZURUM - 2019**

# İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>I</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>III</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>V</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>VI</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>VII</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1. Hasta Güvenliği Tanımı.....	5
2.1.1. Hasta Güvenliğinin Amacı ve Hedefleri.....	5
2.1.1.1. Hasta Güvenliği Kültürü .....	7
2.1.1.2. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi .....	9
2.1.1.3. Hasta Güvenliğinin Türk Sağlık Sektöründeki Durumu.....	10
2.2. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hata .....	11
2.2.1. Tıbbi Hata Çeşitleri.....	12
2.2.2. Hasta Güvenliğini Etkileyen Tıbbi Hatalar .....	13
2.2.2.1. İlaç Uygulama Hataları .....	13
2.2.2.2. Hastane Enfeksiyonları .....	15
2.2.2.3. Cerrahi İşlem Hataları.....	17
2.2.2.4. Hasta Düşmeleri.....	18
2.2.2.5. Hasta Transferi.....	20
2.2.2.6. Basınç Ülserleri.....	21
2.3. Tıbbi Hata Sonuçları.....	22
2.4. Tıbbi Hataların Önlenmesi.....	23

2.5. Hemşirelik ve Hasta Güvenliği .....	24
2.6. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik .....	26
2.7. Hemşirelik ve Tıbbi Hatalar .....	27
<b>3. MATERYAL VE METOT.....</b>	<b>29</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	29
3.5. Verilerin Toplanması .....	29
3.5.1. Veri Toplama Araçları .....	29
3.5.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	31
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	31
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	31
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>33</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>54</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>63</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>65</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>79</b>
<b>EK-1. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>79</b>
<b>EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....</b>	<b>80</b>
<b>EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU .....</b>	<b>81</b>
<b>EK-4. KURUM İZİNİ.....</b>	<b>82</b>
<b>EK-5. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....</b>	<b>83</b>
<b>EK-6. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ HASTANE ANKETİ.....</b>	<b>85</b>

## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tezi olarak yaptığım bu araştırmada beni yönlendiren ve çalışma süresince gösterdiği emek ve desteğinden dolayı değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. Mehtap TAN' a

Tezimin veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Dahili kliniklerinde çalışan tüm hemşirelere,

Tezimin her aşamasında yanımda olan desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Ebru BOZCU ve Tuba BULUT' a

Her zaman yanımda olan ve manevi desteğini hiç esirgemeyen annem, babam ve kardeşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Candan DOĞAN**

## ÖZET

### Dahili Klinik Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Belirlenmesi

**Amaç:** Bu araştırma dahili klinik hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algısını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Tanımlayıcı olarak yapılan araştırma Aralık 2018 ve Aralık 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Dahili Kliniklerinde çalışmakta olan 100 hemşire oluşturmaktadır olup, örnekleme ise araştırmanın yapıldığı tarihlerde araştırmaya katılmayı kabul eden 90 hemşire oluşturmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi” (Hospital Survey on Patient Safety Culture) kullanılmıştır.

Verilerin analizinde t testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Tamhane’s Post Hoc testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının genel puan ortalaması  $3.12 \pm 0.30$  olarak bulunmuştur. Alt boyutlardan en yüksek puan ortalamasının; “Üniteler İçinde Ekip Çalışması” na ( $3.96 \pm 0.18$ ) ait olduğu, en düşük puan ortalamasının; “Hastane Müdahaleleri ve Değişim” ( $2.20 \pm 0.32$ ) alt boyutuna ait olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hemşirelerin son bir yılda %82’inin hasta güvenliğini etkileyen olay raporlamadığı bulunmuştur. Hemşirelerin “Hasta güvenliği konusunda birim değerlendirmesi” %45.6’ sının çalıştığı birimde hasta güvenliğini “kabul edilebilir” olarak değerlendirdikleri bulunmuştur.

Hemşirelerin cinsiyetleri, eğitim durumları ile hasta güvenliği kültürü hastane anketinin alt alanlarına ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Hemşirelerin yaşlarına göre hasta güvenliği kültürü hastane anketinin “İletişimin açık tutulması” alt alanlarına ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup ( $p < 0.05$ ), 25 yaş ve altındaki hemşirelere ait puan ortalamasının diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin mesleğinden memnuniyet durumlarına göre hastane güvenliği kültürü anketinin “Güvenliğin kapsamlı algılanması” ve “İletişimin açık tutulması” alt alanlarına ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup ( $p < 0.05$ ), mesleğinden memnun olan hemşirelerin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin mesleki deneyim yıllarına göre hasta güvenliği kültürü hastane anketinin “Üniteler içinde ekip çalışması”, “Personel sağlama” alt alanlarına ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup ( $p < 0.05$ ), 1-5 yıl çalışma deneyimine sahip hemşirelerin puan ortalamaları diğer gruplara oranla daha yüksek bulunmuştur.

**Sonuç:** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Hasta güvenliğine ilişkin eğitim programlarıyla hemşirelerin farkındalıklarının artırılması ve hasta güvenliği kültürü algısının geliştirilerek orta düzeyde olan hasta güvenliği kültürü algısının yüksek düzeylere çıkarılması sağlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, hemşire

## ABSTRACT

### Determination of Perception of Patient Safety in Internal Clinic Nurses

**Aim:** This study aims to determine the perception of patient safety culture in internal clinical nurses and the effective factors.

**Materials and Methods:** This descriptive type research was carried between December 2018 and December 2019. The study population consisted of 100 nurses working in the Internal Clinics of the Atatürk University Training and Research Hospital, whereas the sample consisted of 90 nurses who agreed to participate in the research at the time of the study. In the study, “Introductory Information Form” and “the Hospital Survey on Patient Safety Culture” were used for data collection. In the analysis of the data, t test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis H test, and Tamhane's Post Hoc test were used.

**Results:** The overall score average of the nurses' perceptions of patient safety culture sub-scales was found to be  $3.12 \pm 0.30$ . In the sub-scales, the highest score average was in the “Teamwork within Units” sub-scale ( $3.96 \pm 0.18$ ), and the lowest score average was in the “Hospital Interventions and Change” sub-scale ( $2.20 \pm 0.32$ ).

Of the nurses included in the study, %82 had reported no incidents at all in the past year. For the “Unit assessment on patient safety”, %45.6 of the nurses rated patient safety as “acceptable” in his/her working unit.

There was no statistically significant difference between the gender, educational status and the average sub-scale scores in the hospital safety culture questionnaire ( $p > 0.05$ ). A statistically significant difference was found between the “communication openness” sub-scale score averages of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in terms of nurses' age, and the score average of the nurses aged 25 and under was found to be higher than that of the other age groups ( $p < 0.05$ ). There was a statistically significant difference between the “Overall Perceptions of Patient Safety” and “Communication openness” sub-scale score averages of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in terms of nurses' job satisfaction, and the score average of the nurses who are satisfied with their profession was found to be higher ( $p < 0.05$ ). There was a statistically significant difference between the “Teamwork with the units” and “Staffing” sub-scale score averages of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in terms of nurses' years of professional experience, and the score average of the nurses with 1-5 years of working experience was found to be higher ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Nurses' perception of patient safety culture was found to be moderate. This moderate level of perception of patient safety culture can be increased to higher levels by increasing the awareness of nurses and improving their perceptions on patient safety culture through training programs related to patient safety.

**Keywords:** Patient safety, patient safety culture, nurse



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>HGKHA</b>	: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi
<b>ICN</b>	: International Council of Nurses
<b>IOM</b>	: Institute of Medicine
<b>IPSG</b>	: International Patient Safety Goals
<b>JCI</b>	: Joint Commission International
<b>NPSF</b>	: National Patient Safety Foundation

## TABLULAR DİZİNİ

<b><u>Tablo No</u></b>	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Tablo 4.1.</b> Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri .....	33
<b>Tablo 4.2.</b> Araştırmaya alınan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ait durumları ..	35
<b>Tablo 4.3.</b> Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün oluşmasına engel olan faktörlerle ilgili görüşlerinin dağılımı .....	36
<b>Tablo 4.4.</b> Hemşirelerin “Güvenliğin kapsamlı algılanması” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları puan ortalamaları .....	37
<b>Tablo 4.5.</b> Hemşirelerin “Hataların raporlanma sıklığı” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları .....	37
<b>Tablo 4.6.</b> Hemşirelerin “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları .....	38
<b>Tablo 4.7.</b> Hemşirelerin “Hastane müdahaleleri ve değişim” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları .....	39
<b>Tablo 4.8.</b> Hemşirelerin “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları.....	39
<b>Tablo 4.9.</b> Hemşirelerin “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları .....	40
<b>Tablo 4.10.</b> Hemşirelerin “Üniteler içinde ekip çalışması” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları .....	41
<b>Tablo 4.11.</b> Hemşirelerin “ İletişimin açık tutulması” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları .....	41
<b>Tablo 4.12.</b> Hemşirelerin “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları.....	42

<b>Tablo 4.13.</b> Hemşirelerin “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları.....	42
<b>Tablo 4.14.</b> Hemşirelerin “Personel sağlama” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları .....	43
<b>Tablo 4.15.</b> Hemşirelerin “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları.....	44
<b>Tablo 4.16.</b> Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü alt boyutlarına ilişkin algılarının genel dağılımı ve standart sapması .....	44
<b>Tablo 4.17.</b> Hemşirelerin Raporladıkları Olay Sayısının Dağılımı.....	45
<b>Tablo 4.18.</b> Araştırmaya alınan hemşirelerin hasta güvenliğini algılama durumları ....	45
<b>Tablo 4.19.</b> Hemşirelerin cinsiyetlerine göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin alt alanlarına verdikleri cevapların karşılaştırılması .....	46
<b>Tablo 4.20.</b> Hemşirelerin yaşlarına göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin alt alanlarına verdikleri cevapların karşılaştırılması .....	47
<b>Tablo 4.21.</b> Hemşirelerin eğitim durumlarına göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin alt alanlarına verdikleri cevapların karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 4.22.</b> Hemşirelerin mesleki memnuniyetlerine göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin alt alanlarına verdikleri cevapların karşılaştırılması .....	50
<b>Tablo 4.23.</b> Hemşirelerin mesleki deneyimlerine göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin alt alanlarına verdikleri cevapların karşılaştırılması .....	51

# 1. GİRİŞ

Sağlık hizmet sektörü; sunumu esnasında yüksek riskli aşamalar içermesi, alanına özgü deneyim, tecrübe, bilgi ve beceri gerekliliği nedeniyle diğer sektörlerden ayrılmaktadır. Sağlık hizmeti sunumu esnasında meydana gelen istenmeyen olaylar, sağlık hizmeti alan kişi ve yakınlarını, hizmet sunumdan sorumlu yetkin kişileri ve hizmet sunumunun gerçekleştiği kurumu olumsuz ve telafisi olmayacak şekilde etkilemesi sağlık hizmet sektörünü öteki sektörlerden ayıran bir farklılıktır.<sup>1</sup> Yüksek riskli alan olarak kabul gören ve zarar verme potansiyeli olan sağlık sektöründe kaliteli bir hizmet sunumu için hasta güvenliği kavramı benimsenmelidir.<sup>2</sup>

Hasta güvenliği kavramı küresel sağlık sektöründe öncelikli konu olarak kabul görmüş olup farklı tanımlamaları mevcuttur. Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) hasta güvenliğini “hastalara olan zararın önlenmesi” şeklinde tanımlarken; Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı’nın (National Patient Safety Foundation-NPSF) “sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması” şeklinde tanımlandığı görülmektedir.<sup>3,4</sup> Uluslararası Hemşireler Konseyi ise (International Council of Nurses-ICN) hasta güvenliğini, “profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi, meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonlar ile mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamının sağlanması, hasta güvenliği konusunda odaklanmış bilimsel bilgi ve liderlik gelişmesini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütün halinde birleştirilmesi” olarak tanımlamıştır.<sup>4</sup>

Hasta güvenliği ile ilişkili olan önemli bir kavram ise tıbbi hata kavramıdır. Tıp Enstitüsü tarafından yapılan tıbbi hata tanımı “Planlanan bir eylemin amaçlandığı şekilde tamamlanmaması ya da bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın kullanılması”

şeklindedir. Tıbbi hataları somutlaştıracak olursak ilaç olayları, yanlış nakiller, cerrahi yaralanmalar ve yanlış saha ameliyatları, intiharlar, kısıtlamalara bağlı yaralanmalar veya ölüm, düşme, basınç ülserleri ve hatalı hasta kimlikleri örnek verilebilir<sup>5</sup>. Tıbbi hataların büyük çoğunluğunun, hizmet sunan kişi veya kişiler tarafından yapılan uygulamaların bir sonucu olarak meydana gelmediği kabul görmektedir.<sup>6, 7</sup> Hataların büyük çoğunluğu, hizmet sunan kişi veya kişilerin hata yapmalarına yol açan sistemler ya da süreç başarısızlıkları sebebiyledir. Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen olayların isimlendirilmesinde “hata” kavramının kullanılmasının olumsuz, çelişkili anlam algısına neden olarak suçlama kültürüne sebep olduğu ifade edilmektedir. Olumsuz çağrışım nedeniyle, kamu tıbbi kayıtlarında belgelenirken suçlama kültürünü engelleyebilmek adına “hata” teriminin kullanımını sınırlamanın yerinde bir karar olacağı belirtilmektedir.<sup>8, 9</sup> Hasta güvenliğinin amacı tıbbi hataları önlemektir. Tıbbi hataların önlenmesi için kurum genelinde hizmet sunan tüm personel tarafından benimsenmiş etkin hasta güvenliği kültürü algısı gerekmektedir.<sup>10</sup>

Sağlık sektöründe hasta güvenliğinin önemini vurgulamak adına tarih boyunca birçok çalışma yapılmıştır. İlk olarak 1951 yılında kurulan Sağlık Bakım Organizasyonları'nın Akreditasyonu'nu Birleşik Komisyonu (Joint Commission International-JCI) sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliği sağlamak için çalışmalar başlatmasına rağmen 1960'lardan sonra sağlık sisteminde yerini almıştır.<sup>11</sup>

Yakın bir zamanda yapılan bir çalışma, ABD'de tıbbi hataya bağlı ölümlerin tüm ölüm nedenleri arasında 3. sırada yer aldığını ve tıbbi hatalardan dolayı her yıl 400000 civarında insanın öldüğünü ortaya koymaktadır. Bu rakam Amerikan Tıp Enstitüsünün ortaya koyduğu rakamın 4 katından da fazladır.<sup>12</sup> Avrupa Komisyonu tarafından 2005'te Türkiye'nin de dâhil olduğu 25 Avrupa ülkesi vatandaşlarının tıbbi hata algıları ile ilgili yapılan bir araştırmaya Türkiye'den 1005 kişi, 25 Avrupa ülkesinden ise toplamda 29154

kişi katılmıştır. Araştırmada sonucunda her 5 kişiden 4'ü (78%) tıbbi hataları kendi ülkelerinde önemli bir problem olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir. Ülkeler bazında değerlendirme yapıldığında bu yüzdeler %97 (İtalya) ve %48 (Finlandiya) arasında değişmekte olup Türkiye 25 Avrupa ülkesi arasında %88 ile tıbbi hataları önemli bir problem olarak algılayan altıncı en yüksek ülke olmuştur.<sup>12-14</sup>

Uluslararası sağlık sektöründe olduğu gibi ülkemizde de hasta güvenliği kültürü algısını benimsetmek ve geliştirmek için girişimler uygulanmıştır.<sup>10</sup> 2006 yılında hasta güvenliği derneğinin kurulması ile oldukça önemli bir adım atılmıştır. Hasta güvenliği derneği tarafından uluslararası düzenlenen kongreler ile etkin, güncel hasta güvenliği algısı amaçlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilen Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) ve JCI 'ın hasta güvenliği ile ilgili amaçlarıyla uyumlu olan Hizmet Kalite Standartları da hasta güvenliğini oluşturabilmek adına düzenlenen etkin çalışmalarındadır. Hasta güvenliği ile ilgili yasal boyutta ilk olarak 2009 tarihinde düzenlemeler yapılmış ve 6 Nisan 2011 tarihinde "Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik yönetmelik" şeklinde son güncel halini almıştır.<sup>11</sup>

Dünya sağlık örgütü hasta güvenliği ile ilgili çalışmalarına etkin bir şekilde devam etmekte olup 13-14 Nisan 2018 tarihinde Tokyo'da 44 ülkenin katıldığı bir zirve toplantısı gerçekleştirmiştir. Zirve sona erdikten sonra Hasta Güvenliği Tokyo Deklerasyonu Yayınlanmış olup dekleryonda her yıl 17 Eylül'de kutlanması planlanan Dünya Hasta Güvenliği Günü'nden bahsedilmiştir.<sup>15</sup> Hasta güvenliği ile ilgili etkin bir kuruluş olan JCI uluslararası akreditasyon ve sertifikalandırma sunarak, yayınlar, eğitimler ve danışmanlık hizmetleri düzenleyerek hasta güvenliğinin uluslararası savunucusu haline gelmiştir.<sup>16</sup>

Hasta güvenliği kültürünün tam anlamıyla sağlanabilmesi için sağlık kurumunda bulunan tüm personelin etkin bir şekilde katılımı gerekmektedir. Hastanın güvenliğini riske sokabilecek olayların erken farkına varabilmek, bildirmek ve bu olası risk durumunu

ortadan kaldırmak, zarar vermeme ilkesini öncelik olarak kabul edip tanı, tedavi, bakım gibi girişimleri gerçekleştirmek sadece hekim ve hemşireye özgü olmayıp bu girişimlerin kaliteli bir biçimde sunulması tüm çalışanların iş birliği ile mümkündür.<sup>17</sup>

Hemşirelik mesleği hasta güvenliğine en önemli katkısını bütüncül bir yaklaşım ile gerçekleştirdiği bakım verici rolünü kullanarak sağlamaktadır. Hiç şüphesiz hemşirelik mesleğinin tam anlamıyla sürdürülmesi için gereken gözlem yeteneği de hasta güvenliğinin sağlanmasında mesleğin etkinliğini artırmaktadır.<sup>18</sup> Dünya Sağlık Meslekleri Birliği (World Health Professions Alliance) 'nin belirttiğine göre ICN, hemşirelik uygulamalarını, hasta güvenliği ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun anahtarı olarak vurgulamaktadır.<sup>19</sup>

Dahili Kliniklerinde etkin bir tedavi ve bakım gerektiren kronik hastalıkların ve yüksek riskli ilaç kullanımının fazla olması nedeni ile etkin hasta güvenliğinin gerekliliği belirtilmektedir. Ülkemizde dahili klinik hemşirelerin de hasta güvenliği kültürü algısını belirlemek adına sınırlı sayıda çalışmalar gerçekleştirilmiştir.<sup>20-24</sup>

Bu çalışma ise özellikle dahili kliniklerde görev yapan hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algısını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

#### Araştırma Soruları

1. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü düzeyi nedir?
2. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörler nelerdir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Hasta Güvenliği Tanımı

Farklı tanımları bulunan hasta güvenliğini Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) “hastalara olan zararın önlenmesi” şeklinde belirtirken Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation-NPSF)’nin ise, “sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması” olarak benimsediği görülmektedir. Bir diğer farklı tanımlama ise “sağlık hizmetleriyle ilgili zarar riskini kabul görür asgari düzeye indirmek” olarak tanımlanmıştır.<sup>11, 25</sup>

Hasta güvenliğinin etkin bir hal alması sağlık kuruluşu bünyesinde sağlık hizmet sunumunun her aşamasında yer alan personel ile sağlanabilmektedir. Sağlık kuruluşlarında etkin bir güce sahip olan hemşirelik mesleği şüphesiz hasta güvenliğinin etkinleşmesinde önemli ve güçlü role sahiptir.<sup>22</sup> Hasta güvenliği sağlık kuruluşlarında ortak amaç olup her meslek grubunun bu amacın gerçekleşmesinde üstlendiği roller farklılık göstermektedir. Tıp alanındaki uygulamaların son derece riskli olması ayrıca sağlık hizmeti sunan kuruluşların hizmet alan bireyler için riskler bulundurmasına rağmen hasta güvenliği kavramı yakın zamana kadar önem verilen ve dikkate değer bir konu olarak görülmemiştir.<sup>26</sup> Günümüzde hasta güvenliği dünya sağlık sisteminin önem verdiği konuların başında gelmektedir. Ülkelerin ulusal ve uluslararası yaptıkları ortak amaçlı benzer girişimlerle hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek tıbbi, tekniksel, sistemsel olumsuz olaylar engellenmektedir.<sup>27(s.79)</sup>

#### 2.1.1. Hasta Güvenliğinin Amacı ve Hedefleri

Hasta güvenliği insan hayatını doğrudan etkileyen süreçler bütünüdür. Sağlık hizmeti sunumunun herhangi bir aşamasında oluşan olumsuz olaylar hizmet alan bireylerin hayatını kaybetmesi veya geriye dönüşsüz işlevsel ve fonksiyonel kayıplara



sebebe olabilmektedir. Bu gibi ciddi kayıplara yol açan olumsuz olaylar biyopsikososyo kültürel bir varlık olan insanı çeşitli boyutlarda etkileyebilmektedir. Bu açıdan ele alındığında diğer yüksek riskli sektörlerde oluşturulan güvenlik kültürünün sağlık sektöründeki yansımasının maddi kazançların ötesinde sosyal yararlarını da beraberinde getirdiği izlenilmektedir.<sup>28</sup>

Hasta güvenliğinde amaç, sağlık hizmeti alan birey ve yakınlarını, sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında yer alan personeli, fiziksel ve ruhsal boyutta gelişimlerini destekleyecek girişimler eşliğinde olumsuz olayları engelleyebilmektir.<sup>27</sup> Hasta güvenliğinin sağlanmasındaki temel hedef ise; hizmet sunumunda meydana gelecek hataları önlemek, hizmet alan kişide hata kaynaklı olası zararları önlemek, hata oluşum ihtimalini ortadan kaldıracak bir sistem oluşturmaktır.<sup>29</sup>

Sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliğini etkin bir şekilde sağlayabilmek amacıyla uluslararası çalışmalar dahilinde belirlenen kalite kriterlerine ulaşabilmek amacıyla akreditasyon programları ülkelerin sağlık sektöründe yerini almıştır. Kalite ve Akreditasyon faaliyetleri eşliğinde kişilerin sağlık hizmetine erişimi esnasında hatalar önlenerek etkin, güvenli sağlık hizmeti sunumu hedeflenmektedir.<sup>30</sup>

Kaliteli sağlık hizmeti sunumu için çeşitli çalışmalara öncülük eden uluslararası etkin bir kuruluş olan Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyonu –JCI), her sene alanında uzman kişilerden oluşan topluluk eşliğinde Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri’ni (International Patient Safety Goals-IPSG) ilan eder. Belirlenen amaçları senelik olarak değişimlere uygun girişimler için yeniden düzenler. En son 2007 senesinde belirtilmiş olup 2014 senesinde yeniden düzenlenen Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri şunlardır:

Hedef 1. Hasta Kimliğinin Doğrulanması,

Hedef 2. Ekip İçinde Etkin İletişimin Sağlanması,

Hedef 3. Yüksek Riskli İlaçların Kullanımında Güvenliğin Sağlanması

Hedef 4. Kurumda Hasta Güvenliği ile İlgili Alarm Sistemlerinin İyileştirilmesi

Hedef 5. Sağlık Bakımı İlişkili Enfeksiyon Riskinin Azaltılması

Hedef 6. Hasta Güvenliği ile İlgili Risklerin Tanımlanması ve Önlenmesi (düşme, intihar vb)

Hedef 7. Doğru-Taraf, Doğru-Hasta, Doğru-Prosedür Cerrahisinin Sağlanması<sup>31</sup>

### **2.1.1.1. Hasta Güvenliği Kültürü**

Sağlık alanındaki uygulamaların son derece riskli olması ayrıca sağlık hizmeti sunan kuruluşların hizmet alan bireyler için riskler bulundurmasına rağmen hasta güvenliği kültürü kavramı yakın zamana kadar önem verilen ve dikkate değer bir konu olarak görülmemiştir.<sup>30</sup> Amerika Birleşik Devletler (ABD)'inde IOM aracılığı ile 2000 senesinde belirlenen raporda her yıl 98.000 kişinin tıbbi hata kaynaklı sebeplerden hayatının sona erdiği ifade edilmiştir.<sup>5</sup>

2007 senesinde Cenevre'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) aracılığı ile organize edilen konferansta tıbbi hata kaynaklı 10 milyon insanın hayatını kaybettiği ya da ciddi sekeller ile karşı karşıya kaldığı belirtilmiştir.<sup>32</sup> 2005 senesinde Mayo Clinic Rochester Hastanesi'nde yatarak hizmet alıp hastaneden ayrılan kişilerle yapılan bir çalışmada hizmet alan kişilerin hasta güvenliğini olumsuz etkileyen bir duruma maruz kalma olasılığı değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda 60599 kişiden %4'nün olumsuz bir durum ile karşılaştığı belirlenmiştir.<sup>33</sup>

Bu sayısal veriler sağlık sektöründe hasta güvenliğinin bir kültür olarak kabulünün önemini ve gerekliliğini gözler önüne sermektedir. 2000 yılından sonra önceliğini ABD, İngiltere ve Avustralya'nın oluşturduğu devamında ise tüm batı dünyasında etkin bir hal alan "Hasta Güvenliği Kültürü Dönemi" başlamıştır.<sup>11</sup>

Hasta güvenliği kültürü sağlık hizmeti sunumunda uygun girişimlerin planlanması, uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesini içeren aktif bir süreçtir. Hasta güvenliği kültürü sağlık hizmeti sunan personel ve bu hizmetten faydalanan bireyleri kapsayan, kurum genelinde hasta güvenliği ile ilgili nelerin gerekli ve önemli olduğuna, hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılması gerektiğini belirleyen yargı, inanç, değer, düşünce alışkanlıkları ve davranış örüntülerini ifade eder.<sup>34</sup>

Sağlık kuruluşlarında etkin bir hasta güvenliği için öncelikle hasta güvenliği kültürü oluşturulmalıdır.<sup>35</sup> Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması kurumsal kültür anlayışı ile mümkündür. Kurumsal kültür, tüm organizasyonu ortak amaçlar için bir araya getiren değerler, algılar ve inançlardan oluşan kavramdır.<sup>36</sup> Bu açıdan sağlık hizmeti sunan kuruluşlar hizmet erişiminin tüm evrelerinde rol ile sorumlulukları olan personelin hasta güvenliği ile ilgili düşünceleri, tutum ve davranışlarını bilmelidir.<sup>17</sup>

Hasta güvenliği kültürünün oluşmasında kurum yöneticilerine önemli görevler düşmektedir. Kurum yöneticileri hasta güvenliği kültürünün önem ve gerekliliğini benimseyerek, kurumda görev yapan personele hasta güvenliği kültürü kavramının öncelikli ve ortak amaç olduğunu belirtmesi, hasta güvenliğine yönelik konularda yönetici, personeller ve sağlık hizmeti alan bireyler arasında görüş ve düşüncelerin rahat bir Şekilde ifade edilebileceği bir iletişim sağlanması, finansal gelirin belirlenmesi ve personelin hasta güvenliği kültürü ile ilgili tekrarlı, güncel ve yeterli bilgi akışının temin edilmesi Şeklinde kurumsal kültür değerini sağlayacak girişimleri planlamalıdır.<sup>37,17</sup>

Hasta güvenlik kültürü sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda risk yönetimini amaçlamaktadır. Etkin bir güvenlik kültürünün sağlanabilmesi için güvenlik kültürüne yönelik yapılan çalışmalar sonrası elde edilen verilerin sağlık hizmeti sunan kuruluşlar arası hatta farklı ülkelerin hasta güvenliği kültürüne yönelik veriler ile karşılaştırılması önerilmektedir. Bu sayede hasta güvenlik kültürünün sadece kurumsal ve otoriter

düzyeyde etkin değil uluslararası sağlık sisteminin belirlediği hasta güvenliği kültürünü karşılayabilecek nitelikte olduğu kanıtlanmış olacaktır.<sup>38</sup>

### **2.1.1.2. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi**

Hasta güvenliği kavramı yakın bir zamana kadar önem gösterilen bir konu olmamasına karşın insanlık tarihiyle beraber varlığını sürdüren bir konu olmuştur.<sup>34</sup> Geçmiş dönemlere ait yazılı kaynaklar incelediğinde Hamurabi yasalarında ‘‘Hekimin hastasını öldürmesi veya tehlikeli bir şekilde yaralaması halinde, her iki elinin kesileceği’’ şeklinde bir ifadeye rastlanılmaktadır. Galen ise sağlık sektörünün öncelikli etik ilkesi yararlılık –zarar vermeme ilkesinin temeli kabul edilen ‘‘Primum non nocere’’ (nce zararlı olma) ifadesini açığa çıkarmıştır. Florance Nightgale ‘‘Bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop samaktır.’’ ifadesiyle hasta güvenliğinin önemini vurgulamıştır.<sup>39</sup>

Hasta güvenliği kavramını sahiplenene ve bu anlamda nitelikli girişimlerde bulunan ilk nc kurum olarak nitelendirebileceğimiz JCI 1951 yılında kurulmasına karşın hasta güvenliğine özgü çalışmaların sağlık sektörü tarafından benimsenmesi 1960’larda başlamıştır.<sup>40</sup> Hasta güvenliği kavramının önemini sayısal verilerle somutlaştırma çalışmaları ile ilgili ilk isim Ernest Codman olup 1955 yılında hasta sonuçları ve komplikasyonlarına yönelik çalışması ile bakımın niteliğinin artırılması gerektiğini ifade ederek hasta güvenliği algısının gelişmesine olanak sağlamıştır.<sup>41</sup>

Hasta güvenliği ile ilgili gelişmeler tarihsel boyutta ele alındığında: 1984 yılında Anestezi Hasta Güvenliği Vakfı tarafından New York’da Harvard Tıp Uygulama alışması’nın planlanması, 1995 senesinde ilk Anennberg Hasta Güvenliği Konferans’nın organize edilmesi, 1996 senesinde hasta güvenliğine yönelik faaliyetlerin politik düzeye taşınması ardından aynı yıl Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı’nın kurulması gibi gelişmeler gerçekleşmiştir.1998 senesinde gelişmeler ağırlıklı olarak hasta

güvenliğini konu edinen çalışmalarda elde edilen sonuçların kamuoyu ile paylaşılması olmuştur. Bu dönemde IOM'ın "Sağlık Bakımı Kalitesi Komitesi" aracılığıyla "İnsan Hata Yapar": Daha Güvenli Bir Sağlık Sisteminin Oluşturulması Raporu'nun bildirilmesi hasta güvenliği gelişimi için oldukça önemli bir gelişme olarak kabul edilmektedir. 2000 yılında uluslararası geçerliliğe sahip hasta güvenliğine yönelik standart belirleme çalışmalarına ağırlık verilmiştir. Bu bağlamda Sağlık Politikası ve Sağlık Araştırma Ajansı'nın adı Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı olarak değiştirilmiştir.<sup>11</sup>

2002 yılında IOM tarafından Ulusal Sağlık Bakım ve Kalite Planı Raporu ve Birleşik Komisyon aracılığıyla "6 Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri" yayınlanmıştır. Bu girişimler sayesinde hasta güvenliği uluslararası alanda oldukça önemli bir konu olarak kabul edilmiş ve ortak bir amaç haline getirilmiştir.<sup>42</sup>

### **2.1.1.3. Hasta Güvenliğinin Türk Sağlık Sektöründeki Durumu**

Ülkemizdeki sağlık sektöründe hasta güvenliği kültürü adına yapılan en önemli adım 2006 senesinde Hasta Güvenliği Derneği'nin inşa edilmesi olmuştur. Hasta güvenliği derneği hasta güvenliğinin benimsenmesi ve yaygınlaştırılması adına başarılı çalışmalar gerçekleştirmiştir. Bu çalışmaları sadece ulusal boyutta bırakmayıp uluslararası alana taşımıştır. Sağlık Bakanlığı hasta güvenliği konusunda etkin çalışmalar yürütmektedir. JCI ve DSÖ gibi uluslararası kuruluşların oluşturduğu standartlar temel alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından hasta ve çalışan güvenliği isimli otuz dört tane içerikten oluşan hizmet kalite standartları belirlenip tüm sağlık kurumlarında uygulamaya konulmuştur.<sup>26</sup>

Yasal anlamda gelişmeler incelendiğinde 29 Nisan 2009 tarihinde, 27214 sayılı Resmi Gazete'de bildirilen "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" mevcuttur. Tebliğ

6 Nisan 2011’de “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik” şekline getirilmiştir.<sup>11</sup>

Sağlık hizmeti sunumunda kalite ile verimlilik kavramlarının önemi her geçen gün artmaktadır. Kalite ve verimlilik kavramlarını somutlaştırabilmek adına farklı yöntemler geliştirilmiştir. Bunlardan biriside akreditasyondur. Akreditasyon; belirli standartlara göre bağımsız bir kuruluş tarafından kurumun değerlendirilmesidir. Ülkemizde Sağlık kurumlarında akreditasyon çalışmaları ağırlıklı olarak hasta güvenliği ile ilgili içeriğe sahiptir. Daire başkanlığının özellikle sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme, hasta ve çalışan güvenliği alanlarındaki çalışmaları sağlık sektöründe hasta güvenliğini sağlamaya yönelik önemli adımlar atılmasını sağlamaktadır.<sup>43, 44</sup>

## **2.2. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hata**

Tıbbi hata, Tıp Enstitüsü tarafından organize edilen hedeflere ulaşılamaması ya da hedeflere ulaşımın doğru bir plan ile gerçekleşmemesi olarak tanımlanmıştır.<sup>35</sup> Tıbbi hata ile hasta güvenliği birbiri ile ilişkili olan iki önemli kavramdır. Uluslararası Hemşireler Birliği’nin(International Council of Nursing-ICN) hasta güvenliğine yönelik incelediği olayların çoğunluğu tıbbi hatalar ile ilişkilendirilmektedir.<sup>4</sup> Tıbbi hataların önlenmesi adına yapılan tüm girişimler hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için oldukça önemlidir.<sup>30</sup>Sağlık hizmetinden yararlanan kişiler tıbbi hata kaynaklı önemli problemler yaşayıp olumsuz şekilde etkilenmektedir. IOM’un 2000 yılında yayınladığı raporda, ABD sağlık kurumlarında 98.000 kişinin tıbbi hatalar kaynaklı yaşamının sona erdiği, tıbbi hataların mali olarak 37.6 milyar ile 50 milyar dolar aralığında bir değere sahip olduğu ifade edilmiştir. Sayısal verilerle ifade edilen durum tıbbi hataların olumsuz etkilerini somutlaşmış kanıtlarıdır.<sup>32,5</sup>

Tıbbi hatalar sağlık sektöründe her dönem olmasına rağmen günümüzdeki haliyle modern tıbbın gündemine girmesi için uzun bir süreç gerekmiştir. 1970’li yılların son

dönemlerinde ABD, İngiltere ve Kanada gibi ülkelerde tıbbi uygulama hataları ve hatalara yönelik tazminat cezaları gibi kavramlar gündeme getirilerek konunun yasal boyut kazanması sağlanmıştır. Tıbbi hatalar etik, tüzel, eğitimsel ve idari açıdan ele alınabilecek önemli bir konudur.<sup>45</sup>

### **2.2.1. Tıbbi Hata Çeşitleri**

Tıbbi hatalar, aktif hatalar ve gizli hatalar şeklinde gruplandırılabilir. Aktif hatalar, kişiler üzerinde yarattıkları olumsuzlukların an içerisinde farkına varılması ile belirlenen hatalar olarak ifade edilmiş olup; gizli hatalar ise, sağlık hizmeti sunan kişinin denetimin dışında meydana gelen büyük çoğunluğu tekniksel olan aksalıklardan oluşmaktadır.<sup>46</sup> Sağlık hizmeti sunumunun herhangi bir aşamasında tıbbi hata ile karşılaşılabilir. Karşılaşılan hatalar birkaç başlık altında sınıflandırılmıştır.

**Medikasyon hataları:** Çoğunluğu önlenemez hatalar olarak nitelendirilen medikasyon hataları ilaçların uygulanmasına yöneliktir. 8 doğru ilkeye uygun bir şekilde ilaç uygulamamak bu gruba ait hataya örnek olarak verilebilir.

**Cerrahi hatalar:** Cerrahi süreçte meydana gelen yanlış taraf cerrahisi, anestezi zararı, cerrahi alanda unutulmuş spanç ve alet gibi önlenemez hatalar bu gruba aittir.

**Tanı koymada hatalar:** Tanısal hataların tecrübesiz kişiler tarafından yapılması sık rastlanılan bir durumdur. Hatalar sadece kişinin tecrübesinden kaynaklanmayıp tanısal testlerin yanlış uygulanmasına bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Yanlış tanı nedeniyle eksik, yanlış tedavi ve gerekli olmayan ek tetkikler uygulanmaktadır.

**Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar:** Sağlık hizmeti sunumu sırasında ortaya çıkan tekniksel sisteme ait hatalardır. Bu tür hataların farkına varılması oldukça güçtür. Hizmet sunum esnasında kullanılan ekipmanlar nedeniyle oluşan hatalar bu gruba aittir. Bu grup hatalar çok ciddi sonuçlara neden olabilmektedir.

**Diğer:** Sağlık hizmeti kaynaklı enfeksiyon, uygun olmayan kan nakli benzeri durumlar tıbbi hatalar olarak kabul görmektedir.<sup>47</sup>

Tıbbi hataların hemşirelik mesleğine özgülleştirilmesi ise; bakım standartlarını uygulama/izleme yetersizliği, izlem ve iletişim yetersizliği, kayıt tutma yetersizliği, değerlendirme ve izlem yetersizliği, hasta güvenliği ve koruyuculuğu ile ilgili girişimlerin yetersizliği gibi başlıklar altında gruplandırılabilir.<sup>48</sup>

### **2.2.2. Hasta Güvenliğini Etkileyen Tıbbi Hatalar**

Sağlık hizmeti sunumu esnasında sık karşılaşılan hataların; ilaç hataları, kimlik doğrulama hataları, hasta devir teslimleri sırasında yetersiz iletişim, yanlış alan cerrahileri olduğu raporlanmıştır.<sup>49</sup> Ülkemizde ise ulusal güvenlik raporlama sistemi üzerinden en fazla bildirim yapılan hataların sırasıyla laboratuvar hataları %87.4, cerrahi hatalar %4.9, ilaç hataları %4.6 ve hasta güvenliği hataları %3.1 olduğu belirtilmiştir.<sup>50</sup>

#### **2.2.2.1 İlaç Uygulama Hataları**

İlaç güvenliği ilacın üretiminden uygulama sonrası gözlem sürecini de kapsayan ilacın hizmet alan bireye ve hizmet veren personele olumsuz etkisini engellemek için yapılan önleyici girişimler ile ilaç kullanımından kaynaklı olayların giderilmesi için uygulanan girişimlerin tamamıdır. İlaç hatalarının meydana gelmesinde birden fazla faktör etkindir. Bu faktörlerden bazıları bilgi eksikliği, yetersiz iletişim kaynaklı sözel ilaç orderların algılanmaması veya yanlış algılanması, ilaç uygulanması sürecinde kabul edilen 8 doğru ilkeye göre ilaç uygulanmaması gibi durumlardır.<sup>27, 51(s.43)</sup>

İlaç güvenliğinin sağlanması için tüm sağlık personeli sorumluluk sahibidir. Etkin bir ilaç güvenliğinin sağlanabilmesi için öncelikli olması gereken sağlık hizmeti veren personele ilaç güvenliğinin önemini benimsetilmesidir.<sup>10</sup> İlaç güvenliğinin sağlanmasında hemşirelik mesleğine önemli sorumluluk payı düşmektedir. Hemşirelik mesleğinin sorumlulukları dahilinde ilaç uygulamaları ciddi önem arz etmektedir. Bu



sorumluluk payının getirisi olarak hemşirelerin; ilaçlara yönelik farmakolojik bilgi sahibi olması ve yapmış olduğu girişimlerin sorumluluklarını kabul edebilecek yeterlilikte olması gerekmektedir.<sup>51</sup> Hemşirelik mesleğinin gözlem gücü sayesinde uygulanan ilacın etkisi değerlendirilerek sağlık hizmeti alan bireyin zarar görme olasılığı önemli ölçüde engellenmektedir. İlaç uygulama hatalarının önlenmesinde hemşirelik mesleğine yönelik; yüksek riskli ilaçların uygulanması ile ilgili standart, yazılı rehber oluşturulmalıdır. İletişim kaynaklı hataların önlenmesi için hekim tarafından yazılı istem yapılmamış ilaçlar uygulamaması ve istemlerin yazılı olarak alınması gerekmektedir. İlaçların uygulanmasına yönelik olarak çalışılan kliniğe özgü ilaçların farmakolojik özellikleri ve uygulanmada dikkat edilecek hususlar hakkında yetkin kişiler tarafında eğitim verilmesi, ilaç dozu hesaplama becerilerinin geliştirilmesi, ilaç uygulanan bireylerin alerjisi öyküsünün bilinmesi, sekiz doğru ilke doğrultusunda ilaç uygulamasının yapılması gibi girişimler düzenlenmelidir.<sup>27(s.44-46)</sup>

Dünya Sağlık Örgütü’de ilaç uygulama hatalarını öneyebilmek adına uluslararası sağlık sektöründe etkin girişimler düzenlemiştir. 2019 Yılında DSÖ öncülüğünde düzenlenen İlaç Güvenliği Web Semineri’ de üçüncü küresel hasta güvenliği sorunu olarak ‘‘Zararsız İlaç Tedavisi’’ ele alınmıştır. Bu seminerde ilaç uygulamada hata yapma riskini artıran üç önemli durum ifade edilmiştir. Bunlar; polifarmasi, bakım geçişlerinde ilaç güvenliği (hastaneye kabul, taburculuk, başka hastane veya kliniğe sevk), yüksek riskli ilaç uygulamaları (antibiyotikler, potasyum ve diğer elektrolitler, insülin, kemoterapik ajanlar, heparin,antikoagülanlar ve bu kategorilere uymayan ünite/tesis düzeyinde tespit edilen yüksek riskli ajanlar) olacak şekilde gruplandırılmıştır.<sup>52</sup>

İlaç uygulamalarında hataları önlemek için; yeterli sayıda personel temin edilmesi, görev tanımlanmalarının belirtilmesi, hukuksal planlamalar, teknolojik gelişimlerin işlemlere yansıtılması, tedavi yönergelerin oluşturulması gerekliliği ifade edilmektedir.<sup>53</sup>

### 2.2.2.2. Hastane Enfeksiyonları

Yatarak sağlık hizmeti alması uygun görülen bireyin sağlık hizmeti sunan kuruluşa başvurduğu süreçte kuluçka döneminde olmayan ve sağlık hizmeti sunan kuruluştaki edinilen enfeksiyonlar hastane (nazokomiyal) enfeksiyonu olarak isimlendirilmektedir. Hastane enfeksiyonları sağlık hizmeti alan bireyin sağlık kuruluşunda yatarak hizmet almaya başlamasını takip eden ilk 48-72 saat içerisinde ve taburculuğunu takip eden ilk 10 gün içerisinde meydana gelmektedir.<sup>54</sup>

Hastane enfeksiyonları tarih boyunca varlığını sürdüren ciddi sonuçlara yol açan sorun olmuştur. Hastane enfeksiyonları sağlık hizmetine erişen birey ve sağlık hizmeti sunan kişi açısından riskli durumdur.<sup>30</sup> Hastane enfeksiyonları, tedavi sürecinin uzamasına sebep olarak, işgücü ve ekonomi boyutunda olumsuzlukları beraberinde getirmektedir. İmmün sistemi yetersiz olan hastalarda ölümlere de yol açabilmektedir.<sup>55</sup> 18. yüzyıl ve öncesine ait kaynaklar incelendiğinde hastane kaynaklı meydana gelen enfeksiyonlardan bahsedilmektedir. Hastane enfeksiyonları 21.yüzyıl sağlık dünyasının en önemli sorunlarından birisidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün açıkladığı veriler doğrultusunda sağlık kuruluşlarında yatarak hizmet alan 10 hastadan birinde hastane enfeksiyonu meydana gelmektedir.<sup>56</sup>

Hastane enfeksiyonları diğer bir adlandırma şekli ile sağlık bakımına ilişkili enfeksiyonlar evrensel tıp tarihinde tam olarak çözüme kavuşturulamayan hasta güvenliğini olumsuz etkileyen ciddi bir sağlık problemidir.<sup>57</sup> Gelişmiş sağlık sistemine sahip ülkeler iyi organize edilmiş enfeksiyon kontrol programı ile hastane enfeksiyonlarını etkin bir şekilde önleyebilmektedir. Bir sağlık kuruluşundaki enfeksiyon kontrol programının kalitesi kurumda verilen tüm bakım hizmetlerini etkiler. Hastane enfeksiyonlarının yayılma hızları, sağlık hizmeti sunan kuruluşlar için kalite ölçütlerinin en önemlisi sayılmaktadır.<sup>58</sup>

Hastane enfeksiyonlarını önlemek adına geçmiş yıllardan günümüze çeşitli uygulamalar yapılmıştır. ABD’de Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyansı (National Nosocomial Infections Surveillance) sistemine dahil edilen sağlık kuruluşlarında uygulanması için 1987 senesinde Hastalık Kontrol Merkezi (Centers for Disease Control) belli başlı kriterler geliştirilerek Ocak 1988’de uygulanmaya başlanmıştır. 2005 senesinde DSÖ aracılığı ile bir proje başlatıldı; “Clean Care is Safer Care” “Temiz bakım daha güvenli bakımdır” çalışmasına ait olan; “Hayat kurtar: Ellerini temizle” başlıklı “Save Lives: Clean Your Hands” sloganı sayesinde katılım sağlayan ülkelerde hastane enfeksiyonlarını önlemede önemli bir yere sahip olan el hijyenine uyumun artırılmasına yönelik girişimlerde bulunulmuştur.<sup>59</sup>

Ülkemizde hastane enfeksiyonlarına yönelik ilk hukuksal düzenleme 1974’te “Tababet Uzmanlık Yönetmeliği” dir. Hastane enfeksiyonlarını önleme amaçlı daha detaylı düzenlemeler 1983 yılında “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği” nde belirtilmiştir. 2004 yılında “Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Kontrol Birimi” kurularak birimin aldığı kararlar tüm sağlık kuruluşlarında uygulanmıştır.<sup>55</sup> 11/8/2005 tarihinde “Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği” uygulamaya konulmuştur. Yönetmelik ile hastane enfeksiyonlarını önlemek adına yasal bir dayanak oluşturulmuştur.<sup>60</sup>

Hastane (nazokomiyal ) enfeksiyonların önlenmesine yönelik ulusal ve uluslar arası boyutta girişimler planlanılmıştır.<sup>61</sup> Hastane enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik temel girişimler; el hijyeni, eldiven kullanımı, durumlara özgü izolasyonlar, enfeksiyon denetim rehberleri, denetimli antibiyotik kullanımı şeklinde gruplandırılabilir. Her sağlık kuruluşuna özgü enfeksiyon kontrol kılavuzları oluşturulmalıdır. Bu kılavuz sayesinde hastane enfeksiyonlarını önleme amacına etkin bir şekilde ulaşılmaktadır. Enfeksiyon kontrol kılavuzuna ek olarak hizmet veren sağlık kuruluşu dikkate alınarak hastane

temizlik kılavuzu, antibiyotik kullanımı ve profilaksi kılavuzları enfeksiyon kontrol komitesi tarafından oluşturularak kılavuz talimatlara uyulup uyulmadığı belirli aralıklarla denetlenmelidir.<sup>59</sup>Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde ekip çalışması oldukça önemlidir. Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde sağlık hizmeti veren kurumdaki tüm personelin sorumluluğu mevcuttur. Hizmet veren personelde hastane enfeksiyonlarının önlenmesi adına gerekli bilinç ve sorumluluk algısı için hizmet içi eğitimlerde hastane enfeksiyonlarına gerekli önem verilmelidir.<sup>62</sup>

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde hemşirelik mesleği etkin bir güce sahiptir. Hemşireler, sağlık hizmeti alan birey ile en fazla iletişim ve temasta bulunan sağlık personelleridir. Hemşireler, hastane enfeksiyonlarını önlemede uygulayıcı, yönetici, eğitimci, araştırmacı ve profesyonel rollerini kullanmaktadır.<sup>63</sup>

### **2.2.2.3. Cerrahi İşlem Hataları**

Güvenli cerrahi; bireyin sağlık kuruluşuna yatışı ile başlayıp kurumdan ayrılmasına kadar olan cerrahi işlem öncesi, sırası ve sonrası dönemi içerisinde alan bakım ve tedavi girişimlerinden kaynaklı meydana gelebilecek tıbbi hataları engellemek veya hataların oluşma riskini alt seviyeye düşürmek şeklinde tanımlanabilir.<sup>64</sup> Cerrahi genellikle tıbbi hatalar için yüksek riskli bir ortam oluşturur. Belirli alana planlanan cerrahi girişimin farklı bir alana uygulanması, cerrahi girişim uygulanacak kişilerin karıştırılması, cerrahi girişim alanında tıbbi sarf malzemesini unutulması gibi durumlar ile karşı karşıya kalınmaktadır.<sup>65</sup> DSÖ'nün 2008 açıklamalarına göre; dünyada senede yaklaşık olarak 234 milyon cerrahi girişim yapılmaktadır. Bu cerrahi girişimler %0.4-0.8 mortalite ve %3-16 komplikasyon oranlarıyla yılda bir milyon ölüme ve yedi milyon ameliyat sonrası komplikasyona neden olmaktadır.<sup>66</sup>

DSÖ 2008 senesinde “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır (Safe Surgery Saves Lives)” çalışmasını gerçekleştirmiştir. Çalışma kapsamında ameliyathanede hasta güvenliğini artırmak için Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi’ni geliştirmiştir. Kontrol listesinin amacı, belirtilen güvenlik standartları için ek bir güvenlik aracı oluşturmaktır.<sup>67</sup> DSÖ’nün “Her kurum kendi gereksinimlerine göre kontrol listesini düzenleyebilir.” ifadesi doğrultusunda Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı aracılığı ile 2009’da yetkili kişiler tarafından “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi TR ” oluşturularak kullanıma sunulmuştur.

Güvenli cerrahi sadece ameliyathaneye özgü bir kavram olmayıp klinik süreci de kapsayan bir kavramdır. Bu bütünsel yaklaşım doğrultusunda Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi TR’ ne “Klinikten Ayrılmadan Önce” bölümü de eklenerek son hali;

1. Klinikten Ayrılmadan Önce
2. Anestezi Verilmeden Önce
3. Ameliyat Kesisinden Önce
4. Ameliyattan Çıkmadan Önce

Olacak şekilde dört başlık altında gruplandırılarak kullanıma sunulmuştur.<sup>68</sup> Cerrahi girişimlerin güvenilir bir şekilde gerçekleşmesi için kanıta dayalı girişimlerde kullanılmalıdır.<sup>69</sup> Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ’de güvenli cerrahi için yapılması gerekenler karşılaşılan problemlere özgü isimlendirilerek belirtilmiştir.<sup>70</sup>

#### **2.2.2.4. Hasta Düşmeleri**

Hasta düşmeleri sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda oldukça sık karşılaşılan ve hasta güvenliğini tehdit eden önemli bir sorundur.<sup>71</sup> Düşme riski günlük yaşamımızda var olmasına rağmen bazı hastalık ve tedavi şekilleri bu riskin gerçekleşme olasılığını artırmaktadır.<sup>72</sup> Düşmeler, bireyde yaralanma ve işlev kayıplarına neden olarak sağlık

kuruluşunda kalma süresinin uzamasına neden olur. Hastanede yatış süresinin uzaması ve düşme olayının meydana getirdiği durumları gidermek adına yapılacak olan invaziv girişimler ise bireyin hastane enfeksiyonları ile bulaş olasılığını artıracaktır. Düşme olayı ile sadece bireyin yaşam kalitesi azalmakla kalmayıp birey yakınlarında ve bireye hizmet sunan personelde korku ve anksiyete gibi duygu durumlarının oluşmasına neden olacaktır. Ayrıca tedavi sürecinin uzamasına bağlı olarak artan maliyette düşme olayının olumsuz ekonomik etkisi olarak karşımıza çıkmaktadır.<sup>72, 73</sup>

Hasta düşmelerini konu edinen araştırma sonuçlarına göre düşme olayı birden fazla risk faktörünün neden olduğu bir olay olarak kabul görmektedir. Düşme olayına ait tehlike sebepleri birey ve çevre kaynaklı olabilir. Düşmelere neden olabilecek birey kaynaklı risk sebepleri: yürüme ve denge bozuklukları, hipotansiyon, baş dönmesi, psiko-aktif ilaç kullanımı, nörolojik ve kas yetersizlikleri, görme bozuklukları, ileri yaş, görme bozukluğu olup, çevre kaynaklı risk sebepleri ise; ıslak zemin, kapı eşiği, banyo, tuvalet ve yatak yanında tutunacak destek yerlerin olmaması, yüksek seviyedeki yatak konumu ve yetersiz aydınlatma, yerde ve çevrede sabit olmayan objelerin varlığı olduğu belirtilmiştir.<sup>74</sup> Hasta düşmelerine yol açan bu risk faktörlerinin çoğu tahmin doğrultusunda önlenemez iken, çok azı önlenemezdir.<sup>75</sup>

Hasta düşmelerinin önlenmesi için sağlık hizmeti veren kurumda tüm personelin hasta düşmelerinin önemi ve önlenmesi hakkında bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Hastaların düşmesini önleyecek düzenlemelerin tüm personelin sorumluluğu olduğu algısı oluşturularak etkin bir hasta güvenliği sağlanmalıdır.<sup>76</sup>

Hasta düşmelerini önlemek tüm personelin sorumluluğu olsa da bu konuda yetkinliğini kullanabilecek durumda olan en güçlü meslek grubu hemşireleridir. Sağlık hizmeti veren kurumlarda güvenli ortamın sağlanması ve devamlılığının hakimiyeti ile

hastayı ikincil yaralanmalardan korumak hemşirenin önemli yasal ve etik sorumluluklarından biridir.<sup>71, 73</sup>

Hemşirelerin hizmet sunumu esnasında hasta düşmelerini önlemeye yönelik olarak; hasta kabulünde uygun ölçekler kullanılarak hastaların düşme riskinin değerlendirilmesi, yapılan değerlendirmede düşme riski bulunan hastalara uygun belirteçlerin kullanımının sağlanması gerekmektedir. Düşme/Travma Riski hemşirelik tanısı alan hasta bireylere holistik yaklaşım ile uygun girişimlerin planlanıp uygulanması ve belirli aralıklarla hemşirelik tanılaması sonrası yapılan girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi yapılarak düşme riski bulunan hastanın güvenliği sağlanabilmektedir.<sup>77</sup>

#### **2.2.2.5. Hasta Transferi**

Hasta transferi, sağlık hizmeti alan bireyin tetkik ya da tedavi nedeni ile bulunduğu klinikten farklı bir kliniğe, ameliyathaneye, tanı birimlerine ya da farklı bir sağlık hizmeti sunan kuruluşa taşınmasıdır. Hasta transferi esnasında asıl hedef sağlık hizmeti alan bireyin transfer boyunca mevcut genel durumunun ve bakımının devamlılığını sağlayarak etkin hasta güvenliğini oluşturmaktır. Transfer sırasında hastada; kardiyak arrest, kardiyak aritmiler, hemodinamik instabilite, havayolu tıkanıklığı, sistemik hipotansiyon, hipertansif kriz gibi hastaya ciddi boyutta zarar verebilecek hasta güvenliğini olumsuz etkileyen tıbbi riskler meydana gelebilir. Tıbbi risklerden farklı olarak hasta transferine bağlı olarak meydana gelebilecek bir diğer risk ise seyahat riskidir. Seyahat riski, transfer sırasında vibrasyon ve çarpışma riski ile oluşur.<sup>78</sup>

Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen transfer riskini azaltmak ya da önlemek için; her sağlık kuruluşunun hasta güvenliğinin ana hedef olduğu güvenli hasta taşıma formuna sahip olması, transfer işleminden önce hastanın stabilize edilmesi, transferin gerçekleştirileceği klinik/ameliyathane/diğer sağlık kuruluşu ile iletişime geçilmesi,

transferin güvenli bir şekilde ilerleyebilmesi için gerekli girişimleri gerçekleştirmesi, olası bir durumda hastaya müdahale edebilecek yetkin, deneyimli personel ve gerekli tıbbi ve sarf malzeme teminini sağlanması gibi girişimler düzenlenebilir.<sup>79</sup>

#### **2.2.2.6. Basınç Ülserleri**

Basınç ülserleri belirli kemik çıkıntı bölgeleri ile dış yüzey arasında basınç, sürtünme gibi dış faktörlerin etkisi ile dokunun hasar alması ilerleyen evrelerde nekroz ve ülserasyonla sonuçlanan tablolardır. Oluşumuna sebep olan etmenler olarak; uzun süre hareketsizlik, idrar ve gaita inkontinansı, bilinç kaybı, enfeksiyon, nem, dolaşım bozukluğu ileri derecede beslenme bozukluğu ve duyu kaybı gösterilebilir.<sup>80</sup>

Basınç ülserleri, hasta güvenliğini tehdit eden ölüm ve sepsis ile sonuçlanabilecek ciddi bir sağlık problemdir. Basınç ülserleri hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Hastanede kalış süresinin uzamasına ve çeşitli komplikasyonların oluşmasına sebep olur. Basınç ülserleri sağlık hizmetine erişimi sağlayan kurumlar için temel bir kalite ve bakım göstergesi olarak kabul edilmektedir. Hasta güvenliği ve etkin hasta bakımının temeli olarak kabul edilmektedir. Basınç yarasını önleyebilmek bakım gücünün somut bir göstergesidir.<sup>81</sup>

Basınç yaralarının önlenmesinde hemşirelik mesleği oldukça etkin bir güce sahiptir. Florence Nightingale, “Hemşirelik Üzerine Notlar” kitabında basınç yaralarını nitelikli hemşirelik bakımının sağlanamaması sonucu meydana gelen ve hemşirelerin sorumluluğunda olan bir durum olarak ifade etmiştir.<sup>82</sup> Basınç yaralarının oluşumu hakkında hemşirelik bakımına yönelik farklı görüşler mevcuttur. Kimi klinisyenlere göre basınç yaralarının sadece hemşirelik bakımındaki yetersizliğe özgü olmadığı sağlık ekibi ve sağlık sistemindeki aksaklıklar nedeniyle geliştiği ifade edilmektedir.<sup>81</sup>

Sağlık kurumlarında basınç yaralarını önlemek öncelikli hemşirelik hedefi olmalıdır. Basınç yaralarının önlenmesi ve tedavisi için etkin ekip anlayışı gerekmektedir.



Hemşireler, sağlık hizmeti alan bireyi kurum genelinde kabul gören skalalar ile belirli aralıklarla basınç ülseri riski açısından hastayı değerlendirmelidir. Değerlendirme sonuçlarına göre uygun girişimlerden oluşan etkin bir hemşirelik bakımı düzenlenmelidir.<sup>83</sup>

Ülkemizde de 19 Nisan 2011 tarihli hemşirelik yönetmeliğinde Çalışılan Birim /Servis /Ünite Alanlara Göre Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları başlığı altında “Stoma ve Yara Bakım Hemşiresi” şeklinde bir isimlendirme yapılmıştır. Yönetmeliğe göre stoma ve yara bakım hemşiresi; Stoma, yara, inkontinans ve fistül sorunu olan bireylere yönelik tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesinden sorumlu özel dal hemşiresidir.<sup>84</sup>

### **2.3. Tıbbi Hata Sonuçları**

Tıbbi hatalar ile karşı karşıya kalındığında kişisel, toplumsal, ekonomik alanda olumsuz sonuçlar oluşmaktadır. Tıbbi hatalar sağlık hizmeti alan bireyi ve ailesini, sağlık hizmeti sunan personeli ve kuruluşu etkileyen ciddi bir durumdur. Tıbbi hata ile karşılaşan sağlık hizmeti alan birey ve ailesi “birinci kurban”, sağlık personeli “ikinci kurban”, sağlık hizmeti sunan kurumu ise “üçüncü kurban” olarak nitelendirilmiştir.<sup>85</sup>

Tıbbi hata ile karşılaşan sağlık hizmeti alan birey (birinci kurban), geçici ya da kalıcı fonksiyonel kayıp, komplikasyon, sakatlık ve ölüm gibi çok ciddi olumsuzluklarla karşı karşıya gelmektedir. Fiziksel sonuçların etkisi dahilinde psikolojik ve sosyolojik olarak depresif durum, sosyal izolasyon, güvensizlik gibi olumsuz duygulanımlar yaşamaktadırlar.<sup>10</sup>Tıbbi hata ile karşı karşıya kalan hastanın durumu hakkında bilgilendirme yapmak gerekliliği mevcuttur.Yaş, cinsiyet ve eğitim gibi sosyokültürel özelliklerden bağımsız bir şekilde yaşanan olumsuz olay ifade edilmelidir. Olumsuz olayın zamanında, anlaşılır bir şekilde, olayın meydana gelmesine sebep olan faktörleri, sonuçları ifade edilmelidir. Ayrıca gerçek pişmanlık duygusunun yaşanması ve özür

dilenmesi gerekmektedir. Olumsuz olayların ifadesi esnasında kullanılan beden dili ve sözlü ifade şekillerine dikkat edilmelidir.<sup>86</sup>

Hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hata ile karşılaşan personele “ikinci mağdur” isimlendirilmesi yapılmaktadır. Tıbbi hata ile karşı karşıya kalmak sağlık çalışanları açısından stresli ve travmatik bir olaydır. Tıbbi hata ile karşılaşan sağlık hizmeti sunan personelde özgüven kaybı, tarafına dava açılma korkusu, itibar kaybı, suçluluk, öfke ve korku gibi hem mesleksi hem de bireysel olumsuz duygular yaşamaktadır. Ayrıca depresyon, intihar, tükenmişlik sendromu, travma sonrası stres sendromu gibi ciddi durumlarda oluşabilir.<sup>87</sup>

Tıbbi hatanın meydana geldiği sağlık kurumu ise “üçüncü kurban” olarak isimlendirilmektedir.<sup>86</sup>

Tıbbi hatanın meydana geldiği kurum hatanın meydana gelmesine sebep olan faktörü kök neden analizi ile belirleyip tekrarını önlemek adına uygun girişimlerde bulunmalıdır. Tıbbi hatanın yaşandığı kurumda hasta güvenliği kültürünün sorgulanması gerekmektedir. Tıbbi hatanın yaşandığı sağlık kuruluşunun en önemli önceliği tıbbi hata ile karşılaşan personele destek kültürü vererek olumsuz psikolojik etkiyi azaltmak olmalıdır. Suçlama kültürü mekanizması engellenmelidir.<sup>88</sup>

#### **2.4. Tıbbi Hataların Önlenmesi**

Sağlık hizmeti sunumunda oluşan hataları belirlemek ve hatalar nedeniyle sağlık hizmeti alan kişilerin zarar görmesini engellemek için hataların bildirilmesi gerekmektedir.<sup>28</sup> Tıbbi hataların önlenmesi için yapılacak en etkin girişim tıbbi hataların bildirilmesidir. Meydana gelen olumsuz olayların bildirimini gibi “ramak kala” olarak adlandırılan sağlık hizmeti alan bireyin güvenliğini tehlikeye atan, meydana gelmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen istenmeyen olayların da bildirimini gerekmektedir. Bu gibi hatalara sağlık kurumlarında çok sık rastlanmaktadır.<sup>89</sup>

Birçok sağlık kuruluğu, olumsuz bir ortam yaratan katı politikalara sahiptir. Bu durum personelin bir hatayı bildirmekte tereddüt etmesine ve hatta sorununu belgelendirmemesine neden olabilir. Bu gibi durumlar tıbbi hataların tekrar döngüsüne katkıda bulunur. Ayrıca sağlık hizmeti sunan personel işini kaybetme ve ceza korkusu nedeniyle hataları bildirmek konusunda isteksiz kalır.<sup>38</sup> Sağlık hizmeti sunan personel hataların ve yazılı uyarıların personel dosyalarına kaydedildiğini bilirler. Yöneticilerin ve inceleme kurullarının suçu bireyselleştirmekten ziyade, utanç-disiplin yapısını ortadan kaldırmak için harekete geçmeleri ve önleme ve eğitim yapısına doğru ilerlemeleri gerekir. Böylelikle tıbbi hataların bildirimine adına olumlu gelişmeler sağlanmış olacaktır.<sup>90</sup>

Bazı görüşlere göre “hata” terimi olumsuz bir imgeleme ile suçlamaya yönlendirici bir algı oluşturmaktadır. Yasal ve kamuoyu hoşgörüsüzlüğüne sebep olabilecek bir adlandırma kişilerde bildirim isteksizliği oluşmasına neden olan bir diğer faktördür.<sup>91</sup>

Sağlık hizmeti veren kurumlarda tıbbi hata bildirimine kültürünün oluşabilmesi için kurumun tamamına özgü bir bildirim sistemi oluşturulmalıdır. Bir bildirim sistemi oluşturulurken kolay ve geri bildirimine açık olması gibi özelliklere sahip olmasına dikkat edilmelidir.<sup>92</sup> Bildirim sistemi gönüllü ve zorunlu olmak üzere iki farklı şekilde gündeme getirilmiştir. Zorunlu bildirim sisteminin kişilerde oluşturduğu algının hatayı bireyselleştirmek ve bireyleri cezalandırmak şeklinde olduğu belirlenmiştir. Gönüllü raporlama sistemi ise kişide bir zorunluluk algısı oluşturmayarak olayları aslına uygun bir şekilde ifade edilebilmesi için cesaretlendirmektedir.<sup>93</sup>

## **2.5. Hemşirelik ve Hasta Güvenliği**

Sağlık hizmeti sunumunun temel odak noktası olan hasta güvenliği hemşirelik hizmet sunumunda da ana unsuru oluşturmaktadır.<sup>27(36-40)</sup> Hemşirelik mesleğinin vardiyalı bir çalışma sisteminin olması, yoğun bakım gereksinimi olan ve terminal dönem

hasta ve yakınlarının fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarını gidermeye çalışması, iş yükü gibi bir takım faktörler çalışma koşullarını zorlaştırmaktadır. Bu gibi olumsuz durumlar hemşirelik hizmeti sunumunda hata yapma olasılığını artırabilir.<sup>94</sup>

Hemşirelik bakımında ana öncelik hasta güvenliğin sağlanabilmesidir. Bir sağlık kurumunda etkin bir hasta güvenliğinden söz edebilmek için öncelikle hemşireler tarafından kabul görmüş bir hasta güvenliği algısı gereklidir.<sup>29</sup> Sağlık personel grubu arasında oldukça güçlü bir pozisyona sahip olan hemşireler, hataları belirlemek, tahlil etmek ve girişimlerde bulunmak için gerekli eğitim ve beceriye sahip, ilgili alanlarda aktif olarak çalışan, hızlı karar verebilen, kritik düşünebilen, diğer meslek grupları arasında etkileşimi sağlayan önemli meslek grubudur. Hasta güvenliği hemşirelik mesleğinin tam anlamıyla etkinleştirildiği kurumlarda etkinliğini sürdürebilmektedir.<sup>95</sup> Sağlık sektöründe hasta güvenliği ile ilgili hemşirelik mesleğine yönelik önemli bir diğer gelişme ise kanıta dayalı uygulamalarla açıklanabilen ve sağlık hizmeti sektöründe ölümleri azaltan modernize hasta güvenliği girişimlerinden biri olan, Türkçeye bakım paketi (Care Bundles-Temel nlem Paketi) olarak çevrilen uygulamadır. Bakım paketi, bilimsel boyutta yararlığı kanıtlanmış girişimlerin belirli bir düzen içerisinde birlikte uygulanmasıdır. Paket uygulamasına bir bütün olarak yaklaşılmaktadır.<sup>96</sup>

ICN, hasta güvenliğinin arttırılması için profesyonel sağlık bakım personellerinin uygun istihdamının sağlanması, mesleki gelişimin ve mesleki benimsenmenin desteklenmesi, enfeksiyonla mücadele, güvenli ilaç uygulanması, güvenli bakım ortamı gibi evre güvenliği ve risk yönetimi bölümlerini kapsayan tedbirler planlanması, hasta güvenliğine yönelik bilgi ile bu bilgi birikimini destekleyecek ortamın sağlanması gerekliliğine inanmaktadır.<sup>4</sup> Hemşireler, bakım hizmeti sunumu sürecinde sağlık hizmeti alan bireyde oluşabilecek istenmeyen olayları ve gözlem gücünün verdiği yetkinlik ile tedavi kaynaklı olumsuz sonuçları engellemek gibi sorumluluklara sahiptir.<sup>97</sup> Hemşirelik

ve hasta güvenliği alanında hukuksal boyutta kabul gören bir gelişme olarak Türk Hemşireler Derneği aracılığı ile 2009'da belirtilen Hemşireler için Etik İlke ve Sorumluluklar'ın II. Bölüm: "Sorumluluk" madde 7 ve II. Bölüm: "Hemşirenin mesleki sorumluluğu" Madde 1'in olası zararların önlenmesi ve uygulamadan doğan sorumluluğun üstlenilmesi ile ilgili olduğunu görmekteyiz.<sup>98</sup>

## **2.6. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik**

Hemşirelik mesleği hasta güvenliğinin kültürünün oluşturulmasında önemli rol ve sorumluluklara sahiptir. Sağlık personel grubunda en etkin gözlem gücü ve süresi hemşirelik mesleğine özgüdür. Sağlık kurumlarındaki üst yönetim hasta güvenliğinde hemşirelik hizmetlerinin önemini benimsetmek için gerekli girişimleri düzenlemelidir.<sup>29</sup>

Hemşirelik mesleğinde hasta güvenliği kültürünün benimsetilmesinde sağlık kurumu ve hemşire liderlerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Tıbbi hata önlemede etkin hemşire gücünü sağlayabilmek adına eğitimlerde tıbbi hata ve nedenlerine ilişkin farkındalık algısı oluşturulmalıdır.<sup>27(s.40)</sup> Kurum düzeyinde yapılacak olan düzenli hizmet içi eğitimlerle hemşirelik mesleğinin hasta güvenliğini sağlamadaki rol ve görevlerinin üzerine durulması gerekmektedir.<sup>29</sup> Hemşirelerde olumlu hasta güvenliği kültürü algısını oluşturmak için servis sorumlu hemşiresi, sağlık bakım hizmetleri müdürü ve hastane yönetimi kadrosunda unvanların getirdiği hiyerarşik korku algısının önüne geçilmelidir. Ast üst ilişkisini en az seviyeye indirerek ekip çalışması önemini benimsetip iletişime açık bir çalışma ortamının sağlanması gerekmektedir. Böylelikle olumsuz olarak karşılaşılan durumların paylaşımı için uygun bir ortam sağlanmış olacaktır. Bu şekilde korku ve suçlanma kültürü algısına yer vermeyerek yaşanan olumsuz olaylar hemşireler tarafından gönüllü bir şekilde bildirilip kayıt altına alınacaktır. Yaşanan olumsuz olayın neden ve sonuç analizi gerçekleştirilerek tekrarı engellenmiş olacaktır.<sup>39</sup> Bu durumda kurumda sunulan sağlık hizmetlerinin asıl amacı olan olumlu hasta güvenliği kültürünü

sağlamış olacaktır. Hataların bireyselleştirilmeyerek sistemsel düzeyde ele alınmasına dikkat edilmelidir. Yaşanılan olumsuz olaylara adil bir şekilde yaklaşımda hemşirelerde çalışılan ekibe ve kuruma karşı güven duygusu oluşumuna destek sağlayacaktır.<sup>91</sup>

Hasta güvenliği kültüründe hemşirelerin etkin bir güç olabilmesi için; hasta güvenliği kültürüne yönelik çalışmalara hemşirelerin etkin olarak katılımı sağlanmalı, hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algısını değerlendiren çalışmalar belirli aralıklarla yapılmalı, yapılan çalışma sonuçlarına göre girişimler düzenlenmeli, yeterli finansal kaynak sağlanmalı, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan girişimler kurum tarafından ödüllendirme, takdir edilme gibi motive edici girişimlerle desteklenmelidir.<sup>27(s.39-40)</sup>

## **2.7. Hemşirelik ve Tıbbi Hatalar**

Hemşirelik mesleği hizmet sunumu esnasında iletişimin sürekli ve gerekli olduğu bir meslek grubudur. Hemşirelik mesleği bireylere hizmet sunarken sağlık alanında kabul gören; yararlılık-zarar vermeme, adalet-eşitlik, özerklik ve aydınlatılmış onam, sır saklama gibi etik ilkelere uygun davranışlar sergilemek zorundadır.<sup>99</sup>

Hemşirelik mesleğinin, çalışma ortamı kaynaklı olumsuz faktörler ve yoğun iş yükü nedeniyle tıbbi hatalarla karşılaşma olasılığı yüksektir.<sup>100</sup> Hemşirelerin karşı karşıya kaldıkları hasta güvenliğini olumsuz etkileyen olaylar; ilaç hataları, bakım basamaklarını uygulama/izleme yetersizliği, hasta düşmeleri, kan transfüzyon hataları, hastane enfeksiyonları, iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar, kayıt tutma yetersizliği, hastanın yetersiz izleminden kaynaklanan durumlar, bilinçli olmayan malzeme kullanımı, basınç ülserleri şeklinde gruplandırılabilir.<sup>101</sup>

İletişim alanında özellikle hekim ve hemşire arasındaki sözlü iletişim esansındaki yanlış anlaşılmalardan kaynaklı ciddi hatalar oluşabilmektedir. İletişim alanına bağlı hatalar hemşireler arasında da vardiya değişimleri esnasında yeterli bilginin

sunulmaması, yapılan girişimlerin kayıt altına alınmamasından kaynaklanabilir. Sağlık hizmeti sunumunda kullanılan malzemelerin hasta güvenliğini tehdit edecek olumsuz olaylara sebep olmaması için hemşirelik mesleğinin etkin gözlem gücü ile malzemelerin kullanılan duruma uygunluğu, güvenilirliği, son kullanma tarihi gibi özellikleri belirli aralıklarla kontrol edilmelidir.<sup>19</sup>

Hemşirelikte görülen tıbbi hataların önlenmesi için; yapılan girişimlerin hemşirelik süreci aşamalarına uygun bir şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Hemşirelik sürecinin önemli bir aşaması olan değerlendirme kısmı tıbbi hataların önlenmesinde oldukça önemlidir. Yapılan uygulamanın hasta bireye etkisini ve gerekliliği bu aşama ile belirlenir. Hemşirelik uygulamalarına yönelik kurum genelinde kabul gören yönergeler oluşturulmalıdır. Teknolojik gelişmeler hemşirelik uygulamalarına ve hastaya yönelik tüm girişimlere yansıtılmalıdır. Hukuksal boyutta hemşirelik alanına özgü yaşanan tıbbi hatalarda danışmanın adli hemşirelik alanında olması yaşanan olayın ifadesini kolaylaştırmak adına önemli bir girişimdir. Sağlık kurumlarında hemşirelik motivasyonunu artıracak girişimler düzenlenmelidir.<sup>102,27(s.37)</sup>

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Aralık 2018 ve Aralık 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesinde bulunan; dahili yoğun bakım, genel dahiliye, göğüs hastalıkları, kardiyojoloji, onkoloji, hematoloji, endokrinoloji, gastroenteroloji, nöroloji, cildiye, nefroloji, göğüs hastalıkları dahili kliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Dahili kliniklerinde çalışmakta olan 100 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini Ocak ve Mart 2019 tarihleri arasında hastanede çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 90 hemşire oluşturmuştur.

#### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı Değişkenler:** Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi puan ortalamaları

**Bağımsız Değişkenler:** Hemşirelerin demografik özelliklerine özgü olarak yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, meslekte çalışma süresi, çalışılan birim, çalışılan birimdeki görev, mesleki memnuniyet, haftalık çalışma saatleri gibi.

#### 3.5. Verilerin Toplanması

##### 3.5.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren Tanıtıcı Bilgi Formu ile Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Hospital Survey on Patient Safety Culture-HGKA) kullanılmıştır.



**Tanıtıcı Bilgi Formu (EK5):** Kişisel bilgi formunu hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve mesleğe ait özellikleri oluşturmuştur.

**Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Hospital Survey on Patient Safety Culture) (EK6):** Ölçek 2003 yılında, Amerika’da, Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından hastanelerde hasta güvenliği kültürünü belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.<sup>103</sup>

Ülkemizde Hasta Güvenliği Kültürü anket formu 2009 yılında Filiz tarafından tarafından Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçüm aracının psikometrik özelliklerinin incelenmesinde geçerliliği; dil ve yapı geçerliliği kullanılmıştır. Yapı geçerliliğinin sınanmasında açıklayıcı faktör analizi kullanılmış olup orijinaline benzer 12 faktör elde edilmiştir. Güvenirliliğin sınanmasında Cronbach Alpha iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı kullanılmış olup, ölçek için 0.86, alt boyutlar için 0.57-0.87 arasında değişmektedir.<sup>104</sup>

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 42 madde ve 12 alt alandan oluşmaktadır. 12 alt alan, Güvenliğin kapsamlı algılanması, Hataların raporlanma sıklığı, Hastane üniteleri arasında ekip çalışması, Hastane müdahaleleri ve değişim, Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme, Üniteler içinde ekip çalışması, İletişimin açık tutulması, Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim, Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, Personel sağlama, Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği şeklinde başlıklara ayrılmıştır. Ankette kullanılan ölçekler 5’li Likert tipi derecelendirmeye tabi tutulmuş olup, ölçeklerdeki maddelere ilişkin katılım düzeyleri “Hiç Katılmıyorum=1”, “Az Katılıyorum=2”, “Orta Düzeyde Katılıyorum=3”, “Çok Katılıyorum=4” ve “Tamamen Katılıyorum=5”; sıklık düzeyleri ise "Hiçbir Zaman=1", "Nadiren=2", "Bazen=3", "Çoğu Zaman=4" ve "Her Zaman=5" şeklinde puanlandırılmıştır. Ankette yer alan A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6,

F2, F3, F5, F6,F7, F9 ve F11 maddelerindeki sorular ters yönlü sorulardır. Hasta güvenliği anket formundaki ters yönlü sorular çevrilmiş ve anketin orijinaline göre değerlendirilmeye alınmıştır. Alt ölçeklere ilişkin genel ortalama puanı değerlendirilirken “Hiç Katılmıyorum=1 (1.00-1.79) çok düşük”, “Az Katılıyorum=2 (1.80-2.59) düşük”, “Orta Düzeyde Katılıyorum=3 (2.60-3.39) orta”, “Çok Katılıyorum=4 (3.40-4.19) yüksek”, “Tamamen Katılıyorum=5 (4.20-5.00) çok yüksek” aralıkları kriter olarak alınmıştır.Bu araştırmanın örnekleminde Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı toplam ölçek için 0.93 alt boyutlar için 0.50- 0.86 arasında bulunmuştur.

### **3.5.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması**

Araştırma verileri Ocak ve Mart 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle görüşülerek, araştırma hakkında bilgi verilmiştir.

Formlar hemşirelerle yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Anketler 15-20 dk sürede cevaplandırılmıştır.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin analizinde 6 farklı istatistiksel analiz kullanılmış olup bu analizler bilgisayarda SPSS 22.00 istatistik paket programı ile yapılmıştır. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin alt alanlarına verdikleri cevapların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, Hemşirelerin yaşlarına, eğitim durumlarına , mesleki deneyimlerine göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin, alt alanlarına verdikleri cevapların karşılaştırılması da Kruskal Wallis H testi , Kruskal Wallis H testinde farkın kaynağını belirlemek amacıyla Tamhane's Post Hoc Testi kullanılmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmaya başlamadan önce, Hemşirelik Fakültesi Etik Kurul'una sunulmuş ve araştırma için Etik Kurul onayı alınmıştır (EK 3). Araştırmanın yapıldığı Atatürk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniklerinden yazılı izin alınmıştır

(EK 4). Araştırmaya katılan dahili klinik hemşirelerine araştırma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmak isteyen kişilerden sözlü onam alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanması esnasında bireylere araştırma hakkında bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda zgr oldukları belirtilerek "zerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan bireylere bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir..



## 4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları

Tablo1’de verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri

Özellikler	S	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	27	30.0
Kadın	63	70.0
<b>Yaş</b>		
25 yaş ve altı	52	57.8
25-30	24	26.7
31 yaş ve üzeri	14	15.5
<b>Medeni Durum</b>		
Bekâr	56	62.2
Eveli	34	37.8
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	21	23.3
Ön lisans	21	23.3
Lisans	45	50.0
Lisansüstü	3	3.4
<b>Çalışılan Birim</b>		
Dahili yoğun bakım	8	9.0
Genel dahiliye	6	6.6
Göğüs hastalıkları	8	9.0
Kardiyoloji	16	18.0
Medikal onkoloji	9	10.1
Hematoloji	8	9.0
Endokrinoloji	7	7.9
Gastroenteroloji	7	7.9
Nöroloji	10	11.2
Cildiye	4	4.4
Nefroloji	7	7.9

**Tablo 4.1. (Devamı)**

	S	%
<b>Çalıştığı birimdeki görevi</b>		
Servis hemşiresi	83	92.2
Sorumlu hemşire	7	7.8
<b>Mesleki Deneyim</b>		
1-5 yıl	53	60.2
6-10 yıl	28	31.8
11 yıl ve üzeri	7	8.0
<b>Mesleğinden memnuniyet</b>		
Evet	59	65.6
Hayır	31	34.4
<b>Haftada kaç saat çalıştığı</b>		
40 saat ve altı	64	71.1
40-49 saat	25	27.8
50 saat ve üzeri	1	1.1
<b>Ağırlıklı olarak çalışma saatleri</b>		
08-16	36	40.0
16-08	54	60.0

Araştırmaya alınan hemşirelerin %70'inin bayan, %57.8'i 25 yaş ve altı, %62.2'sinin bekâr, %50'sinin lisans mezunu, %9'unun dahili yoğun bakımda, %6.7'sinin genel dahiliye biriminde, %9.0'unun göğüs hastalıklar biriminde, %18'inin kardiyoloji biriminde, %10.1'inin medikal onkoloji biriminde, %9'unun hematoloji biriminde, %7.9'unun endokrinoloji biriminde, %7.9'unun gastroenteroloji biriminde, %11.2'sinin nöroloji biriminde, %4.4'ünün cildiye biriminde, %7.9'unun nefroloji biriminde, %2.2'sinin cildiye biriminde çalıştıkları bulundu. Hemşirelerin %92.2'sinin servis hemşiresi olarak, %7.8'inin sorumlu hemşire olarak çalıştığı, %60.2'sinin mesleki deneyimi 1-5 yıl, %31.8'inin mesleki deneyimi 6-10 yıl, %8'inin mesleki deneyimi 11 yıl ve üzeri olduğu bulundu. Hemşirelerin %65.6'sının hemşirelikten memnun olduğu,

%71.1'i haftada 40 saat ve altında çalıştığı, %27.8'i haftada 40-49 saat çalıştığı, %40'ı 08-16 saatleri arasında, %60'ı 16-08 saatleri arasında çalıştığı bulundu.

Araştırma kapsamına alınan, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ait durumları Tablo2'de verilmiştir.

**Tablo 4.2.** Araştırmaya alınan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ait durumları (n=90)

		S	%
Hasta güvenliği hakkında yayınlanan yayınlar ve yapılan çalışmalarını takip etme	Evet	33	36.7
	Hayır	57	63.3
Çalıştığı birimde hasta güvenliğini sağlamak adına yapılan çalışmalardan haberdar olma	Evet	67	74.4
	Hayır	23	25.6
Çalıştığı kurum tarafından hasta güvenliğine yönelik eğitime tabi tutulma durumu	Evet	61	67.8
	Hayır	29	32.2
Meslek hayatı boyunca hasta güvenliğini olumsuz etkileyen bir uygulama ile karşılaşma durumu	Evet	25	27.8
	Hayır	65	72.2
Kemoterapi ve yüksek riskli ilaçların uygulanmasında sözlü/telefon talimatı kabul etme durumu	Evet	27	30.0
	Hayır	63	70.0
Sözlü/telefon talimatı alınırken konuyla ilgili formu doldurmaya özen gösterme durumu	Evet	58	64.4
	Hayır	32	35.6
Çalıştığı birimde yüksek riskli ilaçların kilitli dolapta muhafaza edilmesine özen gösterme	Evet	82	91.1
	Hayır	8	8.9

Araştırmaya alınan hemşirelerin %36.7'sinin hasta güvenliği hakkında yayınlanan yayınları ve yapılan çalışmalarını takip ettiği, %63.3'ünün hasta güvenliği hakkında yayınlanan yayınları ve yapılan çalışmalarını takip etmediği, %74.4'ünün çalıştığı birimde hasta güvenliğini sağlamak adına yapılan çalışmalardan haberdar olduğu, %25.6'sının çalıştığı birimde hasta güvenliğini sağlamak adına yapılan çalışmalardan haberdar olmadığı, %67.8'inin çalıştığı kurum tarafından hasta güvenliğine yönelik eğitime tabi tutuldukları bulundu. Hemşirelerin, %72.2'sinin meslek hayatı boyunca hasta güvenliğini olumsuz etkileyen bir uygulama ile karşılaşmadığı, %30'unun kemoterapi ve yüksek

riskli ilaçların uygulanmasında sözlü/telefon talimatı kabul ettiği, %70'inin kemoterapi ve yüksek riskli ilaçların uygulanmasında sözlü/telefon talimatı kabul etmediği, %64.4'ünün sözlü/telefon talimatı alırken konuyla ilgili formu doldurmaya özen gösterdiği, %35.6'sı sözlü/telefon talimatı alırken konuyla ilgili formu doldurmaya özen göstermediği, %91.1'inin çalıştığı birimde yüksek riskli ilaçların kilitli dolapta muhafaza edilmesine özen gösterdiği, %8.9'unun çalıştığı birimde yüksek riskli ilaçların kilitli dolapta muhafaza edilmesine özen göstermediği bulundu.

**Tablo 4.3.** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün oluşmasına engel olan faktörlerle ilgili görüşlerinin dağılımı

	S	%
Hatalı kişi arama çabasının hasta güvenliği veri elde etmesini zorlaştırması	51	26.6
Hataların açıkça tartışılması konusunda çalışanların endişeleri	50	26.0
Gizli bir hatadansa açık bir hata aramaya eğilim	34	17.7
Hastaya odaklamamış bir kalite sistemi	57	29.7

\* Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya alınan hemşireler hasta güvenliği kültürünün oluşmasına engel olan faktörlerle ilgili olarak %26.6 oranında “Hatalı kişi arama çabasının hasta güvenliği veri elde etmesini zorlaştırması”, %26 oranında “Hataların açıkça tartışılması konusunda çalışanların endişeleri”, %17.7 oranında “Gizli bir hatadansa açık bir hata aramaya eğilim”, %29.7 oranında “Hastaya odaklamamış bir kalite sistemi” yanıtlarını vermişlerdir.

**Tablo 4.4.** Hemşirelerin “Güvenliğin kapsamlı algılanması” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları puan ortalamaları

Maddeler	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam	$\bar{X}$	S.s.
	%	%	%	%	%		
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.	35.6	40.0	14.4	6.7	3.3	<b>2.02</b>	<b>1.038</b>
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	2.2	2.2	13.3	36.7	45.6	<b>4.21</b>	<b>0.918</b>
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.	34.4	37.8	16.7	5.6	5.6	<b>2.10</b>	<b>1.112</b>
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.	3.3	4.4	27.8	54.4	10.0	<b>3.63</b>	<b>0.854</b>

Tablo 4.4. incelendiğinde “Güvenliğin kapsamlı algılanması” alt alanında en fazla olumlu değerlendirilen madde “Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.” olup puan ortalaması  $4.21 \pm .918$ , en az olumlu değerlendirilen madde “Burada ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.” olup puan ortalamasının  $2.02 \pm 1.038$  olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.5.** Hemşirelerin “Hataların raporlanma sıklığı” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları

Maddeler	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam	$\bar{X}$	S.s.
	%	%	%	%	%		
Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?	7.8	25.6	32.2	31.1	3.3	<b>2.97</b>	<b>1.011</b>
Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	8.9	27.8	38.9	21.1	3.3	<b>2.82</b>	<b>0.978</b>
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	5.6	26.7	31.1	32.2	4.4	<b>3.03</b>	<b>0.999</b>



Tablo 4.5. incelendiğinde “Hataların raporlanma sıklığı” alt alanında en fazla olumlu değerlendirilen madde “Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?” olup puan ortalaması  $3.03 \pm 0.999$ , en az olumlu değerlendirilen madde “Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?” olup puan ortalamasının  $2.82 \pm 0.978$  olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.6.** Hemşirelerin “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları

Maddeler	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam	$\bar{X}$	S.s.
	%	%	%	%	%		
Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.	8.9	42.2	27.8	11.1	10.0	<b>2.71</b>	<b>1.104</b>
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren İyi bir iş birliği vardır.	10.0	26.7	24.4	28.9	10.0	<b>3.02</b>	<b>1.171</b>
Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	14.4	31.1	26.7	23.3	4.4	<b>2.72</b>	<b>1.112</b>
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.	1.1	18.9	28.9	40.0	11.1	<b>3.41</b>	<b>0.959</b>

Tablo 4.6. incelendiğinde “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” alt alanında en fazla olumlu değerlendirilen madde “Hastalar için en iyi bakımı sağlamak amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.” olup puan ortalaması  $3.41 \pm 0.959$ , en az olumlu değerlendirilen madde “Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.” olup puan ortalamasının  $2.71 \pm 1.104$  olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.7.** Hemşirelerin “Hastane müdahaleleri ve değişim” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları

Maddeler	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam	$\bar{X}$	S.s.
	%	%	%	%	%		
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	5.6	13.3	18.9	20.0	42.2	<b>3.58</b>	<b>1.122</b>
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.	4.4	13.3	7.8	35.6	38.9	<b>3.84</b>	<b>1.186</b>
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.	5.6	12.2	22.2	46.7	13.3	<b>3.50</b>	<b>1.052</b>
Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.	1.1	1.1	13.3	38.9	45.6	<b>4.20</b>	<b>0.796</b>

Tablo 4.7. incelendiğinde “ Hastane müdahaleleri ve değişim” alt alanında en olumsuz değerlendirilen madde “Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.” olup puan ortalamasının  $4.20 \pm 0.796$  en az olumlu değerlendirilen madde ise “Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.” olup puan ortalamasının  $3.50 \pm 1.052$  olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.8.** Hemşirelerin “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları

Maddeler	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam	$\bar{X}$	S.s.
	%	%	%	%	%		
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	13.3	25.6	24.4	26.7	10.0	<b>2.94</b>	<b>1.212</b>
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	6.7	15.6	32.2	36.7	8.9	<b>3.26</b>	<b>1.045</b>
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.	6.7	25.6	28.9	31.1	7.8	<b>3.08</b>	<b>1.073</b>
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.	28.9	47.8	15.6	5.6	2.2	<b>2.04</b>	<b>0.935</b>

Tablo 4.8. incelendiğinde “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” alt alanında en fazla olumlu değerlendirilen madde “Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.” olup puan ortalaması  $3.26 \pm 1.045$ , en az olumlu değerlendirilen madde “Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.” olup puan ortalamasının  $2.04 \pm 0.935$  olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.9.** Hemşirelerin “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları

Maddeler	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam	$\bar{X}$	S.s.
	%	%	%	%	%		
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.	0	0.0	7.8	51.1	41.1	<b>4.33</b>	<b>0.618</b>
Yapılan hatalar bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	11.1	21.1	31.1	31.1	5.6	<b>2.99</b>	<b>1.096</b>
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	3.3	4.4	18.9	61.1	12.2	<b>3.74</b>	<b>0.855</b>

Tablo 4.9. incelendiğinde “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” alt alanında en fazla olumlu değerlendirilen madde “Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.” olup puan ortalaması  $4.33 \pm 0.618$ , en az olumlu değerlendirilen madde “Yapılan hatalar bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.” olup puan ortalamasının  $2.99 \pm 1.096$  olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.10.** Hemşirelerin “Üniteler içinde ekip çalışması” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları

Maddeler	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam	$\bar{X}$	S.s.
	%	%	%	%	%		
Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.	11.1	4.4	11.1	44.4	28.9	<b>3.76</b>	<b>1.239</b>
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.	3.3	2.2	6.7	50.0	37.8	<b>4.17</b>	<b>0.903</b>
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.	2.2	3.3	14.4	48.9	31.1	<b>4.03</b>	<b>0.893</b>
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.	6.7	3.3	13.3	51.1	25.6	<b>3.86</b>	<b>1.055</b>

Tablo 4.10. incelendiğinde “Üniteler içinde ekip çalışması” alt alanında en fazla olumlu değerlendirilen madde “Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.” olup puan ortalaması  $4.17 \pm 0.903$ , en az olumlu değerlendirilen madde “Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.” olup puan ortalamasının  $3.76 \pm 1.239$  olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.11.** Hemşirelerin “ İletişimin açık tutulması” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları

Maddeler	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam	$\bar{X}$	S.s.
	%	%	%	%	%		
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	3.3	13.3	32.2	34.4	16.7	<b>3.48</b>	<b>1.030</b>
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.	24.4	25.6	26.7	15.6	7.8	<b>2.57</b>	<b>1.237</b>
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar	4.4	11.1	21.1	32.2	31.3	<b>3.74</b>	<b>1.147</b>

Tablo 4.11 incelendiğinde “İletişimin açık tutulması” alt alanında en fazla olumlu değerlendirilen madde “Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan

korkarlar” olup puan ortalaması  $3.74 \pm 1.147$ , en az olumlu değerlendirilen madde “Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder” olup puan ortalamasının  $2.26 \pm 1.147$  olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.12.** Hemşirelerin “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları

Maddeler	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam	$\bar{X}$	S.s.
	%	%	%	%	%		
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.	8.9	8.9	23.3	40.0	18.9	<b>3.51</b>	<b>1.164</b>
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.	2.2	8.9	23.3	37.8	27.8	<b>3.80</b>	<b>1.019</b>
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.	4.4	13.3	27.8	46.7	7.8	<b>3.40</b>	<b>0.969</b>

Tablo 4.12 incelendiğinde “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” alt alanında en fazla olumlu değerlendirilen madde “Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.” olup puan ortalaması  $3.80 \pm 1.019$ , en az olumlu değerlendirilen madde “Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.” olup puan ortalamasının  $3.40 \pm 0.969$  olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.13.** Hemşirelerin “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları

Maddeler	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam	$\bar{X}$	S.s.
	%	%	%	%	%		
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.	8.9	8.9	30.0	31.1	21.1	<b>3.47</b>	<b>1.182</b>
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır.	13.3	21.1	23.3	32.2	10.0	<b>3.04</b>	<b>1.217</b>
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.	6.7	13.3	36.7	28.9	14.4	<b>3.31</b>	<b>1.088</b>

Tablo 4.13 incelendiğinde “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” alt alanında en fazla olumlu değerlendirilen madde “Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.” olup puan ortalaması  $3.47 \pm 1.182$ , en az olumlu değerlendirilen madde “Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır.” olup puan ortalamasının  $3.04 \pm 1.217$  olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.14.** Hemşirelerin “Personel sağlama” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları

Maddeler	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam	$\bar{X}$	S.s.
	%	%	%	%	%		
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.	24.4	26.7	10.0	31.1	7.8	<b>2.71</b>	<b>1.343</b>
Bu bölümde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar.	2.2	11.1	28.9	41.1	16.7	<b>3.59</b>	<b>0.970</b>
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.	33.3	34.4	22.2	3.3	6.7	<b>2.16</b>	<b>1.131</b>
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.	4.4	3.3	16.7	51.1	24.4	<b>3.88</b>	<b>0.970</b>

Tablo 4.14 incelendiğinde “Personel sağlama” alt alanında en fazla olumlu değerlendirilen madde “Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.” olup puan ortalaması  $3.88 \pm 0.970$ , en az olumlu değerlendirilen madde “Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.” olup puan ortalamasının  $2.16 \pm 1.131$  olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.15.** Hemşirelerin “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alt alanı maddelerine verdikleri cevap dağılımları ve puan ortalamaları

Maddeler	Hiç	Az	Orta	Çok	Tam	$\bar{X}$	S.s.
	%	%	%	%	%		
Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	6.7	13.3	28.9	42.2	8.9	<b>3.33</b>	<b>1.039</b>
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	4.4	13.3	27.8	48.9	5.6	<b>3.38</b>	<b>0.943</b>
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir.	13.3	30.0	33.3	18.9	4.4	<b>2.71</b>	<b>1.063</b>

Tablo 4.15 incelendiğinde “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alt alanında en fazla olumlu değerlendirilen madde “Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.” olup puan ortalaması  $3.38 \pm 0.943$ , en az olumlu değerlendirilen madde “Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir.” olup puan ortalamasının  $2.71 \pm 1.063$  olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.16.** Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü alt boyutlarına ilişkin algılarının genel dağılımı ve standart sapması

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutları	Ortalama	Standart Sapma
1. Güvenliğin kapsamlı algılanması	2.99	1.1
2. Hataların raporlanma sıklığı	2.94	0.1
3. Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	2.97	0.33
4. Hastane müdahaleleri ve değişim	3.78	0.32
5. Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme	2.83	0.54
6. Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	3.69	0.67
7. Üniteler içinde ekip çalışması	3.96	0.18
8. İletişimin açık tutulması	2.77	0.63
9. Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	3.57	0.21
10. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	3.27	0.22
11. Personel sağlama	3.09	0.79
12. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	3.14	0.37
Genel ortalama	3.25	0.30

Katılımcıların hasta güvenliği kültürü toplam puan aritmetik ortalamaları  $3.23\pm 0.30$  olarak kabul edilebilir düzeyde olup iyileştirme potansiyeline açık hasta güvenliği kültürü algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Ölçek alt boyut puanlarında en düşük algıların; iletişimin açık tutulması ( $2.77\pm 0.63$ ), yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme ( $2.83\pm 0.54$ ), hataların raporlanma sıklığı ( $2,94\pm 0.1$ ) olduğu en yüksek algıların ise üniteler içinde ekip çalışması ( $3.96\pm 0.18$ ), hastane müdahaleleri ve değişim ( $3.78\pm 0.32$ ), organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme ( $3.69\pm 0.67$ ), olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.17.** Hemşirelerin Raporladıkları Olay Sayısının Dağılımı

	N	%
Hiç	74	82.2
1-2 olay raporu	13	14.4
3-5 olay raporu	3	3.4

Tablo incelendiğinde hemşirelerin %82.2'si hiç olay raporlamamış, %14.4'ü 1-2 olay rapor etmiş, %3.4'ü 3-5 olay rapor etmiş olduğu görülmektedir. Sonuç olarak hemşirelerin çok büyük çoğunluğunun herhangi bir olay rapor etmedikleri söylenebilir.

**Tablo 4.18.** Araştırmaya alınan hemşirelerin hasta güvenliğini algılama durumları

	S	%
Mükemmel	11	12.2
Çok iyi	31	34.4
Kabul edilebilir	41	45.6
Zayıf	5	5.6
Başarısız	2	2.2

Araştırmaya alınan hemşirelerin %12.2'si hasta güvenliğini "Mükemmel", %34.4'ü hasta güvenliğini "Çok iyi", %45.6'sı çalıştığı birimde hasta güvenliğini "Kabul



edilebilir”, %5.6’sı çalıştığı birimde hasta güvenliğini “Zayıf”, %2.2’si çalıştığı kurumda hasta güvenliğini “Başarısız” olarak değerlendirdiği görülmektedir

**Tablo 4.19.** Hemşirelerin cinsiyetlerine göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin alt alanlarına verdikleri cevapların karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	S.s.	U	P
Güvenliğin kapsamlı algılanması	Erkek	27	2.89	0.715	738.000	0.314
	Kadın	63	3.04	0.508		
Hataların raporlanma sıklığı	Erkek	27	2.84	0.912	779.000	0.523
	Kadın	63	2.98	0.871		
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	Erkek	27	3.14	0.695	672.000	0.112
	Kadın	63	2.89	0.493		
Hastane müdahaleleri ve değişim	Erkek	27	2.17	0.800	781.500	0.540
	Kadın	63	2.22	0.709		
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	Erkek	27	2.76	0.705	745.500	0.351
	Kadın	63	2.86	0.652		
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	Erkek	27	3.52	0.629	668.500	0.102
	Kadın	63	3.76	0.465		
Üniteler içinde ekip çalışması	Erkek	27	3.81	0.992	790.000	0.590
	Kadın	63	4.01	0.686		
İletişimin açık tutulması	Erkek	27	2.65	0.676	739.000	0.320
	Kadın	63	2.81	0.627		
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	Erkek	27	3.54	1.047	794.500	0.617
	Kadın	63	3.58	0.698		
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Erkek	27	3.27	0.947	844.500	0.958
	Kadın	63	3.28	0.856		
Personel sağlama	Erkek	27	2.99	0.777	798.500	0.644
	Kadın	63	3.12	0.582		
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Erkek	27	3.06	0.722	827.000	0.832
	Kadın	63	3.17	0.511		

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin alt alanlarına verdikleri cevaplar açısından aralarındaki farklar  $p>0.05$  önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur.

**Tablo 4.20.** Hemşirelerin yaşlarına göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin alt alanlarına verdikleri cevapların karşılaştırılması

	Yaş	N	$\bar{X}$	S.s.	U	P
Güvenliğin kapsamlı algılanması	25 yaş ve altı	52	3.07	0.591	1.499	0.473
	25-30 yaş	24	2.94	0.538		
	31 yaş ve üzeri	14	2.79	0.571		
Hataların raporlanma sıklığı	25 yaş ve altı	52	2.94	0.878	0.008	0.996
	25-30 yaş	24	2.92	1.023		
	31 yaş ve üzeri	14	2.98	0.660		
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	25 yaş ve altı	52	2.94	0.597	2.761	0.251
	25-30 yaş	24	3.10	0.423		
	31 yaş ve üzeri	14	2.82	0.661		
Hastane müdahaleleri ve değişim	25 yaş ve altı	52	2.27	0.725	2.340	0.310
	25-30 yaş	24	2.22	0.805		
	31 yaş ve üzeri	14	1.91	0.601		
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	25 yaş ve altı	52	2.86	0.751	1.173	0.556
	25-30 yaş	24	2.86	0.478		
	31 yaş ve üzeri	14	2.66	0.617		
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	25 yaş ve altı	52	3.68	0.507	.117	0.943
	25-30 yaş	24	3.72	0.526		
	31 yaş ve üzeri	14	3.67	0.641		
Üniteler içinde ekip çalışması	25 yaş ve altı	52	3.94	0.787	2.009	0.366
	25-30 yaş	24	4.13	0.719		
	31 yaş ve üzeri	14	3.71	0.898		
İletişimin açık tutulması	25 yaş ve altı	52	2.88	0.646	<b>7.870</b>	<b>0.020</b>
	25-30 yaş	24	2.76	0.585		
	31 yaş ve üzeri	14	2.33	0.570		
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	25 yaş ve altı	52	3.58	0.778	2.504	0.286
	25-30 yaş	24	3.72	0.803		
	31 yaş ve üzeri	14	3.26	0.926		
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	25 yaş ve altı	52	3.32	0.814	3.385	0.184
	25-30 yaş	24	3.38	1.018		
	31 yaş ve üzeri	14	2.93	0.839		
Personel sağlama	25 yaş ve altı	52	3.14	0.697	1.029	0.598
	25-30 yaş	24	3.05	0.516		
	31 yaş ve üzeri	14	2.91	0.648		
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	25 yaş ve altı	52	3.13	0.595	1.462	0.481
	25-30 yaş	24	3.26	0.450		
	31 yaş ve üzeri	14	2.95	0.702		

Hemşirelerin yaşlarına göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin “İletişimin açık tutulması” alt alanına verdikleri cevaplar açısından aralarındaki farklar  $p < 0.05$  önem düzeyinde anlamlı olup, 25 yaş ve altındaki hemşirelerin ortalaması ile 31 yaş ve

üzerindeki hemşirelerin ortalaması arasındaki fark 25 yaş ve altındaki hemşirelerin lehine sonuçlanmıştır.

**Tablo 4.21.** Hemşirelerin eğitim durumlarına göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin alt alanlarına verdikleri cevapların karşılaştırılması

		N	$\bar{X}$	S.s.	KW	P
Güvenliğin kapsamlı algılanması	Lise	21	2.83	0.566	0.761	0.859
	Ön lisans	21	3.04	0.619		
	Lisans	45	3.04	0.582		
	Lisansüstü	3	3.00	0.000		
Hataların raporlanma sıklığı	Lise	21	2.78	0.852	3.332	0.343
	Ön lisans	21	2.83	0.814		
	Lisans	45	3.04	0.938		
	Lisansüstü	3	3.44	0.509		
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	Lise	21	2.98	0.693	7.471	0.058
	Ön lisans	21	2.71	0.566		
	Lisans	45	3.09	0.486		
	Lisansüstü	3	2.83	0.382		
Hastane müdahaleleri ve değişim	Lise	21	1.90	0.509	6.272	0.099
	Ön lisans	21	2.39	0.839		
	Lisans	45	2.24	0.762		
	Lisansüstü	3	2.33	0.382		
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	Lise	21	2.64	0.640	3.205	0.361
	Ön lisans	21	2.95	0.748		
	Lisans	45	2.86	0.636		
	Lisansüstü	3	2.83	0.764		
“Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	Lise	21	3.54	0.532	2.181	0.536
	Ön lisans	21	3.75	0.632		
	Lisans	45	3.74	0.487		
	Lisansüstü	3	3.56	0.192		
Üniteler içinde ekip çalışması	Lise	21	3.89	0.678	1.561	0.668
	Ön lisans	21	3.74	1.097		
	Lisans	45	4.11	0.602		
	Lisansüstü	3	3.50	1.323		

**Tablo 4.21.** (Devamı)

		N	$\bar{X}$	S.s.	KW	P
İletişimin açık tutulması	Lise	21	2.57	0.746	3,010	,390
	Ön lisans	21	2.73	0.638		
	Lisans	45	2.87	0.570		
	Lisansüstü	3	2.89	0.962		
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	Lise	21	3.75	0.906	4,582	,205
	Ön lisans	21	3.29	0.909		
	Lisans	45	3.65	0.681		
	Lisansüstü	3	3.11	1.018		
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Lise	21	3.54	0.610	5,141	,162
	Ön lisans	21	2.94	0.911		
	Lisans	45	3.28	0.924		
	Lisansüstü	3	3.67	1.202		
Personel sağlama	Lise	21	3.02	0.666	1.252	0.741
	Ön lisans	21	2.99	0.853		
	Lisans	45	3.16	0.533		
	Lisansüstü	3	3.00	0.500		
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Lise	21	3.13	0.764	5.211	0.157
	Ön lisans	21	2.90	0.598		
	Lisans	45	3.27	0.422		
	Lisansüstü	3	2.89	0.770		

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin alt alanlarına verdikleri cevaplar açısından aralarındaki farklar  $p>0.05$  önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur.

**Tablo 4.22.** Hemşirelerin mesleki memnuniyetlerine göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin alt alanlarına verdikleri cevapların karşılaştırılması

	Memnuniyet	N	$\bar{X}$	S.s.	T	P
Güvenliğin kapsamlı algılanması	Evet	59	3.10	0.596	<b>2.465</b>	<b>0.016</b>
	Hayır	31	2.79	0.488		
Hataların raporlanma sıklığı	Evet	59	2.98	0.799	0.580	0.565
	Hayır	31	2.86	1,028		
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	Evet	59	2.99	0.536	0.473	0.638
	Hayır	31	2.93	0.633		
Hastane müdahaleleri ve değişim	Evet	59	2.23	0.729	0.538	0.592
	Hayır	31	2.15	0.749		
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	Evet	59	2.87	0.714	0.830	0.409
	Hayır	31	2.75	0.566		
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	Evet	59	3.72	0.544	0.848	0.399
	Hayır	31	3.62	0.500		
Üniteler içinde ekip çalışması	Evet	59	4.05	0.720	1.568	0.120
	Hayır	31	3.77	0.893		
İletişimin açık tutulması	Evet	59	2.92	0.648	<b>3.176</b>	<b>0.002</b>
	Hayır	31	2.48	0.536		
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	Evet	59	3.62	0.783	0.730	0.467
	Hayır	31	3.48	0.873		
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Evet	59	3.17	0.902	1.570	0.120
	Hayır	31	3.47	0.811		
Personel sağlama	Evet	59	3.16	0.663	1.590	0.115
	Hayır	31	2.94	0.591		
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Evet	59	3.19	0.511	1.160	0.249
	Hayır	31	3.04	0.693		

Hemşirelerin mesleki memnuniyetlerine göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin “Güvenliğin kapsamlı algılanması” ve “İletişimin açık tutulması” alt alanlarına verdikleri cevaplar açısından aralarındaki farklar  $p < 0.05$  önem düzeyinde anlamlı iken diğer alt alanlara ait verdikleri cevaplar açısından aralarındaki farklar  $p > 0.05$  önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur. Tablo incelendiğinde mesleğinden memnun olan hemşirelerin

olmayan hemşirelere göre “Güvenliğin kapsamlı algılanması” ve “İletişimin açık tutulması” alt alanlarına verdikleri cevapların puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.23.** Hemşirelerin mesleki deneyimlerine göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin alt alanlarına verdikleri cevapların karşılaştırılması

	Mesleki Deneyim	n	$\bar{X}$	S.s.	KW	P
Güvenliğin kapsamlı algılanması	1-5 yıl	53	3.04	0.657	1.089	0.580
	6-10 yıl	28	2.85	0.443		
	11 yıl ve üzeri	7	2.96	0.094		
Hataların raporlanma sıklığı	1-5 yıl	53	2.95	0.907	0.351	0.839
	6-10 yıl	28	2.96	0.962		
	11 yıl ve üzeri	7	2.76	0.418		
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	1-5 yıl	53	3.05	0.618	3.087	0.214
	6-10 yıl	28	2.85	0.443		
	11 yıl ve üzeri	7	2.96	0.567		
Hastane müdahaleleri ve değişim	1-5 yıl	53	2.24	0.726	0.190	0.909
	6-10 yıl	28	2.26	0.753		
	11 yıl ve üzeri	7	2.04	0.567		
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	1-5 yıl	53	2.93	0.690	4.122	0.127
	6-10 yıl	28	2.59	0.613		
	11 yıl ve üzeri	7	2.82	0.472		
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	1-5 yıl	53	3.64	0.554	1.376	0.503
	6-10 yıl	28	3.70	0.508		
	11 yıl ve üzeri	7	3.90	0.460		
Üniteler içinde ekip çalışması	1-5 yıl	53	4.11	0.708	7.184	0.028
	6-10 yıl	28	3.62	0.840		
	11 yıl ve üzeri	7	3.89	0.876		
İletişimin açık tutulması	1-5 yıl	53	2.87	0.638	5.639	0.060
	6-10 yıl	28	2.58	0.652		
	11 yıl ve üzeri	7	2.48	0.262		

**Tablo 4.23.** (Devamı)

	Mesleki Deneyim	n	$\bar{X}$	S.s.	KW	P
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	1-5 yıl	53	3.61	0.803	0.966	0.617
	6-10 yıl	28	3.48	0.848		
	11 yıl ve üzeri	7	3.43	0.833		
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	1-5 yıl	53	3.33	0.900	0.671	0.715
	6-10 yıl	28	3.30	0.818		
	11 yıl ve üzeri	7	3.05	1.026		
Personel sağlama	1-5 yıl	53	3.19	0.626	<b>10.259</b>	<b>0.006</b>
	6-10 yıl	28	2.77	0.527		
	11 yıl ve üzeri	7	3.14	0.537		
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	1-5 yıl	53	3.19	0.537	3.230	0.199
	6-10 yıl	28	3.04	0.687		
	11 yıl ve üzeri	7	3.10	0.535		

Hemşirelerin mesleki deneyimlerine göre Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin “Personel sağlama” alt alanına verdikleri cevaplar açısından aralarındaki farklar  $p < 0.05$  önem düzeyinde anlamlı iken diğer alt alanlara verdikleri cevaplar açısından aralarındaki farklar  $p > 0.05$  önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur. Mesleki deneyim ile ilgili bu sonucun hangi gruptan kaynaklandığını anlamak amacıyla Dunnett T3 Post Hoc testi uygulanmış ve mesleki deneyimi 1-5 yıl olan hemşirelerin ortalaması ile mesleki deneyimi 6-10 yıl olan hemşirelerin ortalaması arasındaki fark mesleki deneyimi 1-5 yıl olan hemşirelerin lehine anlamlı bulunmuştur.

Anketin son bölümünde hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama ile ilgili düşünce/yorumlarını ifade etme bölümü katılımcı hemşirelerin %67’ si tarafından boş bırakılmıştır. Yorum belirten katılımcı hemşirelerin %17’si hasta güvenliğini: hastalara herhangi bir zarar vermeden hizmet sunmak, etik kurallara uyararak güvenliğini sağlamak, tıbbi tedavi ve çevresel faktörlerin hastanın sağlığını riske atmayacak biçimde düzenlenmek şeklinde ifade etmiştir. Hemşirelerin %83’ü ise çalışılan birimde kesici,

delici alet bulundurulmaması,hizmet sunan personel olmadan ilacın hasta odasında bırakılmaması, mahremiyeti kapsayan her şey, anamnez bölümünde adres, telefon bilgilerini doğru almak gibi hasta güvenliğini sağlamak için yapılan girişimleri ifade etmiştir. Tıbbi hata bölümünde yapılan yorumlarda ise; hemşirelerin %7'si tıbbi hatayı; hastanın tedavi esnasında maruz kaldığı ve kasti bir amaç olmadan yapılan her türlü hata gibi tıbbi hata tanımına yakın cevaplar verirken; %87'si antibiyotik alerjisi olan hastanın bu durumdan haberdar olmaması nedeniyle yaşanan olumsuz olay, ilaçların yanlış verilmesi, yanlış doz uygulanması, ilaçların önceden sulandırılması gibi tıbbi hata türü olan ilaç hatalarına yönelik yorumlar yapmıştır. %6'sı ise tıbbi hatanın nadir olarak yaşanıp hayatı tehdit etmediğini, doğru eğitim programının uygulanması ve ekip içi eksikliklerin konuşulması ile büyük oranda düzeltilebileceğini ifade etmiştir.

Olay raporlamada ise hemşirelerin %26'sı istenmeyerek karşılaşılan olumsuz durumun tekrar yaşanmaması adına yazılan yazılar, hasta adına olumsuz bir olay gerçekleştiğinde bunun kayıt altına alınması gibi olay raporlama tanımına yakın yorumlar ifade etmiştir. Hemşirelerin %67'si hastane yönetimi tarafından desteklenen ve üzerinde durulan bir konu olduğunu ancak raporlamanın yapılmadığını bildirmiştir. Yorumlarda raporlamanın genelde hatalı kişi olarak anılma korkusu nedeniyle yapılmadığı belirtilmiştir.Ayrıca olay raporlamanın yeni geçilen bir sistem olduğu ve yararlı olacağına inanıldığı belirtilmiştir.Hemşirelerin %7'si ise raporlama sisteminin sağlık personelinin eksiklerini belgelendirmek için yapıldığını ifade etmiştir.



## 5. TARTIŞMA

Dahiliye kliniklerinde görev yapan hemşirelerde güvenlik algısını belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bu bölümünde güvenlik algısı puan ortalamaları ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Anketinin puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ait bulgular ilgili literatürler kapsamında tartışılmıştır.

Çalışmada hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin algıları; güvenliğin kapsamlı algılanması, hataların raporlanma sıklığı, hastane üniteleri arasında ekip çalışması, hastane müdahaleleri ve değişim, yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme, üniteler içinde ekip çalışması, iletişimin açık tutulması, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, personel sağlama, hasta için hastane yönetiminin desteği olmak üzere 12 alt alanda incelenmiştir.

Araştırma sonucunda hemşirelerin hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının genel puan ortalaması  $3.25 \pm 0.30$  olarak tespit edilmiş olup orta düzeyde hasta güvenliği kültürü algısı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16). Bu durum hasta güvenliği kültürüne yönelik olumsuz bir tutumun olmadığını ve iyileştirme potansiyeline sahip bir algı olduğunu göstermektedir. Çalışma sonucunda elde edilen bulgu daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.<sup>106-114</sup>

Alt alanlardan “Güvenliğin kapsamlı algılanması” alanına ait puan ortalaması ( $2.99 \pm 1.1$ ) olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). Bu alanda en yüksek puan ortalamasının “Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.” ( $4.21 \pm 0.918$ ) maddesine; en düşük puan ortalamasının ise “Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.” ( $2.02 \pm 1.038$ ) maddesine ait olduğu bulunmuştur. Bu durum çalışmaya katılan hemşireler tarafından hasta güvenliği kültürünün önemini kabul gördüğü ve güvenlik kültürünün olumlu yönde gelişimini sağlayacak girişimlere

destekleyici tutum sergilediklerini göstermektedir. Çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalışma sonuçları ile uyum göstermektedir.<sup>108,109,115</sup>

Alt alanlardan “Hataların raporlanma sıklığı” alanına ait puan ortalaması (2.94±0.1) olarak bulunmuştur (Tablo 4.5). Bu alanda en düşük puan ortalamasının “Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?” (2.82±0.978) maddesine ait olduğu bulunmuştur. Bu durumun sebebi olarak iş kaybı ve meslektaşlar tarafından dışlanma korkusu olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalışma sonuçları ile uyumlu bulunmuştur.<sup>106,109</sup>

Alt alanlardan “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” alanına ait puan ortalaması (2.97±0.33) olarak bulunmuştur (Tablo 4.6). Bu alanda en yüksek puan ortalamasının “Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.” (3.41±0.959) maddesine; en düşük puan ortalamasının ise “Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.” (2.71±1.104) maddesine ait olduğu bulunmuştur. Bu bulgular çalışmaya katılan hemşirelerin hasta bakımında kaliteli bir hizmet sunumu için ekip çalışmasını benimsediklerini göstermektedir. Ayrıca iyi bir ekip çalışması ile ek iş yükünü önleme algısının kabul gördüğü düşünülebilir. Çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalışma sonuçları ile uyum göstermektedir.<sup>108,115</sup>

Alt alanlardan “Hastane Müdahaleleri Ve Değişim” alanına ait puan ortalaması (3.78±0.32) olarak bulunmuştur (Tablo 4.7).En yüksek puan ortalamasının “Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.”(4.20±0.796) maddesine en düşük puan ortalamasının ise “Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.”(3.50±1.052) maddesine ait olduğu bulunmuştur.Bu sonuca göre hastanede hastaların başka servislere geçişlerinde ve nöbet değişikliği sırasında problemler yaşadığını söyleyebiliriz.Çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalışmanın sonucuyla uyumlu bulunmuştur.<sup>107,116</sup>

Alt alanlardan “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme” alanına ait puan ortalaması (2.83±0.54) olarak bulunmuştur (Tablo 4.8). Bu alanda en yüksek puan ortalamasının “Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.” (3.26±1.045) maddesine, en düşük puan ortalamasının ise “Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.” (2.04±0.935) maddesine ait olduğu bulunmuştur. Bu bulgular hasta güvenliğinin yönetim tarafından önemli ve öncelikli olarak kabul gördüğünü göstermektedir. Çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalışma sonuçları ile uyum göstermektedir.<sup>108,109</sup>

Alt boyutlarda yüksek puan ortalamasına sahip olan bir diğer alan “Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme” (3.69±0.67) olarak bulunmuştur (Tablo 4.9). Bu alanda en düşük puan ortalamasının “Yapılan hatalar bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.” (2.99±1.096) maddesi olmasının sebebi olarak yapılan hataların suçlama ve korku kültürü nedeni ile rapor edilmemesi olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyum göstermektedir.<sup>106,109,116,117</sup>

Alt boyutlardan en yüksek puan ortalamasının; “Üniteler İçinde Ekip Çalışması”na (3.96±0.18) ait olup, bu alanda en yüksek puan ortalaması ise; “Acilen Yapılması Gereken Çok İş Olduğunda Ekip Olarak Birlikte Çalışırız.”(4.17±0.903) maddesi olduğu bulundu (Tablo 4.10). Bu bulgu daha önce yurt içi ve yurt dışında yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.<sup>109,116,118</sup>

Alt alanlardan “İletişimin açık tutulması alanına” ait puan ortalaması (2.77±0.63) olarak bulunmuştur (Tablo 4.11). Bu alanda en yüksek puan ortalamasının “Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar” (3.74±1.147) maddesine ait olması, en düşük puan ortalamasının “Çalışanlar, yöneticilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.” maddesine ait (2.57±1.237) olduğu bulunmuştur. Bu durumun sebebi olarak yapılan eylemin ekip çalışması olarak kabul

görmeyip ünvana bağlı hiyerarşinin kabul görme algısının olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalıma sonuçları ile uyum göstermektedir.<sup>108,110,115</sup>

Alt alanlardan “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim” alanına ait puan ortalaması (3.57±0.21) olarak bulunmuştur (Tablo 4.12). Bu alanda en yüksek puan ortalamasının “Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.” (3.80±1.019) maddesi olup en düşük puan ortalamasına sahip maddenin de “Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.” (3.40±0.969) olarak bulunmasının sebebinin hasta güvenliği kültürünün teorik olarak kabul görmesi fakat davranışsal boyutta istenilen düzeye ulaşılamaması olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalışmaların sonucu ile uyum göstermektedir.<sup>107,109,115</sup>

Alt alanlardan “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” alanına ait puan ortalaması (3.27±0.22) olarak bulunmuştur (Tablo 4.13). Bu alanda en yüksek puan ortalamasının “Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.” (3.47±1.182) maddesine ait olmasının olumsuz olayların bildiriminde olay odaklı yaklaşım yerine bireysel yaklaşımın benimsenmesi ve kurum genelinde olumsuz olayı yaşayan bireye yönelik kişisel ve mesleki kariyer gelişimini olumsuz etkileyecek algı kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Nitekim çalışmaya katılan hemşirelerin son bir yılda raporlanan olay sayısı maddesine verdikleri cevap dağılımında %82’sinin hiç olay raporlamadığı bulgusu da bu durumu desteklemektedir. Çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalışma sonuçları ile uyumlu bulunmuştur.<sup>106,107</sup>

Alt alanlardan “Personel sağlama” alanına ait puan ortalaması (3.09±0.79) olarak bulunmuştur (Tablo 4.14). Bu alanda en yüksek puan ortalamasının “Yapılacak çok iş olduğunda ve çabuk yapmak gerektiğinde kriz modunda çalışırız.” (3.88±0.970) maddesine en düşük puan ortalamasının ise “Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.” (2.16±1.131) maddesine ait olduğu bulunmuştur. Bu bulgular yeterli personel

sayısının temin edilemediğini göstermektedir. Yeterli personel teminini gerçekleştirilmemesi kişileri yorgunluk, dikkatsizlik gibi tıbbi hata oluşumuna neden olabilecek durumlarla karşı karşıya getirerek hasta güvenliğini olumsuz etkileyecektir. Çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalışma sonuçları ile uyum göstermektedir.<sup>110,115</sup>

Alt alanlardan “Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alanına ait puan ortalaması (3.14±0.37) olarak bulunmuştur (Tablo 4.15). Bu alanda en yüksek puan ortalamasının “Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.” maddesine (3.38±0.943), en düşük puan ortalamasının ise “Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir.” (2.71±1.063) maddesine ait olmasının sebebi olarak kurum genelinde hasta güvenliği kültürünün yönetim tarafından önem verilen ve kabul gören bir konu olduğunu fakat kurum genelinde yapılan girişimlerin yeterli olmadığı düşünülmektedir. Çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalışma sonuçları ile uyumlu bulunmuştur.<sup>107,110</sup>

Çalışmaya katılan hemşirelerin son bir yılda raporlanan olay sayısı maddesine verdikleri cevap dağılımında %82’sinin hiç olay raporlamadığı, %14.6’sı 1-2 olay rapor ettiği, %3.4’ü 3-5 olay rapor ettiği görülmektedir (Tablo 4.17). Sonuçlar hemşirelerin büyük çoğunluğunun herhangi bir olay rapor etmediğini göstermektedir. Araştırmanın sonucu daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.<sup>106,110,116-120,17</sup>

Amerika’da Famolaro ve ark.<sup>121</sup> tarafından yapılan çalışma sonucunda %45’inin, İskoçya’da yapılan çalışma sonucunda %92’sinin en az bir kez olay bildiriminde bulunduğu, Fujita ve ark.<sup>122</sup> tarafından yapılan Japonya, Tayvan ve Birleşik Devletlerin karşılaştırıldığı çalışma sonucunda ise Japonya’da %64’ünün en az bir kez olay raporladığını ifade ederken, bu oranın Tayvan %48 ve Amerika’da %46.6 olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmada ise katılımcıların %14.6’nın en az bir kez olay bildiriminde bulunduğu saptanmıştır (Tablo 4.17).

Literatürde hata raporlamadaki yetersizlikler sağlık kuruluşlarında etkin hasta güvenliği kültürünün olmadığı bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Etkin bir hata raporlama algısının oluşmamasının önündeki en büyük engellerden birisi sağlık kuruluşlarında suçlama kültürünün hâkim olmasıdır. Rapor edilmesi gereken bir durum ile karşılaşan sağlık personeli suçlanma ve cezalanma korkusu nedeniyle durumu bildirmek ve tanımlamakta çekimser kalmaktadır. Ayrıca sağlık personelinin iş kaybı korkusu, itibar kaybı, kariyerinin olumsuz etkilenmesi gibi nedenler de hata raporlama algısını olumsuz etkileyen diğer faktörlerdir.<sup>105</sup>

Çalışmada değerlendirdiğimiz hasta güvenliği kültürü oluşmasına engel olan faktörlerle ilgili cevapların, %29.7'sini hastaya odaklamamış bir kalite sistemini, %26.6'sının hatalı kişi arama çabasının hasta güvenliği ile ilgili veri elde edilmesini zorlaştırdığı görülmüştür. Verilen cevaplar dahilinde çalışanların endişeleri ve hatalı kişi arama çabası hasta güvenliği kültürünün oluşmasındaki engeller olduğu görülmektedir. Bu alanda yapılan benzer çalışmalardan Çakır ve Tütüncü<sup>124</sup> çalışmasında da çalışanların cezalandırma korkusunun hasta güvenliği kültürü oluşumdaki engellerden biri olduğu kabul edilmiştir.

Çalışma sonucunda “Hasta güvenliği konusunda birim değerlendirmesi” sorusuna hemşirelerin %45.6'sı çalıştığı birimde hasta güvenliğini “kabul edilebilir” olarak değerlendirdiği görülmektedir (Tablo 4.18). Daha önce yapılan çalışma sonuçlarında hasta güvenliği derecesi değerlendirilmesinde “kabul edilebilir” seçeneği oranı; Teleş'in<sup>117</sup> çalışmasında %47.6, Filiz'in<sup>104</sup> çalışmasında %40.9, Özdemir'in<sup>107</sup> çalışmasında %43.8, Güler'in<sup>115</sup> çalışmasında %46.6, Muftawu'un<sup>108</sup> çalışmasında %45.3, Dönmez'in<sup>102</sup> çalışmasında %46.8, Gündoğdu'un<sup>110</sup> çalışmasında %48.7 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarının daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin cinsiyetleri ile hastane güvenliği kültürü anketinin alt alanlarına verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.19). Elde ettiğimiz sonuçlar Oksay ve ark.'ın<sup>106</sup>, Özdemir'in<sup>107</sup>, Güler'in<sup>115</sup>, Teleş'in<sup>117</sup> çalışması ile uyumluluk göstermekte olup Muftawu'un<sup>108</sup> çalışması ve Dönmez'in<sup>109</sup> çalışması ile uyum göstermemektedir.

Çalışmada hemşirelerin yaşlarına göre hastane güvenliği kültürü anketinin alt alanlarına verdikleri olumlu cevap karşılaştırmasında “İletişimin açık tutulması” alt alanına verdikleri cevaplar incelendiğinde 25 yaş ve altındaki hemşirelere ait puan ortalamasının diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu ve aralarındaki farkın ( $P<0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.20). Bu sonuç Özdemir'in<sup>107</sup> daha önce yapmış olduğu çalışma sonucuyla uyumlu bulunmaktadır.

Çalışmamızda hemşirelerin eğitim durumlarına göre hastane güvenliği kültürü anketinin alt alanlarına verdikleri cevapların karşılaştırmasındaki fark ( $p>0.05$ ) anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.21). Çalışmanın sonucu Oksay ve ark.'ın<sup>106</sup> çalışması ile uyumlu bulunmuştur. Bunun sebebi olarak katılımcıların %67.8'inin (Tablo 4.2) çalıştığı kurum tarafından hasta güvenliğine yönelik eğitime tabi tutulması ile eğitim düzeyi farklılığına bağlı olarak oluşabilecek olumsuz hasta güvenliği kültürü algısının önlemiş olduğu düşünülmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için öncelikle hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gereklidir. Bir kültür algısının oluşturulabilmesi için eğitim ve davranış değişikliği etkin olan faktörlerdir.<sup>39</sup>

Çalışmada hemşirelerin mesleğinden memnuniyet durumlarına göre hastane güvenliği kültürü anketinin “Güvenliğin kapsamlı algılanması” ve “İletişimin açık tutulması” alt alanlarına verdikleri cevapların karşılaştırmasındaki fark istatistiksel ( $p<0.05$ ) olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.22). Mesleğinden memnun olan hemşirelerin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen bulgu

Akman'ın<sup>125</sup> çalışmasıyla uyumluluk göstermektedir. Ayrıca literatür de Kahramanoğlu ve ark.'ın<sup>126</sup> hemşirelik mesleğinin profesyonellik boyutunu etkileyen faktörleri ele aldıkları çalışmada mesleğinden memnun hemşirelerin profesyonel tutum sergiledikleri sonucuna varılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgu Kahramanoğlu ve ark.'ın<sup>126</sup> çalışmasını desteklemektedir. Mesleğinden memnun hemşireler mesleğini severek icra edip mesleğin gelişmesi adına katkıda bulunmaya istekli olacaktır. Bireylere sundukları hizmetin en iyi düzeyde olmasına özen göstereceklerdir. Böylelikle bakım kalitesi en iyi seviyeye getirilerek hemşirelik hizmetlerinde olumlu hasta güvenliği kültürü algısı kabul görecektir. Ayrıca mesleğinden memnun hemşireler güncel bilgi ve beceriye isteği ile mesleğin sürekli ve olumlu değişime açık hale gelmesini kolaylaştıracaktır. Bu durum olumlu hasta güvenliği kültürü algısı için gerekli olan bilişsel ve davranışsal değişimi desteklemektedir.<sup>39</sup>

Çalışmada hemşirelerin mesleki deneyim yıllarına göre hastane güvenliği kültürü anketinin “Üniteler içinde ekip çalışması”, “Personel sağlama” alt alanlarına verdikleri cevap karşılaştırmasındaki fark ( $p<0.05$ ) önemli bulunmuştur (Tablo 4.23). 1-5 yıl çalışma deneyimine sahip hemşirelerin puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. 1-5 yıl çalışan hemşirelerde puan ortalamasının yüksek olmasının meslek yılının artmasına paralel olarak tükenmişlik durumların artmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Çalışma sonucu daha önce yapılan çalışmaların sonucuyla uyumlu bulunmuştur.<sup>127</sup>

Çalışmada hemşirelerin “Sözlü/Telefon Talimatlarının Kaydı” ile ilgili sorulara %70'inin kemoterapi ve yüksek riskli ilaçların uygulanmasında sözlü/telefon talimatı kabul etmediği ve %64.4'ünün sözlü/telefon talimatı alırken konuyla ilgili formu doldurmaya özen gösterdiği sonucu bulunmuştur (Tablo 4.2). Elde ettiğimiz bulgular Tunçel'in<sup>128</sup> çalışması ile uyum göstermektedir. Bu durumun oluşmasında katılımcıların yüksek riskli ilaç uygulamasında kabul ettikleri sözlü/telefon talimatı sırasında



oluşabilecek yanlış anlaşılmalara bağlı tıbbi hata ile karşılaşma olasılığının bulunması ve yaşanan tıbbi hataya özgü yasal süreç ve yaptırımlarla karşı karşıya kalmama isteğinin etkin olduğu düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda hemşirelerin ilaç güvenliğinin sağlanmasına yönelik işlemler ile ilgili yöneltilen “Çalıştığınız birimde yüksek riskli ilaçların kilitli dolapta muhafaza edilmesine özen gösteriyor musunuz?” sorusuna %91.1 oranında olumlu cevap oranı bulunmuştur (Tablo 4.2). Elde ettiğimiz bulgu Tunçel’in<sup>128</sup> çalışması ile uyum göstermektedir. Bu durumun oluşmasında yüksek riskli ilaçların servis hemşiresi sorumluluğunda muhafaza edilmesi ve imza karşılığında teslim edilmesinin yasal bir sorumluluk algısı oluşturarak daha özenli davranılmasını sağladığı düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda hemşirelerin “hasta güvenliği hakkında yayınlanan, yapılan çalışmaları takip etme” sorusuna olumlu cevap oranı %36.7 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2). Bu durumun oluşmasında hemşirelerin kurum tarafından sunulan hasta güvenliği kültürüne yönelik aldıkları eğitimler ile edindikleri bilgileri yeterli olarak görmesi, hasta güvenliği kültürüne yönelik kendilerini geliştirme çabası içinde olmamalarının neden olduğu düşünülmektedir. Bu durum çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne yönelik yeterli olarak ilgi sahibi olmadıklarının göstergesi olarak kabul edilebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Alt boyutlardan en yüksek puan ortalamasının; “Üniteler İçinde Ekip Çalışması”na ait olup, bu alt alanda en yüksek puan ortalamasına sahip maddenin; “Acilen Yapılması Gereken Çok İş Olduğunda Ekip Olarak Birlikte Çalışırız” olduğu bulundu.

Ölçek alt boyutlarından en düşük puan ortalamasının; “İletişimin Açık Tutulması” alt boyutuna ait olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun son bir yılda hiç olay raporlamadığı bulunmuştur.

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü oluşmasına engel olan faktörlerle ilgili cevaplarına bakıldığında, hastaya odaklanmamış bir kalite sistemi, hatalı kişi arama çabasının hasta güvenliğinde veri elde etmesini zorlaştırdığı görülmüştür.

Hemşirelere yöneltilen “Hasta güvenliği konusunda birim değerlendirmesi” sorusuna ağırlıklı olarak verilen cevabın “kabul edilebilir” düzeyde olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin cinsiyetleri, eğitim durumları ile hastane güvenliği kültürü anketinin alt alanlarına ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Çalışmada hemşirelerin yaşlarına göre hastane güvenliği kültürü anketinin “İletişimin açık tutulması” alt alanına ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup, 25 yaş ve altındaki hemşirelere ait puan ortalamasının diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışma sonucunda hemşirelerin mesleğinden memnuniyet durumlarına göre hastane güvenliği kültürü anketinin “Güvenliğin kapsamlı algılanması” ve “İletişimin

açık tutulması” alt alanlarına ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup, mesleğinden memnun olan hemşirelerin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin mesleki deneyim yıllarına göre hastane güvenliği kültürü anketinin “Üniteler içinde ekip çalışması”, “Personel sağlama” alt alanlarına ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup, 1-5 yıl çalışma deneyimine sahip hemşirelerin puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin “Sözlü/Telefon Talimatlarının Kaydı” ile ilgili sorularda genel olarak kemoterapi ve yüksek riskli ilaçların uygulanmasında sözlü/telefon talimatı kabul etmediği ve sözlü/telefon talimatı alırken konuyla ilgili formu doldurmaya özen gösterdiği bulunmuştur.

Hemşirelerin çalıştıkları birimde yüksek riskli ilaçları kilitli dolapta muhafaza edilmesine özen gösterme oranı oldukça yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin hasta güvenliği hakkında yayınlanan, yapılan çalışmalarını takip etme oranları düşük olarak bulunmuştur.

### **Öneriler**

Belirli aralıklarla uygun ölçüm araçları eşliğinde yapılan çalışmalar ile hasta güvenliğine yönelik personelin algı seviyeleri ve etkileyen faktörler değerlendirilerek mevcut durum tespit edilmelidir

Yönetim tarafından raporlama kültürünün suçlu kişi aramak amaçlı değil de hizmet alan ve sunan bireylerin güvenliğini sağlamak adına uygulanan bir sistem olduğu gerçeği uygun zamanlarda çalışanlara iletilmeli ve raporlama kültürü için teşvik edici bir yaklaşım sergilenmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Kurutkan MN, Bulun M. *Global Hasta Güvenliği Endeksi Versiyon 1.0*, 1 Baskı. Ankara, Sage Yayıncılık, 2012: 4-5.
2. Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. *Quality & Safety in Health Care Journal*, 2004, 12: 17-23.
3. Erickson SM, Wolcott J, Corrigan JM, Aspden P. *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. 1<sup>st</sup> ed. Washington, National Academies Press, 2004: 12.
4. International Council of Nurses . Why Is Safe Staffing Important? Safe Staffing Saves Lives Information and Action Tool Kit, 2006:9-12.
5. Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building A Safer Health System*, A report of the Committee on Quality of Health Care in America. 2000.
6. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2010, 8: 100-111.
7. Özer Ö, Taştan K, Çayır Y, Şener MT. Tıbbi hatalı uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi*. 2015, 42: 394-397.
8. Battard J. Nonpunitive response to errors fosters a just culture. *Nursing Management Journal*, 2017, 48: 53-55.
9. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy. *The Journal of The American Medical Association*, 2006, 296: 1017-1078.
10. Avcı K, Aktan T. Bir sistem sorunu olarak tıbbi hatalar ve hasta güvenliği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015, 5: 48-54.
11. Korkmaz AÇ. Geçmişten günümüze hasta güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 2018, 6: 10-19.

12. Makary M. A., Daniel M. Medical Error—The Third Leading Cause of Death in the US. *BMJ*, 2016, 353:1-5.
13. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for The 21st Century/Committee On Quality Health Care in America*, 1<sup>st</sup> ed. Washington, National Academies Press , 2001: 39-60.
14. European Commission (2006) Medical Errors.[http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_241\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_241_en.pdf). Erişim Tarihi: 24.12.2018.
15. World Health Organization. Patient Safety Research A Guide For Developing Training Programmes. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75359>. 5 Mayıs 2019.
16. Joint Commission International. What Sets Us Apart?. <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/what-sets-us-apart/>. 13 Mart 2019.
17. Dursun S, Bayram N, Aytaç S. Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2010, 8: 1-14.
18. Tourangeau AE, Cranley LA, Jeffs L. Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. *British Medical Journal*, 2006, 15: 4-8.
19. Amamauri A, Rnma M, Geethakrishnan R. Patient safety culture among nurses.*International Nursing Review*, 2014, 62: 102-110.
20. Somyürek N, Uğur E. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği kültürü oluşturma: hemşire gözüyle tıbbi hatalar. *Sağlıkta Hemşirelik ve Yönetim Dergisi*, 2016, 3:1-6.

21. Demirsoy N, Yılmaz AT. Hemşirelerin “hasta güvenliği kültürü ” konusuna bakış açısı değerlendirilmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 2018, 5: 22-25.
22. Gündoğdu S, Bahçecik N. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algısının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15: 119-128.
23. Rızalar S, Büyük ET, Şahin R, As T, Uzunkaya G. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2016, 9: 9-15.
24. Göz F, Kayahan M. Hemşirelerin çalıştığı kurumlardaki hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2011, 8: 44-50.
25. Cooper JB, Gaba DM, Liang B, Woods D, Blum LN. The National Patient Safety Foundation Agenda for research and development in patient safety. *Medscape General Medicine*, 2000, 2: 8-13.
26. Weaver SJ, Lubomski LH, Wilson RF, Martinez KA. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 2013, 158: 369-374.
27. Sayek F. *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya*, 1.Baskı. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2011: 11-26.
28. Karaca A, Arslan H. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2014, 1: 9-18.
29. Çırpı F, Merih Y, Yaşar M. Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2: 26-33.

30. Eriş H, Havlioğlu S, Doni N. Kalite sistemi ve bilgi güvenliği sistemlerinin hasta güvenliği üzerine etkisi: bir üniversite hastanesi uygulaması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2017, 4: 207-214.
31. Joint Commision International. International Patient Safety Goals. [https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI\\_2017\\_IPSG\\_Infographic\\_062017.pdf](https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_2017_IPSG_Infographic_062017.pdf). 10 Nisan 2019.
32. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K. Taking the pulse of health care systems:experiences of patient with health problems in six countries. *Health Affairs Journal* , 2005, 16: 509-525.
33. Naessens JM, Campbell CR, Huddleston JM, Berg BP, Lefante JJ, Williams AR, Culbertson RA. A comparison of hospital adverse events identified by three widely used detection methods. *International Journal of Health Care*, 2009, 21: 301-307.
34. Budak M. Hasta güvenliği kültürü. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2008, 7: 54-57.
35. Akalın HE. Tıbbi hatalar: nedir, nasıl önlenbilir. *Ankem Dergisi*, 2001, 15: 244-246.
36. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy:a systematic review. *Annals of Internal Medicine Journal*, 2013, 5: 369-374.
37. Pronovost P, Weast B, Bishop K, Griffith R, Rosenstein B, Haller K, Davis R. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. *The Joint Commision Journal on Quality and Patient Safety*, 2004, 30: 59-68.
38. Yassi A, Hancock T. Patient Safety- worker safety: building a safety culture to improve. *Healthcare Quarterly Journal*, 2005, 8: 32-38.

39. Ovalı F. Hasta güvenliği yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2010, 1: 33-43.
40. Çakmakçı M. Hasta güvenliği:bir paradigma güvenliği. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2015, 33: 6-11.
41. Byers JF, White SV. *Patient Safety: Principles and Practice*, 2<sup>nd</sup> ed. New York, Springer Publishing Company, 2004: 5-6.
42. Joint Commision International. International Patient Safety Goals. <https://www.jointcommissioninternational-patient-safety-goals/>. 31 Mart 2019.
43. Tabrizi J, Gharibi F, Wilson A. Advantages and disadvantages of health care accreditation models. *Health Promotion Perspectives Journal*, 2011, 1: 1-31.
44. Kayral İH. Dünya'da ve Türkiye'de sağlık hizmetleri akreditasyonu. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 2018, 1: 27-31.
45. Polat O. *Tıbbi Uygulama Hataları:Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları*. 1. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2005: 117-121.
46. Saygın T, Keklik B. Tıbbi hata nedenleri üzerine bir araştırma: Isparta ili örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2014, 17: 99-118.
47. Leape LL, Lawthers AG, Brennan RA, Johnson WG. Preventing medical injury. *Quality Review Journal*, 1993, 19: 44-49.
48. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, 2009,84:1-9.
49. World Health Organization. *Patient Safety Research: A Guide for Developing Training Programmes*. Switzerland, WHO Press, 2012: 30.
50. Çakmak KM, Teleş M. Türkiye ulusal güvenlik raporlama sistemi üzerinden tıbbi hataların değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2018, 21: 423-448.



51. Aygin D, Cengiz H. İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2011, 45: 110-114.
52. World Health Organization. The Third Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>. 12 Ağustos 2019.
53. Kuğuluoğlu S, Çöveren Ç, Tanır MK, Aktaş E. İlaç uygulamalarında hemşirenin mesleki ve yasal sorumluluğu. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2: 86-93.
54. Yüce ZT, Alp E. Infection control bundles for the prevention of hospital infections. *Mediterranean Journal of Infection Microbes and Antimicrobials*, 2016, 5:12-18.
55. T.C. Sayıştay Başkanlığı. Hastane Enfeksiyonları ile Mücadele :Performans Denetimi Raporu, 2007: 18-25.
56. Aşcıoğlu S. Hastane enfeksiyonları. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 2007, 64: 1-3.
57. Ağırbaş İ, Akbulut Y, Azap A, Çiftçi E, Önder Ö, Payzıner P. Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonların maliyet analizi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2015, 68: 72-76.
58. Yüce A. *Hastane Enfeksiyonları*, 1 Baskı. İzmir, Güven Kitapevi, 2009: 27-29.
59. Öztürk FÖ. Hastane enfeksiyonları ve izolasyon önlemleri. <https://acikders.ankara.edu.tr/course/view.php?id=627>. 28 Nisan 2019.
60. Bulut A, Şengül H. Sağlık hukuku yönünden hastane enfeksiyonlarının değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 2018, 5: 275-283.
61. Şardan YÇ. Yoğun bakım ünitesi enfeksiyonlarının izlemi, kontrolü ve korunma. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2002, 2: 16-25.

62. Oğuz B, Kurutkan MN. Hastane kaynaklı enfeksiyonları azaltmanın altın kuralı el hijyeni: kamu ve özel hastane karşılaştırması. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2013, 5: 36-42.
63. Mankan T, Kaşıkçı MK. Hemşirelerin hastane enfeksiyonlarını önlemeye ilişkin bilgi düzeyleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 4: 11-16.
64. Candaş B, Gürsoy A. Cerrahide hasta güvenliği: güvenli cerrahi kontrol listesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2015, 3: 40-50.
65. Nagpal K, Watts A. An evaluation of information transfer through the continuum of surgical care: a feasibility study. *Annals Of Surgery*, 2010, 2: 402-407.
66. Steelman VM, Graling PR. Top 10 patient safety issues: what more can we do? *Association of Perioperative Registered Nurses journal*, 2013, 97: 679-701.
67. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-HS, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MC. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360: 491-499.
68. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. *Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi*. 2 Baskı. Ankara, 2015: 9-12.
69. Barry D, Weiss M. *Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand*. 2<sup>nd</sup> ed. Newyork, American Medical Association Foundation Press, 2007: 5-8.
70. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, sayı: 27897, 6 Nisan 2011.
71. Berke D, Aslan FE. Cerrahi hastalarını bekleyen bir risk: düşmeler, nedenleri ve önlemler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13: 72-77.
72. Çapacı K. İnmede düşme ve kırıklar. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2007, 53: 7-10.

73. Evans D, Hodgkinson B, Lambert L, Wood J. Falls risk factors in the hospital setting: a systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 2001, 7: 38-45.
74. Çeçen D, Özbayır T. Cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastalarda düşme riskinin belirlenmesi ve düşmeyi önlemeye yönelik yapılan girişimlerin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2011, 27: 11-23.
75. Hendrich A. Inpatient falls: lessons from the field. *Patient safety and Quality Healthcare Journal*, 2006, 3: 26-30.
76. Sulla SJ, Myler E. Falls prevention at mayo clinic rochester: a path to quality care. *Journal of Nursing Care Quality*, 2007, 22: 138-144.
77. Bulut S, Türk G, Şahbaz M. Hemşirelerin hasta düşmelerini önlemeye yönelik uygulamalarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 16: 163-169.
78. Uysal H. Kritik durumdaki hastanın transferi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2010, 1: 8-12.
79. Bodur HA. Kritik hastanın transportu. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2005, 5: 36-41.
80. Ersoy EO, Öcal S, Öz A, Yılmaz P, Arsava B, Topeli A. Yoğun bakım hastalarında bası yarası gelişiminde rol oynayabilecek risk faktörlerinin değerlendirmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2013, 4: 9-12.
81. Shai E, Dassen T, HalfensIncidence R. Prevention and treatment of pressure ulcers in intensive care patients: a longitudinal study international. *International Journal of Nursing Studies*, 2009, 46:413-421.
82. Saygın H. Basınç yaralarında hemşirelik yönetimi. *İç Hastalıkları Dergisi*, 2008, 15: 141-144.

83. Eskes A, Maaskant JM, Holloway S, Dijk Nv, Ubbink DT, Vermeulen H. Competences of private wound care nurses: *Wound Care Journal*, 2014, 11: 1-9.
84. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Değişiklik. T.C.Resmi Gazete, sayı: 27910, 19 Nisan 2011.
85. Seys D, Scott S, Wu A, Gerven EV, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 2013, 50: 678-687.
86. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *The Journal of the American Medical Association*, 2003, 289: 1001-1007.
87. Gerven EV, Bruyneel L, Euwema M, Senmeus W, Vanhaecht K, Panella M. Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. *British Medical Journal*, 2016, 47: 383-393.
88. Wu AW. The doctor who makes the mistake needs help too. *British Medical Journal*, 2006, 320: 726-727.
89. İntepeler ŞS, Dursun M. Tibbi hatalar ve tibbi hata bildirim sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15: 129-135.
90. Robertson JJ, Long B. Suffering in silence: medical error and its impact on health care providers. *The Journal of Emergency Medicine*, 2018, 54: 402-409.
91. Battard J. Nonpunitive response to errors fosters a just culture. *Nursing Management Journal*, 2017, 48: 53-55.
92. Karsh BT, Escoto KH, Beasley JW, Holden RJ. Toward a theoretical approach to medical error reporting system research and design. *Applied Ergonomics Journal*, 2006, 37: 283-295.

93. Cohen MR. Why error reporting systems should be voluntary. *British Medical Journal*, 2000, 18: 728-729.
94. Zencirci AD. Hemşirelik ve hatalı tıbbi uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 2010, 12: 67-74.
95. Hughes RG, Clancy CM. Complexity, bullying, and stress: analyzing and mitigating a challenging work environment for nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 2009, 24: 180-183.
96. Fulbrook P, Mooney S. Care bundles in critical care: a practical approach to evidence-based practice. *Nursing in Critical Care Journal*, 2012, 8: 249-255.
97. Elston DM, Stratman E, Jahangir HJ, Watson A, Swiggum S. Opportunities for improvement in patient safety. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2009, 61: 193-205.
98. Türk Hemşireler Derneği. Hemşireler için Etik İlke ve Sorumluluklar. <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yayinlar/thd-yayinlari/brosurler-ve-raporlar/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar.aspx>. 22 Temmuz 2019.
99. Türk Tabipler Birliği. *Hekimlik Mesleği Etik Kuralları*. 1. Baskı. Ankara, Meteksan Anonim Şirketi, 2012: 7-10.
100. Dikmen YD, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 1: 44-56.
101. İntepeler ŞŞ, Soydemir D, Güleç D. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 30: 1-13.
102. Şahin D, Faikoğlu R, Şahin İ, Gökdoğan MR, Yaşar S, Alparslan N, Dereli E, Faikoğlu G. Hemşirelik bakım standartlarını uygulama/izleme yetersizliği. *Adli Tıp Bülteni*, 2014, 19: 100-104

103. Sorra JS, Nieva VF. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in health care organizations. *Quality & Safety in Health Care Journal*, 2003, 12: 117-123.
104. Bodur S. Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International Journal for Quality in Health Care*, 2009, 21: 348-355.
105. Göz F, Kayahan M. Hemşirelerin çalıştıkları kurumlardaki hasta güvenliği kültürünü değerlendirmeleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2011, 8: 44-50.
106. Oksay A, Kılınç M, Sayhan M. Sağlık çalışanlarında hasta güvenliği kültürü algısının değerlendirilmesi üzerine bir araştırma. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2018, 19: 455-476.
107. Özdemir H. Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar'da Bir Uygulama. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2014.
108. Muftawu M. Hasta Güvenliği Kültürünün Belirlenmesi: Gana'da Bir Eğitim Hastanesi Uygulaması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2017.
109. Dönmez B. Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi : Sivas Numune Hastanesi Örneği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2017.
110. Gündoğdu SK. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılanmasının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2010.

111. Çiftlik EE, Kesmezacar Ö, Kurt M, Kesgin V, Özkan S, Çoban D, Abalı Y. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Devlet Hastanelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılaması. İçinde: Kırılmaz H (editör). *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, 1 Baskı. Ankara, Baydan Ofset, 2010: 3-11.
112. Yalçın Ş, Acar A. Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi. İçinde: Kırılmaz H (editör). *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, 1 Baskı. Ankara, Baydan Ofset, 2010: 12-19.
113. Atan ŞÜ, Dönmez S, Duran ET. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2013, 21: 172-180.
114. Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanmasını. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 5: 152-156.
115. Güler S. Özel Bir Hastanede Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Algısının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2014.
116. Korkmazer F, Yıldız A, Ekingen E. Sağlık personeli hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2016, 4: 141-154.
117. Teleş M. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ile Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2011.

118. Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang CC. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 2013, 25: 213-221.
119. Çakır A. Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.
120. Atan ŞÜ, Dönmez S, Duran ET. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün incelenmesi. *Dergi Park Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2013, 21: 172-180.
121. Famolaro T, Yount N, Burns W. Agency for Healthcare Research and Quality, Hospital Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report. 2016: 1-72.
122. Fujita S, Seto K, Ito S, Wu Y, Huang CC, Hasegawa T. The characteristics of patient safety culture in japan, tiwan and the uited sates. *BMC Health Services Research Journal*, 2013, 13: 20-25.
123. Altındış S. Sağlık hizmetlerinde olay raporlama ve hasta güvenliğine etkileri. *Sağlıkta Kalite ve Performans Dergisi*, 2010, 1: 17-30.
124. Çakır A, Tütüncü Ö. *İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı. Uluslar Arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongre Kitabı*. 1 Baskı. Antalya, Turunç Matbaacılık, 2009: 189-205.
125. Akman AB. Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2010.



126. Karamanoğlu AY, Özer FG, Tuđđu A. Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 2009, 14: 12-17.
127. Karayurt Ö, Damar HT, Bilik Ö, Özdöker S, Duran M. Ameliyathanede hasta güvenliği kùltürünün ve güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 1: 16-23.
128. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kùltürünü Algılama Düzeyleri ve Hasta Güvenliği Uygulamaları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2009.

## EKLER

### EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
<b>Adı Soyadı:</b>	Candan Doğan
<b>Doğum tarihi:</b>	15.05.1995
<b>Doğum Yeri:</b>	Erzincan
<b>Medeni Hali:</b>	Bekâr
<b>Uyruğu:</b>	T.C.
<b>Adres:</b>	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM
<b>Tel:</b>	0542 727 08 57
<b>Faks:</b>	-
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:dogancandan70@gmail.com">dogancandan70@gmail.com</a>
Eğitim	
<b>Lise:</b>	Erzincan Anadolu Lisesi (2009)
<b>Lisans:</b>	Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi (2013-2017)
<b>Yüksek lisans:</b>	Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı(2017-)
<b>Doktora:</b>	
Yabancı Dil Bilgisi	
<b>İngilizce:</b>	Orta
<b>Almanca:</b>	-
<b>Rusça:</b>	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	

## EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

**ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU**

Yüksek Lisans Tezi olarak Prof. Dr. Mehtap TAN danışmanlığında sunulan “Dahili Klinik Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Belirlenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	12	15
Genel Bilgiler	10	30
Materyal ve Metod	35	35
Bulgular	10	10
Tartışma	14	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 02 / 09/ 2019

Candan DOĞAN

**Öğrenci Adı-Soyadı**

**İmza**



Prof. Dr. Mehtap TAN

**Danışman Adı-Soyadı**

**İmza**



\* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve ..... sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve ..... sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

## EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



### ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı:2018-12/14

Tarih: 05.12.2018

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Mehtap TAN, Candan DOĞAN isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “**Dahili Klinik Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Belirlenmesi**” başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI  
Başkan

Prof. Dr. Duygu ARIKAN  
Üye

Prof. Dr. Neziha KARABULUT  
Üye

Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR  
Üye

Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ  
Üye

## EK-4. KURUM İZİNİ



T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : 45361945-300-E.1900017462  
Konu : Uygulama İzni ( Candan DOĞAN)

16.01.2019

### ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞINA

İlgi : 14.01.2019 tarihli ve 88179374-300-E.1900013230 sayılı belge.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Candan DOĞAN'ın “Dahili Klinik Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Belirlenmesi” konulu tez çalışmasını 01.03.2019-01.09.2019 tarihleri arasında hastanemiz dahili klinik hemşirelerinde yapma talebi uygun görülmüştür. Araştırma tamamlandıktan sonra sonuçlarının rapor olarak kurumumuza bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim

Prof.Dr. Ali ŞAHİN  
Başhekim

Ataturk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü 25040  
Yakutiye/ERZURUM  
Tel: +90 442 3446666  
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#birim=saglik-arastirma-ve-uygulama-merkezi>

Kep Adresi: [atauni@hs01.kep.tr](mailto:atauni@hs01.kep.tr)

Bilgi: Dilek KILIÇ  
Faks: +90 442 2361301  
E-Posta: [hastane@atauni.edu.tr](mailto:hastane@atauni.edu.tr)



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
<https://ubys.atauni.edu.tr/ERMS/Record/Confirmation/Confirmation?code=B918D77>

## EK-5. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.)Cinsiyetiniz

Erkek Kadın

2.)Yaşınız:.....

3.)Medeni durumunuz

Bekar Evli Ayrı yaşıyor

4.)Eğitim durumunuz

Lise Önlisans Lisans Lisansüstü

5.)Çalıştığınız Birim:.....

6.)Çalıştığınız birimdeki göreviniz nedir?

Servis Hemşiresi Sorumlu Hemşire Birim Sorumlusu

7.)Kaç yıllık mesleki deneyime sahipsiniz?.....

8.)Mesleğinizden memnun musunuz?

Evet Hayır

9.)Haftada kaç saat çalışıyor sunuz?

40 saati geçmiyor 40-49 saat 50 saatten fazla

10.)Ağırlıklı olarak çalışma saatleriniz hangi şekildedir?

08-16 16-08 08-24 08-08

11.)Hasta güvenliği hakkında yayınlanan yayınlar ve yapılan çalışmalarını takip ediyor musunuz?

Evet Hayır

12.)Çalıştığınız birimde hasta güvenliğini sağlamak adına yapılan uygulamalardan haberdar mısınız?

Evet Hayır

13.) Çalıştığınız kurum tarafından hasta güvenliğine yönelik eğitime tabi tutuldunuz mu?

Evet Hayır

14.)Meslek hayatınız boyunca hasta güvenliğini olumsuz etkileyen bir uygulama ile karşılaştınız mı?

Evet Hayır

15)Kemoterapi ve yüksek riskli ilaçların uygulanmasında sözlü/telefon talimatı kabul ediyor musunuz?

evet hayır

16)Sözlü/telefon talimatı alırken konuyla ilgili formu doldurmaya özen gösteriyor musunuz?

evet hayır

17)Çalıştığınız birimde yüksek riskli ilaçların kilitli dolapta muhafaza edilmesine özen gösteriliyor mu?

evet hayır

18)Hasta güvenliği kültürünün oluşmasına engel olan faktörler neler olabilir?(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

1. Hatalı kişi arama çabasının hasta güvenliği veri elde etmesini zorlaştırması
2. Hataların açıkça tartışılması konusunda çalışanların endişeleri
3. Gizli bir hatadansa açık bir hata aramaya eğilim
4. Hastaya odaklanmamış bir kalite sistemi

## EK-6. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ HASTANE ANKETİ

**Yönlendirme:** Bu ankette size hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama konusunda sorular sorulmaktadır.

*“Olay”, hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın yapılan bir hata, yanlış veya kaza olarak tanımlanmaktadır.*

*“Hasta güvenliği”, sağlık bakım hizmetleri verilirken hastanın yaralanması veya istenmeyen olayların ortaya çıkmasını önleme dir.*

**BÖLÜM A: Çalıştığınız Birim** (Lütfen yazınız).....

Lütfen **çalışma biriminizle ilgili olarak** aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmı- yorum ▼	Katılmı- yorum ▼	Ne Karılırim Ne Katılmam ▼	Katılıyorum ▼	Kesinlikle Katılıyorum ▼
1. Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Bu bölümde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Yapılan hatalar bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



15. Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
16. Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
17. Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
18. Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## **BÖLÜM B: Yöneticileriniz/supervisor**

**Yönetici/supervisor veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz.**

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılım Ne Katılmam	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## **Bölüm C: İletişim**

**Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor?**

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6. Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## **BÖLÜM D: Raporlanmış Olayların Sıklığı**

**Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda ne sıklıkla rapor ediliyor?**

	Hiçbir zaman ▼	Nadiren ▼	Bazen ▼	Çoğu zaman ▼	Her zaman ▼
1. Bir hata yapıldığında ancak <i>hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde</i> ne sıklıkla rapor ediliyor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Bir hata yapıldığında ancak <i>hastaya zarar verme potansiyeli olmadığına</i> ne sıklıkla rapor ediliyor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. <i>Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen</i> bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### **BÖLÜM E: Hasta Güvenliği Derecesi**

Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	B	C	D	E
Mükemmel	Çok iyi	Kabul edilebilir	Zayıf	Başarısız

### **BÖLÜM F: Hastaneniz**

Hastaneniz ile ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum ▼	Katılmıyorum ▼	Bilmiyorum ▼	Katılıyorum ▼	Kesinlikle Katılıyorum ▼
1. Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### **BÖLÜM G: Raporlanan Olay Sayısı**

**Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?**

- a. Hiç  d. 6-10 olay raporu  
 b. 1-2 olay raporu  e. 11-20 olay raporu  
 c. 3-5 olay raporu  f. 21 ve üzeri olay raporu

## **BÖLÜM H: Kişisel bilgiler**

1. Kaç yıldır **bu hastanede** çalışıyorsunuz? .....

2. **Su anda çalıştığınız birimde** kaç yıldır çalışıyorsunuz? .....

3. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?  a. 40 saati geçmiyor  b. 40-49 saat  c. 50 saatten fazla

4. Hastanedeki göreviniz nedir? Pozisyonunuzu en iyi tanımlayan **sadece BİR cevabı** işaretleyiniz

- a. Kadrolu Hemşire  e. Uzman Doktor/Öğretim Üyesi  
 b. Sözleşmeli Hemşire  d. Uzmanlık Öğrencisi  
 c. Pratisyen Doktor  j. Diğer.....

5. Bulduğunuz görevde genellikle hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde misiniz?

- a. EVET  b. HAYIR

6. Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz? .....

## **BÖLÜM I: Yorumlarınız**

Lütfen hastaneniz '**hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama**' konularındaki düşünce/yorumunuzu yazınız.

**Hasta güvenliği:**

**Tıbbi hatalar:**

**Olay/hata raporlama:**