

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Merve Sinem KART

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Serap TORUN**

ADANA-2021

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Merve Sinem KART

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Serap TORUN

ADANA-2021

KABUL ve ONAY



ETİK BEYANI



TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın her aşamasında değerli bilgi ve katkılarıyla yoluma ışık tutan, sabrı ve içtenliğiyle yardımlarını esirgemeyen saygıdeğer danıőmanım Dr. Öğretim Üyesi Serap TORUN'a teşekkür ederim. Çocukluğumdan itibaren örneğ aldığım, çalıőkanlıęına ve azmine hayran olduğum sevgili teyzem Havva HALAÇELİ METLİÖĞLU'na, tezimin tamamlanması sürecinde beni yüreklendiren ve manevi desteklerini eksik etmeyen tanıdığım en güçlü kadın; anneme ve son olarak kız kardeőime en derin teőekkürlerimi sunuyorum. Hayatıma dokunan bu güçlü kadınlara minnettirim.



İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

KABUL ve ONAY	ii
ETİK BEYANI	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hasta Güvenliği Kavramı	3
2.2. Hasta Güvenliği ile İlgili Kavramlar	5
2.3. Hasta Güvenliğinin Amacı ve Önemi	6
2.4. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi	8
2.5. Hasta Güvenliğini Etkileyen Hatalar	9
2.6. Hasta Güvenliğini İyileştirme	10
2.7. Tıbbi Hata	11
2.8. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması	13
2.9. Tıbbi Uygulama Hatalarının Boyutları	16
2.10. Hasta Güvenliği Kültürü	17
2.11. Hasta Güvenliği Kültürünün Özellikleri	19
2.12. Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Bireylerin Rolü	21
2.13. Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	23

3.5. Veri Toplama Araçları	24
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	24
3.5.2. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği	24
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
3.8. Etik Kurul Onayı ve İzinler	25
4. BULGULAR	27
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	27
4.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarına İlişkin Bulgular	29
4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	33
4.4. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyona Ait Bulgular	42
5. TARTIŞMA	43
5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	43
5.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	45
5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	49
6. SONUÇ	53
KAYNAKLAR	55
EKLER	64
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	64
Ek 2. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği	65
Ek 3. Etik Kurul Onayı	66
Ek 4. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumun Resmi İzin Yazısı.....	67
Ek 5. Anket Kullanım İzni	68
ÖZGEÇMİŞ	69

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 3.1. Araştırma Uygulama Süreci.....	26
Şekil 4.1. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalara Yönelik Ölçümlere Ait Bulguların İncelenmesi	29



ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Çizelge 2.1. Hasta Güvenliğini Etkileyen Faktörler ⁴³	10
Çizelge 2.2. Tıbbi Hataların Olası Nedenleri ⁵¹	14
Çizelge 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	28
Çizelge 4.2. Hasta Güvenliği Tutumu Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları İle Güvenirlik Değerlerinin İncelenmesi.....	29
Çizelge 4.3. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Alt Boyut İfadelerinin Puan Ortalamaları	31
Çizelge 4.4. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi Sonuçları	33
Çizelge 4.5. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımı	36
Çizelge 4.6. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları İle Değişkenler Arasındaki Farklılıkların Dağılımı (İkiden Fazla Grup Analizleri).....	41
Çizelge 4.7. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Dağılımı	42

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AORN	: Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HGT	: Hasta Güvenliği Tutum
ICN	: Uluslararası Hemşireler Birliği
IOM	: Amerikan Tıp Enstitüsü
ISO	: International Standards Organization
JCI	: Uluslararası Birleşik Komisyon
NPSF	: Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı
TDK	: Türk Dil Kurumu

ÖZET

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutumlarının Belirlenmesi

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılan bu çalışma, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde gerçekleştirilmiştir. Örneklem gücü analizi yapılarak belirlenen 204 hemşire dahil edilmiştir.

Çalışmada araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ile Sexton ve arkadaşları tarafından 2006 yılında geliştirilen, Baykal ve arkadaşları tarafından 2010 yılında Türkçe'ye uyarlanan Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği kullanılmıştır.

Çalışmada verilerin istatistiksel analizinde SPSS 23.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Bonferroni testleri analizi yapılmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $30,26 \pm 6,56$ yıl, %62,3'ünün kadın ve %74,5'inin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin hasta güvenliği tutum ölçek toplam puan ortalaması $139,65 \pm 18,54$, ve alt boyut puan ortalamaları iş doyumunu $33,91 \pm 8,95$, ekip çalışması $30,14 \pm 6,96$, güvenlik iklimi $12,4 \pm 3,39$, yönetim anlayışı $22,57 \pm 3,41$, stresi tanımlama $16,82 \pm 1,88$, çalışma koşulları $23,78 \pm 2,70$ olarak bulunmuştur. Çalışmada ölçeğin güvenirlik katsayısı 0,881 olarak bulunmuştur ve iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları güvenilirlik kat sayıları ise 0,711 ve 0,883 aralığında olup oldukça güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmanın sonucunda kadın hemşirelerin erkek hemşirelere; evli olanların bekarlara göre; tıbbi hata raporlamayanların raporlayanlara göre; stresi tanımlama ve çalışma koşullarında daha hakim oldukları sonucuna varılmıştır. Hasta güvenliği eğitimi almayanların alanlara; kurum içinde yeterli eğitim almayanların alanlara; raporlama yapmayanların yapanlara göre ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı ölçek alt boyutlarında daha yüksek ortalamaya sahip oldukları saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Hemşire, Hasta, Hasta Güvenliği

ABSTRACT

Determination of Intensive Care Nurses Patient Safety Attitudes

This descriptive study was carried out in intensive care units of Adana City Training and Research Hospital in order to determine patient safety attitudes of nurses working in intensive care. 204 nurse which were determined by performing sampling power analysis were included.

In the study, Personal Information Form prepared by the researcher and Patient Safety Attitude Scale developed by Sexton et al. In 2006 and adapted to Turkish in 2010 by Baykal et al.

SPSS 23.0 package program was used for statistical analysis of the data in the study. In the evaluation of the data, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Bonferroni tests were analyzed.

It was determined that the average age of the nurses participating in the study was 30.26 ± 6.56 years, 62.3% of them were women and 74.5% of them were undergraduate. Patient safety attitude total scale mean score of nurses is 139.65 ± 18.54 , and sub-dimension mean score is 33.91 ± 8.95 , teamwork 30.14 ± 6.96 , safety climate 12.4 ± 3.39 management understanding was found to be 22.57 ± 3.41 , definition of stress as 16.82 ± 1.88 , and working conditions as 23.78 ± 2.70 . In the study, the reliability coefficient of the scale was found to be 0.881, and it was found to be quite reliable in the sub-dimensions of job satisfaction, teamwork, safety climate, management understanding, definition of stress and working conditions.

As a result of the study, female nurses to male nurses; those who are married compared to singles; According to those who did not report medical errors; It was concluded that they were more dominant in defining stress and working conditions. Those who do not receive patient safety training; Those who do not receive adequate training within the institution; It was determined that those who did not report had a higher average in the sub-dimensions of the scale of teamwork, safety climate and management understanding compared to those who did.

Keywords: Nurse, Patient, Patient Safety

1. GİRİŞ

Çağdaş sağlık hizmeti anlayışı; hasta odaklı, etkili, güvenli, zamanında verilen verimli ve herkese sunulan hizmet olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bu anlayışta sunulması sağlık kurumlarının temel hedefini oluşturmaktadır.¹ Hastaların haklarını öğrenerek gerekeni talep etmeleri ve sağlık hizmetlerindeki gelişmenin sürekliliği nedeniyle sağlık hizmeti sunumundaki çeşitlilik artmaktadır. Bu nedenle sağlıkta kalite ve hasta güvenliğini önemli bir hale gelmektedir.²

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelebilecek hataların engellenmesi ve bu hatalardan kaynaklı zararların giderilmesi olarak tanımlanmaktadır.³ Diğer bir tanıma göre hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunan sağlık personellerinin ve kurumların hasta ve sağlıklı bireylerin güvenliğini olumsuz etkileyebilecek faktörleri önceden tahmin ederek bunları engellemeleri ve ortadan kaldırmalarıdır.⁴ Hasta güvenliğinde amaç; sağlık hizmeti alan hasta ve yakınlarını, sağlık personellerini psikolojik ve fiziki yönden olumlu etkileyecek bir ortam sağlamaktır.⁵⁻⁷ Bu amaç doğrultusunda TC. Sağlık Bakanlığı'nca yayınlanan "Hizmet Kalite Standartları"nın içinde "Hasta ve Çalışan Güvenliği" başlığı altında hasta güvenliğine ilişkin standartlar yer almaktadır. Bu standartlar Uluslararası Ortak Komisyon (Joint Commission International/JCI) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ/WHO) belirlediği "Hasta Güvenliği" hedeflerini içermektedir.^{8,9} Hasta güvenliği akreditasyonda önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık örgütlerinde ilk akreditasyon kurumu 1951 yılında American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association ve Canadian Medical Association'ın katılımları ile oluşturulmuştur.¹⁰ Akreditasyonun göstergesi olan International Standards Organization (ISO) sertifikasyonu bir ürünün müşterinin istekleri doğrultusunda oluşturulmuş bir kalite sistemi olup süreçler üzerine yoğunlaşmaktadır. Akreditasyonsa hastalara ve çalışanlara verilen hizmetin geliştirilerek bakım kalitesini arttırmayı amaçlamakta olup altyapı ve klinik servislere odaklanmaktadır.¹⁰ Hasta güvenliği günümüzde de sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesi kapsamında güncelliğini ve önemini korumaktadır.¹¹

Sağlık hizmetlerinin sunumunda temel ilkeyi hasta güvenliği oluşturmaktadır.¹² Yüksek gelirli ülkelerin çoğunda sağlık hizmeti sunarken önemli sayıda hastanın zarar gördüğünü, kalıcı sakatlıklar yaşadığını, hastanede kalış süresinin uzadığını ve hatta

ölüme sebep olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.¹³ Düşük ve orta gelirli ülkelerde de durum farklı değildir, sağlık bakımında olumsuz pek çok faktörün birleşimi söz konusudur. Yetersiz bakım, kalabalık hastane ortamı, temel ekipman eksikliği, kötü hijyen ve yetersiz sanitasyon güvenli hasta bakımını olumsuz yönde etkileyen faktörlerdendir. Hasta güvenliğinin sağlanması sadece bir ülkede değil, tüm dünyada önem arz eden bir konudur.⁹ Ülkelerin sağlık sistemleri farklı olsa da hasta güvenliğine yönelik birçok sorunun benzer nedenleri ve çözümleri bulunmaktadır. Güvensiz ve düşük kaliteli hizmetler, sağlık hizmeti alanların zarar görmesine neden olabilmektedir. İnsanları güvenli bir ortamda tedavi etmek, onları sağlıkla ilgili önlenebilir zararlardan korumak, ortak ulusal ve uluslararası çaba gerektiren bir öncelik olmalıdır.⁸

Güvenli bakım sunmak; hastane ve hasta kaynaklı hızlı değişimlerin yaşandığı durumlarda, acil müdahale gerektiren süreçlerin ortaya çıkmasında ve kriz durumlarında en önemli konulardan biridir. Bu durumlarda yanlış yapma riski daha fazla olabilmektedir. Her yıl çok sayıda hasta, güvensiz ve kalitesiz sağlık hizmeti nedeniyle önlenebilir yaralanmalara maruz kalmaktadır.⁹ Hasta güvenliği konusundaki en önemli zorluk, tedavi ve bakım esnasında hastalara verilen zararın, özellikle de önlenebilir zararın nasıl önüne geçileceği ile ilgilidir.

Sağlık hizmetini yüksek kalitede sunmak için her hastanın güvenliğine en yüksek seviyede dikkat edilmelidir.⁸ Ancak sağlık profesyonelleri hastaya yönelik karar almaları gereken durumlarda kimi zaman personel/araç gereç yetersizliği, çevresel ve kişisel birçok olumsuz etkene maruz kalmaktadır. Bu durum klinik uygulamalarda hataya sebep olabilmekte ve hasta güvenliğini tehlikeye sokabilmektedir. Hastanın gördüğü zarar yatış süresinin uzaması gibi telafisi olan durum olabildiği gibi ölüme kadar giden ve telafisi olmayan durumlarla da sonuçlanabilmektedir. Hastanın bakımından sorumlu olup, onunla daha yoğun zaman geçirmek durumunda kalan hemşirelerin hasta güvenliğinin sağlanmasında sorumlulukları da oldukça fazladır. Tıbbi hatalardan kaynaklanan zararın en aza indirilmesi, hasta güvenliğini tehdit eden durumların takip edilerek ve kayıt altına alınarak hasta güvenliği bilincinin oluşmasıyla sağlanabilmektedir. Bu nedenle hizmetin kalitesini belirleyici unsurların başında yer alan bakımı veren hemşirelerden sorumluluklarını yerine getirirken hasta güvenliği kültürüne uygun tutum sergilemeleri beklenmektedir. Bu bağlamda yapılan bu çalışmada; yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarını belirlemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği Kavramı

Hasta güvenliği, yüksek kaliteli sağlık bakım hizmetinin merkezindedir. Sağlık hizmetinin karmaşıklığı ve insanın hata yapma eğilimi hasta güvenliğinin sürdürülmesinde devam eden bir zorluktur.¹⁴ Corina ve arkadaşları (2019) yaptıkları çalışmada hasta güvenliğinin dikkate alınmaması durumunda; klinisyenlerin bakım ve uygulamalarının etkisiz kalabildiğini bildirmişlerdir.¹⁵

Son yıllarda, hasta güvenliği konusu, çoğu ülkede sağlık politikalarında ve sağlık uygulamalarında önemli bir konu haline gelmiştir.¹⁶ Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) hasta güvenliği kavramını “hastalara olan zararın önlenmesi” olarak belirtirken, Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation/NPSF) hasta güvenliğini “sağlık hizmeti sunarken; hastalarda oluşabilecek zararı ve önlenebilir ölüm oranlarını azaltarak bakımın sürekli ve daha güvenli hale getirilmesi” olarak tanımlamaktadır.^{17,18} Bir başka deyişle hasta güvenliği hastalar için olumsuz sonuçlar doğurabilecek tüm olayların önlenmesidir.¹⁹ Sağlık hizmetlerinin temel felsefesinin “öncelikle zarar verme” (Primum nonnocere) olması nedeniyle hasta güvenliğindeki amaç; hastaya hem fiziksel hem de psikososyal olarak güven ortamını sağlamaktır.¹⁸

Sağlık, tüm ülkeler için bir önceliktir ve tıbbi hatalar, sağlık çalışanları ve hastalar üzerinde olumsuz etkiye sahiptir.²⁰ Temel insan hakları ve etik ilkelere birisi “ilk önce, zarar verme” ilkesidir ve sağlık bakım hizmeti sunumunda hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak kaliteli sağlık bakım hizmeti sunumunda temel önceliktir.^{21,22} Acil servisler hasta güvenliği açısından yüksek risk oluşturan birimlerdir ve bu birimlerde yoğun bir tempoda çalışılmaktadır. Bu nedenle acil servislerdeki sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleyen unsurlardan bir tanesi hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği, hasta bakımının temel ilkelerinden biridir ve sağlık kalitesinin kritik bir bileşeni olarak kabul edilmektedir.²⁰ Hasta güvenliği “hastane bakım sürecindeki olumsuz sonuçları veya yaralanmaları önleme, advers olayları iyileştirme veya hafifletme” olarak tanımlanmaktadır. Hasta güvenliği kültüründeki ortak eksiklikler; yetersiz iletişim, liderlik, ekip çalışması ve güvenlik süreçleri konusunda yetersiz bilgilendirmeler, advers olayların analizlerindeki ve raporlamada ki eksikliklerini içermektedir.^{15,21}

Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'na (2000) göre; hasta güvenliği aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanabilir;¹⁷

- Hasta güvenliği, temel olarak sağlık hizmetlerinden kaynaklanan olumsuz sonuçların veya yaralanmaların önlenmesi ve iyileştirilmesi ile ilgilidir. Sürekliliği, “hata” ve “sapmalar” olarak adlandırılabilirlerden “kaza” olarak tanımlayan olayları ele almaktadır.
- Güvenlik, sistem bileşenlerinin etkileşiminden ortaya çıkar. Olumsuz sonuçların yokluğundan daha fazlasıdır ve tanımlanabilir “önlenebilir” hatalardan veya olaylardan kaçınmadan daha fazlasıdır. Güvenlik; kişi, cihaz veya bölümlerde bulunmamaktadır. Güvenliği geliştirmek, güvenliğin bileşenlerin etkileşimlerinden nasıl ortaya çıktığını öğrenmeye bağlıdır.
- Hasta güvenliği “bakım kalitesi” ile ilgilidir, ancak iki kavram eş anlamlı değildir. Güvenlik, kalitenin önemli bir alt kümesidir. Bugüne kadar kalite güvencesi, sürekli kalite iyileştirme, toplam kalite yönetimi vb. gibi kaliteyi yönetecek faaliyetler, hasta güvenliği konularına yeterince odaklanmamıştır.

Sağlık sektöründeki hatalar; kimlik tanılama, düşmelerin önlenmesi, düşme riski değerlendirilmesi, hasta transferi, acil durum kodları, hastanın bilgilendirilmesi, tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması, engelli hastalara yönelik uygulamalar, iletişim kaynaklı hataların önlenmesine yönelik uygulamalar, güvenlik raporlama sistemi (olay bildirimleri), yanlış malzeme kullanımı, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi olarak belirtilmektedir.²³ IOM temel olarak güvenli bakım sağlamanın gerekliliği olarak, tüm çalışanların işyerinde güvenlik kültürüne bağlılığının olması gerektiğini belirtmektedir.²¹ Avrupa Komisyonu tarafından desteklenen bir konferansta, DSÖ, her yıl dünya çapında önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle yaklaşık 10 milyon insanın yaralandığını veya öldüğünü belirtmiş, 2010 yılında “Güvenli cerrahi hayat kurtarır” sloganı ile sağlık çalışanlarının bu konuya daha fazla odaklanmaları istenmiş ve DSÖ bu konuda daha fazla önlem alınması gerekliliği çağrısında bulunmuştur.^{19,20}

Hasta güvenliği açısından hemşirelik hizmetlerinde sık karşılaşılan hataların başında; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, yetersiz izlem, iletişim sorunları ve malzeme kullanımına bağlı hataların geldiği belirtilmektedir.²⁴ Hasta güvenliği

çalışmalarına katkıda bulunan IOM tarafından 2000 yılında “To Err is Human: Building a Safer Health System” adlı rapor yayımlanmıştır.²⁵ Bu raporda;

- Sağlık hizmetlerinin sunumunda meydana gelen sorunların tıbbi hata, sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta güvenliği ve kalite problemi olduğu,
- Hasta güvenliğinin bir kavram olarak bu çerçevede değerlendirilmesinin gerekliliği,
- Mevcut sağlık uygulamalarının yeniden gözden geçirilip geliştirilmesi gerektiği,
- Sağlık bakımının her alanında nicelikten önce nitelikli ve kaliteli hizmet uygulamalarının bir kere daha düşünülmesinin önemi belirtilmiştir.¹⁴

Aynı zamanda 21. yüzyılda sağlık hizmetlerinde geliştirilmesi beklenen konular; güvenilir, etkili, kişi bazlı, zamanında ve herkese eşit hizmet anlayışıyla sağlık bakımı sunmak olarak belirlenmiştir.^{17,26}

2.2. Hasta Güvenliği ile İlgili Kavramlar

Hasta güvenliği kavramının giderek öneminin artmasıyla hasta güvenliğiyle ilgili uygulama ve fikir birliğine varabilmek için hasta güvenliği ile alakalı kavramlar aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır. Bunlar;

- **Hasta:** Sağlık hizmetlerini, kendi sağlığı ya da toplulukların sağlığını geliştirmek, sürdürmek, izlemek ya da iyileştirmek için aldığı hizmetler olarak tanımlanan kişidir.²⁷ Başka bir ifade ile kişi bu bakımı bekleyebilir, alabilir ya da almış olabileceği söylenebilir.
- **Sağlık bakımı:** Sağlığı geliştirmek, sürdürmek, izlemek veya iyileştirmek için bireyler veya toplumlar tarafından alınan hizmetleri kapsamaktadır.²⁷
- **Güvenlik kavramı:** Toplum yaşamında yasal düzenin aksamadan yürütülmesi, bireylerin korkusuzca yaşayabilmesi durumudur.²⁸ Güvenlik, gereksiz zarar riskini kabul edilebilir bir minimum düzeye indirmektir. Kabul edilebilir minimum düzey, verilen mevcut bilginin, eldeki kaynakların ve tedavi edilmeyen veya başka bir tedavi riskine karşı verilen bakımın sunulmasının toplu kavramlarına atıfta bulunmaktadır.²⁷

- **Tehlike:** Zarar verme potansiyeline sahip bir eylem olarak tanımlanmaktadır.²⁷
- **Olay:** Hastanın zarar görmesi şeklinde sonuçlanan durumdur.²⁷
- **Hata:** Bir eylemin planlandığı gibi yapılmaması veya yanlış bir planın uygulanmasıdır.²⁷
- **Zarar:** Vücudun yapısının veya işlevinin bozulması ve hastalık, yaralanma, acı, sakatlık gibi sağlığa zararlı bir etkinin olmasıdır.²⁷
- **Ters olay:** Gerekçeli bir tedaviden kaynaklanan beklenmeyen zararlardır.²⁷
- **İhlal:** Bir işlemin işleyişinden, standardından veya kuralından kasıtlı olarak sapma durumudur.²⁷
- **Risk:** Bir olayın meydana gelme olasılığıdır.²⁷

2.3. Hasta Güvenliğinin Amacı ve Önemi

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Ulusal Tıp Enstitüsü tarafından 1999 yılında yayınlanan raporda, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında oluşan tıbbi hatalara dikkat çekilmiş; kaliteli bir sağlık hizmetinin sağlanması ve sürdürülmesinde vazgeçilmez unsurun hasta güvenliği olduğu bildirilmiştir.²⁵ Uluslararası Hemşireler Birliği'nin (ICN) yayınladığı Hasta Güvenliği Durum Bildirgesi'nde, hasta güvenliğinin sağlanmasının kaliteli hemşirelik hizmeti sunumu süreçlerinde önemli olduğu vurgulanmıştır.²⁶

Hasta güvenliğinde temel amaç, sağlık hizmeti alan bireyleri ve sağlık personellerini fiziksel ve ruhsal olarak pozitif yönde etkileyecek bir ortam oluşturmak, sağlık hizmetini hastaya zarar vermeden sunmaktır.^{29,30}

Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI: The Joint Commission) hasta güvenliğinin amaçları ile ilgili standartları şu şekildedir;³¹

i. Hasta kimliği doğrulamalarını arttırmak: Hastanın kimliğinin yanlış belirlenmesi tanı ve tedavi sürecinin her aşamasında meydana gelebilmektedir.⁹ Sağlık hizmeti sunarken en az iki hasta tanımlayıcısı kullanılmalıdır, bu tanımlayıcılar; kişinin adı, kimlik numarası veya kişiye has bir özellik olabilmektedir. Hastanın oda numarası ve fiziksel yeri tanımlayıcı olarak kullanılmamalıdır. Bu eylemin amacı, hasta kimliği doğruluğu kontrolünü iki katına çıkarmak, yanlış hasta ve yanlış tedavinin önüne geçmektir.³¹

ii. Sağlık hizmeti sunanlar arasındaki iletişimin etkinliğini arttırmak: Testlerin ve tedavi sürecinin kritik sonuçları zamanında rapor edilmelidir bu da birimler arasındaki iletişim ile sağlanmaktadır.⁹ Testlerin ve tedavi sürecinin kritik sonuçlarını yönetmek için; testlerin ve tedavi sürecinin riskli sonuçlarının tanımı, sonuçları kimin kime rapor ettiği ve sonuçların rapor edilebilmesi için kabul edilebilir sürenin bilinmesi gereklidir.³¹

iii. İlaç kullanımının güvenliği arttırmak: Tüm ilaçlar, ilaç kapları ve solüsyonlar etiketlenmelidir. Etiketlenmemiş kaplardaki ilaçlar tanımlanamaz. Hatalar, orijinal kabından çıkan fakat etiketlenmemiş kaplara aktarılan ilaçlardan dolayı ortaya çıkar. Ayrıca sağlık çalışanları, ilaç adını, dozunu, amacını ve sıklığını bilmelidir. Hasta hastaneye yatırıldığında veya ayaktan tedavi olduğunda hastanın kullandığı ilaçlar hakkında bilgi alınmalı, hastanın kullandığı ilaçlar kesildiğinde, dozu değiştiğinde veya yeni ilaç eklendiğinde bilgilerin güncellenmesi gereklidir.³¹

iv. Klinik alarm sistemleri ile ilgili zararı azaltmak: Klinik alarm sistemleri, potansiyel hasta sorunları hakkında bakıcıları uyarmak için tasarlanmıştır fakat uygun şekilde yönetilmezlerse hasta güvenliğine olumsuz etkisi olabilmektedir.⁹ Hasta bakım alanlarının çoğunda çok sayıda alarm sinyali bulunur, gereksiz yere alarm sesi ile ortaya çıkan gürültü ve bu durumun tekrarlanması, sağlık çalışanlarında duyarsızlaşmaya, alarm sinyallerini yok saymaya hatta alarmı devre dışı bırakmaya neden olabilmektedir. Ayrıca alarm sinyali alınmadığında veya sistem arızalandığında hastalar için risk oluşmaktadır. Bu noktada sistemin doğru çalışması büyük önem arz eder. Önemli bir güvenlik sorunu teşkil eden klinik alarm sistemleri, sistematik, koordineli ve standart bir şekilde çalışmalıdır.³¹

v. Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyon riskini azaltmak: Her yıl sağlık kuruluşlarında bakım, tedavi ve hizmet alırken milyonlarca insan enfeksiyon kapmaktadır.⁹ Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar, her açıdan sağlık bakım organizasyonunu etkileyen hasta güvenliği sorunudur. El hijyeni, temas önlemleri, hasta bakım ekipmanlarının ve hastanın çevresinin temizlenmesi, dezenfekte edilmesi, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonların yayılmasını önlemek için temel stratejilerdir. Ayrıca personele eğitim verilmeli, periyodik risk değerlendirmeleri yapılmalı ve hangi hastaların izole edilmesi gerektiği belirlenmelidir.³¹

vi. Hasta popülasyonunda doğabilecek güvenlik risklerini tespit etmek: Tedavi öncesi ve sonrasında intihar riski taşıyan hastaların belirlenmesi, bu risk altındaki bireylerin korunmasında önemli bir adımdır. İntihar riskini artıracak veya azaltabilecek belirli hasta özelliklerini ve çevresel özellikleri tanımlayan risk değerlendirmeleri yapılmalı, hastanın tedavisi için en uygun ve güvenli ortam oluşturulmalı ve son olarak intihar riski taşıyan bir hasta taburcu olduğunda hastaya ve ailesine intihar önleme bilgileri verilmesi gerekmektedir.³¹

Hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre hastalarla daha yakın ilişkide olmalarının yanı sıra hasta bakımı ile doğrudan ilgilenmeleri ve birlikte daha uzun zaman geçirmeleri nedeniyle hasta güvenliği oluşturmada ve sürdürmede söz konusu rollerinin fazla olduğu bildirilmektedir.²⁴ Ertem ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada hasta güvenliği yetersizliği sonucu oluşan hatalı uygulamaların bireyler üzerinde % 49,4'ü ölüme, %31,4'ü sakatlığa, %13,4'ü genel durumun kötüleşmesine, %1,7'si ise bulaşıcı hastalığa neden olduğu belirtilmiştir. Ayrıca yapılan araştırma sonuçlarında hasta güvenliğinin yetersizliği ile bireylerin tedavisi için maddi yönden daha fazla harcama yaptığı, hastanede daha uzun yatması gereken sorunların ortaya çıktığı, bireyin psikolojik sorunlar yaşadığı, sağlık kurumuna ve sağlık personeline karşı güvensizliğe neden olduğu^{29,32-34} ve sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir.²⁰ Bu nedenle son dönemlerde sağlık hizmeti sunumlarında hasta güvenliği konularının önemi giderek artmıştır.²⁹

2.4. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetlerinin insanlığın doğuşundan itibaren var olması beraberinde hasta güvenliği kavramının da var olmasını getirmektedir.⁶ Eski Yunan'da Hipokrat ve onu izleyenler tarafından, hekim sorumluluğunun ilk temelleri ortaya atılmış, "tıp kurallarına uyulmama" kusur olarak kabul edilmiştir. Çağlar boyunca da kusur, hekim sorumluluğunda temel ve değişmez bir unsur olarak günümüze kadar gelmiştir.³⁵ Hindistan'da Manu ve Zoroastra Kanunları'nda, hekimin sorumluluğunun yine hekimlerden oluşan bir jüri tarafından saptanan kusura dayandırıldığı görülmektedir.³⁶ Mısır'da ise hekim, deney ve uygulamalara dayanan tıp kurallarına uymadığı zaman sorumlu tutulmuştur. Burada ise kurallara uymama kusur olarak kabul edilmektedir.³⁷ Hammurabi Kanunları'nda, "Hekimin hastasını öldürmesi veya tehlikeli bir şekilde

yaralaması halinde, her iki elinin kesileceği”³⁸ belirtilmiş böylece güvenli uygulamaların yapılması vurgulanmıştır.^{29,38} Geçmişten günümüze hasta güvenliğinin önemini konu alan tıp yazmaları da bulunmaktadır. Bu tıp yazmalarından birinde ‘hekimlere tedavi sırasında bilinen ilaçların yapılması’ konusunda önerilerde bulunulmuştur.³⁰ Osmanlı döneminde arşiv kayıtlarında hasta güvenliğine, özellikle ilaç güvenliğine değinildiği ve konuyla ilgili gerekli önlemlerin alınmasının gereği vurgulanmaktadır.^{14,29}

Ernest Codman 1955 yılında hasta güvenliği ile ilgili dikkatleri üzerine toplamıştır. Hasta çıktılarını izlemek amacıyla hasta sonuçları ve komplikasyonları ile ilgilenen Codman, hasta güvenliği girişimleri hakkında hiç bilgi vermemiştir. Nitekim sadece hasta sonuçlarının ölçülmesi ve raporlaştırılması kavramları ile bakım kalitesini geliştirmeye katkı sağlamıştır.³⁹

Sağlık sistemi kaynaklı hatalar için yirminci yüzyıla kadar zarar oluştuktan sonra değerlendirmeye yönelik anlayış hakim iken, yirminci yüzyılın sonlarından itibaren zararları oluşmadan önlemeye yönelik anlayış benimsenmiştir.³¹ Özellikle Sağlık Bakanlığı’nın 6 Nisan 2011 tarihinde resmi gazetede yayımladığı “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” ve ardından Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın 30 Haziran 2012’de yayımladığı ‘İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’ ile kamu da görev yapan sağlık çalışanlarının da iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinden yararlanabilmesine olanak tanınmaktadır.⁴⁰ Günümüzde ise hasta güvenliği tüm dünyanın önemle üzerinde durduğu bir konu haline gelmiştir.

2.5. Hasta Güvenliğini Etkileyen Hatalar

Sağlık hizmetleri daha etkin hale gelmekle birlikte, yeni teknolojilerin, ilaçların ve tedavilerin daha fazla kullanılmasıyla daha da karmaşık hale gelmektedir.²⁷ Bazı ülkeler sağlık bakımı sırasında önemli sayıda hastaya zarar verildiğini ya da kalıcı yaralanmalara, sağlık kurumlarında kalma süresinin uzamasına ve hatta ölüme neden olduğunu gösteren çalışmalar yayınlamıştır.⁴¹ Açık politikalar, örgütsel liderlik kapasitesi, güvenliği geliştirmeye yönelik veriler, yetenekli sağlık çalışanları ve hastaların bakımlarına etkin katılımı, sağlık hizmetlerinin güvenliğinde sürdürülebilir ve önemli gelişmeler sağlamak için gereklidir.³⁴

Tıbbi hataların en aza indirilmesi; hasta güvenliğini tehdit eden, kaynak, işgücü ve can kaybına yol açabilen hata kaynaklarının bilinmesi ile mümkün olabilmektedir.^{17,42} McBride ve Foureur (2006) hasta güvenliğine etki eden hataları; sistem kaynaklı hatalar ve insan kaynaklı hatalar olmak üzere ikiye ayırmıştır. Hasta güvenliğini etkileyen sistem kaynaklı ve insan kaynaklı hatalar Şekil 2.1’de gösterilmiştir.⁴³

Çizelge 2.1. Hasta Güvenliğini Etkileyen Faktörler⁴³

İnsan Kaynaklı Hatalar	Sistem Kaynaklı Hatalar
Hataları tanımlayabilme	Yeterli personelin olmaması
Örgüt politika ve prosedürlerine uymama	Hasta bakım düzeyi
Çalışma saati/ Nöbet sayısı	Örgüt politikası ve ilaçlara yönelik bilgi eksikliği
Dikkatsizlik /Özensizlik	Fiziksel çevre: aydınlatma, ilaç hazırlama olanakları
İlaçlara ilişkin yetersiz bilgi	Örgüt kültürü
Dozaj hesaplama sorunları	Örgütsel iletişim kanalları
Aşırı iş yükü	Örgütsel iş akışı ve rutinler
Hasta bakım modeli	Farmakolojik bilgi
	Hata / Olay raporlama kültürü

2.6. Hasta Güvenliğini İyileştirme

IOM’un 2001 yılında yayınlamış olduğu ‘To Err Is Human: Building A Safer Health System= Hata İnsandır: Daha Güvenli Bir Sağlık Sistemi İnşa Etmek’ rapora göre hastalık, yaralanma ve maluliyet yükünü sürekli olarak azaltmak ve Amerika Birleşik Devletleri halkının sağlığını ve işleyişini geliştirmek ve hasta güvenliğini sağlamak için altı özel amaç benimsenmektedir. Bunlar;⁴⁴

Güvenli Bir Sağlık Hizmeti: Hastalara yardım etmeyi amaçlar ve yaralanmalardan kaçınmayı ifade etmektedir.

Etkili Bir Sağlık Hizmeti: Yararlanabilecek herkese bilimsel bilgiye dayanan hizmetler sunmak ve faydası olmayanlara hizmet sunmayı reddetmeyi ifade etmektedir.

Hasta Merkezli Sağlık Hizmeti: Bireysel hasta tercihlerine, gereksinimlerine ve değerlerine saygılı ve duyarlı bakım sağlamak ve hasta değerlerinin tüm klinik kararları yönlendirmesini sağlamayı ifade etmektedir.

Zamanında Sunulan Sağlık Hizmeti: Hem bakım alanlar hem de bakım verenler için beklemlerin ve bazen de zararlı gecikmelerin azaltılmasını ifade etmektedir.

Verimli Bir Sağlık Hizmeti: Ekipman, sarf malzemeleri, fikirler ve enerji israfı da dâhil olmak üzere israftan kaçınmayı ifade etmektedir.

Adil Bir Sağlık Hizmeti: Cinsiyet, etnik köken, coğrafi konum ve sosyoekonomik statü gibi kişisel ayrımlar yapılmadan gereken hizmetin sunulmasını ifade etmektedir.

Bu altı alanda büyük kazançlar sağlayan bir sağlık sistemi, hasta ihtiyaçlarını karşılamada çok daha iyi olacaktır.⁴⁵ Hastalar, daha güvenli ortamlarda daha güvenilir, duyarlı, bütünleşmiş ve ulaşılabilir bakıma erişecektir. Böylece yararlı oldukları kanıtlanmış olan tüm önleyici, akut ve kronik hizmetleri alacaklarına güvenebileceklerdir.⁴⁶ Klinisyenler ve diğer sağlık çalışanları da işlerini daha iyi yapabilecekleri ortamlarda daha memnun çalışabileceklerdir. Böylece bakım alanlara daha iyi sağlık hizmeti sunarken, hastaların daha az acı ve ıstırap ile yaşam süresini uzatabilmenin yanında kişisel üretkenliklerini de arttıracaktır.⁴⁷

2.7. Tıbbi Hata

Dünya genelinde 1990 yılların başlarına kadar tıbbi hataların sıklık düzeyleri yeteri kadar bilinmemekle birlikte, günümüzde tıbbi hata nedeniyle ölen veya zarar gören pek çok hasta olduğu bilinmektedir.⁴⁸ Son yıllarda tüm dünyada tıbbi uygulama hataları etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel yönleriyle tartışılan çok kapsamlı bir konu haline gelmiştir.⁴⁹ Yapılan çalışmalarda tıbbi hataların tüm diğer dünya ülkelerinde de rastlanılma oranının yüksek olduğu belirtilmektedir.^{50,51} Özata ve Altukan (2010) tıbbi hataların mali açıdan da büyük kayıplara yol açtığını belirtmiştir.⁵² Bu tür hataların İngiltere’de maliyetinin yıllık altı milyar dolar, ABD’de ise 17 milyar ile 29 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir.⁵³

Bu noktada tıbbi hata kavramının tanımlanması yerinde olacaktır. Literatürde tıbbi hata ve malpraktis kavramlarının konu çeşitliliğine göre birden fazla tanımının olduğu görülmektedir.⁵⁴ Tıbbi hata; hastaya verilen sağlık hizmeti sırasında kasıtsız bir aksamanın neden olduğu beklenilmeyen bir sonuç; ölüm, ciddi fiziksel veya psikolojik hasar yada hasar risklerini kapsayan ters yada beklenilmedik durumlar olarak ifade edilmektedir.⁵⁵ Tıbbi uygulama hataları, sağlık hizmeti sunan ve hastaya müdahale yetkisi olan sağlık profesyonellerinin öneri ve/veya uygulamaları sonucunda, hastalığın normal seyrini etkileyerek iyileşmenin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar değişen

koşulların tamamını içermektedir.⁵⁶ Bir başka tanımda tıbbi uygulama hatası; “Tıbbi malpraktis, sağlık mesleği mensubu tarafından işlenen ve hastaya zarar veren veya komplikasyonlara neden olan ihmali ya da icrai bir hareketi” şeklinde tanımlanmaktadır.⁵⁷ Diğer bir tanıma göre ise tıbbi hata, hastalığın yönetimi ya da altında yatan hastalık durumundan daha çok, sağlık bakım profesyonellerine bağlı gelişen zarar ya da yaralanma şeklinde tanımlanmaktadır.⁵⁵ Benzer tanımda ise; sağlık profesyonellerinin hata veya ihmal yoluyla uygulama konusundaki başarısızlığı, bilgi ve beceri eksikliği, tedavi yönetiminin başarısız olması, yanlış veya yetersiz tedavinin uygulanması sonucu hastaya zarar veren tüm uygulamalar “tıbbi hata” veya “tıbbi malpraktis” olarak tanımlanmaktadır.⁵⁸

Temel (2005) yaptığı çalışmada tıbbi hataları, sağlık personellerinin tedavi sırasında standart uygulamayı tercih etmemesi, beceri eksikliği ya da hastalara tedavi verilmemesi ile oluşan zararlar şeklinde olduğu ifade edilmektedir.⁵⁹ Bir tıbbi hata meydana geldiğinde, bunun hastaya, hastanın yakınlarına, hekimlere, hemşirelere, diğer sağlık çalışanlarına ve sağlık sistemlerine mali kayıplar da dahil olmak üzere pek çok olumsuz etkisi bulunmaktadır.⁶⁰

Tıbbi hataların nedenlerinin bireylerden daha çok bireylerin içerisinde buldukları insan gücü, organizasyon ve teknik altyapıların yetersizliklerinden kaynaklanan sorunlar olarak ifade edilmektedir.⁵⁰

Tıbbi hataların ağırlıklı olarak cerrahi hastalıkla tedavi altına alınan hastalarda gözlendiği bildirilmektedir.⁵⁵ Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği (AORN) cerrahi ameliyatlarda sıklıkla yanlış hasta, yanlış vücut tarafı, doğru işaretlenmiş anatomik tarafın yanlış düzeyi üzerinde gerçekleşen tüm cerrahi uygulamalardan oluştuğunu belirtmektedir.³⁰ İlaç hataları tıbbi hatalar içerisinde sık karşılaşılan diğer bir hata türüdür. Bu hata türünde ağırlıklı olarak hastalara verilen ilaçların karıştırılması, verilen ilacın dozunun ayarlanamaması, yanlış bir teknik ya da ekipmanın kullanılması gibi nedenler ön plana çıkmaktadır.⁵⁵ Yapılan bir çalışmada ilaç hataları morbidite ve mortaliteyi arttırmasının yanı sıra, tedavi maliyetlerini de arttırdığı için bütün dünyada önemli bir sağlık sorunu olduğu vurgulanmaktadır.⁵⁶ Özata ve Altuncan (2010)’da yaptıkları çalışmada hatalı ilaç kullanımını, sebep oldukları hastalık, sakatlık ve ölümler açısından son derece riskli bir konu olup, hastaneye yatan hastaların tedavileri sırasında en sık karşılaştığı hata grubu arasında yer aldığını belirtmiştir.⁵²

2.8. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Reason (1998), hataları aktif ve gizli hatalar olmak üzere ikiye ayırmıştır. Aktif hatalar ve ihlaller olumsuz etkilerini hemen göstermektedir. Gizli hataların ise zarar verici sonuçları uzun süre ortaya çıkmayabilir. Gizli hatalar, tetikleyici faktörlerle birleştiğinde ortaya çıkan ve sistem savunmasına zarar veren kararlar ve eylemlerdir.⁶¹ Gizli hatalar, kötü tasarım, yanlış kurulum, hatalı bakım, yanlış satın alma kararları ve yetersiz personel gibi sistem kusurlarını içinde barındırmaktadır. Gizli hataların ölçülmesi zordur çünkü geniş zaman ve mekan aralıklarında meydana gelirler ve hasta bakımıyla doğrudan ilişkili daha belirgin bir hataya sebep olmaktadır. Aktif hatalar ön sağlayıcıların düzeyinde meydana gelir örneğin bir ilacın yanlış dozda verilmesi gibi bu durumda zaman ve mekan sınırlı olduğu için aktif hataların değerlendirilmesi de kolaydır.⁶²

Tıbbi hatalar temel sebeplerine göre üç grupta incelenmektedir. Bunlar;^{17,55}

- İşlem hataları; amaca ulaşabilmek adına yapılan yanlış planlama veya yanlış uygulamaları kapsamaktadır.
- İhmal kaynaklı hatalar; doğru işlemin yapılamamasından kaynaklanmaktadır.
- Uygulama hataları; belirlenen amacın tam olarak tamamlanamamasından kaynaklanmaktadır.

McNutt ve arkadaşları (2002) ise tıbbi hataların ana sebeplerini, kişiye bağlı sebepler, kurumsal sebepler ve teknik sebepler olarak sınıflandırmışlardır. Bu sınıflama Çizelge 2.2’de özetlenmiştir.⁶³ Tanı hataları ise genel olarak tanı ve görüntülenme ünitelerinden kaynaklanan radyoloji, biyokimya, patoloji gibi laboratuvar ve görüntülenme tekniklerinden kaynaklanan hatalar olarak ifade edilmektedir.⁵⁵ Uygulama hataları planlanan tedavinin planlandığı şekilde tamamlanmaması sonucu amacına ulaşmamasıdır.⁵¹

Çizelge 2.2. Tıbbi Hataların Olası Nedenleri⁵¹

Kişiye bağlı sebepler	Kurumsal sebepler	Teknik sebepler
Yorgunluk	İşyeri dizaynı	Yetersiz otomasyon
Eğitim eksikliği	Politikalar	Yetersiz ekipman
İletişim eksikliği	Yönetim/Finans	Eksik ekipman
Güç/Kontrol	Liderlik	Karar destek eksikliği
Kibir/Düşmanlık	Yönetimi sağlama	Karmaşa
Dikkat ve zaman eksikliği	Denetim/ Geribildirim	Entegrasyon eksikliği
Yanlış karar	Görevlere uzak olma	Aşırı bilgi yükleme
Sezgilere kullanma	Personelin yanlış dağılımı	Kontrol listelerinin eksikliği

Şekil 2.2'ye bakıldığında, merhamet yorgunluğu belirtileri ile kişiye bağlı sebeplerin benzerlik göstermesi doğrultusunda merhamet yorgunluğunun da tıbbi hataların olası nedenleri arasına girebileceği sonucu çıkarılabilmektedir.

Tıbbi hatalar; sağlık bakım hizmetlerinin her aşamasında ortaya çıkabilmektedir. Tıbbi hizmet alanları ile ilgili olanlar; “ilaç hataları”, “cerrahi hatalar”, “tanı koymada hatalar”, “sistem yetersizliklerine bağlı hatalar”, “uygulama hataları” ve münferit şekilde meydana gelebilecek olan “diğer” hatalar olarak da gruplandırılabilir.⁶⁴

Tıbbi hatalar, hastanelerde, polikliniklerde, eczanelerde, bakım evlerinde ve hastaların kendi evlerinde meydana gelebilmektedir. Ayrıca tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her aşamasında ortaya çıkabilir. Yapılan çalışmalarda tıbbi hatalar beş grupta ele alınmaktadır.^{65,66}

- i. Medikasyon hataları: Yanlış doz, yanlış ilaç, birlikte verilen diğer ilaçlar ile etkileşim, alerjisi olan hastaya bilmeyerek ilacın verilmesi gibi hatalar, ilaç hataları içerisinde yer almaktadır.⁶⁶
- ii. Cerrahi hatalar: Yanlış kişi, yanlış taraf, yanlış işlem bu grup içerisinde yer alır ve önlenmesi gerekmektedir.⁶⁷
- iii. Tanı koymada hatalar: Yanlış koyulan tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye veya fazladan test yapılmasına sebep olabilmektedir. Test sonuçlarının yanlış yorumlanması çok karşılaşılan tıbbi hatalardandır. Tanı koymada ortaya çıkan hatalara daha çok deneyimsiz kişilerce yapılan testler sonucunda karşılaşılmaktadır.⁶⁵

- iv. Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar: Sistemde ortaya çıkan ve belirlenmesi çok zor olan hatalardır. Tıbbi cihazlardaki bozukluklar çok önemli sonuçlara neden olmakta ve ancak ortaya çıkınca belirlenebilmektedir. Ayrıca medikasyon hatalarının çoğu, sistem kaynaklı olduğu için sistem hataları içerisinde yer alabilmektedir.^{65,66}
- v. Diğer: Hastane enfeksiyonları, yanlış kan aktarımları gibi önem arz eden konular da tıbbi hataların içerisinde bulunmaktadır.

Göl (2019)'da yaptığı çalışmada tıbbi hata türlerinin dört ana grupta sınıflandırıldığını bildirmiştir:⁷

i. Tanıda yapılan hatalar:

- Tanıda hata veya gecikme
- Belirtilen testlerin yapılmaması
- Güncel olmayan testler ve tedavi yöntemlerinin kullanılması
- Test sonuçlarına uygun davranmama

ii. Tedavide yapılan hatalar:

- Bir işlem, girişim veya testin uygulanmasında teknik hata
- Tedaviyi uygulamada hata (operasyon veya tedavi için hazırlık süreci dahil)
- İlacın dozunda veya kullanım şeklinde hata
- Tedavide veya anormal bir teste cevap vermede gecikme
- Uygun olmayan tedavi

iii. Koruyucu tedavide hatalar:

- Belirtilen koruyucu tedavinin sağlanamaması
- Yetersiz gözetim veya tedavi takibi

iv. Diğer:

- İletişimde başarısızlık
- Ekipman yetersizliği/eksikliği
- Diğer sistem aksaklıklarıdır

Hemşirelik mesleği ile ilgili yapılan tıbbi hatalara yönelik yapılan çalışmalarda sağlık çalışanları içerisinde hemşirelerin bağımlı ve bağımsız fonksiyonlarının çokluğu, çeşitliliği ve hasta ile beraberliğinin sürekliliği gibi nedenlerle diğer meslek gruplarına kıyasla daha sık tıbbi hata riski ile karşılaşmakta olduğu dile getirilmektedir.^{48,68} Hemşirelik uygulamalarına ilişkin hatalar; genel olarak uygulanan bakım standartlarının planlamasında, uygulamasında, değerlendirmesinde, kayıt tutulmasında; iletişim ve hasta güvenliği ile ilgili girişimlerin yetersizliklerinden kaynaklanmaktadır.⁵⁰

Bozkurt Canpolat (2017) çalışmasında hemşirelikte tıbbi hataların; yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim sorunları, zamansızlık, yanlış karar, iletişim kusurlarına bağlı insan kaynaklı nedenlerle gelişebildiği gibi işyeri yapısı, takip edilen politikalar, idari yapı, personelin yanlış dağılımı, sorunlara çözüm konusunda yetersizlik, otomasyon ve teçhizat sorunları gibi kurumsal kaynaklı nedenlerle de olduğunu bildirmektedir.⁵⁶ Hemşirelikte malpraktis vaka örnekleri üzerine yapılan bir araştırmada; hemşirelik bakımında gerçekleşen malpraktis vakalarında, hemşirelerin etik ilkeler kapsamında vücut bütünlüğüne zarar vermeme ilkelerine ters düşen uygulamalardan dolayı ceza uygulamalarına maruz kalabildikleri bildirilmiştir.⁶⁹ Buna karşın hemşirelerin büyük bir çoğunluğu çalışma hayatı dönemlerinde hukuki sorunlara dahil olduğu durumlar arasında hasta güvenliğinin ihlali veya ihmali, ilaç ve kan transfüzyonlarının uygulanmasındaki hatalar, tıbbi cihazların kullanımındaki hatalar ya da aksaklıklar, iletişimsizlik, eksik kayıtlar, mevcut protokollere uyulmaması, hastane enfeksiyonları, hasta düşmeleri yer almaktadır.⁷⁰ Demir Zencir (2010) çalışmasında hemşire kaynaklı tıbbi hataların; hemşirelerin hastane bünyesinde üstlendikleri aşırı iş yüklerine, vardiya sistemlerine, hastaların sorunları ile yaşadıkları duygusal streslere ve çalışma şartları ile ilişkili olduğunu bildirmektedir.⁷¹ Yapılan bir çalışmada hemşirelik mesleği ile ilgili tıbbi hataları; bakım standartlarını uygulama/izleme yetersizliği, hasta izlemi ve iletişim yetersizliği, kayıt tutma yetersizliği, değerlendirme ve kontrol yetersizliği, hasta güvenliği ve koruyuculuğu ile ilgili girişimlerin yetersizliği şeklinde sıralamaktadır.¹¹

2.9. Tıbbi Uygulama Hatalarının Boyutları

Tıbbi uygulama hataları çok boyutlu incelenmediği sürece, sorunların doğru tespit edilmesi ve doğru çözümler bulunması pek mümkün olmayacaktır.⁵⁰ Cebeci (2005) yılında yaptığı bir çalışmada tıbbi hataların tanımlanmasındaki stratejilerden birinin

oluşabilecek hataları öngörebilme olduğunu bildirmektedir.⁴⁸ Göl (2019) ise çalışmasında, tıbbi uygulama hatalarının beş boyutta ele alındığını bildirmektedir. Buna göre;⁷

- i. **Hukuki boyut:** Hukuki açıdan tıbbi uygulama hataları, hastanın kasten değil, büyük bir ihmal sonucu zarar gördüğü durumlar, hastanın zarar görmesine sebep olan ve önceden giderilmesi gereken bir bilgi eksikliğinden kaynaklandığı durumlar, hekimin risklerini ve sonuçlarını bilerek hastasına uyguladığı işlemde olduğu gibi kastın söz konusu olduğu durumlar açısından ele alınmalıdır.^{7,72}
- ii. **Etik boyut:** Etik ilkeler yararlılık, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet ilkesi olarak özetlenebilir.⁷ Sağlık hizmeti sunan kişi, uygulanacak işlemin hastaya zarar vermemesini hastanın yararına olmasını gözetmelidir. Yani sağlık çalışanı yarar ve zarar dengesi göz önünde bulundurmalıdır.⁷²
- iii. **Klinik boyut:** Tıbbi uygulama hatası meydana geldiğinde hem sağlık çalışanının bilgi, yetenek ve tecrübesi hem de sağlık profesyonelinin içinde bulunduğu şartlar göz önünde bulundurulmalıdır.⁷
- iv. **Sosyal boyut:** Sosyal boyut, tıbbi belirsizlik, hata oranlarının yüksekliği ve hatadan korunma yaklaşımı olarak ele alınabilir. Tıbbi belirsizlik, tıp alanında her zaman tahmin edilemeyen sonuçlarla karşılaşma ve yapılan herhangi bir işlem sonucunda bazı süreçlerin ters gitme ihtimalinin var olduğu anlamına gelmektedir.⁷²

2.10. Hasta Güvenliği Kültürü

Tıbbi hata olgularını azaltmak hatta ortadan kaldırmak için sağlık ekibinin her bir üyesinin ve hatta her bireyin hasta güvenliği kültürüne sahip olması gerekmektedir.⁶⁴ Hasta güvenliğini tam olarak sağlanabilmek adına atılacak en önemli adım kurumlarda hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesidir.^{73,74} Hasta güvenliği bilincinin artması ve konunun popüler hale gelmesi ile sağlık kurumları; hasta güvenliğini tam anlamıyla oluşturabilmek için kurumsal bir güvenlik kültürü oluşturmanın önemini farkına varmışlardır.^{4,75}

Avrupa Sağlık Hizmetlerinde Kalite Derneği (European Society for Quality in Health Care) 2006 yılında güvenlik kültürünü; “hasta bakımında hatayı en aza

indirmeye çalışan, bakım sağlama süreçlerinden kaynaklanabilecek zararı önlemeyi amaçlayan ortak inanç ve değerlere dayalı bütünleşmiş bireysel ve kurumsal davranış şekli” olarak tanımlamıştır.¹⁶

Güvenilir kurumlar; tüm çalışanların güvenlikten etkin olarak sorumlu olduğu, uzmanlığa değer verilen, güvenli ve kaliteli bir bakım sağlamak için çeşitli rollerde bulunan çalışanların birbirlerine destek olduğu ve net bir anlayışla herkesin sorumluluk aldığı, üretken ve hataların rapor edildiği bir kültüre sahiptir.⁷⁶⁻⁷⁸

Hasta güvenliği sağlık bakım sunumunda, bireylere verilecek olan zararın önlenmesidir. Amerika Birleşik Devletleri’nde yılda 250.000 kişinin tıbbi hatalar yüzünden kaybedildiği, tıbbi hataları önlenabilir ölümün üçüncü önde gelen nedeni haline getirdiği tahmin edilmektedir. 2017 yılında 1004 yetişkin ile yapılan ankete göre,% 21’i şahsen tıbbi bir hata yaşadığını bildirmiştir. Hatalar oluştuğunda, hastaların fiziksel, duygusal sağlıkları, maddi refahları veya aile ilişkileri üzerinde kalıcı etkisi olmaktadır. “Bir örgütün güvenlik kültürü”, bir kuruluşun sağlık ve güvenlik yönetimine bağlılığını ve stilini ve yetkinliğini belirleyen bireysel ve grup değerlerinin, tutumların, algıların, yeterliliklerin ve davranış kalıplarının ürünüdür.²¹ Güvenlik kültürünün; sorumluyu bulmak değil sorunların neden oluştuğunu ve çözümlerini bulmaya çalışmak olduğunu vurgulanmaktadır.⁴² Sağlık kuruluşları hasta güvenliğini artırmak için bu konuya önem verilmesini vurgulamaktadır.⁷⁵ Sağlık kurumlarında güvenlik kültürü oluşturma, hastalara zarar oluşumunu azaltmak amacıyla bireysel ve ekip çalışmalarının entegrasyonu, güvenlikle ilgili konulardaki etkileşimler, tutumlar ve algılamalar ile gerçekleştirilir.⁴² Sağlık profesyonelleri doğrudan hasta bakımını yapan, hataları önleme çabası olan sağlık çalışanlarıdır. Hasta güvenliğini artırmak ve çözümler üretmek için kilit rol oynamaktadırlar.^{23,42}

Hasta güvenliği kültürünün kurumlarda oluşturulabilmesi için; iyi bir liderlik, çalışanlar arasında kurumsal bağlılık olan ve kaliteyi destekleyen, ekip anlayışı ile çalışabilen, kurumsal teşviklerle çalışanları motive eden bir sistemin oluşturulması elzemdir.^{74,78} Bu nedenle hasta güvenliği kültürünü oluşturabilmek için; kurum içerisinde hasta güvenliği kültürünün gerekliliği, alınacak olan önlemlerin belirlenmesi ve farkındalık oluşturulması, çalışan personele hem işe girişinde hem de düzenli olarak eğitim planlanması gerekmektedir. Bunun yanı sıra etkili bir hasta güvenliği kültürü

için; sadece çalışanlar ve kurum yöneticileri değil hastaların da bu konuda bilgilendirilmesi gerekmektedir.¹⁷

Hasta güvenliği kültürü, bir kurumda neyin ödüllendirileceğini, desteklendiğini, beklentilerin ne olduğunu ve davranışların kabul edilebilirliğini belirleyerek, hasta güvenliği ile ilgili olarak ölçülebilir bir veri oluşturmaktadır.⁷⁹

Hastanelerde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi;⁷⁵

- Hasta güvenliği uygulamaları hakkında farkındalık oluşturmaya,
- Kurumdaki hasta güvenliği girişimlerinin, uygulamalarının değerlendirilmesine ve iyileştirilmesi gereken alanlar için motivasyon sağlanmasına,
- Kurumun hasta güvenliği politikalarının değerlendirilmesine ve zaman içerisindeki değişimlerini izleyebilmeye,
- İç ve dış kıyaslama yapılmasına,
- Yasal gereklilikleri yerine getirmeye olanak sağlar.

Obstetride hasta güvenliği ve kişi merkezli bakım arasındaki ilişkinin gözden geçirildiği bir derlemenin sonuçlarında hasta güvenliği kültürü ve multidisipliner kapasite geliştirme olmak üzere iki alan saptanmıştır. Hasta güvenliği kültürünün alt boyutları; değerler, inançlar, güven, saygılı iletişim, deneyim paylaşımı ve bakımın sürekliliği olarak belirlemiş, hasta güvenliği kültürünün bu temeller üzerine oturtulması gerektiği vurgulanmıştır.⁷⁴

2.11. Hasta Güvenliği Kültürünün Özellikleri

Hasta güvenliği kültürü özellikleri yapılan bir çalışmada aşağıdaki gibi özetlenmektedir:^{80,81}

- Liderlik: Liderler sağlık ortamının yüksek riskli bir ortam olduğunu kabul eder ve vizyon/misyon, personel yetkinliği, insan kaynakları konularını ön planda tutar.
- Takım Çalışması: Yöneticiler, personel ve diğer çalışanlar arasında beraberlik, işbirliği vardır. İlişkiler açık, güvenli ve esnekler.

- Kanıta dayalı: Hasta bakımı uygulamaları kanıtlara dayanmaktadır. Farklılıkları azaltmak için standardizasyon her fırsatta gerçekleştirilir. İşlemler yüksek güvenilirlik sağlamak için tasarlanmıştır.
- İletişim: Personelin görev tanımı ne olursa olsun hasta adına konuşma hakkına ve sorumluluğuna sahip olduğu bir ortam vardır.
- Öğrenme: Hastane hatalarını öğrenir ve performans iyileştirme için yeni fırsatlar arar. Ayrıca öğrenme, tüm personel arasında değerlidir.
- Hakkaniyete uygunluk: Hataları bireysel hatalardan ziyade sistem arızası olarak tanıyan ve aynı zamanda bireyleri eylemlerinden sorumlu tutmaktan çekinmeyen bir kültüre sahip olunmalıdır.
- Hasta-merkezli: Hasta bakımı, hasta ve ailenin çevresinde yoğunlaşmaktadır. Hasta sadece kendi bakımında aktif bir katılımcı değil, aynı zamanda hastane ve toplum arasında da bir bağlantı görevi görmektedir.

Bonner ve arkadaşları (2008)'de yaptıkları çalışmada ise hasta güvenliğinin kurumsal temelli bazı özellikleri olduğunu belirtmektedir. Bunlar:⁸²

- Yüksek derecede bağımsızlık ve aynı zamanda beraber çalışma kültürü; yani bireyler bağımsız olarak hareket etme yetisine sahiptir ancak görevleri yerine getirmek için başkalarına güvenmektedirler.
- Birbirine bağımlı çalışan çok sayıda grup ve kültürler bütünü; bireyler, hekimler veya hemşireler gibi uyumlu ekiplerin bir parçası olarak çalışırlar, ancak etkili görevleri gerçekleştirmek için diğer ekiplere güvenmektedirler.
- Kurumun potansiyel güvenlik tehditlerine dair baskın kültürü; resmi kurallar ve prosedürler var ancak rutin uyumluluk yerine yüksek riskli durumlara dikkat edilmelidir.
- Eğitimin önceliği yüksektir; eğitim, düzenli olarak değerlendirilen açık ve gerekli yeterlilikleri içermektedir.
- Yüksek riskli durumlarda işbirliği söz konusudur; yüksek riskli durumlarda, resmi hiyerarşik ilişkiler dağılır, tüm çalışanlar durumsal farkındalığını artırır ve her birey sürekli olarak durumu ve diğer ekip üyelerinin eylemlerini izler. Genel amaç güvenliği sağlamaktır.

2.12. Hasta Güvenliğinin Sağlanması Bireylerin Rolü

Sağlık hizmeti sunum sürecine hastanın sağlıkla ilgili bilgi ve farkındalığını yetersiz olması, katılım sonrası aynı nitelikte hizmet alma konusunda endişelerinin olması, sağlık personelinin desteğinin yetersiz olması, sağlık ile ilgili etik konuların var olması hastanın aktif katılımını zorlaştırmaktadır.^{3,83} Fakat son zamanlarda hasta güvenliği ile ilgili düzenlenen sempozyumlar ve kongreler ile hasta güvenliğinin sağlanmasında ve korunmasında sağlık hizmeti sunum sürecinde sadece sağlık profesyonellerinin değil hasta ve yakınlarının da aktif olarak rol almalarının önemi anlaşılmağa başlanmıştır.^{83,84}

Hastaların sağlık hizmeti sunumuna katılımları; yapılan hataların fark edilmesine,^{83,85} hastane enfeksiyonlarının bulaş riskinin azalmasına, sağlık hizmeti sunumu kalitesinin artırılmasına, hasta ile ilgili doğru tanı ve tedaviye karar verilmesine, hastanın tedavi süresinin kısılmasına, sağlık hizmetlerinde maliyetlerin azalmasına ve böylece hasta güvenliğinin sağlanmasına katkı sağlamaktadır.^{85,86}

Yapılan çalışmalarda, hasta ve yakınlarının sağlık hizmeti sunum sürecine aktif katılmalarının hastalarda iç çatışmaları azalttığı, hasta hekim iletişimini arttırdığı, tedaviye uyumu arttırdığı, öz bakımı geliştirdiği,⁸⁷ karar verme sürecini hızlandırarak daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmanın sağlandığı,¹³ kaliteli bir hizmet sunmayı sağladığı,⁸⁸ hasta güvenliğini tehdit eden ilaç uygulama hatalarının görülme sıklığını azalttığı belirtilmiştir.⁸⁹ Bu sonuçlardan da anlaşılacağı üzere hasta ve yakınlarının sağlık hizmeti sunumu sürecinde pasiflikten çıkıp aktif rol alması hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli olmaktadır bu nedenle hastaların sağlık personelleri tarafından sürece katılımları desteklenmelidir.

2.13. Hasta Güvenliğinin Sağlanması Hemşirenin Rolü

Hasta güvenliğinin sağlanması tüm sağlık personellerinin görevleri arasında bulunmaktadır.⁶ Hasta güvenliği, nitelikli hasta bakımının temeli ve hemşirelerin önceliği olarak tanımlanmaktadır. Hata bildirimini ise hata risklerinin azaltılması ve engellenmesine hizmet ettiği için hasta güvenliği kapsamında ele alınmaktadır.⁴⁸ Hemşirelerin sağlık hizmeti sunumunun her alanında diğer sağlık çalışanlarına göre daha aktif rol almalarından dolayı hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır.⁶⁴

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan hemşirelik yönetmeliğinde hasta güvenliği ile ilgili hemşirelerin görev ve sorumlulukları şunlardır;^{90,91}

- Hastalarla ilgili sağlık bakım sürecini planlamak ve yönetmek, bu süreçte oluşabilecek tıbbi hatalara karşı önlemler almak,
- Tedavi süreci hakkında hasta ve yakınlarına verilecek eğitimleri planlamak ve uygulamak,
- Hastanın bakım ve tedavi sürecinde diğer sağlık personelleri ile iletişim ve işbirliği halinde olmak,
- Hastalarda hastane enfeksiyonlarının gelişmesinin engellemek için gerekli önlemleri almak,
- Tedavi sürecinde kullanılan malzemelerin temizliğini sağlamak,
- Hastaların özelliklerine göre kullanılan ilaçların etki ve yan etkilerini bilmek,
- Hasta ve yakınları ile tedavi sürecinde terapötik iletişim kurmak,
- Hasta ve yakınlarını tedavi ve bakım sürecine katılması konusunda desteklemek,
- Hasta güvenliği ile ilgili beklenmedik olayları raporlandırmak.

Bu bağlamda, hemşirelerin görev ve sorumluluklarının farkında olması, yaptıkları bakımların hasta üzerinde olumlu olumsuz etkilerini bilmeleri için uygun eğitimleri almaları gerekmektedir. Eğitim alırken diğer yandan kendilerini çalıştıkları alanda geliştirmek adına teknolojik imkânlardan mümkün olduğu sürece en üst düzeyde yararlanmaları gerekmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir role sahip olan hemşirelerin hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tutumlarının doğrudan hastaya yarar sağladığı göz önünde bulundurulmalıdır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı

Tanımlayıcı tipte olan araştırmada, yoğun bakım ünitelerinde çalışmakta olan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın verileri Adana'nın Yüreğir ilçesinde yer alan Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yoğun bakım kliniklerinde 01.04.2020-30.04.2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yoğun bakımlarda çalışan hemşireler (N=350), örneklemini ise 01.04.2020-30.04.2020 tarihleri arasında belirtilen birimlerde çalışan 204 hemşire oluşturmuştur. Örneklem hesaplamasında G Power Version 3.1.9.2 güç analizi programı kullanılarak $\alpha=0,05$, güç $(1-\beta)=0,80$, olgu müdahale grup oranı 1:1 etki büyüklüğü orta düzeyde ve iki yönlü olarak alındığından en küçük örnek büyüklüğü 204 olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

1. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
2. Veri toplama formunu eksiksiz doldurmak

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler; yaş, medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu, hemşire olarak çalıştığı süre, yoğun bakımda çalıştıkları süre, birimde çalışan toplam hemşire sayısı, çalışma statüsü, mesleklerini sevme durumları, çalıştıkları servisten memnun olma durumu, çalışma şekilleri, haftada çalıştıkları toplam saat, hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumu, kurumdaki hasta güvenliği uygulamalarını yeterli bulma durumu ve tıbbi hatalara yönelik raporlama durumuna ilişkin verilerden oluşmuştur.

Bağımlı değişkenler; İş doyumu, Ekip çalışması, Güvenlik iklimi, Yönetim anlayışı, Stresi tanımlama, Çalışma koşulları alt ölçek boyutları ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (HGTÖ) ölçek toplam puan ortalamalarını içermektedir.

Araştırma soruları;

1. Hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ne düzeydedir?
2. Hemşirelerin hasta güvenliği tutumları nelerden etkilenir?

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerini toplamada “Kişisel Bilgi Formu” ve “Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği” kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan “Kişisel Bilgi Formu”nda, yaş, medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu, hemşire olarak çalıştığı süre, yoğun bakımda çalıştıkları süre, birimde çalışan toplam hemşire sayısı, çalışma statüsü, mesleklerini sevme durumları, çalıştıkları servisten memnun olma durumu, çalışma şekilleri, haftada çalıştıkları toplam saat, hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumu, kurumdaki hasta güvenliği uygulamalarını yeterli bulma durumu ve tıbbi hatalara yönelik raporlama durumuna ilişkin şekilde kişisel bilgileri içeren 17 soru bulunmaktadır (Ek 1).

3.5.2. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği

Çalışmada kullanılan “Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (HGTÖ)”-Sexton ve ark (2006) tarafından geliştirilmiş olup, Baykal ve ark. (2010) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçek; iş doyumu (11 ifade), ekip çalışması (12 ifade), güvenlik iklimi (5 ifade), yönetim anlayışı (7 ifade), stresi tanımlama (5 ifade) ve çalışma koşulları (6 ifade) olmak üzere 6 alt boyut ve 46 ifadeden oluşmaktadır. Beşli likert tipinde olan ölçekte ifadeler “5- Tamamen katılıyorum”, “4-Katılıyorum”, “3- Kısmen katılıyorum”, “2-Katılmıyorum”, “1-Kesinlikle katılmıyorum” şeklinde puanlanmakta olup, ölçeğin bazı ifadeleri negatif puanlanmaktadır. HGTÖ’de yer alan 21., 36., 37., 38., 39., 40., 41., 42., 43. ve 45. ifadeler “1-Tamamen katılıyorum”, “2-Katılıyorum”, “3- Kısmen katılıyorum”, “4-Katılmıyorum”, “5-Kesinlikle katılmıyorum” şeklinde ters

puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 46, en yüksek puan ise 230'dur. Ölçek puanının yorumlanmasında ise puan ortalamasının yükselmesi olumlu hasta güvenliği kültürünü, azalması ise olumsuz hasta güvenliği kültürünün varlığını göstermektedir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlenmiştir. Çalışmada yer alan parametrelerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemede Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Gruplar arasında sürekli ölçümlerin karşılaştırılmasında dağılımlar kontrol edilerek normal dağılım göstermeyen parametrelerde ikili değişkenlerde Mann Whitney U testi, ikiden fazla değişkenlerde Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. İki'den fazla değişkenlerde gruplar arasındaki farklılıkların belirlenmesi amacıyla Post Hoc analizlerinden Bonferroni yöntemine başvurulmuştur. Ölçekler arasındaki ilişki Pearson ve Spearman korelasyon analizi ile incelenmiş olup tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

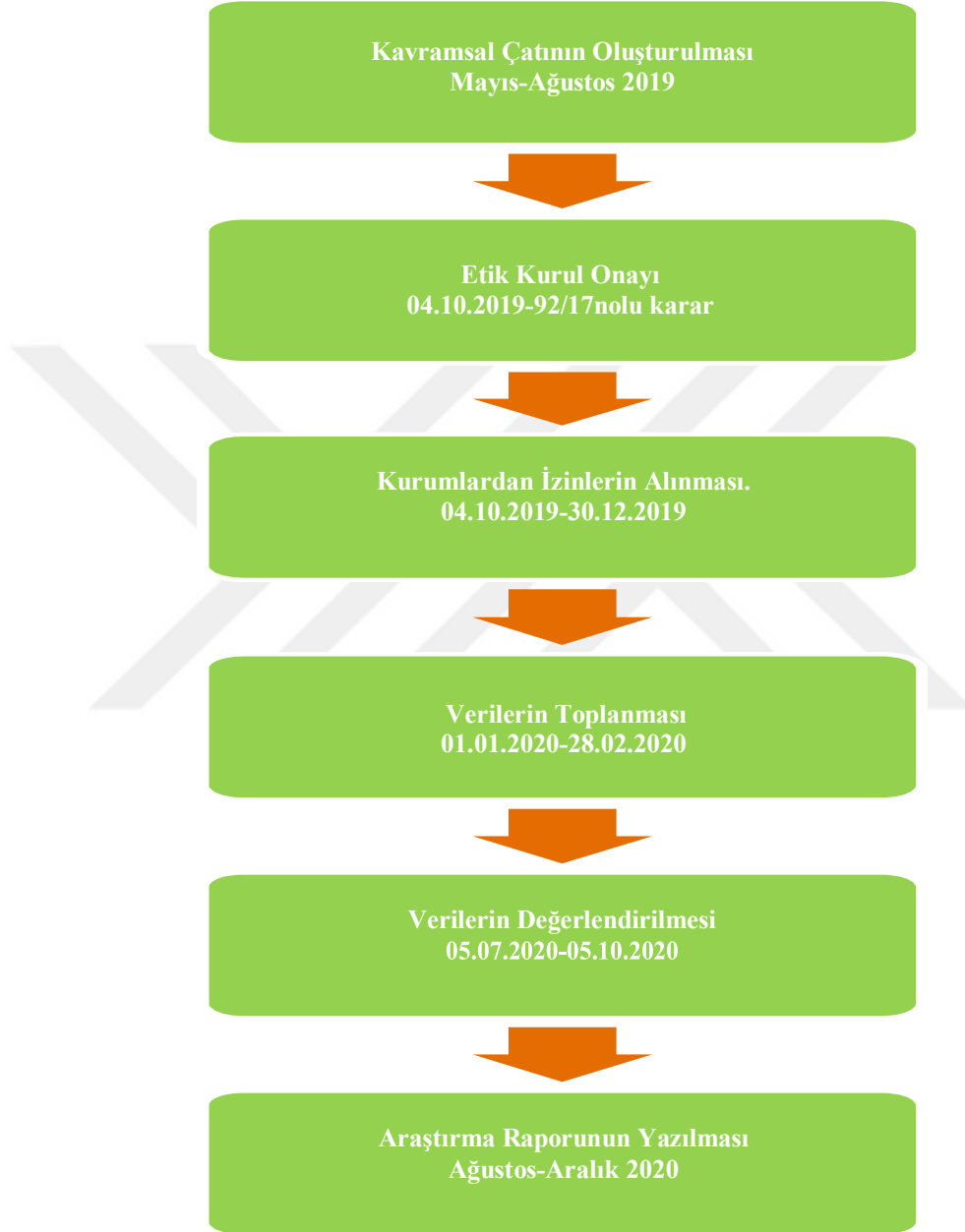
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin katılımıyla yapılmış olması sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.8. Etik Kurul Onayı ve İzinler

Bu çalışmanın Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerle yapılabilmesi için T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 04/10/2019 tarih / 92 sayılı kararı (Ek4) ve T.C. Adana Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü 26.12.2019 tarih/ 293 sayılı izni ile gerekli olan kurum ve etik kurul izinleri alınmıştır. HGT Ölçeğinin kullanılabilmesi için ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan olan Prof. Dr. Ülkü Baykal'dan 10 Ekim 2019 tarihinde mail yoluyla izin alınmıştır. Araştırma öncesi

katılımcılara, araştırma hakkında bilgi verilerek, sözlü aydınlatılmış onam alınmış, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı isteyenlerin alınması ile “özerkliğe saygı” ilkesi yerine getirilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırma Uygulama Süreci

4. BULGULAR

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

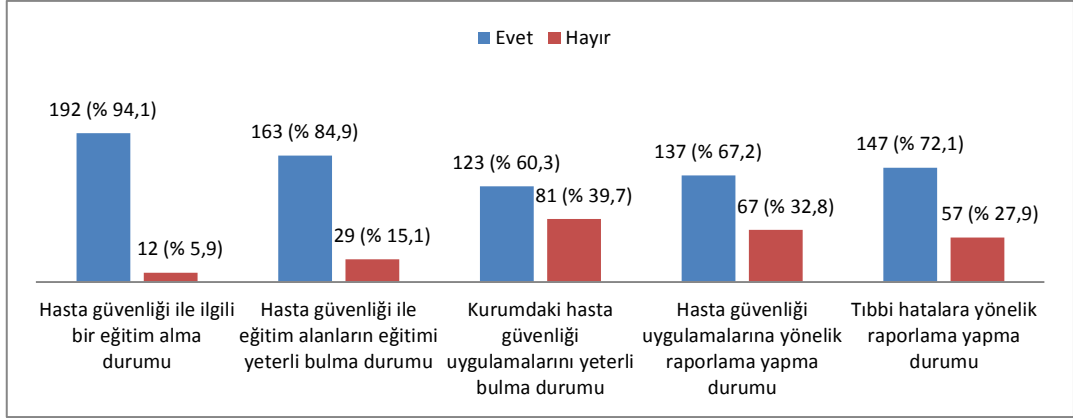
Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamalarının $30,26 \pm 6,56$ (min: 18, maks: 47) yıl olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin % 29,3 (n: 60)'ünün 34 ve üzeri yaşta olduğu, % 43,2 (n: 88)'nin 26-33 yaş arasındaki hemşirelerden oluştuğu belirlenmiştir. Hemşirelerden % 62,3 (n: 127)'ünün kadın olduğu gözlenirken, % 51,5 (n: 105)'inin bekar olduğu saptanmıştır. Eğitim durumu açısından hemşirelerin % 74,5 (n: 152)'inin lisans mezunu olduğu, % 68,6 (n: 140)'sının sözleşmeli olarak çalıştıkları tespit edilmiştir. Çalışmada yer alan hemşirelerin birimlerinde ortalama $20,19 \pm 3,20$ (min: 15, maks: 32) hemşirenin görev yaptığı saptanmıştır. Hemşirelerin % 33,8 (n: 69)'ünün 6 ila 12 yıldır hemşire olarak görev yaptığı, % 40,2 (n: 82)'inin ise 2 ila 5 yıldır yoğun bakımda çalıştıkları belirlenmiştir (Çizelge 4.1).

Hemşirelerin % 61,8 (n: 126)'inin mesleklerini sevdiğini, % 62,3 (n: 127)'ünün de çalıştıkları servisten memnun oldukları saptanmıştır. Çalışma şekli açısından hemşirelerin % 79,9 (n: 163)'ünün vardiya şeklinde çalıştığı, % 28,9 (n: 59)'ünün haftada 72-88 saat çalıştığı tespit edilmiştir (Çizelge 4.1).

Hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin eğitim alma ve raporlama durumları incelendiğinde; % 94,1 (n: 192)'inin hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim aldıkları, eğitim alanların % 84,9 (n: 163)'ünün eğitimi yeterli buldukları, % 60,3 (n: 123)'ünün kurumdaki hasta güvenliği uygulamalarını yeterli buldukları, % 67,2 (n: 137)'sinin hasta güvenliği uygulamalarına yönelik raporlama yaptıkları, % 72,1 (n: 147)'inde tıbbi hatalara yönelik raporlama yaptıkları belirlenmiştir (Şekil 4.1).

Çizelge 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler (n=204)		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	127	62,3
	Erkek	77	37,7
Yaş	18-25 yaş arası	56	27,5
	26-33 yaş arası	88	43,2
	34 yaş ve üzeri	60	29,3
Medeni durum	Evli	99	48,5
	Bekar	105	51,5
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	18	8,8
	Önlisans	12	5,9
	Lisans	152	74,5
	Yüksek lisans	22	10,8
Hemşire olarak kaç yıldır çalıştıkları	1 yıldan az ?	43	21,1
	2-5 yıl	44	21,6
	6-12 yıl	69	33,8
	12 yıldan fazla	48	23,5
Yoğun bakımda kaç yıldır çalıştıkları	1 yıldan az	56	27,5
	2-5 yıl	82	40,2
	6-12 yıl	54	26,4
	12 yıldan fazla	12	5,9
Çalışma statüsü	Kadrolu	140	68,6
	Sözleşmeli	64	31,4
Mesleklerini sevme durumu	Seviorum	126	61,8
	Sevmiyorum	48	23,5
	Kararsızım	30	14,7
Çalıştıkları servisten memnun olma durumu	Memnunum	127	62,3
	Memnun değilim	9	4,4
	Kısmen memnunum	68	33,3
Çalışma şekilleri	Sürekli gündüz	33	16,2
	Vardiya	163	79,9
	Diğer	8	3,9
Haftada toplam kaç saat çalıştıkları	40 saat	5	2,5
	40-56 saat	29	14,2
	56-72 saat	57	27,9
	72-88 saat	59	28,9
	88 saatten fazla	54	26,5



Şekil 4.1. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalara Yönelik Ölçümlere Ait Bulguların İncelenmesi

4.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmada kullanılan hasta güvenliği tutum (HGT) ölçeği ve iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları; ölçek alt boyutlarında yer alan ifadelerin ortalama ve standart sapma dağılımları incelenmiştir (Çizelge 4.2).

Çalışmada kullanılan ölçeklerin toplam ve alt boyutlarının ortalama ve standart sapma değerleri ile güvenirlik katsayı değerleri Çizelge 2’de gösterilmiştir. HGT ölçeği toplam puan ortalaması $139,65 \pm 18,54$ olarak bulunmuş olup 0,881 Cronbach Alpha değeri ile sonuçların yüksek derecede güvenilir olduğu saptanmıştır. Ölçek alt boyutlarının güvenirlik katsayı değerleri elde edilen sonuçlar neticesinde güvenilir olduğu anlaşılmıştır (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Hasta Güvenliği Tutumu Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları İle Güvenirlik Değerlerinin İncelenmesi

Ölçek	İfade sayısı	Ort±ss	Min-Maks	Güvenirlik Değerleri (Cronbach Alpha)
İş doyumunu	11	33,91±8,95	11-51	0,876
Ekip çalışması	12	30,14±6,96	15-44	0,883
Güvenlik iklimi	5	12,40±3,39	5-19	0,830
Yönetim anlayışı	7	22,57±3,41	17-31	0,760
Stresi tanımlama	5	16,82±1,88	13-20	0,711
Çalışma koşulları	6	23,78±2,70	17-27	0,718
HGT Toplam	46	139,65±18,54	92-173	0,881

HGT ölçeğinin ölçek alt boyutlarında yer alan ifadelerin puan ortalamaları incelendiğinde; “İş doyumu” alt boyutunda; “Bu birimde, hemşirelerin fikirlerine değer verilir.” ifadesinin 3,33 ile en yüksek ortalamaya, “Bu birimdeki tıbbi ekipman-donanım yeterlidir” ifadesinin 2,64 ile en düşük ortalamaya, sahip oldukları tespit edilmiştir. “Ekip çalışması” alt boyutunda; “Hasta güvenliği ile ilgili sorun olduğunda, bunu rapor etmem konusunda meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.” ifadesinin 2,74 ile en yüksek ortalamaya, “Acil durumlarda diğer personelin ne yapacağını bilirim.” ifadesinin ise 2,13 ile en düşük ortalamaya sahip oldukları saptanmıştır. “Güvenlik iklimi” alt boyutunda “Bu birimde, hasta güvenliği ile ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyulur.” ifadesinin 2,65 ile en yüksek ortalamaya, “Hasta güvenliği, bu birimin önceliği olarak sürekli olarak önemsenir.” ile “Bu birimde olay raporlarıyla ilgili bilgiler, hasta bakımının güvenliğini sağlamada kullanılır.” ifadelerinin ise 2,38 ortalama ile en düşük ortalamalara sahip oldukları tespit edilmiştir. “Yönetim anlayışı” alt boyutunda “Hastane yönetimi, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarımı eksiksiz yürütmemi destekler.” ifadesinin 4,67 ile en yüksek, “Bu hastanede, yeni personelin işe oryantasyonu ve hizmet içi eğitim iyi yapılır.” ifadesinin ise 2,10 ile en düşük ortalamaya sahip olduğu saptanmıştır. “Stresi tanımlama” alt boyutunda “Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersem, bunu dile getirmem zordur.” ifadesinin 4,08 ile en yüksek “Yorgun olduğumda, işimde daha az etkin olurum.” ifadesinin 2,39 ile en düşük ortalamaya sahip olduğu saptanmıştır. Ölçeğin son alt boyutu olan “Çalışma koşulları”nda “Çalışanlar, bu birimde oluşturulan kural ve prosedürleri (el yıkama, tedavi protokolleri/ klinik yollar gibi) sıklıkla önemsemezler.” ifadesinin 4,74 ile en yüksek ve “İşimde kendimi tükenmiş hissedirim.” ifadesinin 3,00 ile en düşük ortalamaya sahip oldukları saptanmıştır (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Alt Boyut İfadelerinin Puan Ortalamaları

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alt boyutları	Ort±ss
İş doyumu	
1. Performansım hakkında geribildirim alırım (Bilgilendirilirim).	3,25±1,23
2. Hastane yönetimi işini iyi yapar.	3,23±0,95
3. Bu hastane, çalışmak için iyi bir yerdir.	2,97±1,00
4. Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	3,10±1,16
5. Bu hastane, problemlili hekim ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenir.	3,22±1,01
6. Bu birimde, hemşirelerin fikirlerine değer verilir.	3,33±1,11
7. Bu hastanede çalışmaktan gurur duyarım.	2,96±1,07
8. Bu birimdeki tıbbi ekipman- donanım yeterlidir	2,64±1,12
9. Bu birimdeki personelin düzeyi, hasta sayısını karşılamak için yeterlidir.	3,05±1,39
10. Bu birimde karar verilirken, ilgili personelden elde edilen verilerden yararlanır.	2,80±1,00
11. Hastanede, işimi etkileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.	2,73±0,80
Ekip çalışması	
12. Hastalara bakım verirken, ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardım eder.	2,53±1,00
13. Bu birimde çalışanlar, anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.	2,27±0,87
14. Bu birimde ahlaki(etik) değerler yüksektir.	2,59±1,22
15. Acil durumlarda diğer personelin ne yapacağını bilirim.	2,13±0,94
16. Bu birimde görüş farklılıkları hasta yararı (kimin haklı olduğundan çok hastalar için neyin iyi olduğu gibi) dikkate alınarak çözülür.	2,63±0,99
17. Gerçekten profesyonel olan çalışanlar, kişisel problemlerini işine yansıtmaz.	2,22±0,92
18. Bu hastanede, çalışanlar arasında ekip çalışması ve iş birliği desteklenir.	2,72±0,83
19. Hasta güvenliği ile ilgili sorun olduğunda, bun rapor etmem konusunda meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.	2,74±0,86
20. Bu birimde, diğerlerinin hatalarından öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.	2,67±1,06
21. Diğer personelin hastaya zarar verebilecek hatalar yaptığını gördüm.	2,72±0,92
22. Bu birimde, hasta güvenliği ile ilgili sorular sormak için uygun yolları (kanalları) bilirim.	2,32±0,90
23. Bu birimde, hekim ve hemşireler uyumlu bir ekip olarak çalışır.	2,55±1,08

Çizelge 4.3. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Alt Boyut İfadelerinin Puan Ortalamaları (devam)

Güvenlik iklimi	
24. Bu birimde olay raporlarıyla ilgili bilgiler, hasta bakımın güvenliğini sağlamada kullanılır.	2,38±0,73
25. Bu birimde, güvenli raporlama sistemlerinden, hasta güvenliğini geliştirmede yararlanılır.	2,57±0,92
26. Bu birimde, hasta güvenliği ile ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyulur.	2,65±0,88
27. Bu birimde, gerektiğinde tıbbi hataları nasıl rapor edeceğimi bilirim.	2,41±0,99
28. Hasta güvenliği, bu birimin önceliği olarak sürekli olarak önemsenir.	2,38±0,84
Yönetim anlayışı	
29. Bu birimde hasta olarak bulunmam durumunda kendimi güvende hissedirim.	2,64±1,16
30. Bu birimde, tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır.	2,57±0,99
31. Bu hastanede, yeni personelin işe oryantasyonu ve hizmet içi eğitim iyi yapılı.	2,10±1,09
32. Bu birimdeki tüm personel, hasta güvenliği ile ilgili sorumluluk alır.	2,43±1,14
33. Hastane yönetimi, hasta güvenliğiyle ilgili konularda taviz vermez.	4,54±0,49
34. Hastane yönetimi, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarımı eksiksiz yürütmemi destekler.	4,67±0,47
35. Tanı ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir	3,61±0,56
Stresi tanımlama	
36. Acil durumlardaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler.	2,68±0,95
37. Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler.	3,71±1,30
38. Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres, performansımı olumsuz etkiler.	3,94±1,00
39. Yorgun olduğumda, işimde daha az etkin olurum.	2,39±1,23
40. Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersem, bunu dile getirmem zordur.	4,08±0,81
Çalışma koşulları	
41. Bu birimde, hizmetin aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır.	4,15±0,71
42. Çalışanlar, bu birimde oluşturulan kural ve prosedürleri (el yıkama, tedavi protokolleri/ klinik yollar gibi) sıklıkla önemsemezler.	4,38±0,75
43. İşimde hayal kırıklığı yaşıyorum.	3,74±1,09
44. Bu birimdeki hekimler dahil tüm çalışanlar, işlerini iyi yaparlar.	4,24±0,74
45. İşimde kendimi tükenmiş hissedirim.	3,00±1,35
46. Bu birimde, hemşirelik eğitimi alanlar (öğrenciler) uygun şekilde desteklenir.	4,25±0,66

Araştırmada tek örneklem test analizinde iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama, çalışma koşulları ve hasta güvenliği tutum (HGT) toplam puanından elde edilen Kolmogorov-Smirnov skorların tümünün normal dağılım göstermediği saptanmıştır ($p < 0,05$) (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Testi Sonuçları

Değerler	Parametreler		K-Smirnov Z	P
	X	SS		
İş doyumunu (n: 11)	33,91	8,95	0,145	0,000*
Ekip çalışması (n: 12)	30,14	6,96	0,124	0,000*
Güvenlik iklimi (n: 5)	12,40	3,39	0,172	0,000*
Yönetim anlayışı (n: 7)	22,57	3,41	0,123	0,000*
Stresi tanımlama (n: 5)	16,82	1,88	0,214	0,000*
Çalışma koşulları (n: 6)	23,78	2,70	0,229	0,000*
HGT Toplam (n: 46)	139,65	18,54	0,094	0,000*

* p<0,05

4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre hasta güvenliği tutum ölçeği toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyetine göre toplam ölçek ve alt boyutlar puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; araştırmaya katılan kadın hemşirelerin ölçek ve alt boyutlarına ait aritmetik ortalamalarının; iş doyumunu alt boyutunda $33,9 \pm 7,2$, ekip çalışmasında $30,3 \pm 4,8$, güvenlik ikliminde $12,4 \pm 2,5$, yönetim anlayışında $17,0 \pm 1,7$ ve HGT toplam puanlarından $139,6 \pm 14,0$ puan ortalamaları ile erkek hemşirelerin aritmetik ortalamalarına göre yüksek olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Stresi tanımlama alt ölçek boyutunda kadın hemşirelerin $22,7 \pm 3,1$, aritmetik ortalaması ile erkek hemşirelerin aritmetik ortalamalarından yüksek puana sahip olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunurken ($p < 0,05$), erkek hemşirelerin çalışma koşulları ortalamalarının, kadın hemşirelerin ortalamalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Çizelge 4.5). Elde edilen sonuç kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre daha fazla stresli çalıştıkları gözlenirken, erkek hemşirelere göre daha az çalışma koşullarını benimsedikleri anlaşılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durumuna göre toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde araştırmaya katılan bekar hemşirelerin; iş doyumunu alt boyutunda $33,1 \pm 8,5$, ekip çalışmasında $30,0 \pm 8,0$, yönetim anlayışında $22,5 \pm 3,5$ ve HGT toplam ölçek boyutunda $138,4 \pm 21,8$ puan ortalamasına

sahip oldukları saptanmıştır. Bekar hemşirelerin evli olan hemşirelere göre daha düşük puan ortalamaları olmasına karşın aralarındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Güvenlik iklimi alt boyutunun evli olan hemşirelerde $12,1\pm 2,5$ puan ortalaması ile bekar olan hemşirelere göre düşük olduğu, buna karşın aralarındaki farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Evli olan hemşirelerde stresi tanımlama alt boyutunda aritmetik ortalama $17,6\pm 1,5$ olarak saptanmış olup bekar olan hemşirelere göre daha ($15,9\pm 1,8$) yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma koşulları alt ölçek boyutunda bekar olan hemşirelerin aritmetik ortalama $24,2\pm 2,7$ olarak bulunmuş olup evli hemşirelerin aritmetik ortalamalarına ($23,3\pm 2,6$) göre istatistiksel açıdan anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Elde edilen bu sonuç evli olan hemşirelerin stresi tanımlamada daha iyi olduğu ve çalışma koşullarının ise bekar olanlara göre daha zor olduğu söylenebilir (Çizelge 4.5).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma statüsüne göre toplam ölçek ve alt boyutlar puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerden sözleşmeli olanların toplam ölçek puan ortalaması $139,3\pm 13,1$ ile kadrolu hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde sözleşmeli hemşirelerin çalışma statüsü değişkeninin iş doyumu ($33,4\pm 7,8$), ekip çalışması ($30,0\pm 6,8$), güvenlik iklimi ($12,6\pm 2,1$), yönetim anlayış ($23,0\pm 3,1$), stresi tanımlama ($17,3\pm 1,8$) alt boyut puan ortalamaları ile kadrolu hemşirelere göre yüksek bulunmuş olup, aralarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna karşın kadrolu çalışan hemşirelerin çalışma koşulları alt ölçek boyutu $24,3\pm 2,3$ puan ortalaması ile sözleşmeli çalışan hemşirelerin ortalamalarından ($22,7\pm 3,0$) yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Elde edilen bu sonuç ile hemşirelerin kadrolu olarak görev yapmalarının çalışma koşullarına pozitif yönlü bir etkisi olduğu ifade edilebilir (Çizelge 4.5).

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin eğitim alma durumuna göre puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; iş doyumu ve çalışma koşulları alt boyutları dışında kalan tüm boyutlarda eğitim almayanların daha yüksek puana sahip oldukları bulunmuştur. Hasta güvenliği eğitimi almayan hemşirelerin alt boyutunda puan ortalamalarında ekip çalışması $35,3\pm 0,9$, güvenlik iklimi $14,6\pm 0,4$ ($p=0,001$), yönetim anlayışı $25,3\pm 0,9$ ve HGT toplam ölçek $147,3\pm 3,4$ puan ortalaması ile hasta

güvenliğine ilişkin eğitim alanlardan daha yüksek bulunmuş olup aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hasta güvenliğine ilişkin eğitim almayan hemşirelerin stresi tanımlama alt boyut puan ortalaması eğitim alanlara göre yüksek olmasına rağmen aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.5).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kurum içerisindeki hasta güvenliğini yeterli bulma durumları ile iş doyumunu, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt ölçek boyutu aritmetik ortalamaları ile aralarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Kurum içerisindeki hasta güvenliğini yeterli bulmayan hemşirelerin ekip çalışması $33,4\pm 4,0$, güvenlik iklimi $14,0\pm 2,2$, yönetim anlayışı $24,0\pm 2,5$ ve HGT toplam puanı $146,7\pm 14,5$ aritmetik ortalama ile kurum içerisindeki hasta güvenliğini yeterli bulan hemşirelerin aritmetik ortalamalarına göre yüksek olup, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarına yönelik raporlama yapma durumlarına göre puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt ölçek boyutu aritmetik ortalamaları ile aralarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Hasta güvenliği uygulamalarına yönelik raporlama yapmayan hemşirelerin ekip çalışması $33,2\pm 3,2$, güvenlik iklimi $14,1\pm 1,5$, yönetim anlayışı $23,5\pm 2,4$ ve HGT toplam ölçek puanı $142,8\pm 12,5$ aritmetik ortalama ile hasta güvenli uygulamalarına yönelik raporlama yapan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 4.5).

Araştırmaya katılan hemşirelerin tıbbi hatalara yönelik raporlama durumlarına göre puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde iş doyumunu alt ölçek boyutu puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Tıbbi hatalara yönelik raporlama yapmayan hemşirelerin ekip çalışması $32,0\pm 5,2$, güvenlik iklimi $13,1\pm 3,2$, yönetim anlayışı $23,7\pm 2,3$, stresi tanımlama $17,2\pm 2,4$, çalışma koşulları $24,8\pm 1,3$ ve HGT toplam puanı $145,3\pm 12,8$ aritmetik ortalama ile tıbbi hatalara yönelik raporlama yapan hemşirelerin aritmetik ortalamalarından yüksek bulunmuş olup aralarındaki farkın istatistiksel açıdan da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	İş doyumu	Ekip çalışması	Güvenlik iklimi	Yönetim anlayışı	Stresi tanımlama	Çalışma koşulları	HGT Toplam
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Cinsiyet							
Kadın	33,9±7,2	30,3±4,8	12,4±2,5	22,7±3,1	17,0±1,7	23,1±3,0	139,6±14,0
Erkek	32,3±9,0	29,7±9,5	12,3±4,4	22,3±3,8	16,4±2,0	24,8±1,2	138,1±23,2
u	4745,0	4611,0	4637,0	4415,0	3958,5	3389,0	4738,0
p	0,723	0,493	0,532	0,244	0,020	0,000	0,711
Medeni Durum							
Bekar	33,1±8,5	30,0±8,0	12,6±4,1	22,5±3,5	15,9±1,8	24,2±2,7	138,4±21,8
Evli	33,5±7,5	30,2±5,7	12,1±2,5	22,6±3,3	17,6±1,5	23,3±2,6	139,6±13,5
u	4941,0	5042,0	4645,0	5138,5	2531,5	3961,5	5089,0
p	0,542	0,711	0,185	0,888	0,000	0,003	0,797
Çalışma Statüsü							
Kadrolu	33,2±8,1	30,2±7,0	12,2±3,8	22,3±3,4	16,5±1,8	24,3±2,3	138,9±19,9
Sözleşmeli	33,4±7,8	30,0±6,8	12,6±2,1	23,0±3,1	17,3±1,8	22,7±3,0	139,3±13,1
u	4222,0	4176,0	4174,0	3823,0	3818,0	3183,0	4422,0
p	0,508	0,435	0,429	0,092	0,084	0,001	0,882
Hasta Güvenliği Eğitimi							
Evet	33,3±8,2	29,8±7,0	12,2±3,4	22,4±3,4	16,8±1,9	23,9±2,5	138,5±18,4
Hayır	33,3±0,4	35,3±0,9	14,6±0,4	25,3±0,9	17,0±1,4	21,6±3,9	147,3±3,4
u	1126,0	500,0	482,0	518,0	1144,0	862,0	708,0
p	0,985	0,001	0,001	0,001	0,967	0,137	0,025
Kurum içerisindeki hasta güvenliğini yeterli bulma durumu							
Evet	32,3±7,7	27,9±7,6	11,3±3,5	21,6±3,5	16,6±1,9	24,0±2,4	134,0±18,3
Hayır	34,7±8,2	33,4±4,0	14,0±2,2	24,0±2,5	17,0±1,7	23,4±3,0	146,7±14,5
u	4250,0	2219,0	2516,5	2720,5	4615,5	4575,5	2895,0
p	0,075	0,000	0,000	0,000	0,366	0,317	0,000
Hasta güvenliği uygulamalarına yönelik raporlama yapma durumu							
Evet	34,3±8,4	28,6±7,7	11,5±3,7	22,1±3,7	16,9±1,7	23,6±2,9	137,2±19,9
Hayır	31,3±6,6	33,2±3,2	14,1±1,5	23,5±2,4	16,6±2,1	24,0±2,2	142,8±12,5
u	3645,0	2559,0	2406,0	3414,0	4174,5	4416,0	3655,0
p	0,017	0,000	0,000	0,003	0,285	0,656	0,018
Tıbbi hata raporlama							
Evet	32,9±8,9	29,4±7,4	12,1±3,4	22,1±3,6	16,6±1,6	23,3±2,9	136,6±19,1
Hayır	34,2±4,7	32,0±5,2	13,1±3,2	23,7±2,3	17,2±2,4	24,8±1,3	145,3±12,8
u	3738,0	3191,0	3140,5	2986,0	3228,5	3092,0	2861,0
p	0,231	0,008	0,005	0,001	0,010	0,003	0,000

* p<0,05, U: Mann Whitney U testi

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; 34 yaş ve üzeri olan hemşirelerin ölçek toplam puan ortalaması diğer yaş gruplarından daha yüksek ($142,7\pm 15,7$) bulunmuştur. 18-25 yaş grubunda olan hemşirelerin stresi tanımlama alt boyut puan ortalaması $17,9\pm 16,5$, 26-33 yaş grubu hemşirelerin ise çalışma koşulları alt boyut puan ortalaması $24,3\pm 2,1$ ile diğerlerinden yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin yaş grubu değişkeni ile HGT toplam ölçek ve yönetim anlayışı alt boyutu aralarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna karşın hemşirelerin yaş gruplarının iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt ölçek boyutları ile aralarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağını belirlemek için Post Hoc analizi yapılmıştır. İş doyumu alt boyutunda 34 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin aritmetik ortalaması $35,9\pm 8,8$ olup aritmetik ortalaması $31,3\pm 8,4$ olan 26 ila 33 yaş grubu hemşirelere göre daha yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). 18-25 yaş grubunda olan hemşirelerin; Ekip çalışması alt boyutunda $27,4\pm 6,0$ ve güvenlik iklimi alt boyutunda $10,8\pm 2,7$ puan ortalaması ile diğer yaş gruplarında olan hemşirelerin aritmetik ortalamalarından daha düşük olması istatistiksel açıdan da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu yaş grubunda stresi tanımlama alt boyutunda hemşirelerin $17,9\pm 16,5$, aritmetik ortalaması ile diğer yaş gruplarındaki hemşirelerin aritmetik ortalamalarından daha yüksek olmasının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). 26 ila 33 yaş grubunda olan hemşirelerin çalışma koşulları alt boyutunda aritmetik ortalaması $24,3\pm 2,1$ ile 34 yaş ve üzerinde yaş grubundaki hemşirelerin aritmetik ortalamalarından daha yüksek olmasının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.6).

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumu ile stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt ölçek boyutları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna karşın hemşirelerin eğitim durumu değişkenlerinin iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ve HGT toplam puanları ile aralarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağını belirleme adına Post Hoc analizi yapılmıştır. Yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin iş doyumu alt boyutunda $28,4\pm 10,0$ puan ortalaması ile en düşük puana sahip oldukları saptanmıştır. Yüksek lisans mezunu hemşirelerin aritmetik ortalamalarının SML mezunu ve lisans mezunu olan hemşirelerin ile aritmetik

ortalamları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ekip çalışması alt ölçek boyutunda SML mezunu olan hemşirelerin aritmetik ortalaması $36,6\pm 1,5$ ile en yüksek puan olup lisans mezunu olan hemşirelerin aritmetik ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Güvenlik iklimi alt boyutunda Önlisans mezunu olan hemşirelerin $9,1\pm 1,0$ aritmetik ortalaması ile SML, lisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelerden daha düşük ortalamaya sahip olması istatistiksel açıdan da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Önlisans mezunu hemşirelerin yönetim anlayışı alt boyutu $19,0\pm 0,0$ puan ortalaması ile SML, lisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelerden daha düşük puan ortalamasına sahip olmasının da istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca Lisans mezunu olan hemşirelerin güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı alt boyutlarında aritmetik ortalamalarının, Önlisans mezunu hemşirelerin aritmetik ortalamalarından yüksek olması da istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). HGT toplam ölçek puanları incelendiğinde; SML mezunu olan hemşirelerin $157,1\pm 1,0$ aritmetik ortalaması ile önlisans, lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin aritmetik ortalamalarından daha yüksek puana sahip olmasının da istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.6).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma yılı ile iş doyumunu alt ölçek boyutu arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna karşın hemşirelerin çalışma yılı değişkenlerinin ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama, çalışma koşulları ve HGT toplam ölçek puanları ile aralarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağını belirleme adına Post Hoc analizi yapılmıştır. Araştırmaya katılan ve 6 ila 12 yıldır görev yapan hemşirelerin ekip çalışması alt boyutu aritmetik ortalaması $32,6\pm 6,1$ olup diğer tüm çalışma yılı gruplarından daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Bu grupta yer alan hemşirelerin puan ortalamasının 1 yıldan az ve 2 ila 5 yıldır görev yapan hemşirelerin aritmetik ortalamalarından daha yüksek olması istatistiksel açıdan da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Hemşirelerden 2 ila 5 yıldır görev yapanların güvenlik iklimi alt boyutunda $9,6\pm 4,2$ ve yönetim anlayışı alt boyutunda $20,9\pm 3,1$ puan ortalaması ile bu iki alt boyutta diğer gruplara göre en düşük ortalama olarak bulunmuştur. Post Hoc analizde 2 ila 5 yıldır görev yapan hemşirelerin bu iki alt boyuttaki puan ortalamasının diğer çalışma yılı gruplarında yer alan hemşirelerin aritmetik ortalamalarından daha düşük olması istatistiksel açıdan da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca 6 ila 12 yıldır görev yapan hemşirelerin güvenlik iklimi alt boyut aritmetik ortalamalarının ($13,7\pm 3,0$) 1 yıldan az

görev yapan hemşirelerin aritmetik ortalamalarına göre (12,0±2,1) yüksek olması da istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Hemşirelerden 1 yıldan az görev yapanların stresi tanımlama alt boyut puan ortalaması 18,2±1,3 puan ile 2 -5, 6 - 12 ve 12 yıl üzerinde görev yapan hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Hemşirelerden 2 ila 5 yıldır görev yapanların çalışma koşulları alt boyutunda 25,1±1,1 puan ortalaması ile diğer çalışma yılı gruplarındaki hemşirelerden daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca 6 ila 12 yıldır görev yapan hemşirelerin aritmetik ortalamalarının, 1 yıldan az görev yapan hemşirelerin aritmetik ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). HGT toplam ölçek puanında; 2 ila 5 yıldır görev yapan hemşirelerin aritmetik ortalaması 131,0±22,7 puan ile en düşük ortalama olarak bulunmuştur. 6 ila 12 ve 12 yıl üzerinde görev yapan hemşirelerin aritmetik ortalamalarının 2 ila 5 yıldır görev yapan hemşirelerin aritmetik ortalamasından daha yüksek olmasının istatistiksel açıdan da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.6).

Araştırmaya katılan hemşirelerin yoğun bakımda çalışma yılı ile iş doyumunu, yönetim anlayışı, stresi tanımlama, çalışma koşulları ve HGT toplam ölçek puanları ile aralarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna karşın ekip çalışması ve güvenlik iklimi alt ölçek boyutları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağını belirleme adına Post Hoc analizi yapılmıştır. Hemşirelerden 6 ila 12 yıldır yoğun bakımda görev yapanların ölçek alt boyutlarından iş doyumunda 37,7±8,4, yönetim anlayışında 23,7±2,9 aritmetik ortalaması ile diğer gruplar arasında en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu saptanmıştır ($p<0,05$). 6 ila 12 yıldır yoğun bakımda görev hemşirelerin güvenlik iklimi alt boyutunda da 13,4±2,9 puan ortalaması ile en yüksek puana ortalamasına sahip oldukları ancak bu alt boyutta gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur. Buna karşın 6 ila 12 yıldır yoğun bakımda görev hemşirelerin iş doyumunu alt boyutunda 1 yıldan az ve 2 ila 5 yıldır yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin aritmetik ortalamalarından daha yüksek puana sahip olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca 6 ila 12 yıldır yoğun bakımda görev hemşirelerin yönetim anlayışı alt boyutunda puan ortalamasının 2 ila 5 yıldır ve 12 yıl üzerinde görev yapan hemşirelerin aritmetik ortalamasından daha yüksek olmasının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Stresi tanımlama

alt ölçek boyutunda; 1 yıldan az görev yapan hemşirelerin aritmetik ortalaması $17,6 \pm 1,6$ puan ile en yüksek puan ortalaması olarak belirlenmiştir. Bir yıldan az süredir yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin bu alt boyuttaki puan ortalamasının diğer gruplarda yer alan hemşirelerin aritmetik ortalamasından daha yüksek olmasının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Hemşirelerin yoğun bakımda çalışma sürelerine göre çalışma koşulları alt ölçek boyutunda 2 ila 5 yıldır görev yapan hemşirelerin puan ortalaması $24,6 \pm 2,1$ puan ile diğer gruplar arasında en yüksek olarak bulunmuştur ($p < 0,05$). 2 ila 5 yıldır görev yapan hemşirelerin puan ortalamasının bir yıldan az görev yapan hemşirelerin aritmetik ortalamasından daha yüksek olması istatistiksel açıdan da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). HGT toplam ölçek puanında; 6 ila 12 yıldır görev yapan hemşirelerin aritmetik ortalamalarının $146,7 \pm 16,9$ puan ile diğer gruplar arasında en yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$), Bu gruptaki hemşirelerin puan ortalamasının bir yıldan az ve iki ila beş yıldır görev yapan hemşirelerin aritmetik ortalamalarından daha yüksek olması istatistiksel açıdan da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları İle Değişkenler Arasındaki Farklılıkların Dağılımı (İkiden Fazla Grup Analizleri)

Değişkenler	İş doyumu	Ekip çalışması	Güvenlik iklimi	Yönetim anlayışı	Stresi tanımlama	Çalışma koşulları	HGT Toplam
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Yaş							
18-25	33,6±5,2	27,4±6,0	10,8±2,7	22,6±3,1	17,9±16,5	23,4±2,9	135,9±11,8
26-33	31,3±8,4	31,1±8,3	12,9±4,1	22,0±3,8	16,5±1,4	24,3±2,1	138,5±22,0
34 ve üzeri	35,9±8,8	31,2±4,5	13,0±2,1	23,2±2,7	16,1±1,9	23,2±3,1	142,7±15,7
x ²	7,988	12,139	17,673	5,646	29,903	7,765	3,672
p	0,018	0,002	0,000	0,059	0,000	0,021	0,159
Post hoc analiz anlamlı fark	3-2; p=0,002	2-1; p=0,005 3-1; p=0,010	2-1; p=0,001 3-1; p=0,001	Anlamlı farklılık yok	2-1; p=0,000 3-1; p=0,001	2-3; p=0,029	Anlamlı farklılık yok
Eğitim durumu							
SML	37,8±1,0	36,6±1,5	15,6±1,5	25,0±0,0	17,2±2,5	24,6±1,5	157,1±1,0
Önlisans	33,1±1,0	30,5±0,5	9,1±1,0	19,0±0,0	17,5±0,5	24,2±1,5	133,7±1,5
Lisans	33,5±8,1	29,1±6,5	12,0±3,0	22,6±3,1	16,7±1,9	23,4±2,9	137,5±16,4
Y. Lisans	28,4±10,0	31,6±10,5	13,7±5,0	22,2±5,2	16,7±1,3	25,0±1,0	137,9±29,6
x ²	11,714	24,640	41,133	23,526	2,746	7,266	22,999
p	0,008	0,000	0,000	0,000	0,432	0,064	0,000
Post hoc analiz anlamlı fark	3-4; p=0,030 1-4; p=0,001	1-3; p=0,000	1-2; p=0,000 1-3; p=0,000 3-2; p=0,013 4-2; p=0,000	1-2; p=0,000 1-3; p=0,021 3-2; p=0,002 4-2; p=0,032	Anlamlı farklılık yok	Anlamlı farklılık yok	1-2; p=0,002 1-3; p=0,000 1-4; p=0,003
Çalışma yılı							
1 yıldan az	32,3±8,4	27,5±6,6	12,0±2,1	23,1±3,2	18,2±1,3	22,5±2,8	135,9±13,4
2-5 yıl	30,8±9,1	28,0±7,8	9,6±4,2	20,9±3,1	16,4±2,0	25,1±1,1	131,0±22,7
6-12 yıl	33,6±6,1	32,6±6,1	13,7±3,0	22,7±3,4	16,6±1,4	24,2±2,6	143,7±16,0
>12 yıl	35,9±8,2	30,8±6,2	13,1±2,2	23,3±3,3	16,0±2,0	23,0±2,9	142,4±16,9
x ²	7,597	10,241	26,275	16,852	25,839	33,088	11,140
p	0,055	0,017	0,000	0,001	0,000	0,000	0,011
Post hoc analiz anlamlı fark	Anlamlı farklılık yok	3-1; p=0,001 3-2; p=0,003	1-2; p=0,002 3-1; p=0,026 3-2; p=0,000 4-2; p=0,000	1-2; p=0,011 3-2; p=0,024 4-2; p=0,004	1-2; p=0,000 1-3; p=0,000 1-4; p=0,000	2-1; p=0,000 2-4; p=0,001 3-1; p=0,005	3-2; p=0,001 4-2; p=0,012
Yoğun bakımda çalışma süresi							
1 yıldan az	32,6±7,4	28,6±6,3	12,4±2,0	22,9±2,9	17,6±1,6	22,5±2,6	136,9±12,1
2-5 yıl	31,1±7,5	29,9±8,2	11,8±4,3	21,8±3,8	16,5±1,8	24,6±2,1	135,9±21,7
6-12 yıl	37,7±8,4	31,5±5,8	13,4±2,9	23,7±2,9	16,5±1,7	23,7±3,2	146,7±16,9
>12 yıl	31,5±3,0	31,8±1,0	11,6±2,0	20,6±2,0	15,9±2,5	23,8±1,0	135,4±0,5
x ²	18,012	4,105	3,599	15,577	10,769	31,419	12,765
p	0,000	0,250	0,308	0,001	0,013	0,000	0,005
Post hoc analiz anlamlı fark	3-1; p=0,003 3-2; p=0,000	Anlamlı farklılık yok	Anlamlı farklılık yok	3-2; p=0,012 3-4; p=0,027	1-2; p=0,002 1-3; p=0,008 1-4; p=0,015	2-1; p=0,000	3-1; p=0,022 3-2; p=0,003

* p<0,05, x²:Kruskall Wallis testi, Post hoc Bonferroni testi

4.4. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyona Ait Bulgular

Bu bölümde HGT toplam ve alt ölçek boyutları ile arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

HGT ölçeğinin iş doyumunu alt boyutunun HGT toplam ($r=0,799$), ekip çalışması ($r=0,487$), güvenlik iklimi ($r=0,513$), yönetim anlayışı ($r=0,423$) ve stresi tanımlama ($r=0,208$) alt boyutları ile pozitif yönlü ($p<0,05$), çalışma koşulları ($r=-0,213$) alt boyutu ile ters yönlü bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Ekip çalışması ($r=0,487$), güvenlik iklimi ($r=0,513$), yönetim anlayışı ($r=0,423$), stresi tanımlama ($r=0,208$) ve HGT toplam puanı ($r=0,799$) ile pozitif yönlü bir korelasyon varlığı olduğu saptanırken ($p<0,05$), çalışma koşulları ($r=-0,213$) ile ters yönlü bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ekip çalışması alt boyutunun güvenlik iklimi ($r=0,799$), yönetim anlayışı ($r=0,666$), ve HGT toplam puanı ($r=0,874$) ile pozitif yönlü bir korelasyon varlığı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). HGT ölçeğinin güvenlik iklimi alt boyutunun yönetim anlayışı ($r=0,684$) alt boyutu ile arasında pozitif yönlü bir korelasyon varlığı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ölçeğin yönetim anlayışı alt boyutunun, stresi tanımlama ($r=-0,078$) çalışma koşulları ($r=-0,162$) ile ters yönlü bir korelasyon olduğu belirlenirken, HGT toplam ölçek puanı ($r=0,731$) ile pozitif yönlü bir korelasyon bulgusunun olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Stresi tanımlama alt ölçek boyutunun, çalışma koşulları ($r=-0,213$) ile ters yönlü bir korelasyon olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Dağılımı

		Ekip çalışması	Güvenlik iklimi	Yönetim anlayışı	Stresi tanımlama	Çalışma koşulları	Toplam ölçek
İş doyumunu	R	0,487	0,513	0,423	0,208	-0,213	0,799
	P	0,000	0,000	0,000	0,003	0,002	0,000
Ekip çalışması	R	1,000	0,799	0,666	-0,079	0,025	0,874
	P		0,000	0,000	0,264	0,725	0,000
Güvenlik iklimi	R		1,000	0,684	-0,070	-0,058	0,838
	P			0,000	0,317	0,410	0,000
Yönetim anlayışı	R			1,000	-0,078	-0,162	0,731
	P				0,265	0,020	0,000
Stresi tanımlama	R				1,000	-0,213	0,106
	P					0,002	0,130
Çalışma koşulları	R					1,000	0,001
	P						0,990

* $p<0,05$, ** $p<0,01$

5. TARTIŞMA

Hasta güvenliği, kaliteli sağlık hizmetinin temelini oluşturmaktadır⁸ ve kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasında şüphesiz hemşirelerin rolleri yadsınamaz boyuttur. Dünyanın en eski meslekleri arasında yer alan hemşirelik mesleğinin icrasında; hemşirelerin tıbbi uygulamalar esnasında hasta güvenliğini ön planda tutması ve hastanın bir an önce rehabilite edilerek tekrar normal hayata uyum sağlamasında aktif rol oynamaktadırlar. Ayrıca hasta güvenliği, bakım ve tedavi sırasında hastalara zarar verme riskinin en aza indirilmesini amaçlayan davranışları içeren yapılanmadır. Bu yapılanmada hemşireler önemli bir yere sahiptir.

Yoğun bakımlar, tıbbi araç gereçlerin ve ileri teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı, kompleks bir yapıya sahip, agresif tedavi yöntemlerinin uygulandığı ve hastaların kritik durumu nedeniyle dikkat gerektiren, hasta güvenliğini tehdit eden ve tıbbi hatalara yol açabilen birimlerin başında yer alır.⁹²⁻⁹⁴

5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin yaş ortalamalarının 30,26±6,56 yıl, % 62,3'ü kadın, % 51,5'i bekar, % 74,5'i lisans mezunu, % 68,6'sı sözleşmeli, birimlerinde ortalama 20,19±3,20 hemşire ile çalışmakta olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin % 33,8'inin 6 ila 12 yıldır hemşire olarak görev yaptığı, % 40,2'inin ise 2 ila 5 yıldır yoğun bakımda çalıştıkları belirlenmiştir (Çizelge 4.1). Balık'ın¹⁰⁷ acil servis hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada %43,4'ünün 21 yaş ve altında olduğu, %42'sinin evli, %70,4'ünün kadın, %43'ünün lisans mezunu olduğu, %29,1'nin 10 yıl ve üzeri meslekte çalıştığı ve %36,5'inin 1- 5 yıl aralığında acil servislerde çalıştığı saptanmıştır.

Yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği tutumlarına ilişkin yapılan ulusal^{95,96} ve uluslararası^{97,98} çalışmalarda, yoğun bakım hemşirelerinin yaş ortalamasının 28 ila 35 arasında; çoğunluğun kadın, evli ve lisans mezunu olduğuna ilişkin sonuçlar, bu çalışma bulgularına paralellik göstermektedir. Göransson ve diğ.,⁹⁹ Blank ve diğ.,¹⁰⁰ Bayar¹⁰¹ ve Bilik¹⁰² çalışmalarında ise hemşirelerin çalışma sürelerinin; (%58,5, %52, %60,8, %34,9, %49,32) 1-5 yıl arasında olduğunu saptamışlardır. Guirardello⁹⁸ tarafından yoğun bakımlarda çevre faktörünün hasta güvenliğinde hemşirelerin tutumuna etkisinin

incelendiği çalışmada, hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ortalamasının 10,4 yıl; yoğun bakımda çalışma süreleri ortalamasının 5,2 yıl olduğu belirtilmiştir. Yoğun bakım hemşirelerinde hasta güvenliği kültürünü belirlemek amacıyla Yılmaz'ın⁹⁶ yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin %56,3'ünün Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalıştığı, %44,6'sının kurumdaki görev süresinin 2-5 yıl olduğu, %48,4'ünün çalıştığı birimdeki görev süresinin 1 yıl ve daha az olduğu, %62'sinin gece vardiyasında çalıştığı ve %56'sının haftalık çalışma süresinin 40-49 saat olduğu tespit edilmiştir.⁹⁶ Hemşirelerin %71,8'inin bir vardiyada tek başına 3-5 hastaya bakım verdiği, %97,5'inin hastanın bakımında aktif rol aldığı saptanmıştır. Tüm bu literatür bulgularına dayanarak bu araştırmadaki bulguların da benzerlik gösterdiği söylenebilir. Çalışmada genç ve deneyim olarak yarısının yeterli bir çalışma hayatı içinde olmayan bir hemşire grubu ile çalışıldığını söylemek olanaklıdır. Araştırmada yoğun bakım ünitesindeki hemşirelerinin büyük çoğunluğu literatürden farklı olarak devlet kurumlarında çalışıyor olması, çalışmanın yapıldığı ildeki hastanelerin özellikleri ve kurum politikalarının çalışanların yoğun bakım ünitesindeki hasta güvenliği ile ilgili tutumlarını etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Yeşilçiçek Çalık ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada sağlık hizmeti veren kurumların temelde, hizmetin devamlılığının sağlanmasını gerektirdiğinden vardiyalı ve gece nöbeti sistemi ile çalışan kurum niteliğini taşıdığı bildirilmektedir.¹⁰³ Bunun yanı sıra hemşirelerin vardiyalı ve gece nöbetli çalışma sistemlerine yönelik yapılan araştırma sonuçları, bireye/topluma kesintisiz hizmet sağlama amaçlı bu sistemin yararının yanı sıra, çalışanlar üzerinde fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkilerinin olduğunu hatta çalışan ve hasta güvenliğini de tehdit ettiğini ortaya koymaktadır. Çünkü gece nöbetli çalışma sisteminin, vardiyalı çalışma sistemine göre daha farklı, daha yorucu olduğu bildirilmektedir.¹⁰³ Bu çalışmada da hemşirelerin % 79,9'unun vardiya şeklinde çalıştığı, % 28,9'unun haftada 72-88 saat çalıştığı tespit edilmiştir (Çizelge 4.1). Çalışma saatlerinin uzun olması özellikle yoğun bakım çalışanlarında hasta güvenliği açısından risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bu durumda bu çalışmada yer alan yalnızca 34 hemşirenin haftada 56 saatin altında çalıştığı düşünüldüğünde hasta güvenliğinin tehdit altında olduğunu söylemek olanaklıdır. Burada bakım verilen hasta sayısı hasta güvenliği tutumunu etkileyen önemli bir faktör olarak ele alınmalıdır. Çalışmanın yapıldığı hastanede politika olarak yoğun bakım

hemşireleri bir vardiyada en fazla üç hastaya bakım vermektedir. Hasta sayısının az olması, dinlenme aralıklarının bulunması, ayrıca kurumun hasta güvenliğine yönelik uygulamaları nedeniyle hastaların güvenli bir ortamda bakım ve tedavi aldığı düşünülebilir. Ancak bu çalışma tutum belirlemeye yönelik olduğu için uygulama konusunda elde edilen verilerle net bir çıkarım yapılmasının güç olduğunu belirtmek yerinde olacaktır.

5.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Karmaşık ve multidisipliner üniteler olan, kritik hastaların bakımlarının verildiği yoğun bakım birimlerindeki hemşireler ile burada çalıştırılması planlanan hemşire, ebe (hemşire yetkisi almış) ve toplum sağlığı memurları, 2002 yılından itibaren beş yıl boyunca geçerliliği olan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası almak zorundadırlar.¹⁰⁴ Ayrıca 2011 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetmeliği ile sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması zorunlu hale gelmiştir.¹⁰⁵ Guirardello tarafından yoğun bakımlarda çevre faktörünün hasta güvenliğinde hemşirelerin tutumuna etkisinin incelendiği çalışmada, hemşirelerin %63,4'ünün yoğun bakım konusunda uzmanlık belgesine sahip olduğu belirtilmiştir.⁹⁸

Sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliğin sağlanmasında, tüm sağlık çalışanlarının güvenli uygulamalar konusunda eğitimlerinin belirli aralıklarla verilmesi, hasta güvenliğinin kurumun bütününe yönelik bir sorumluluk olduğu bilincinin yerleştirilmesi, hatalı uygulamaların önlenmesine yönelik farkındalığın, kampanya ve özel eğitim programlarıyla geliştirilmesi üzerinde durulmaktadır.¹⁰⁶ Bu çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun hasta güvenliği konusunda eğitim almış olması da önemli bir iyileştirici faktör olarak değerlendirilmiştir.

Balık (2014) tarafından acil hemşirelerinin hasta güvenliği tutumunun belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada, hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplamından aldığı ortalama puanın $133,12 \pm 23,56$ olduğu ve ölçeğin alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının da ölçek toplamında olduğu gibi orta düzeyde tutumu yansıttığı belirlenmiştir.¹⁰⁷ Öztürk, Kiraç ve Bilgin (2017) tarafından acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını belirlemek

amacıyla yaptıkları çalışmada Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden alınan puan ortalamasının $134,5 \pm 11,5$ olduğu tespit edilmiştir.¹⁰⁸ Aydemir'in 2017 yılında yaptığı araştırmada ise Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden alınan puan ortalamasının $152,26 \pm 22,54$ olduğu tespit edilmiştir.¹⁰⁹ Bu çalışmaya katılan hemşirelerin HGT toplam ölçek puan ortalaması $139,65 \pm 18,04$ ile orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda HGT ölçek puan ortalamalarını Durgun ve Kaya'nın (2018) $133,12 \pm 4,9$; Hwang'ın (2015) $134,8 \pm 6,4$, Özer ve arkadaşlarının (2019) $141,86 \pm 7,8$, Demirel ve arkadaşlarının (2020) $160 \pm 11,2$, Bayer ve Çevik'in (2019) $141,9 \pm 8,4$ olarak tespit ettiği gözlenirken, yapılan çalışmaların bulgularında da HGT toplam ve alt boyut puan ortalamaları çalışmamızın bulguları ile paralellik göstererek orta düzey oldukları belirlenmiştir.^{20,110-113} Tunçer Ünver ve Harmancı Seren'in (2018) doğum hastanelerinde görev alan sağlık çalışanları üzerine yaptıkları çalışmada HGT ölçek ortalama değeri $146,49$ ile orta düzeyin biraz üzerinde bulunmuştur.¹¹⁴ Yılmaz ve arkadaşları yaptıkları çalışmada (2017) $146,6$, Özer ve arkadaşları da (2019) $153,95$ ile HGT ölçek ortalama puanının ortalamasının üzerinde bulmuştur.^{96,111} Ünver ve Yenigün (2020) cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelerle yaptıkları çalışmada HGT ölçek ortalaması $176,3$ ile cerrahi hemşirelerin yüksek düzeyde tutuma sahip olduklarını tespit etmişlerdir.¹¹⁵ Çalışmaların bu sonuçları hemşirelerin hasta güvenliği konusunda eğitime gereksinimleri olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca yapılan bu çalışmada hasta güvenliği tutumlarının orta düzeyde olmasının nedenleri; hemşirelerin çoğunluğunun lisans mezunu olmasından dolayı, hasta güvenliğine ilişkin eğitim aldıkları düşünülmesine karşın hasta güvenliği ile ilgili almış oldukları eğitimleri içselleştirmemelerinden, bunun yanında çalışma saatlerinin oldukça uzun olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda yoğun bakım ünitelerinin, ekip çalışmasındaki eksiklikler, ekip içi ve hastalarla iletişim sorunları, ilaç uygulamalarındaki hatalar, çalışma koşulları, hastane yönetimi, iş yükü, personel eksikliği vb. nedenler ile hasta güvenliği açısından önemli risk oluşturduğu belirtilmektedir.^{92,116-118} Hasta gereksinimlerinin giderek arttığı özellikli yoğun bakım birimleri, sağlık bakımının güvenli bir şekilde sağlanması ve olumlu hasta sonuçlarına ulaşılabilmesinde, mesleki bilgi, beceri ve üstün bağlılığa sahip sağlık profesyonelleri tarafından yönetilmeyi gerektirmektedir.^{93,94,119}

Bu çalışmada iş doyumu ölçek alt boyutu puan ortalaması 33,91±8,95 (min.11-maks.55) ortalama ile orta düzey olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda iş doyumu ölçek alt boyutu puan ortalamalarını Durgun ve Kaya (2018) 36,67; Tunçer Ünver ve Harmancı Seren (2018) 32,07; Hwang (2015) 34,1; Yılmaz ve arkadaşları (2017) 34,2; Özer ve arkadaşları (2019) 34,76; Demirel ve arkadaşları (2020) 37; Bayer ve Çevik (2019) 31,8 olarak belirlemiştir.^{20,96,110,112-114,120} Luiz (2015) ile Elsous ve ark. (2017) çalışmalarında yer alan katılımcıların iş doyumu alt ölçek boyutundan aldıkları puanın diğer ölçek alt boyutlarına göre en yüksek olduğu belirlenmiştir.^{97,121}

Bu çalışmada ekip çalışması alt boyutunun ortalama puanı 30,14±6,96 (min.12-mak.60) bulunmuş ve orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda ekip çalışmasının yüksek puan aldığı birimlerde hasta çıktılarının daha iyi olduğu, ekip üyelerinin daha az stres yaşadıkları ve böylece iş doyumunu arttırdığı belirtilmiştir.¹²¹⁻¹²³ Yapılan çalışmalarda ekip çalışması ölçek alt boyutu puan ortalamasını Durgun ve Kaya (2018) 31,71; Tunçer Ünver ve Harmancı Seren (2018) 40,9; Hwang (2015) 39,6; Yılmaz ve arkadaşları (2017) 39,4; Özer ve arkadaşları (2019) 43,08; Demirel ve arkadaşları (2020) 45; Bayer ve Çevik (2019) 34,8 olarak saptamıştır.^{20,96,110-114,120} Ekip çalışması puanının yüksek olması, hasta güvenliğinin sağlanmasında tutumları olumlu yönde artırarak hasta güvenliğinin gelişimini destekleyeceği düşünülebilir. Bu çalışmada hemşirelerin ekip çalışması alt boyutu puan ortalamasının düşük bulunması yoğun bakım ortamında yaşanan yoğunluk ve strese bağlanabilir.

Bu çalışmada güvenlik iklimi alt boyutu puan ortalaması 12,40±3,39 (min. 5, maks. 25) ile orta düzeyin hemen altında olduğu ve hedeflenen düzeyde olmadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda güvenlik iklimine ilişkin tutumların düşük düzeyde olduğu ve güvenlik ikliminin geliştirilmesinin gerekli olduğu tespit edilmiştir.¹⁴³ Yapılan çalışmalarda güvenlik iklimi ölçek alt boyutunu Durgun ve Kaya (2018) 13,51; Tunçer Ünver ve Harmancı Seren (2018) 16,75; Hwang (2015) 16,5; Yılmaz ve arkadaşları (2017) 15,3; Özer ve arkadaşları (2019) 18,25; Demirel ve arkadaşları (2020) 20; Bayer ve Çevik (2019) 14,7 olduğu tespit edilmiştir.^{20,96,110,112-114,120} Yapılan bir çalışmada çalışma süresi bir yıldan az, yaşı 35'ten küçük olan sağlık bakım profesyonellerinin güvenlik iklimi tutumlarının daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir.¹²⁴ Elde edilen bu bulgu ile hemşirelerin güvenlik iklimi ölçek alt boyutunun istenilen seviyeye gelebilmesi için; hasta güvenliğine ilişkin kural ve yönetmeliklerin

geliştirilmesi mevcut bulunan kuralların etkili bir şekilde kullanılması hasta güvenliği tutumunu geliştirmede etkili olacağı düşünülebilir.

Bu araştırmada HGT ölçeği yönetim anlayışı alt boyutu $22,57 \pm 3,41$ (min. 7, maks. 35) ortalama ile puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Yapılan benzer çalışmalarda hasta güvenliğinin tam olarak sağlanmasında yönetim anlayışının ve yöneticilerin tutum ve davranışlarının önemli olduğu belirtilmiştir.^{125,126} Literatürde bu çalışmanın aksine yönetim anlayışının düşük olduğunu belirten çalışmalara da rastlanmıştır.^{123,127,128} Yapılan çalışmalarda yönetim anlayışı ölçek alt boyutunu Durgun ve Kaya (2018) 18,76; Tunçer Ünver ve Harmancı Seren (2018) 22,69; Hwang (2015) 24,5; Yılmaz ve arkadaşları (2017) 21,8; Özer ve arkadaşları (2019) 25,69; Demirel ve arkadaşları (2020) 25; Bayer ve Çevik (2019) 21,5 olarak belirtmiştir.^{20,96,110,112-114,120} Tarrant ve ark. (2017) ile Luiz (2015) çalışmalarında yönetim anlayışı alt ölçek boyutundan aldıkları puanın diğer ölçek alt boyutlarına göre en düşük olduğu belirlenmiştir.^{94,97} Hasta güvenliği tutumlarını inceleyen bir çalışmada; yönetimin hasta güvenliğine olan sadakati, sağlık bakım profesyonellerinin tutumları ile doğrudan ilişkili olduğu tespit edilmiştir.⁷⁷ Yönetimin hasta güvenliğini özümsemesi ve hemşirelere bu desteği hissettirmesi güvenlik tutumlarını artırarak hasta güvenliğinin daha iyi olacağı söylenebilir. Hastanenin yönetim kademesinin yansımaları oluşturan klinik düzeydeki yönetim unsurlarının doğrudan hasta güvenliğini etkilemekle birlikte hemşirelerin hasta yönetimi becerilerine de yansımaktadır.

Çalışmada kullanılan ölçeğin stresi tanımlama alt boyutu puan ortalaması $16,82 \pm 1,88$ (min. 6, maks. 30) ile orta düzeyin üzerinde bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda stresin performansı ve iş doyumunu olumsuz yönde etkilediği belirtilirken,^{20,126} stres yorgunluk ve aşırı iş yükünün fazla olması gibi etmenlerin hataya sürüklediği de saptanmıştır.^{96,129} Yapılan benzer çalışmalarda stresi tanımlama ölçek alt boyut puan ortalamasını Durgun ve Kaya (2018) 15,8; Tunçer Ünver ve Harmancı Seren (2018) 14,61; Hwang (2015) 16,5; Yılmaz ve arkadaşları (2017) 20,8; Özer ve arkadaşları (2019) 16,62; Demirel ve arkadaşları (2020) 13; Bayer ve Çevik (2019) 16,4 olarak belirtmiştir edilmiştir.^{20,96,110,112-114,120} Yapılan bir çalışmada ise ameliyathane içindeki ekip çalışmasının olumlu algılanmasının stres düzeyini düşürdüğü, güvenlik tutumlarını arttırdığı tespit edilmiştir.¹²³

Bu çalışmada çalışma koşulları alt boyutunda puan ortalamasının $23,78 \pm 2,70$ (min. 5, maks. 25) ile iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışma koşulları alt boyutu çalışılan ortamın nitelik ve kalitesine yönelik tutumları göstermesinin yanı sıra mesleki doyumu ve profesyonelliği etkilediği bildirilmiştir.¹³⁰ Yapılan çalışmalarda çalışma koşulları ölçek alt boyutu puan ortalaması Durgun ve Kaya (2018) 16,67; Tunçer Ünver ve Harmancı Seren (2018) 14,43; Hwang (2015) 16,5; Yılmaz ve arkadaşları (2017) 15,1; Özer ve arkadaşları (2019) 15,55; Demirel ve arkadaşları (2020) 18; Bayer ve Çevik (2019) 22,7 olarak bildirilmiştir.^{20,96,110,112-114,120} Çalışanların çalışma şartları düzeltilmeden hasta güvenliği ile ilgili bir tutum oluşturulması imkansızdır. Ekip içi iyi bir iletişim sağlandığı takdirde çalışma koşulları içerisinde hasta güvenliği tutumu artacağı bildirilmiş olup,¹³¹ ekip içi iletişimin kötü olarak değerlendirilmesi, çalışma koşullarının iyi olmaması hasta güvenliği tutumunu olumsuz yönde etkilediğini söylemek olanaklıdır. Bu araştırmada çalışma koşullarının iyi düzeyde değerlendirilmesi hasta güvenliğine olumlu katkı sağladığı çıkarımını olanaklı kılmaktadır.

5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada yer alan hemşirelerin cinsiyet, medeni durum ve çalışma statüsüne göre HGT ölçek ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilirken ($p > 0,05$), hasta güvenliği eğitimi almayanların, kurum içinde yeterli eğitim almayanların, hasta güvenliğine yönelik raporlama yapanların ve tıbbi hataları raporlayanların HGT ölçek ortalamalarının daha düşük olması anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Literatürde yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde elde ettiğimiz bulgulara benzer şekilde cinsiyet,^{20,132-134} medeni durum^{20,133} ve çalışma statüsüne¹³²⁻¹³⁴ göre HGTÖ puanları arasında fark olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmada yer alan hemşirelerden sözleşmeli olarak çalışanların HGT ölçeği puanlarının daha yüksek çıkması sözleşmeli hemşirelerin işlerini kaybetme korkusuna dayandırılabilir.

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin cinsiyet ve medeni durumları değişkenlerine göre HGT ölçeğinin stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutlarında, yaş değişkenine göre iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, stresi tanımlama ve

çalışma koşulları alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Literatürde yer alan benzer çalışmalarda yaş, cinsiyet¹³²⁻¹³⁴ ve medeni durumlarına¹³³ göre HGTÖ alt ölçek puanları arasında fark olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Bununla birlikte kadın hemşirelerin erkeklere göre,^{123,128} 40 yaş ve üzeri hemşirelerin 40 yaş altı gruba göre,^{123,135,136} evli hemşirelerin ise bekarlara göre,^{123,128} hasta güvenliği tutumlarının bu çalışmada olduğu gibi daha iyi olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin artan yaşlarıyla doğru orantılı olarak deneyimlerinin artması, hasta güvenliği tutumlarının olumlu yönde gelişmesi, evli hemşirelerin bekarlara göre daha fazla sorumluluk alması ve olaylar karşısında çözüm üretme becerisinin daha iyi olması hasta güvenliği tutumlarını olumlu etkileyen sonuçlar olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışmada yer alan kadrolu ve sözleşmeli hemşireler arasındaki HGT ölçek ve iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama alt ölçek boyutları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenirken, çalışma koşulları alt boyutlarında kadrolu çalışanların tutum düzeyinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Özsayın Susam ve Özbayır (2016) yaptıkları çalışmada kadrolu hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının daha iyi olduğunu bildirmişlerdir.¹³³ Bununla birlikte kurumdaki çalışma statüsünün hasta güvenliği tutumu üzerinde etkili olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.¹³⁷ Bu çalışmada kadrolu hemşirelerde iş doyumu, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ve stresi tanımlama alt ölçek boyutlarının düşük olmasının nedeni sözleşmeli hemşirelerle kadrolu hemşireler arasında özlük haklarının benzer olmasına karşın kadrolu hemşirelerin iş garantisine sahip olmalarının vermiş olduğu güvenceye bağlı olarak hasta güvenliğine gereken önemi vermemelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerden hasta güvenliği eğitimi alanlarda ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim bulguları puan ortalamasının düşük olduğu gözlenirken, iş doyumu, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları puan ortalamalarıyla aralarında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Literatürde hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılımın hasta güvenliği tutumuna etkisinin karşılaştırıldığı çalışmalar birbirine benzememektedir. Durgun ve Kaya (2018)'nin yaptıkları benzer bir çalışmada hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılma durumunun hasta güvenliği tutumunu etkilemediği belirlenmiştir.²⁰ Özsayın Susam ve Özbayır (2016) ve

Ongun ve Intepeler (2017) yaptıkları benzer çalışmalarda hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılan hemşirelerin hasta güvenliği tutumu bu çalışmanın sonuçlarının aksine daha anlamlı bulunmuştur.^{123,133} Hemşirelerin aldığı hasta güvenliği eğitimlerin genellikle hastane uygulamaları kapsamında zorunlu olması nedeniyle eğitimlerin bireyler tarafından içselleştirilemeyerek davranışa dönüştürülememesine neden olabilir. Ayrıca kurum politikalarında ve çalışma koşullarında standart uygulamaların güncellenmemesi çalışanların tek düze ve stabil uygulamalara yönelmelerine ve bazı uygulamalara gereken özenin gösterilmemesine yol açabilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerden hasta güvenliğine yönelik olay raporlama yapanlarda iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı alt boyutlarında puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur. Tıbbi hata raporlama uygulayan hemşirelerde ise ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları puan ortalamalarının anlamlı düşük olduğu gözlenmiştir. Yapılan çalışmalarda hasta güvenliğine yönelik olay raporu yazma oranının az olduğu ve rapor yazmanın hasta güvenliği tutumu üzerine etkisinin olmadığını belirtmiştir.^{138,139} Hata yapanı suçlayıcı ve cezalandırıcı bir yaklaşımın sergilenmesi, aynı zamanda yaşanan olayların hata olarak algılanmaması da olay raporu yazılmamasına neden olmaktadır. Sağlık bakım profesyonelleri ve kurumlar şeffaflık felsefesiyle hareket etmelidir. Çalışanlarda hasta güvenliği tutumunun oluşumu için açık yönetim politikaları yanında etkili iletişimi sağlamak önemlidir. Kurum tarafından çalışanların işini kaybetme korkusundan uzak olarak olay raporlamalarını kolaylaştıracak tutumların sergilenmesi raporlamayı kolaylaştırır. Hataların korkusuzca tespit edildiği, kabullenildiği, raporlandığı ve yetkili kişilere bildirildiği bir sistem kurum yönetimi tarafından desteklenmelidir. Hata raporlamada güven en önemli unsurdur ve aslında tamamen çalışanların mesleki kurallara bağlılığı yanında etik değerlendirmelerine de bağlıdır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim düzeyleri arttıkça iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı alt boyutlarında puan ortalamalarında anlamlı bir düşüş olduğu gözlenmiştir. Bu çalışma ile benzer şekilde lisans ve üzeri hemşirelerin ekip çalışması, güvenlik iklimi,¹⁴⁰ yönetim anlayışı^{123,127,128,140} puanlarının düşük bulunduğu çalışmalar vardır. Bunun yanında bu çalışmadaki sonucun aksine bazı çalışmalarda ise eğitim durumu lisans ve üzeri olan hemşirelerin ekip

çalışması,^{123,127,128,141,142} güvenlik iklimi,^{110,123,143} stresi tanımlama,^{123,140,144} yönetim anlayışı¹²¹ puanları yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte eğitim durumuna göre HGTÖ alt boyut ve toplam puanın değişmediğini gösteren çalışmalara da^{20,114,134} rastlanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda SML ve önlisans mezunu hemşirelerin iş deneyim sürelerinin fazla olmasının yanı sıra nitel ve nicel özelliklerinin de etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma yılları arttıkça ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı konularında tutum düzeylerinin arttığı gözlenmiştir. Ancak stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt ölçek boyutunda tutum düzeylerinde azalma meydana geldiği tespit edilmiştir. Bodur ve Filiz (2009), Karaca ve Arslan (2014), Özşaker ve Tehçi (2016), Karayurt ve ark (2017), Durgun ve Kaya (2018)'nin yaptıkları benzer çalışmalarda da çalışma yılı arttıkça tutum düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır.^{20,128,137,134,145} Buna karşın Blot ve ark (2014), Hwang (2015), Özdemir Kardaş ve Şahin Akgün (2015) Ongun ve Intepeler (2017)'in çalışmalarında mesleki deneyim arttıkça hasta güvenliği tutumlarının olumlu yönde olduğu saptanmıştır.^{14,110,123,146} Bu çalışmada bir yıldan az mesleki deneyimi olan hemşirelerin stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt ölçek boyutu algılarının diğer gruplara göre yüksek olmasının nedeni işe yeni başlamaları ve deneyimlerinin yeterli olmaması nedeniyle daha dikkatli olmalarından kaynaklanabilir. Mesleki deneyimin artmasına bağlı olarak hasta güvenliği tutumunun artması beklenmektedir. Ancak bu çalışmada mesleki deneyimi daha uzun süreye dayanan hemşirelerin puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç mesleki deneyimi çalışma yılı açısından çok olan hemşirelerin dikkat ve özen gerektiren uygulamaları uzun yıllar çok kez yapmalarına bağlı olarak monotonluğa düşmeleri sonucu gereken önem ve özenden uzaklaşmalarına ve meslekten beklentilerinin azalmasına bağlanabilir.

6. SONUÇ

Bu çalışmanın sonucunda çalışmaya katılan çoğunluğu kadın olan yoğun bakım hemşirelerinin, çoğunun lisans mezunu ve sözleşmeli, genç ve yarısının deneyim olarak yeterli bir çalışma hayatına sahip olmadıkları saptanmıştır. Araştırmada yoğun bakım ünitesindeki hemşirelerinin büyük çoğunluğu kadrolu olup vardiya şeklinde çalışmaktadır. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin HGT toplam ölçek puan ortalaması $139,65 \pm 18,04$ ile hasta güvenliği tutumları orta düzeyin üstünde olduğu belirlenmiştir. Ölçek alt boyut puan ortalamaları iş doyumunda $33,91 \pm 8,95$, ekip çalışmasında $30,14 \pm 6,96$, güvenlik ikliminde $12,40 \pm 3,39$ ortalama ile orta düzey yönetim anlayışı alt boyutu $22,57 \pm 3,41$ ve stresi tanımlama alt boyutu puan ortalaması $16,82 \pm 1,88$ ile orta düzeyin üzerinde, çalışma koşulları alt boyutunda ise puan ortalaması $23,78 \pm 2,70$ ile iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada yer alan hemşirelerin cinsiyet, medeni durum ve çalışma statüsü HGT ölçek ortalamalarını etkilemezken, hasta güvenliği eğitimi almayanların, kurum içinde yeterli eğitim almayanların, hasta güvenliğine yönelik raporlama yapmayanların ve tıbbi hataları raporlamayanların HGT ölçek ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada yer alan sözleşmeli hemşirelerin HGT ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur. Kadrolu ve sözleşmeli hemşireler arasındaki HGT toplam ve iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama alt ölçek boyutları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenirken, çalışma koşulları alt boyutlarında kadrolu çalışanların tutum düzeyinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmaya katılan hemşirelerin cinsiyet ve medeni durumları değişkenlerine göre HGT ölçeğinin stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutlarında, yaş değişkenine göre iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerden hasta güvenliği eğitimi alanlarda ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim bulguları puan ortalamasının düşük olduğu, hasta güvenliğine yönelik olay raporlama yapanlarda iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı alt boyutlarında puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur. Tıbbi hata raporlama uygulayan hemşirelerde ise ekip çalışması, güvenlik

iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları puan ortalamalarının düşük olduğu gözlenmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim düzeyleri arttıkça ile iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı alt boyutlarında puan ortalamalarında düşüş olduğu gözlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma yılları arttıkça ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı konularında tutum düzeylerinin arttığı gözlenmiştir. Ancak stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt ölçek boyutunda tutum düzeylerinde azalma meydana geldiği tespit edilmiştir. Bu çalışmada bir yıldan az mesleki deneyimi olan hemşirelerin stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt ölçek boyutu algılarının diğer gruplara göre yüksek çalışmada mesleki deneyimi daha uzun süreye dayanan hemşirelerin puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur.

Sonuçların genellenebilmesi için araştırmanın kapsamı Adana'daki diğer hastanelerdeki yoğun bakım hemşireleri ile çalışılarak genişletilebilir. Hemşirelerin özlük hakları ve çalışma şartlarının iyileştirilmesi hasta güvenliğini olumlu etkileyecektir. Ayrıca hasta güvenliğini sağlamak için yoğun bakımda çalışan hemşirelere hizmet içi eğitimler ve sertifika eğitimleri verilmesi; çalışan hemşire sayısı artırılarak nöbet saatlerinin azaltılması da önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Onganer E, Bozkurt B, Kılıç M.** Hastalar için hasta güvenliği. *J Kartal TR.* **2014;** 25(2):171-4.
2. **Çırpı F, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabey M.** Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *İstanbul: Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,* **2009;** 2(3):26-34.
3. **Bayın G.** Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi sürecinde hasta ve toplum katılımının rolü. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* **2016;** 15(5):458-466.
4. **Chi C-Y, Wu H-H, Huang C-H, Lee Y-C.** Using linear regression to identify critical demographic variables affecting patient safety culture from viewpoints of physicians and nurses. *Hospital Practices and Research.* **2017;** 2(2):47-53.
5. **Hergül FK, Özbayır T, Gök F.** Ameliyathanede hasta güvenliği: Sistematik derleme. *Pamukkale Tıp Dergisi,* **2016;** 1:87-98.
6. **Aydın B.** Hasta Güvenliği İçin Bilgi Paylaşımı. İlaç Güvenliği, *Hasta Güvenliği Dergisi,* **2009;** 1(2):34-6.
7. **Göl E.** Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde iş yükü, tıbbi hata tutumları ve iş kazaları arasındaki ilişki, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, **2019.**
8. **Korkmaz Çiçek A.** Hasta Güvenliğinde Sistem Hataları ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-dergisi.* **2016;** 3(2):48-55.
9. **Yetginlioğlu Ö.** Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanmasında kalite ve akreditasyon çalışmalarının önemi: Ankara ilindeki iki hastanede hasta güvenliği çalışmalarının değerlendirilmesine yönelik mukayeseli bir uygulama, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, **2009.**
10. **Kuş H.** Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve ISO Standartları. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi,* **2000;** 4(2):3-6.
11. **İntepeler Seren Ş, Dursun M.** Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* **2012;** 15(2):129-35.
12. **Sargutan E.** Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı Kavram, Metot ve Uygulamalar, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* **2005;** 8(1):81-111.
13. **Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al.** Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs.* **2013;** 32(2):223-31.
14. **Erdağı S, Özer N.** Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences,* **2015;** 18(2):94-106.
15. **Corina I, Abram M, Halperin D.** The Patient's Role in Patient Safety. *Obstetrics and Gynecology Clinics.* **2019;** 46(2):215-25.
16. **Abdou HA, Saber KM.** A baseline assessment of patient safety culture among nurses at student university hospital. *World Journal of Medical Sciences.* **2011;** 6(1):17-26.

17. **Akahn HE.** Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği, *Yoğun Bakım Dergisi*, **2005**; 5(3):141-6.
18. **Varol Ş.** Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Hasta ve Çalışan Güvenliği Konusundaki Görüşlerinin Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2012**.
19. **Nordin A.** Patient safety culture in hospital settings: measurements, health care staff perceptions and suggestions for improvement, Karlstads Universitet, Doctoral Dissertation, Karlstad, **2015**.
20. **Durgun H, Kaya H.** The attitudes of emergency department nurses towards patient safety. *International Emergency Nursing*, **2018**; 40:29-32.
21. **Ramos RR, Calidgid CC.** Patient safety culture among nurses at a tertiary government hospital in the Philippines. *Applied Nursing Research*. **2018**; 44:67-75.
22. **Jones A, Johnstone M-J.** Managing gaps in the continuity of nursing care to enhance patient safety. *Collegian*. **2019**; 26(1):151-7.
23. **Rigobello MCG, de Carvalho REFL, Guerreiro JM, Motta APG, Atila E, Gimenes FRE.** The perception of the patient safety climate by professionals of the emergency department. *International Emergency Nursing*. **2017**; 33:1-6.
24. **Zümrüt Akgün Ş, Özdemir FK.** Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2015**; 12(3):210-4.
25. **Donaldson MS, Corrigan JM, Kohn LT.** To err is human: building a safer health system: National Academies Press, **2000**, https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=Jj25GILKXSgC&oi=fnd&pg=PT25&dq=To+err+is+human:+building+a+safer+health+system:+National+Academies+Press&ots=bJharvK25J&sig=k1_Or1-IZcOTXffbhVOKeY4hhHk&redir_esc=y#v=onepage&q=To%20err%20is%20human%3A%20building%20a%20safer%20health%20system%3A%20National%20Academies%20Press&f=false, Erişim Tarihi: 08.09.2020
26. **Barsbay S, Parıltı N, Barsbay Çakmak M.** Healthcare Professionals' Attitudes Regarding Patient Safety in Clinics. *Journal of Current Researches on Health Sector*. **2018**; 8(2):67-78.
27. **Sherman H, Castro G, Fletcher M, Hatlie M, Hibbert P, et al.** Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. *International Journal for Quality in Health Care*. **2009**; 21(1):2-8.
28. **Güncel Türkçe Sözlük, TDK.** Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/2020>. Erişim tarihi: 06.08.2020
29. **Korkmaz O.** Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilerin tutumunu algılayışı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2012**; 14(4):91.
30. **Yıldız T, Eriten G, Erdem İ, Gökay NS, Kulaç M, Alp R.** Mezuniyetin ve profesyonel sağlık personeli olarak çalışmanın hasta güvenliği bilinci üzerine etkileri, *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, **2012**; 3:94-8.
31. **Özdemir H.** Cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algılarının belirlenmesi: Afyonkarahisar'da bir uygulama. Afyon Kocatepe, Sağlık bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, **2014**.
32. **Yücesan A, Alkaya SA.** Bireylerin Tıbbi Hatalarla İlgili Görüş ve Deneyimleri. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*, **2017**; 44(1).

33. **Sari AB-A, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A.** Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. *Bmj*.**2007**; 334(7584):79.
34. **Fidancı BE, Yıldız D, Konukbay D, Akyol M, Akbayrak N, Hatipoğlu S.** Assessment of the malpractice tendencies of nurses working in an educational and research hospital. *International Journal of Caring Sciences*.**2014**; 7(1):294-301.
35. **Aşçıoğlu Ç.** Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar. Tek Işık Ofset Tesisleri, Ankara, **1993**:12-38.
36. **Polat O.** Tıbbi Uygulama Hataları. Seçkin Yayıncılık, Ankara, **2005**:8-12.
37. **Demirel B.** Hekimin yasal sorumlulukları, *Gazi Tıp Dergisi*, **2005**; 16(3):99-106.
38. **Ovalı F.** Hasta güvenliği yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*,**2010**; 1(1):33-43.
39. **Byers JF, White SV.** Patient safety: principles and practice. springer publishing company, New York, **2004**:5-6.
40. **Akpınar T, Çakmakaya BY.** İş Sağlığı ve Güvenliği Açısından İşverenlerin Risk Değerlendirme Yükümlülüğü. *Calisma ve Toplum*,**2014**; 40(1):273-304.
41. **Yüceler A.** Sağlık işletmelerinde örgüt kültürünün bir boyutu olarak hasta ve çalışan güvenliği: Kuram ve Konya ilindeki hastanelerde bir uygulama. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, **2011**.
42. **Clancy CM, Farquhar MB, Sharp BAC.** Patient safety in nursing practice. *Journal of nursing care quality*. **2005**; 20(3):193-7.
43. **McBride-Henry K, Foureur M.** Medication administration errors: understanding the issues. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, **2006**; 23(3):33.
44. **Baker A.** Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century: *British Medical Journal Publishing Group*, **2001**. Erişim Adresi: <https://www.bmj.com/content/323/7322/1192.1.short>, Erişim tarihi: 11.09.2020
45. **Moore KD, Coddington DC.** Models of care that meet the standards of crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. *The Journal of Ambulatory Care Management*,**2002**; 25(1):12-21.
46. **Wolfe A.** Institute of Medicine report: crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century. *Policy, Politics, ve Nursing Practice*. **2001**; 2(3):233-5.
47. **McCabe OL.** Crossing the Quality Chasm in Behavioral Health Care: The Role of Evidence-Based Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*. **2004**; 35(6):571.
48. **Cebeci F, Gürsoy E, Tekingüzdüz S.** Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. **2012**; 15(3):188-96.
49. **Güneş Ü, Zaybak A, Baran L, Özdemir H.** İntörn hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeylerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,**2014**; 32(3):41-9.
50. **Andsoy II, Kar G, Öztürk Ö.** Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine yönelik bir çalışma. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, **2014**; 1(1):17-27.
51. **Beyea S.** Wake-up call--standardization is crucial to eliminating medication errors.(Research Corner). *AORN Journal*. **2002**; 75(5):1010-3.

52. **Özata M, Altuncan H.** Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Türlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, **2010**; 8(2):100-111.
53. **Slonim AD, LaFleur BJ, Ahmed W, Joseph JG.** Hospital-reported medical errors in children. *Pediatrics*. **2003**; 111(3):617-21.
54. **Güngör P, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabey M.** Farklı ülkelerin malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri, zorunlu mali sorumluluk sigortası. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, **2012**; 43(4):128-38.
55. **Işık O, Akbolat M, Çetin M, Çimen M.** Hemşirelerin Bakış Açısıyla Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2012**; 11(4):421-430.
56. **Bozkurt Canpolat S.** Yoğun Bakım Hemşirelerinde Malpraktise Eğilim, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi (yayınlanmamış), Adana, **2017**.
57. **Özer Ö, Taştan K, Set T, Çayır Y, Şener MT.** Tıbbi hatalı uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi*, **2015**; 42(3):394-7.
58. **Abay H, Kaplan S, Sahin S, Pinar G.** How nurses views themselves in Turkey: A qualitative SWOT analysis. *Int Arch Nurs Health Care*. **2016**; 2(1):2-7.
59. **Temel M.** Sağlık personelinin ilgilendiren önemli bir konu: Malpraktis. *Hemşirelik Forum Dergisi*, **2005**; 3(1):84-90.
60. **Ulusoy H, Tosun N.** Hekim ve hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının belirlenmesine yönelik bir çalışma. *Business ve Management Studies: An International Journal*, **2020**; 8(1):969-80.
61. **Reason J.** Achieving a safe culture: theory and practice. *Work ve Stress*. **1998**; 12(3):293-306.
62. **Thomas EJ, Petersen LA.** Measuring errors and adverse events in health care. *Journal of general internal medicine*. **2003**; 18(1):61-7.
63. **McNutt RA, Abrams R, Aron DC, Committee PS.** Patient safety efforts should focus on medical errors. *Jama*. **2002**; 287(15):1997-2001.
64. **Çaymaz M.** Sağlık personelinin tıbbi uygulama hataları üzerine bir araştırma. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. **2015**; 2(4):1-14.
65. **Çakmak C, Konca M, Teleş M.** Türkiye ulusal güvenlik raporlama sistemi (GRS) üzerinden tıbbi hataların değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **2018**; 21(3):423-48.
66. **Uçar N, Yıldırım G, Eser D, Özçelik Z, Ayhan B, Gülsün Pamuk A, et al.** Gece ve Gündüz Şiftlerinde, Sağlık Çalışanlarının Hata Bildirimlerinin Değerlendirilmesi. *Journal of the Turkish Society of Intensive Care/Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, **2013**; 11:93-100.
67. **Commission J.** National patient safety goals effective January 1, 2015: *Hospital accreditation program*. **2019**, Erişim Adresi: https://www.jointcommission.org/-/media/depcreated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/assetmanager/2015_npsg_happdf.pdf?db=web&hash=653D52D69E2A1A351D7EDAA88273EF8C, Erişim tarihi: 21.08.2020
68. **Esmail A.** Clinical perspectives on patient safety. *Patient safety: Research into practice*. **2005**; 9-18. Erişim Adresi: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=vzVEBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=Clinical+perspectives+on+patient+safety.&ots=hVSYEjqmf8&sig=6SKt8riym0c14j7hI2q28Vwpq0g&redir_esc=y#v=onepage&q=Clinical%20perspectives%20on%20patient%20safety.&f=false, Erişim Tarihi: 28.08.2020

69. **Şahin D, Faikoğlu R, Şahin İ, Gökdoğan MR, Yaşar S, Alparslan N, et al.** Hemşirelikte malpraktis: olgu sunumları, *1 International Congress on Nursing Education, Research&Practice*, **2014**; 19(2):100-104.
70. **Canpolat S, Torun S.** Malpractice tendency in patient care practices. *The Interdisciplinary Journal of Law and Forensic Sciences*. **2018**; 3(1):11-31.
71. **Demir Zencirci A.** Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar. *Turkish Journal of Research ve Development in Nursing*, **2010**; 12(1):67-74.
72. **Tıkıroğlu A.** Tıbbi müdahale hatalarından doğan zararların giderilmesi. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, **2017**.
73. **Özdemir FK, Şahin ZA.** Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları: Kars ili örneği, *ODÜ Tıp Dergisi/ODU Journal of Medicine*, **2015**; 2:139-144.
74. **Severinsson E, Haruna M, Rönnerhag M, Berggren I.** Patient safety, adverse healthcare events and near-misses in obstetric care—a systematic literature review. *Open Journal of Nursing*. **2015**; 5:1110-22.
75. **Nieva V, Sorra J.** Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ Quality ve Safety*. **2003**; 12(2):17-23.
76. **Ülkü HH, Türk G.** Hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmeme nedenleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2017**; 6(3):141-8.
77. **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(2):152-7.
78. **Lyndon A, Johnson MC, Bingham D, Napolitano PG, Joseph G, Maxfield DG, et al.** Transforming communication and safety culture in intrapartum care: A multi- organization blueprint. *Journal of Obstetric, Gynecologic ve Neonatal Nursing*. **2015**; 44(3):341-9.
79. **Gökdoğan F, Yorgun S.** Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2010**; 13(2):53-9.
80. **Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA.** What is patient safety culture? A review of the literatüre, *Journal of Nursing Scholarship*, **2010**; 42(2):156-65.
81. **Xuanyue M, Yanli N, Hao C, Pengli J, Mingming Z.** Literature review regarding patient safety culture. *Journal of Evidence- Based Medicine*, **2013**; 6(1):43-9.
82. **Bonner AF, Castle NG, Perera S, Handler SM.** Patient safety culture: A review of the nursing home literature and recommendations for practice. *The annals of long-term care: the official journal of the American Medical Directors Association*, **2008**; 16(3):18.
83. **Özkan O.** Sağlık Hizmetlerinde Hasta Odaklı Yaklaşım: Hasta Katılımı. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2017**; 10(2):1759-70.
84. **Lang S, Garrido MV, Heintze C.** Patients' views of adverse events in primary and ambulatory care: a systematic review to assess methods and the content of what patients consider to be adverse events. *BMC family practice*. **2016**; 17(1):6.
85. **Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D.** Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*, Elsevier, **2010**; 85(1):53-62.

86. Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Stuver SO, Schneider EC, Epstein AM, et al. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *International Journal for Quality in Health Care*. 2011; 23(3):269-77.
87. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane database of systematic reviews*. 2017; 4(4):1-7.
88. Elmontsri M, Almashrafi A, Dubois E, Banarsee R, Majeed A. Improving patient safety in Libya: insights from a British health system perspective. *International journal of health care quality assurance*. 2018; 31(3):237-248
89. Conway J, Nathan DG, Benz EJ, Shulman LN, Sallan SE, Ponte PR, et al. editors. Key learning from the Dana-Farber Cancer Institute's 10-year patient safety journey. American Society of Clinical Oncology, Atlanta, GA: *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, 2006:615-619.
90. Aksay K, Oorhan F, Kurutkan MN. Sağlık hizmetlerinde bir risk yönetimi tekniği olarak FMEA: Laboratuvar sürecine yönelik bir uygulama, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2012; 4(2):121-42.
91. Öztürk H, Çilingir D, Hindistan S. Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. *DEUHYO ED*. 2011; 4(4):153-158.
92. Chaboyer W, Chamberlain D, Hewson-Conroy K, Grealy B, Elderkin T, Brittin M, McCutcheon C, Longbottom P, Thalib L. CNE article: Safety culture in Australian intensive care units: Establishing a baseline for quality improvement. *American Journal of Critical Care*, 2013;22(2):93-102.
93. Farzi S, Moladoost A, Bahrami M, Farzi S, Etmnani R. Patient safety culture in intensive care units from the perspective of nurses: A cross-sectional study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2017;22(5):372-376.
94. Tarrant C, Leslie M, Bion J, Dixon-Woods M. A qualitative study of speaking out about patient safety concerns in intensive care units. *Social Science and Medicine*, 2017;193:8-15.
95. Yeniterzi E. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin uygulamaları, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Yayınlanmamış), Konya, 2013.
96. Yılmaz A, Oğuz I, Nesrin A. Hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumu algı düzeylerinin belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2017; 20(1):69-80.
97. Luiz OJ. Community structure of reef fishes on a remote oceanic island (St Peter and St Paul's Archipelago, equatorial Atlantic): the relative influence of abiotic and biotic variables, *Freshwater Res*. 2015; 66:739-749.
98. Guirardello EdB. Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2017;25:28-84.
99. Göransson EK, Ehrenberg A, Marklund B, Ehnfors M. Emergency department triage: Is there a link between nurses' personal characteristic and accuracy in triage decisions? *Accid Emergency Nurs*. 2006; 14(2):83-8.
100. Blank F, Tobin J, Jaouen M, Smithline E, Tierney H, Visintainer PA. Comparison of patient and nurse expectations regarding nursing care in the emergency department. *J Emergency Nurs*, 2013; 40(4):317-22.

101. **Bayar H.** Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi ve Uygulamaları. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Yayınlanmamış), İstanbul, **2013**.
102. **Bilik Ö.** Acil Hemşireliğinin Görünmeyen Yüzü: İnsan Olarak Ben Neler Yaşıyorum? *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2015**; 18(2):155-161.
103. **Yeşilçiçek Çalık K, Aktaş S, Kobya Bulut H, Özdaş Anahar E.** Vardiyalı ve nöbet sistemi şeklindeki çalışma düzeninin hemşireler üzerine etkisi, *HSP*, **2015**; 1(1):33-45.
104. **Akbal Ergün Y, Demir H, Sağnak N.** Yoğun bakım hemşirelerinin görev tanımları ile ilgili çalışma, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **2007**; 11(2):102-113.
105. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>, Erişim Tarihi: 11.12.2020
106. WHO Statics. <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/world-health-statistics-2015.pdf>, Erişim Tarihi: 11.12.2020
107. **Balık H.** Acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Yayınlanmamış), İstanbul, **2014**.
108. **Öztürk Y, Kiraç R, Bilgin A.** The patient safety on the attitude of employees working in emergency nurses, III. IBANESS Congress Series, **2017**:1448-1458, Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/330205555_The_Patient_Safety_on_The_Attitude_of_Employees_Working_in_Emergency_Nurses, Erişim tarihi: 09.11.2020
109. **Aydemir A.** Acil servislerde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve tutumunu etkileyen faktörler, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Yayınlanmamış), Samsun, **2015**.
110. **Hwang JI.** What are hospital nurses' strengths and weaknesses in patient safety competence? Findings from three Korean hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, **2015**; 27(3):232-8.
111. **Özer Ö, Şantaş F, Gün Ç, Şentürk S.** Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi, *ACU Sağlık Bil Derg*, **2019**; 10(2):161-168.
112. **Demirel G, Akgün Ö, Doğaner A.** İntörn öğrencilerin hasta güvenliği tutum ve kültürlerinin tıbbi hata durumlarına etkisi, *ACU Sağlık Bil Derg*, **2020**; 11(2):276-283.
113. **Bayar E, Çevik G.** Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkilerinin araştırılması: bir araştırma uygulama hastanesi örneği, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **2019**; 22(3):653-676.
114. **Tunçer Ünver G, Harmancı Seren AK.** Defining the patient safety attitudes and influencing factors of health professionals working at maternity hospitals. *Journal of Nursing Management*, **2018**; 26(5):579-86.
115. **Ünver S, Yenigün SC.** Patient safety attitude of nurses working in surgical units: a cross-sectional study in Turkey, *Journal of Peri Anesthesia Nursing*, **2020**; 35(6):671-675.
116. **Baykal Ü, Altuntaş S.** Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2010**; 7(1):39-46.

117. **Zago-Novaretti MC, de Vasconcelos-Santos E, Quiterio LM, Mahfuz- Daud-Gallotti R.** Nursing workload and occurrence of incidents and adverse events in ICU patients. *Revista Brasileira de Enfermagem*, **2014**; 67(5):692-699.
118. **Carvalho de-Oliveira A, Carlos-Garcia P, de Souza-Nogueira L.** Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: A systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, **2016**; 50(4):679-689.
119. **Leape L.** Transforming healthcare: A safety imperative. *Quality and Safety in Health Care*, **2009**; 18:424-428.
120. **Özer S, Sarsılmaz Kankaya H, Aktaş Toptaş H, Aykar FS.** Attitudes toward patient safety and tendencies to medical error among turkish cardiology and cardiovascular surgery nurses, *Journal of Patient Safety*, **2019**; 15(1):1-16.
121. **Elsous A, Akbarisari A, Rashidian A, Aljeesh Y, Radwan M, Zaydeh HA.** Psychometric properties of an Arabic safety attitude questionnaire (short form 2006). *Oman Medical Journal*, **2017**; 32(2):115.
122. **Toso GI, Golle L, Magnago TS, Loro MM, Aozane F, Kolankiewicz ACB.** Patient safety culture in hospitals within the nursing perspective, *Rev Gaucha Enferm*, **2016**; 37(4).
123. **Ongun P, Intepeler SS.** Operating room professionals' attitudes towards patient safety and the influencing factors. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, **2017**; 33(5):1210.
124. **Efstathiou G, Papastavrou E, Raftopoulos V, Merkouris A.** Factors influencing nurses' compliance with Standard Precautions in order to avoid occupational exposure to microorganisms: A focus group study. *BMC Nursing*, **2011**; 10(1):1-13.
125. **Adigüzel O.** Hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanları tarafından algılanmasına yönelik bir araştırma, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **2010**; 28:159-170.
126. **Abdi Z, Delgoshaei B, Ravaghi H, Abbasi M, Heyrani A.** The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. *Journal of Nursing Management*, **2015**; 23(3):333-45.
127. **Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts PR, Thomas EJ.** The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research, *BMC Health Services Research*, **2006**; 6(1):44.
128. **Filiz E, Bodur S.** A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International Journal for Quality in Health Care*, **2009**; 21(5):348-55.
129. **Sami A, Waseem H, Nourah A, Areej A, Afnan A, Ghadeer AS, Abdulaziz A, Arthur I.** Realtime observations of stressful events in the operating room. *Saudi Journal of Anaesthesia*, **2012**; 6(2):136.
130. **Smith H, Tallman R, Kelly K.** Magnet hospital characteristics and northern canadian nurses' job satisfaction, *Nursing Leadership*, **2006**; 19(3):73-86.
131. **Karamanoğlu A, Yavuz M.** Ağız sağlığı hemşirelik değerlendirmesinde kanıtlar ve uygulama önerileri, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2015**; 31(1):131-143.
132. **Ammouri A, Tailakh A, Muliira J, Geethakrishnan R, Al Kindi S.** Patient safety culture among nurses, *International Nursing Review*, **2015**; 62(1):102-110.
133. **Özsayın Susam F, Özbayır T.** Attitudes of operating theater workers toward patient safety, *Antisept Disinfect Steril*, **2016**; 1(1):1-6.
134. **Özşaker E, Tehçi H.** Cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin görüşlerinin incelenmesi, *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2016**; 1(2):71-8.

135. **Holden LM, Watts DD, Walker PH.** Patient safety climate in primary care: age matters. *Journal of Patient Safety*, **2009**; 5(1):23-8.
136. **Şahin A, Ayhan F, Kurşun Ş.** Evaluation of surgical nurses' attitudes concerning patient safety. *Journal of Human Sciences*, **2015**; 12(1):1537-1546.
137. **Karaca A, Arslan H.** Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, **2014**; 1(1):9-18.
138. **Çakır A, Tütüncü Ö.** İzmir ili hastanelerinde hasta güvenliği algısı. Antalya, Turunç Matbaacılık, **2009**:205.
139. **Gündoğdu Karaboğa S, Bahçecik N.** Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2012**; 15(2):119-28.
140. **Ciğerci Y, Özdemir H, Kiliç İ.** The patient safety culture perception of surgery nurses and its relationship with sociodemographic characteristics. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2016**;6(3):149-53.
141. **Elliott M, Liu Y.** The nine rights of medication administration: an overview. *British Journal of Nursing*, **2010**; 19(5):300-5.
142. **Güneş Yapucu Ü, Gürlek Ö, Sönmez M.**A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Collegian*, **2016**;23(2):225-32.
143. **Brasaite I, Kaunonen M, Martinkenas A, Suominen T.** Health care professionals' attitudes regarding patient safety: cross-sectional survey. *BMC Research Notes*, **2016**; 9(1):177.
144. **Kaya S.** Hasta güvenliği kültürü nedir ve nasıl geliştirilebilir. *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, **2009**; 1(1):32-4.
145. **Karayurt Ö, Turhan Damar H, Bilik Ö, Özdöker S, Duran M.** Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün ve güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının incelenmesi, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**; 8(1):16-23.
146. **Blot S, Afonso E, Labeau S.** Insights and advances in multidisciplinary critical care: A review of recent research. *American Journal of Critical Care*, **2014**;23(1):70-80.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Değerli Meslektaşlarım;

Bu form, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürlerinin hasta güvenliği tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde Merve Sinem KART tarafından Dr. Öğretim Üyesi Serap TORUN danışmanlığında yüksek lisans tezi olarak yürütülmektedir. Katılımcılardan kimlik bilgileri istenmemektedir, verilen cevaplar bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılımınız olur verdiğiniz anlamına gelmektedir. Sonuçların sağlıklı olabilmesi için lütfen soruları dikkatli ve eksiksiz yanıtlayınız.

Katılımınız ve destekleriniz için teşekkür ederim.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:

2.Medeni durumunuz: ()Evli () Bekar

3.Cinsiyet: () Kadın ()Erkek

4.Eğitim durumunuz: ()Sağlık Meslek Lisesi ()Ön lisans ()Lisans ()Yüksek Lisans ()Doktora

5.Kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız?

1 yıldan az () 2-5yıl () 6-12 yıl () 12 yıldan fazla ()

6. Yoğun bakımda kaç yıldır çalışmaktasınız?

1 yıldan az () 2-5yıl () 6-12 yıl () 12 yıldan fazla ()

7. Biriminizde çalışan toplam hemşire sayısı:

8.Hastanedeki çalışma statünüz: ()Kadro ()Sözleşmeli

9.Mesleğinizi sevme durumunuz: ()Seviyorum ()Sevmiyorum ()Kararsızım

10.Çalıştığınız servisten memnun olma durumunuz:

()Memnunum ()Memnun değilim ()Kısmen memnunum

11.Çalışma şekliniz: ()Sürekli gündüz ()Vardiya ()Diğer(belirtiniz):

12.Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?

40saat () 40- 56 saat () 56- 72 saat () 72- 88 saat () 88 saatten fazla ()

13. Hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim aldınız mı? ()Evet ()Hayır

14.Cevabınız evet ise hasta güvenliğiyle ilgili aldığınız bu eğitimi yeterli buldunuz mu? ()Evet ()Hayır

15.Kurumunuzdaki hasta güvenliği uygulamalarını yeterli buluyor musunuz? ()Evet ()Hayır

16. Hasta güvenliği uygulamalarına yönelik raporlama yapıyor musunuz? Evet () Hayır ()

17. Tıbbi hatalara yönelik raporlama yapıyor musunuz? Evet () Hayır ()

Ek 2. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği

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

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

Ek 3. Etik Kurul Onayı

Ek 4. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumun Resmi İzin Yazısı



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 96172664-799
Konu : Bilimsel Çalışma İzni(Merve Sinem
KART)

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Merve Sinem KART tarafından yürütülmesi planlanan "**Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutumlarının Belirlenmesi**" başlıklı bilimsel çalışmasını **Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde** yapmak istemesi ile ilgili bilimsel çalışma başvuru talebiniz incelenmiştir. Çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ve oy birliği ile uygun bulunmuş olup,

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Uzm.Dr.Emrah CEVİZ
Müdür a.
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

Ek 5. Anket Kullanım İzni

Hasta Güvenliği Kültür leği- Hasta Güvenliği Tutum leği

Gelen Kutusu X



Merve Sinem Kart <kmervesinem@gma... 10 Eyl 2019 21:11



Alıcı: ulku.baykal

Saygıdeğer hocam, ben Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi 2017 mezunu ğrencinizim. ukurova niversitesinde Hemşirelikte Yönetim alanında yüksek lisans yapıyorum. Tezimde izninizle her iki leği kullanmak istiyorum.

Saygılarımla
Merve Sinem Kart



ulku baykal <ulku.baykal@istanbul.edu.tr> 13 Eyl 2019 12:27



Alıcı: Serap, Emine, Nevin, ben

Merhaba Merve,

Bu iki ölçeğin aynı çalışmada kullanılmasına niçin gerek duydunuz bilemedim ama birbiriyle örtüşük veri sağlamaktalar. Kültür, tutumu etkiler dolayısıyla benzer veriye ulaşmanız söz konusu, bunun farkında olarak çalışmanızı ynlendirmenizi öneririm. lekleri kullanmanızda bir sakınca bulunmamaktadır. Çalışmanızda başanlar dilerim..

Prof. Dr. Ülkü Baykal

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

ÖZGEÇMİŞ

Merve Sinem Kart 26 Eylül 1995'te Adana'da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Adana'da tamamlamış olup, 2013 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümünü kazanıp 2017 yılında lisans eğitimini tamamladı. 2017 yılında Adana Yüreğir Başkent Hastanesinde yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaya başlamış, 2018'de Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı'na kaydolmuş, başlığı "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutumlarının Belirlenmesi" olan tez çalışmasını hazırlamaya başlamıştır. 2018 yılından itibaren Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi'nde klinik hemşiresi olarak görevine devam etmektedir. Merve Sinem Kart orta derecede İngilizce bilmektedir.

