



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE HASTA
GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE TUTUMUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Azize AYDEMİR

**Samsun
Eylül-2015**



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE TUTUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Azize AYDEMİR

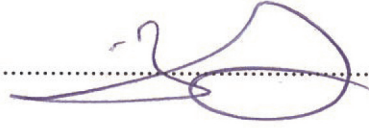
**Danışman
Doç. Dr. Zeliha KOÇ**

**Samsun
Eylül-2015**

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Azize AYDEMİR tarafından Doç. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan Acil Serviste Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Tutumunu Etkileyen Faktörler başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 08 / 09 / 2015 tarihinde yapılan sınav ile Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

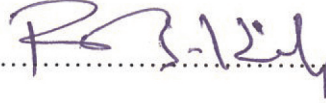
Başkan : Doç. Dr. Zeliha KOÇ.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü



Üye : Doç. Dr. Latif DURAN.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı



Üye : Doç. Dr. Fikret BİLDİK.....
Gazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı



ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

08 / 09 / 2015

Doç. Dr. Aydın HİM
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Öncelikle, desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, tüm yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Doç.Dr. Zeliha KOÇ'a,

Yüksek lisans eğitimime büyük katkıları bulunan Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Yücel YAVUZ, Prof. Dr. Ahmet BAYDIN, Doç. Dr. Latif DURAN, Doç .Dr. H. Ufuk AKDEMİR, Doç. Dr. Celal KATI , Doç. Dr. Türker YARDAN'a,

Tez çalışmama değerli katkılarından dolayı Prof. Dr. A. Tevfik SÜNTER ve araştırma görevlisi Dr. Emin RENÇBER'e

Araştırmam sırasında gittiğim her kurumda sıcak sevgileriyle harmanlandığım ve emeklerini benden esirgemeyen tüm hemşire arkadaşlarıma...

Beni yetiştiren, attığım her adımda yanımda olan, sevgisini ve emeğini hiçbir zaman esirgemeyen anne ve babama...

Sevgisi ve desteği yaşamımın atmosferini oluşturan, gerektiğinde bana yardımlarını esirgemeyen ve onun için çıktığım bu yolda beni yalnız bırakmayan, çoğu zaman birlikte geçireceğimiz zamanlardan ödün vererek varlık sebebim oğul aşkım B.Deniz KORKMAZ'a

Gerek anketler için yolculuğumda, gerek teknolojiyle problemlerimde yardımcı olan arkadaşlarım Önder ile Şükran KARASU, Davut ÖZSOY ve Murat SABANCI'ya Sonsuz Teşekkür Ediyorum...

ÖZET

ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE TUTUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Amaç: Acil serviste çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve tutumunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel bir araştırma olarak planlanmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma 15.09.2014-15.10.2014 tarihleri arasında Samsun ili ve ilçelerindeki hastanelerin acil servislerinde çalışan 282 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen hemşireleri tanıtıcı bilgi formu ile “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” ve “Hasta Ölçeği Güvenliği Tutum” kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin %87,9’unun hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim aldığı, eğitim alanların %80,0’nin aldıkları eğitimi yeterli bulduğu, %55,3’ünün hasta güvenliği ile ilgili olarak çalıştıkları kurumda raporlama yaptığı ve %57,4’ünün çalıştıkları kurumun hasta güvenlik uygulamalarını yeterli buldukları belirlendi. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği’nden (HGTÖ) alınan puan ortalaması $152,26 \pm 22,54$ ’dür. Hemşirelerin HGTÖ alt boyutlarından İş Doyumu puan ortalaması $31,35 \pm 8,91$, Ekip Çalışması puan ortalaması $46,32 \pm 8,52$, Güvenlik İklimi puan ortalaması $17,30 \pm 3,90$, Yönetim Anlayışı puan ortalaması $24,08 \pm 5,11$, Stresi Tanılama puan ortalaması $16,10 \pm 4,35$ ve Çalışma Koşulları puan ortalaması $18,36 \pm 3,90$ ’dır. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği (HGKÖ) puan ortalaması $2,56 \pm 0,52$ ’dir. Hemşirelerin HGKÖ Bakım ve Teknoloji alt boyut puan ortalaması $2,63 \pm 0,61$, Çalışan Davranışı alt boyut puan ortalaması $2,61 \pm 0,57$, Çalışan Eğitimi alt boyut puan ortalaması $2,60 \pm 0,64$, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama alt boyut puan ortalaması $2,49 \pm 0,63$ ve Yönetim ve Liderlik alt boyut puan ortalaması $2,48 \pm 0,51$ ’dir,

Sonuç: Hemşirelerin hasta güvenliği kültür ve tutumuna yönelik farkındalıklarını artırmak amacıyla hizmet içi eğitim programlarının periyodik olarak düzenlenmesi, hasta güvenlik kültürünü geliştirmeye yönelik olarak kurumda planlanan çalışmalara hemşirelerin de dahil edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Hasta Güvenliği, Hemşire, Kültür, Tutum

Azize AYDEMİR ,Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, Eylül-2015

ABSTRACT

FACTORS AFFECTING PATIENT SAFETY CULTURE AND ATTITUDE OF NURSES WORKING IN EMERGENCY SERVICE

Aim: The study was planned as a cross-sectional research in order to determine the factors affecting patient safety culture and attitude of nurses working in emergency service.

Material and Method: The study was conducted with the participation of 282 nurses working in the city center and towns of Samsun between the dates 15.09.2014-15.10.2014. The data was collected through introductory information form developed by the researcher in line with the literature and “The Safety Attitudes Questionnaire” and “The Safety Culture Questionnaire”.

Result: It was found that 87.9% of the nurses were trained about patient safety, 80.0% of the nurses who were trained thought that their training was sufficient. 55.3% of the nurses stated that the institution they worked in reported about patient safety and 57.4% thought that the patient safety practices of the institution they worked in were sufficient. Average score taken from The Safety Attitudes Questionnaire was 152.26 ± 22.54 . Of the sub-dimensions of The Safety Attitudes Questionnaire, the average score for job satisfaction was 31.35 ± 8.91 ; the average score for team work was 46.32 ± 8.52 ; the average score for safety climate was 17.30 ± 3.90 ; the average score for administrative system was 24.08 ± 5.11 ; the average score for identification of stress was 16.10 ± 4.35 and the average score for working conditions was 18.36 ± 3.90 . Average score taken from The Safety Culture Questionnaire was 2.56 ± 0.52 . Of the sub-dimensions of The Safety Culture Questionnaire, the average score for care and technology was 2.63 ± 0.61 ; the average score for employee behavior was 2.61 ± 0.57 ; the average score for employee training was 2.60 ± 0.64 ; the average score for unexpected event and error reporting was 2.49 ± 0.63 and the average score for management and leadership was 2.48 ± 0.51 .

Conclusion: In order to increase nurses’ awareness in patient safety culture and attitude, periodical in-service trainings and including nurses in trainings to increase patient safety culture are recommended.

Key Words: Attitude; Culture; Emergency Service; Nurse; Patient Safety

Azize AYDEMİR, Master’s Thesis

Ondokuz Mayıs University-Samsun-September-2015

SİMGELER VE KISALTMALAR

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
- AHRQ:** Amerikan Sağlık Hizmetleri Kalite ve Araştırma Ajansı
(Agency for Health Care Research Quality)
- CDC:** Amerikan Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Prevention and Control)
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- ECRI:** Avrupa Kredi Araştırma Enstitüsü
(The European Credit Research Institute)
- ENA:** Acil Hemşireleri Derneği (Emergency Nursing Association)
- ICN:** Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses)
- ILO:** Uluslararası Çalışma Örgütü
- IOM:** ABD Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine)
- JCAHO:** Sağlık Bakım Organizasyonlarının Akreditasyonunda Birleşik Komisyonu (The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization)
- JCI:** Uluslararası Birleşik Kurul (Joint Commission International)
- NCC MERP:** Amerikan Ulusal İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention)

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
SİMGE VE KISALTMALAR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3.Araştırmanın Soruları	4
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1.Hasta Güvenliği	5
2.2.Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Tıbbi Hatalar	8
2.2.1.İlaç Uygulama Hataları	8
2.2.2.Hastane Enfeksiyonları	10
2.2.3.Cerrahi İşlem Hataları	12
2.2.4.Düşmeler	13
2.2.5.Kimlik Doğrulama Hataları	14
2.2.6.Basınç Ülserleri	15
2.2.7.Tanı Hataları	16
2.2.8.Etkin ve Doğru İletişimin Sağlanamaması	17
2.2.9.Güvenli Kan Transfüzyonu	17
2.3.Hasta Güvenliği Hedefleri	18
2.4.Hasta Güvenlik Kültürü	19
2.5.Hemşirelik ve Hasta Güvenlik Kültürü	20
2.6.Etkin Bir Hasta Güvenlik Kültürü Oluşturulması	22
2.6.1.Etkili Bir Raporlama ve Kayıt Sisteminin Kurulması	22
2.6.2.Hastaya Yönelik Risklerin Belirlenmesi	23
2.6.3.Sisteme Bağlı Hataların Belirlenmesi ve Çözüme Kavuşturulması	24
2.6.4.Bilgi ve İletişim Teknolojilerinden Daha Etkin Faydalanmak	24
2.6.5.Sağlıklı/Hasta Birey ve Yakınlarının Sisteme Dahil Edilmesi	24
2.6.6.Tıbbi Araç Gereç ve Cihazların Bakımının Düzenli Olarak Yapılması	25
2.6.7.Protokollerin ve Rehberlerin Geliştirilmesi	26

2.6.8.İnsan Kaynaklarının Yönetimi.....	26
2.6.9.Liderin Rolü.....	26
2.7. Acil Sağlık Hizmeti ve Acil Servisi.....	27
3.MATERYAL METOT.....	30
3.1.Araştırmanın Şekli.....	30
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	30
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	30
3.4.Verilerin Toplanması.....	31
3.5.Veriler Toplama Araçları.....	32
3.5.1. Hemşireleri Tanıtıcı Bilgi Formu.....	32
3.5.2. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği	32
3.5.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	33
3.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
3.6.Araştırmanın Etik Boyutu.....	34
3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
4.BULGULAR.....	36
4.1. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular.....	36
4.2. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'ne (HGTÖ) İlişkin Bulgular.....	42
4.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'ne (HGKÖ) İlişkin Bulgular.....	55
5.TARTIŞMA.....	68
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75
6.1.Sonuçlar.....	75
6.2.Öneriler.....	77
KAYNAKLAR.....	78
EKLER.....	88
Ek-1 Anket Formu.....	88
Ek-2 Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği İzni.....	93
Ek-3 Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği İzni.....	94
Ek-4 Etik Kurul Onayı.....	95
Ek-5 Kamu Hastaneler Birliği İzni.....	96
Ek-6 OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi İzni.....	97

Ek-7 OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı İzni.....	98
ÖZGEÇMİŞ.....	99



1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bilgi ve teknoloji çağında yaşanan gelişmeler ile birlikte birey, aile ve toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin, problemlerinin giderek artması ve bireylerin kaliteli sağlık bakım hizmeti beklentisi nedeniyle, sağlık bakım ortamlarında hasta güvenliği kavramı daha da önem kazanmıştır (Tanrikulu ve Elbaş; 2010; Balık ve Kaya, 2014). Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin sunumu sırasında bireylere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık bakım sistemi ve bu sistem içinde yer alan sağlık bakım profesyonelleri tarafından alınan önlemlerin tamamıdır (IOM, 2000; NPSA, 2003; Baykal ve ark, 2009; Tanrikulu ve Elbaş, 2010; Balık ve Kaya, 2014). Hasta güvenliği sağlık hizmetlerinde kalite programlarının en önemli bileşenlerinden biri olmakla birlikte (Tanrikulu ve Elbaş. 2010; Hakverdioğlu, 2011), sağlıklı/hasta bireyin güvenli bir ortamda sağlık hizmeti alması temel hasta haklarından biridir. Hasta güvenliği, kaliteli ve nitelikli sağlık hizmetlerinin birincil ve vazgeçilmez koşuludur (Şen ve ark.,2009; Tanrikulu ve Elbaş, 2010).

Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), hasta güvenliğini; “Profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi, meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, uygun sağlıklı bakım ortamının sağlanması, hasta güvenliği konusuna odaklanmış bilimsel bilgi ve liderlik gelişimini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütün halinde birleştirilmesi” olarak tanımlamıştır (ICN, 2006; Çoban ve Yardımcı, 2012).

Sağlık bakım kurumlarında hasta güvenliğini tehdit eden birçok etken bulunmakla birlikte; yanlış ilaç uygulamaları, hastane enfeksiyonları, kimlik hataları, düşmeler, tedavinin geciktirilmesi, transfüzyon hataları, yanlış taraf cerrahileri, cerrahi yaralanmalar, önlenebilir intiharlar, yanıklar ve basınç ülserleri bu faktörlerden bazılarıdır (Tanrikulu ve Elbaş, 2010). Gelişmiş ülkelerde hasta güvenliği ile ilgili yapılan bazı araştırmalarda, her on hastadan birinin bakım hizmeti aldığı sırada hasta güvenliğini tehdit eden bir duruma maruz kaldığı, gelişmekte olan ülkelerde ise bu oranın çok daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Harvard Medical Practice Study grubu, New York hastanelerinde istenmedik olayların yaklaşık %14'ünün can kaybıyla sonuçlandığını; Colorado ve Utah hastanelerinde hasta güvenliği ile ilgili yapılan diğer bir çalışmada ise istenmedik olay nedeniyle hayatını kaybedenlerin oranının %16.6 olduğu, her iki çalışmada da istenmedik olayların yarısından fazlasının, önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle meydana geldiği belirtilmiştir (Thomas ve ark., 2000).

Sağlık bakım sisteminde, hasta güvenliğini tehdit eden birçok etken bulunmakla birlikte sağlık bakım profesyonellerinin çalışma koşullarının ağır ve yetersiz olması, çalışma

ortamı ile ilgili stres, iş prosedürlerinin çokluğu, sağlık bakım profesyonellerinin sayıca azlığı, uygun teknoloji ve malzemenin bulunmaması ve insan gücü planlamasının doğru yapılmaması bu etkenlerden bazılarıdır (Aiken ve ark, 2002; Özata ve Altuncan, 2010; Eroğlu ve Esatoğlu, 2011; Cebeci ve ark., 2012).

Hasta güvenliğinde hedef, sağlıklı/hasta bireyi, yakınlarını ve hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam oluşturarak hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaktır. Hasta güvenliği sağlık bakım hizmeti sunumu sırasında istenmeyen olaylara maruz kalmayı engelleyerek ve bireyi yaralanmalardan koruyarak, tıbbi hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin oluşturulmasıdır (Güven, 2007). Bu doğrultuda sağlık bakım sisteminde hasta güvenliği kültürünün oluşturulması son derece önemlidir.

Avrupa Kredi Araştırma Enstitüsü (The European Credit Research Institute ECRI) sağlıklı/hasta bireyi zararlardan korumak ve sistem içinde hasta güvenliği kültürü oluşturmak için, hasta güvenliği liderliği, olay raporlama, hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi, teknoloji ve çevre uyumlu bir hasta güvenliği eğitimi gibi bazı hasta güvenliği kriterlerinin kurum içinde oluşturulmasının önemli olduğunu bildirmektedir (ECRI., 2009). Sağlık bakım kurumlarında hasta güvenliği kriterlerinin işlerlik kazanması tüm servisler için önemli olmakla birlikte bu durum acil servisler için daha büyük bir önem taşımaktadır.

Acil servis, sağlıklı/hasta birey için hizmet sunumunun yaşamsal önem taşıdığı, hayati tehlikesi olan ya da olmayan her yaştan bireye bakımın verildiği ünitelerdir (Aslaner ve Özmen, 2014). Bu ünitelerde çalışma koşullarının ağır olması, hasta yoğunluğunun fazla olması, hastaya uygulanacak müdahalelerin aciliyet gerektirmesi, hasta ve yakınlarının yüksek stres düzeyine sahip olması ve karmaşık teknoloji kullanımı gibi faktörler acil serviste hasta güvenliğini tehdit eden faktörlerden bazılarıdır (Ersel ve ark., 2006). Hasta güvenliği ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda acil ünitelerinde ortaya çıkan tıbbi hataların ve bu hataların yol açtığı istenmeyen sonuçların çok ciddi olduğu, ancak doğumhane, ameliyathane ve yoğun bakım üniteleri ile karşılaştırıldığında istenmeyen sonuçların önlenebilirlik oranının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Robinson ve ark., 2002; Cebeci 2010).

Acil Hemşireleri Derneği de (Emergency Nursing Association ENA), acil birime gelen hastaya güvenli bir hizmet sunmada, acil hemşiresinin kritik bir role sahip olduğunu, hasta güvenliğiyle ilgili politikalar ve standartlar oluşturan komitede bir acil hemşiresinin mutlaka yer alması gerektiğini, düzenlenecek programlarla ekip iletişiminin artırılmasını, bu programlarda organizasyon kültürü, liderlik stratejileri, yönetim ve işgücü ile ilgili konulara

yer verilmesini, güvenlik kültürünün cezalandırıcı olmayan yaklaşımlar içermesini, acil servis hemşirelerinin acilde hasta güvenliğini araştırmak için planlanan çalışmalara dahil edilmesini, acil servis hemşirelerinin bilgi ve becerilerini artırmak için konuyla ilgili sürekli eğitimler yapılmasını önermektedir (Erdağlı ve Özer , 2013).

Sağlık bakım ortamlarında hasta güvenliği kültürü oluşturulmasında sağlık bakım profesyonellerine, özellikle hemşirelere önemli roller düşmektedir (Filiz ve Bodur , 2009). Hemşirelerin neden olduğu tıbbi hataların, önlenabilir nitelikte hatalar olduğu dikkat çekmekle birlikte, periyodik olarak düzenlenecek eğitimlerle etkin ve güçlü bir hasta güvenlik kültürü oluşturulabilir (Gökdoğan ve Yorgun, 2009). Bireyin, ailenin toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesinde sağlıklı/hasta bireyle 24 saat birlikte olan hemşireler, hizmet alanlarında karşılaştıkları sorunları kolayca tanımlayabildikleri için hasta güvenliğinin sağlanmasında kilit role sahiptirler. Sağlık bakım sisteminde hasta güvenliği ile ilgili problemleri belirleme ve çözümlemede hemşirelere önemli sorumluluklar düşmekle birlikte (Filiz ve Bodur, 2009), bu konuda yapılmış olan bir çalışmada sağlık hizmetlerinin güvenilirliği ve kaliteli bakım kavramının, nitelikli ve sayıca yeterli hemşire sayısı ile doğru orantılı olduğu bildirilmiştir (Göktaş ve Oktay, 2007).

Sağlık bakım sisteminde çok önemli bir yeri olan hasta güvenliği kültür ve tutumunu etkileyen faktörleri belirlemeye ilişkin acil servisleri kapsayan çalışmalar yurtdışında yaygın olarak yapılmasına karşın (Zhan ve Miller 2003; Colla ve ark. 2005; Stelfox ve ark. 2006, Manser 2009; Fujita 2013; Carayon ve ark 2014; Steven ve ark. 2014), ülkemizde bu konuda yapılan çalışma sayısı oldukça sınırlıdır (Tanrikulu ve Elbaş, 2010; Bayar ve Akyolcu, 2013; Balık ve Kaya, 2014). Bununla birlikte literatür incelendiğinde Türkiye'nin kuzeyinde Orta Karadeniz bölgesinde acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültür ve tutumunu etkileyen faktörlerin neler olduğunu belirleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Kesitsel olarak planlanan bu araştırma neticesinde elde edilecek veriler ışığında acil hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü ve tutumunu etkileyen faktörler belirlenecek ve bu doğrultuda hasta güvenliği ile ilgili stratejiler geliştirilecektir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve tutumunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Acil serviste çalışan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri nelerdir?
2. Acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenlik kültürü ve tutumları hangi düzeydedir?
3. Acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenlik kültürü ve tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?
4. Acil serviste çalışan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile hasta güvenlik kültürü ve tutumları arasında ilişki var mıdır?



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, tüm dünya ülkelerinde özellikle 2000 yılı ve sonrası üzerinde önemle durulan bir konudur (Çakmakçı, 2010). Sağlık bakım sisteminin önemli bir bileşeni olan hasta güvenliği, hasta haklarının temelini oluşturmasının yanı sıra sağlık bakım hizmetleri ile ilgili kalite standartlarının da bir göstergesidir (Erdağlı ve Özer, 2013). Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin sunumu sırasında bireylere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık bakım sistemi ve bu sistem içinde yer alan sağlık bakım profesyonelleri tarafından alınan önlemlerin tamamı olmakla birlikte (IOM, 2000; NPSA 2003; Baykal ve ark, 2009) Uluslararası Birleşik Kurul'un, (Joint Commission International-JCI) nitelikli ve kaliteli sağlık hizmeti için gerekli gördüğü akreditasyon standartları arasında ilk sırada yer almaktadır (JCI, 2008).

ICN (2006) hasta güvenliğini "Profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi, meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz güvenliği, sağlıklı klinik uygulamalar, uygun sağlıklı bakım ortamının sağlanması, hasta güvenliği konusunda odaklaşmış bilimsel bilgi ve liderlik gelişmesini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütün halinde birleştirilmesi" olarak tanımlamıştır (ICN, 2006; Çoban ve Yardımcı, 2012).

Amerika Birleşik Devleti Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine IOM) 2001 yılında yayınlamış olduğu raporda güvenli, etkili, hasta odaklı, verimli ve eşit sağlık hizmeti için hasta güvenliğinin önemini vurgulamıştır (Göktaş ve Oktay, 2007; Balık ve Kaya, 2014). Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2007 yılında Cenevre'de yaptığı konferansta her yıl dünya genelinde yaklaşık on milyon insanın önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle sakatlandığını ya da öldüğünü belirterek hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması çağrısında bulunmuştur (WHO, 2007). İngiltere'de bir yıl içinde hastaneye yatan bireylerin %10'undan fazlasının hasta güvenliğini tehdit eden durumlarla karşılaştığı, Avustralya'da hastaneye yatan hastalar arasında istenmeyen olay görülme sıklığının %16,6 olduğu bildirilmiştir (Çakmakçı, 2011).

Bununla birlikte DSÖ Cenevre'de gerçekleştirdiği konferansta sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta güvenliğini riske eden durumlarla ilgili "Dokuz Hasta Güvenliği Çözüm Önerisi" yayınlamıştır (WHO, 2007; Yetginlioğlu ve Öğüt, 2009; Gül, 2010). DSÖ'nün yayınladığı bu çözüm önerileri; benzer görünen ve kulağa benzer gelen ilaç isimleri ile ilgili sorunları önleme, hastayı tanılama, hastaların nakledilmesi sırasındaki iletişime özen

gösterme, doğru vücut bölgesinde doğru prosedürleri uygulama, konsantre elektrolit solüsyonlarını kontrol etme, ilaç doğruluğunu sağlama, yanlış katater ve tüp bağlantılarını önleme, enjektörleri ve iğneleri bir kere kullanma ve atma ile el hijyeninden oluşmaktadır (WHO, 2007; Yetginlioğlu ve Öğüt, 2009; Gül ve Tüzüner, 2010; Güneş ve Çelik, 2011).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ya da bu hataların neden olduğu hasarların ortadan kaldırılması ve azaltılmasıdır. Bu doğrultuda hasta güvenliğinde temel hedef, hataları hastaya ulaşmadan önlemek ve önlenebilir hataların ortaya çıkmasını engelleyecek planlamalar yapmaktır. Bu doğrultuda JCI'nın 2014 yılında belirlediği Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri:

Hedef 1- Hasta kimliğinin doğrulanması,

Hedef 2- Ekip içinde etkin iletişimin sağlanması,

Hedef 3- İlaç güvenliğinin sağlanması,

Hedef 4- Kurumda hasta güvenliği ile ilgili alarm sistemlerinin iyileştirilmesi ,

Hedef 5- Sağlık bakımıyla ilgili enfeksiyonların önlenmesi

Hedef 6- Hasta güvenliği ile ilgili risklerin tanımlanması ve önlenmesi (düşme, intihar vb)

Hedef 7-Yanlış cerrahi girişimlerin önlenmesini içermektedir (JCI, 2015; Balık ve Kaya, 2014).

Sağlık bakım sunum sisteminde hasta güvenliğinin sağlanması, hem kurumların hem de sağlık bakım profesyonellerinin önemli bir sorumluluğudur. Amerika Birleşik Devlet'lerinde (ABD) 2007 yılında yayınlanan Hasta Güvenliği Uzlaşma Raporu'nda hasta güvenliği ile ilgili temel stratejiler dört başlık altında toplanmıştır. Bunlar;

1. Sağlık bakım kurumlarında hasta güvenliği konusunun, yönetimin öncelikleri arasında yer alması, yönetimin hasta güvenliği konusunu benimsemesi ve ortaya çıkabilecek problemlerde sorumluluğu üstlenmesi,
2. Sağlık bakım kurumlarında hataların araştırılmasına yönelik süreçlerin belirlenmesi ve hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi,
3. Sağlık bakım kurumlarında güvenli uygulamaların yerleştirilmesi ve yaygınlaştırılması,
4. Hasta güvenliği konusunda eğitimlerin artırılması, yanlış yapılan mesleki davranışların saptanması ve düzeltilmesidir (Akalin, 2007; Güven, 2007; Sezgin ve Yıldırım, 2007; Tunçel ve Sökmen, 2013).

Ülkemizde ise sağlık hizmetleri alanında kalite ve akreditasyon çalışmalarının yaygınlık kazanmasıyla, hasta güvenliği konusu önem kazanmaya başlamıştır (Tak, 2010).

2006 yılında “Hasta Güvenliği Arama” toplantıları yapılmaya başlanmış, Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyon Birleşik Komisyonu (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations JCAHO) ile Sağlık Bakanlığı’nın yaptığı anlaşma sonucunda hastane standartlarının hayata geçirilmesi için çalışmalar başlatılmış ve hasta güvenliği konusu eğitim kapsamına alınmıştır (Eroğlu ve ark., 2009). Bu gelişmelere paralel olarak 6 Nisan 2011 tarihinde Resmi Gazetede “Hasta ve Çalışan Güvenliği’nin Sağlanması Dair Bir Yönetmelik” yayınlanmıştır. Bu yönetmeliğin amacı, 2. madde kapsamındaki tüm sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliği için güvenli bir hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için; muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir (Resmi Gazete, 2011, Sayı 27897).

Sağlık Bakanlığı tarafından 6 Nisan 2011 tarihinde yayınlanan bu yönetmelikte, hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması, hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması, sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması, ilaç güvenliğinin sağlanması, kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması, cerrahi güvenliğin sağlanması, hasta düşmelerinin önlenmesi, radyasyon güvenliğinin sağlanması, engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması konularıyla ilgili hasta ve çalışan güvenliği önlemleri yayınlanmıştır. Ülkemizde halen bu yönetmelik kapsamında hasta güvenliğine yönelik çalışmalar ve iyileştirmeler devam etmektedir (Resmi Gazete, 2011, Sayı 27897).

Hasta güvenliğini geliştirme çalışmaları, sağlık bakım profesyonellerinin tümünü ilgilendiren ve üzerinde titizlikle durulması gereken bir konudur (Mrayyan ve ark., 2007; Tanrikulu ve Elbaş, 2010). Sağlık bakım kurumlarında hasta güvenliğinin geliştirilmesi, sağlık bakım sisteminde güvenlik kültürünün yapılandırılması ve yaygınlaştırılması ile mümkündür (Balık ve Kaya, 2014). Sağlık bakım sisteminde hasta güvenliği, güvenli bir çevre oluşturulması, olası hataların araştırılması ve hataları azaltmak için mevcut sistemi değiştirecek bir korunma sistemi oluşturulması ile sağlanabilir (Youngberk, 2011; Bayar ve Akyolcu 2013). Bununla birlikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, sağlık bakım sisteminde hasta güvenliğini tehdit eden nedenlerden birinin de tıbbi hatalar olduğu (Özata ve Altuncan, 2010) hasta güvenlik kültürünün yaygınlaştırılması ile tıbbi hataları önleyecek sistemlerin de geliştirilmiş olacağı bildirilmiştir (Balık ve Kaya, 2014).

2.2. Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Tıbbi Hatalar

Sağlık bakım sisteminde sağlıklı/hasta bireyin tedavi ve bakımının her aşamasında öncelikli hedef hasta güvenliğinin sağlanmasıdır (Sezgin ve Yıldırım, 2007). Tıbbi hataların önlenmesi, sağlık bakım sistemi içinde bireyin güvenliğinin sağlanmasının temelini oluşturmaktadır. Sağlıklı/hasta bireye sunulan sağlık bakım hizmeti sırasında herhangi bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız, beklenmedik sonuçlar oluşturan ve hasta güvenliğini tehdit eden etkilere (Güneş ve Çelik, 2011), ayrıca sağlıklı/hasta bireyin tedavi sürecinde yapılması gerektiği halde yapılmayan ya da yapılmaması gerektiği halde yapılan işlemler sonucu ortaya çıkan istenmeyen olaylara, tıbbi hata denilmektedir (Özata ve Altuncan, 2010).

JCAHO tıbbi hata kavramını, “Sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır. Sağlık bakım sisteminde birçok nedene bağlı olarak tıbbi hatalar ortaya çıkabilmektedir. JCAHO’nun Ocak 1995 ile Mart 2009 tarihleri arasında tıbbi hata türlerini belirlemek üzere yapmış olduğu çalışması sonrasında, önlenemez tıbbi hataları yanlış taraf cerrahisi (%13,3), önlenemez intiharlar (%12,1), ameliyat sırasında veya sonrasındaki komplikasyonlar (%11,2), ilaç uygulama hataları (%8,5), tedavinin geciktirilmesi (%8), hasta düşmeleri (%6,2), transfüzyon hataları (%2,3) ve enfeksiyon ilişkili olayların (%2) oluşturduğu bildirilmiştir (İşlek ve Esatoğlu, 2009; Tanrıku ve Elbaş, 2010).

2.2.1. İlaç Uygulama Hataları

Hasta güvenliğini tehdit eden ilaç uygulama hataları en yaygın görülen önlenemez tıbbi hatalardan biridir (Eşer ve ark., 2006). İlaç uygulama hataları, ilaçların uygulanma aşamasında, uyulması gereken ilkelere bağlı kalınmaması sonucunda gerçekleşen yanlış uygulamalar olarak tanımlanabilir (Aslan ve Ünal, 2005; Gürel ve Kanan, 2012). Amerikan Ulusal İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention NCC MERP) ilaç uygulama hatalarını “ilaç, sağlık çalışanının, hastanın ya da tüketicinin kontrolü altındayken hastanın zarar görmesine ya da uygunsuz ilaç kullanımına neden olan tüm önlenemez olaylardır” şeklinde tanımlamıştır. Ayrıca literatürde ilaç uygulama hatasına neden olan bu olayların; sağlık çalışanının uygulamasına, sağlık bakım ürününe, ilacın reçete edilme

sürecine, istemin iletimine, ürünün etiketlenmesine, paketlenmesine, adlandırılmasına, bileşim haline getirilmesine, dağıtımına, ilacın uygulanmasına, ilaç hakkında eğitim verilmesi ile birlikte istem ve kullanım süreçlerinin herhangi birine bağlı olarak ortaya çıkabileceği bildirilmektedir (NCC MERP, 2005; Uzun ve Arslan, 2008; Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012).

İlaç uygulama hataları, bireyde ilaçtan beklenen tedavi edici etkinin görülmemesi, ağrı hissi, hastanede kalış süresinin uzaması, bireyde organ yetmezliği gelişmesi gibi istenmedik durumlar ile birlikte ortaya çıkabileceği gibi, can kayıplarıyla da sonuçlanabilmektedir (Eşer ve ark., 2006; Mete ve Uslusoy 2006). İngiltere'de ilaç uygulama hataları ile ilgili yayınlanmış araştırma verilerine göre, yılda yaklaşık 1200 kişinin ilaç uygulama hataları sonucunda yaşamını yitirdiği, ilaç uygulama hatalarının son on yıl içinde %500 oranında artış gösterdiği bildirilmiştir (Preston, 2004; Aslan ve Ünal, 2005; Gürel ve Kanan, 2012).

İlaç uygulama hataları, ilacın istem edilme aşamasından başlayarak, uygulama sonrası etkilerinin gözlemlenmesi aşamasını da içine alan çok geniş bir süreci kapsamaktadır (Aslan ve Ünal 2005; Eşer ve ark., 2006; Gürel ve Kanan, 2012). Bu sürece sağlık bakım hizmeti sunan birçok sağlık bakım profesyoneli katılmakla birlikte, doktorlar doğru ilaç isteminde, eczacılar uygun ve doğru ilaç temininde, hemşireler ise ilacın doğru uygulanması sürecinde aktif olarak yer alırlar (Aştı ve Acaroğlu, 2000; Uzun ve Arslan, 2008; S.Kılıç ve Elbaş, 2009).

Hemşirelerin ilaç uygulamalarındaki rolü, doğru ilacı, doğru dozda, doğru hastaya, doğru zamanda, doğru yoldan vermek, istenen etkiyi değerlendirip desteklemek, istenmeyen etkilere karşı önlemler almak, kayıt tutmak ve hastaya eğitim vermek şeklinde sıralanabilir (Eşer ve ark., 2006). Bu nedenle sağlık bakım sisteminde ilaçların hemşireler tarafından güvenli bir şekilde uygulanabilmesi için hasta ve uygulanacak ilaç hakkında yeterli bilgiye sahip olunması son derece önemlidir (Eşer ve ark., 2006; Tanrıku ve Elbaş, 2010).

Hemşirelik uygulamaları sırasında, ortaya çıkan ilaç uygulama hataları uygulama sürecinin herhangi bir aşamasında gelişebilmekle birlikte genellikle, istem verme, istem alma, ilaçları ve ilaç kartlarını hazırlama, ilaçları verme ya da uygulanan ilaçların kayıt edilmesine bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Aştı ve Acaroğlu, 2000; NCC MERP, 2005; Eşer ve ark., 2006; Kopp, 2006; Tang ve ark., 2007; Uzun ve Arslan, 2008; Gürel ve Kanan, 2012). Hemşirelerden kaynaklanan başlıca ilaç uygulama hataları ise, hekim istemi olmadan ilacın verilmesi, okunuş ve görünüş benzerliği sonucu yanlış ilacın uygulanması, ilaç dozunun yanlış hesaplanması ya da yanlış dozda ilaç verilmesi, ilaç kutusu veya paketi üzerindeki

bilgilere dikkat edilmemesi, ilaç uygulamasının unutulması, ilacın yanlış hastaya uygulanması, ilaç uygulaması sırasında ve sonrasında yan etkilere ilişkin gerekli gözlemin yapılmaması olarak sıralanabilir (Aştı ve Acaroğlu, 2000; Uzun ve Arslan, 2008; Güneş ve Çelik, 2011).

Valentin ve arkadaşları (2009) ilaç uygulama hatalarıyla ilgili olarak yapmış oldukları bir araştırmada, ilaç hatalarının ilaç uygulamasının unutulması (%30.8), yanlış ilacın uygulanması (%7), ilacın yanlış zamanda verilmesi (%44.8), yanlış dozda yapılması (%13), ve yanlış yoldan (%4) uygulanmasıyla meydana geldiğini ortaya çıkarmışlardır (Valentin ve ark., 2009). Bu konuda Prot ve arkadaşlarının (2005) yapmış oldukları diğer bir çalışmada ise ilaç uygulama hatalarının; istemi olmayan bir ilacın uygulanmasıyla (%10), ilacın yanlış zamanda (%36), yanlış yolla (%19), yanlış dozda (%15) ve yanlış formda verilmesiyle (%8) meydana geldiğini bildirmişlerdir (Prot ve ark., 2005).

Aslan ve Ünal'ın (2004) cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hatalarını belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada, 444 parenteral ilaç uygulamasını incelemişler ve ilaç uygulama hatalarını “ilaç uygulaması öncesinde el yıkanmaması (%99.54)”, “ilaç uygulaması sonrasında el yıkanmaması (%83.55)”, “sözel istemin yazılı hale getirilmemesi (%78.82)”, “enjeksiyon bölgesinin antiseptik solüsyonla silinmemesi (%49.32)”, “doğru yazılı order alınmaması (%45.04)”, “ilacın doğru teknikle hazırlanmaması (%33.55)”, “ilacın doğru teknikle uygulanmaması (%33.55)”, “ilaç uygulaması sonrasında atıkların bir kısmının/tamamının uzaklaştırılmaması (%18.69)”, “order edilmeyen ilacın uygulanması (%4.27)”, “order edilen ilacın verilmemesi veya atlanması (%1.80)”, “doğru dozun uygulanmaması (%0.22)” olarak belirlemişlerdir (Aslan ve Ünal, 2004).

Hemşirelerin ilaç uygulamalarına yönelik hatalarını en aza indirmek amacıyla ilaç uygulamaları sırasında dokuz doğru ilkesine uymak, uygulanan ilaçları mutlaka kaydetmek, alerjiye neden olan reçeteli veya reçetesiz ilaçları sorgulamak, yüksek riskli ilaçların doğru etiketlenip depolanabileceği uygun bir sistem geliştirmek ve riskli ilaçları ayrı muhafaza etmek gibi önlemlerin alınması son derece önemlidir (Erdil ve Elbaş 2001; Demir ve Dramalı, 2005; Gürel ve Kanan, 2012).

2.2.2. Hastane Enfeksiyonları

Hastane enfeksiyonları, sağlıklı/hasta bireyde sağlık bakım hizmeti alırken gelişen ve bireyin sağlık kuruluşuna başvurduğu sırada var olmayan, sağlık bakım kurumuna yatış tarihinden itibaren 48-72 saat sonra ya da taburcu olduktan 10 gün sonra ortaya çıkabilen

enfeksiyonlardır (Kaleli, 2003; Dilek, 2005; Aytaç ve ark., 2008; Balık ve Kaya, 2014). Hastane enfeksiyonları, enfeksiyon kontrol kurallarına uyulduğu takdirde önlenmesi mümkün olan tıbbi hatalardan biri olmasına rağmen, sağlık bakım hizmetinden kaynaklanan önemli bir ölüm nedenidir (Berkem, 2007; Ertek, 2008).

Sağlık bakım kurumlarının, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon risk faktörlerini sistematik olarak izlemeleri ve kaydetmeleri, bu verileri kullanarak enfeksiyon oluşumunu engellemek amacıyla önlemler almaları son derece önemlidir. Günümüzde sağlık bakım kurumlarında en sık görülen sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar; ventilatör ilişkili pnömoniler, santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları, üriner kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonları ve ameliyat tipine özgü cerrahi alan enfeksiyonları olarak sıralanabilir (Health Protection Agency, 2010; Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012).

Amerikan Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Prevention and Control, CDC) sadece ABD’nde yıllık 1,7 milyon sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon ve bu enfeksiyonlara bağlı 99.000 ölüm görüldüğünü bildirmiştir. Bu enfeksiyonların %32’sini üriner sistem enfeksiyonları, %22’sini cerrahi alan enfeksiyonları, %15’ini akciğer enfeksiyonları, %14’ünü kan dolaşımı enfeksiyonlarının oluşturduğu belirtilmiştir (Pittet, 2005; AHRQ, 2010; Canbolat ve Ayaz, 2011; Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012; Balık ve Kaya, 2014)

Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar için birçok risk faktörü tanımlanmış bulunmaktadır. Bireye ilişkin risk faktörlerini; prematür doğum ve düşük doğum ağırlığı, ileri yaş, bağışıklık yetmezliği oluşturan ilaçlar veya hastalıklar, invaziv araç kullanımı, şişmanlık, yanık ve travmalar oluştururken, çevreye ait risk faktörlerini; hastane koşulları, olumsuz çevre ve yapım-onarım çalışmaları, sağlık sistemine ve sağlık çalışanlarına ait riskleri ise; el hijyeni kurallarına uymama, ameliyat ve invaziv uygulamalar sırasında oluşan komplikasyonlar oluşturmaktadır (Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012).

Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar, sağlıklı/hasta bireye bakım verilmesini zorlaştırmakta, tıbbi tedavi süresini uzatmakta ve hatta bireyin yaşamını kaybetmesine neden olmaktadır. Ayrıca, bu enfeksiyonlar tedavide kullanılan ilaçlara (antibiyotiklere) karşı direnç oluşmasına yol açmakta, bireyin tedavi masraflarını artırmakta ve sağlık bakım kurumunda kalış süresini uzatarak hasta güvenliğini tehdit etmektedir (Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012).

2.2.3. Cerrahi İşlem Hataları

Sağlık bakım sistemi içinde önlenabilir tıbbi hataların yaklaşık olarak yarısını oluşturan ve en çok rapor edilen hata cerrahi işlem hatalarıdır (Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012). Cerrahi işlem hataları yanlış taraf, yanlış ameliyat, yanlış hasta, yanlış nakil, yanlış organ, cerrahi alanda yabancı cisim unutulması şeklinde görülmektedir (JCI, 2001; Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012). Cerrahi işlem hataları sonucunda fiziksel veya psikolojik yaralanmalar ile birlikte ölüm gelişebilmektedir (Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012).

Cerrahi işlem hatalarının hem sistem hem de süreçle ilgili faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Sistem ile ilgili faktörler:

- Kurumsal eksiklikler/cerrahi işlemin resmi olarak doğrulanmaması,
- Cerrahi işlemlerle ilgili ameliyat öncesi kontrol listesinin olmaması
- Cerrahi alanın belirlenmesinden yalnızca cerrahın sorumlu olması
- Olağan dışı ve acil vakaların meydana gelmesi
- Ameliyat öncesi hazırlık sürecinin kısaltılmaya çalışılması
- Ameliyatta olağan dışı araç-gereç kullanımının ya da özel hasta pozisyonunun gerekmesi,
- Oryantasyon ve eğitim eksikliğinin olması,
- Anatomik bozukluklar ve obezite gibi faktörlerdir.

Süreç ile ilgili faktörler ise:

- Ameliyat öncesi hasta değerlendirmesinin yetersiz yapılması,
- Tıbbi kayıtların tam olarak incelenmemesi,
- Sağlıklı/hasta birey ve cerrahi ekip üyeleri arasında iletişim eksikliği olması,
- Birden fazla cerrahın aynı ameliyatta görev alması,
- Sağlıklı/hasta bireye aynı anda birden fazla ameliyat yapılması,
- Sağlıklı/hasta birey ve ailesinin cerrahi alan işaretleme sürecine dahil edilmemesi,
- Cerrahi alanın doğru veya açık bir şekilde işaretlenmemesi,
- Cerrahi işlem prosedürlerine uyulmaması,
- Sağlıklı/hasta bireyin bilgilerinin ameliyattan hemen önce tekrar gözden geçirilmemesi,
- Cerrahi ekip üyeleri arasında iletişim sorunları yaşanmasıdır (JCI, 2011; Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012).

Cerrahi işlem hatalarının en aza indirilebilmesi için alınabilecek önlemlerin en önemlisi; cerrahi işlemler öncesi işlemin adı, yeri ve bölgesinin sorumlu hekim tarafından

doldurulması, doğru, eksiksiz kayıt tutulması ve bireyden aydınlatılmış onam alınmasıdır (Kaymakçı, 2001). Bununla birlikte klinikten ayrılmadan önce cerrahi işlem uygulanacak sağlıklı/hasta bireyin sorumlu hekimi tarafından işlem uygulanacak tarafın tekrar değerlendirilmesi ve işaretlenmesi son derece önemlidir (Enişte, 2006; Ögün ve Aslan, 2008; Canbolat ve Ayaz 2011).

2.2.4. Düşmeler

Sağlık bakım sisteminde yürütülen uygulamaların hedefi, sağlıklı/hasta bireyin yaşam kalitesinin korunması ve geliştirilmesi ve bireylere güvenli bir bakım ortamının sağlanmasıdır (Çınarlı ve Koç, 2014). Sağlık bakım kurumlarında meydana gelen düşme olayları hasta güvenliği için ciddi bir tehlike oluşturmakla birlikte, sağlıklı/hasta bireyin ikincil yaralanmalardan korunması ve güvenli bir bakım ortamının sağlanması, hemşirelerin yasal ve etik sorumluluklarından biridir (Tunçel ve Sökmen, 2013). Bu nedenle düşme sonucu sağlıklı/hasta bireyde meydana gelebilecek yaralanmalar, hemşirelerin bakım kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012). Bununla birlikte sağlıklı/hasta bireylerin düşme sonucu yaralanması sağlık bakım sisteminde çalışan hemşirelerin sıklıkla karşılaştığı şikayet ve dava nedenlerinden biridir (Aştı ve Acaroğlu, 2000).

Düşme, “ani ve istem dışı pozisyon değişikliği sonucu bireyin yere, bir objeye, zemine, alana veya diğer yüzeylere ya da bulunduğu seviyeden daha düşük bir seviyeye ani olarak inmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (Victorian Government of Human Services, 2004; Çınarlı ve Koç, 2014). Sağlık bakım sisteminde yaşanan düşmeler, diğer sağlık problemlerinden bağımsız olarak mobilitenin kısıtlanmasına, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa neden olan, yaşam kalitesini ciddi oranda etkileyen, sağlık bakım hizmeti yükünü ve maliyetini arttıran önemli bir sorundur (Çınarlı ve Koç, 2014).

Düşmeye neden olan birçok etken bulunmakla birlikte yaş, kronik hastalıklar, baş dönmesi, postural hipotansiyon, çoklu ilaç kullanımı, kas gücü zayıflığı, yürüme ve denge bozuklukları, bilişsel bozukluklar, mental durum değişiklikleri, görme bozuklukları, ortamın fiziksel koşullarının uygun olmaması bu faktörlere örnek olarak verilebilir (Berke ve Aslan, 2010). Düşmeye neden olabilecek faktörlerin izlenmesi ve düşme riski bulunan bireylerin, sağlık bakım kurumuna kabul edildikleri andan itibaren taburcu olana kadar izlenmesi önemlidir (Ögün ve Aslan, 2008). JCAHO 2005 yılında tıbbi hataların %5.8’inin düşme sonucu geliştiğini, hasta güvenlik önlemlerinin artırılmasıyla 2007 yılında düşme oranının %0.17 ile 2.5 arası azalma gösterdiğini belirtmiştir (Berke ve Aslan, 2010).

Düşmelerin rapor edilmesi hasta güvenliği uygulamaları arasında yer almakla birlikte (Cebeci, 2010), ülkemizde kayıt altına alınan düşme vaka sayısı 2006 yılında 16, 2007 yılında 4, 2008 yılında 21 ve 2009 yılında 5 kişi olarak bildirilmiştir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda düşme sonucu oluşan küçük yaralanmaları çürük, yumuşak doku yaralanması, suture gerektirmeyen yaralanmalar, ciddi yaralanmaları ise kalça, pelvis, radius kırığı, suture gerektiren yaralanmalar ile intra serebral hematoma ya da ölüm gibi olguların oluşturduğu bildirilmektedir (Savcı ve ark., 2007; Tunçel ve Sökmen, 2013).

Sağlık bakım kurumlarında düşmeler, bozuk ya da uygun olmayan araç-gereç kullanımı, sağlık personelinin dikkatsizliği, sistemden kaynaklanan yetersizlikler, kaygan zemin ve bölümde yaşanan kargaşa gibi birçok nedene bağlı olarak gelişebilmektedir. Sezgin ve Yıldırım (2007) tarafından bu konuda yapılan bir araştırmada, hemşirelerin klinikte bakım vermekte oldukları hastalarda gelişebilecek düşme nedenlerini; yatak ve sedye kenar parmaklıklarının olmaması, sınırlayıcıların kullanılmaması (% 51,2), bozuk yatak ve sedyelerin kullanılması (%49,6) olarak sıraladıkları görülmüştür (Aydın ve Doğan, 2010). Sağlık bakım hizmeti verilirken ikincil yaralanmalara bağlı ek tedavi süresi ve maliyet artışlarının önlenmesi, birey için güvenli bir ortamın sağlanabilmesi için düşme ve yaralanmaların kontrol altına alınması ve kurumda hasta güvenlik kültürünün oluşturulması son derece önemlidir (Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012).

2.2.5. Kimlik Doğrulama Hataları

Kimlik doğrulama hataları, sağlık bakım sisteminde teşhis ve tedavinin bütün aşamalarında görülebilecek ve bireyde istenmeyen olayların yaşamasına neden olabilecek bir durumdur (Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012). Sağlıklı/ hasta birey sağlık bakım kurumunda tedavi gördüğü süre içinde yapılan işlemler karşısında stres, şaşkınlık, geçici algı bozuklukları, bilinç bulanıklığı yaşayabilmekte, yapılan işlemlere bağlı olarak sedatize olabilmekte ya da duyu problemleri nedeniyle kimliği konusunda net bilgiler verememektedir (Gülkaya ve Tezcan, 2009). Ayrıca bireyin kurumda tedavi gördüğü süre içerisinde yatak ve odasının değiştirilmesiyle de kimlik doğrulaması ile ilgili problemler yaşanabilmektedir.

Kimlik doğrulama hatalarını önlemek amacıyla özellikle ilaç, kan, ya da kan ürünleri verilirken, klinikte test için kan ya da numune alınırken, bireylerin kimlik tespitinin en az iki sağlık çalışanı tarafından yapılması, sağlık sistemi dahilinde hizmet alan tüm bireylerin kimlik bilgilerinin netlik kazanmadığı durumlarda, bireyin güvenliğini riske sokabilecek hiçbir uygulamanın yapılmaması önemlidir. Nitekim sağlık bakım kurumlarında uyulması gereken

bu prosedürler 6 Nisan 2011 tarihinde “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelikte açıkça belirtilerek yasal bir zorunluluk haline gelmiştir (Resmi Gazete Sayı 27897, 2011). Bu nedenle tetkik ve tedavileri yapılan sağlıklı/hasta bireylerin kimlik doğrulamasının çok dikkatli bir şekilde yapılması gerekmektedir.

Sağlıklı/hasta bireyin doğru kimliklendirilmesinde amaç; hizmeti ya da tedaviyi alan bireyin doğru birey olduğunun güvenilir bir biçimde belirlenmesi, sunulacak hizmet ya da tedavinin doğru bireye yapılmasının sağlanmasıdır (Gülkaya ve Tezcan, 2009). Sağlıklı/hasta birey için sağlık bakım sisteminde kimliklendirme bileklik, kol bandı, yaka kartı gibi kolay görünür materyallerin kullanılması ile sağlanmakta ve bireyle sözel iletişim kurulabiliyorsa kimliğinin kendisi veya varsa yakını tarafından doğrulanması istenmektedir (Kaymakçı 2001). Bu amaçla sağlıklı/hasta bireyin kimliğinin tanımlanabilmesi için, sağlıklı/hasta bireyin adı, soyadı, protokol numarası ve doğum tarihi gibi bilgilerden en az ikisinin kullanılması gerekmektedir (Canbolat ve Ayaz, 2011; Gülkaya ve Tezcan, 2009).

2.2.6. Basınç Ülserleri

Basınç ülseri, özellikle yatağa ya da tekerlekli sandalyeye bağlı olarak yaşayan ve uzun süre hareketsiz yatarak tedavi uygulanması gereken bireylerde görülen, cilt bütünlüğünün bozulmasını takiben oluşan yaralanmalardır. Basınç ülserleri sağlıklı/hasta birey için hayatı tehdit eden ciddi bir problemdir. Basınç ülserleri genellikle kemik çıkıntılar üzerinde (topuk, dirsek, kalça vs.) oluşmaktadır. Fiziksel olsun ya da olmasın birçok etken basınç ülseri oluşumunu etkilemekle birlikte, diyabetes mellitus, periferik vasküler hastalıklar, hipotansiyon, sepsis, yaş, sigara öyküsü, cilt kuruluğu, mental durum, düşük beden kitle indeksi, yetersiz beslenme, idrar veya dışkı inkontinansı, malignite ve basınç ülseri öyküsü bu faktörlere örnek olarak verilebilir. Bununla birlikte kemiğin deriye yakın olduğu yerlerde vücut basıncının iyi dağıtılmaması, terin ya da vücut sıvılarının deri üzerinden uzun süre uzaklaştırılmaması, yetersiz havalandırma ve sürtünme basınç ülserinin oluşumunu etkileyen önlenebilir etkenlerden bazılarıdır (Ilgaz ve Başal, 2007).

Yaranın ilerleyen dönemlerinde basınç ülserini tedavi etmek oldukça güç olduğu için, basınç ülseri oluşmadan önce önlem alınması büyük önem taşımaktadır. Basınç ülserini önlemenin en iyi yolu, bireye basınç ülseri oluşumunu engelleyecek bir ortamın sağlanması ve uygun bakımın verilmesidir. Bu ortamın hazırlanmasında dikkat edilmesi gereken en önemli nokta; nem ve diğer vücut sıvılarının deri üzerinden uzaklaştırılması, havalandırma

yoluyla derinin kuru tutulması, vücuttaki basınç noktalarının dengeli olarak dağıtılması ve sürtünmenin minimuma indirilmesidir (Ilgaz ve Başal, 2007).

Sağlık bakım kurumlarında yatarak tedavi görmekte olan bireylerde görülen basınç ülserleri verilen hemşirelik bakımının bir kalite göstergesidir. Basınç yarasının oluşmaması için yalnızca hemşire varlığı yeterli değildir. Hemşire istihdamının yetersiz olduğu kurumlarda bakım için gereken zamanın yetersiz olması bası yarası görülme oranını artırmaktadır. Amerikan Sağlık Hizmetleri Kalite ve Araştırma Ajansı'nın (Agency for Health Care Research Quality AHRQ) 2008 yılında yayınladığı raporunda yaşlı nüfus ve yetersiz hemşire istihdamı nedeniyle basınç yarası insidansının gün geçtikçe arttığı bildirilmiştir (AHRQ, 2008). Bu doğrultuda olası basınç yarası oluşumunun önlenmesi için akılcı ve yeterli insan gücü planlamasının yapılması son derece önemlidir.

2.2.7. Tanı Hataları

Sağlıklı/hasta bireye yanlış tanı konulması, yanlış tedavi ile birlikte bireye gereksiz tetkiklerin yapılmasına neden olmakta bu durum tanı ve tedavi maliyetini artırmaktadır (Tansüyer ve Tengilimoğlu, 2010; Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012; Tunçel ve Sökmen, 2013;). Tanı hataları “yanlış, eksik veya gecikmiş tanı” olarak da tanımlanabilmektedir (Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012). Yanlış tanı hasta güvenliği yönünden değerlendirildiğinde, tanının geç konulması ve sonuçların yanlış yorumlanması anlamı taşıyan ve hastalığın ilerlemesine, fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşanmasına, hatta sağlıklı/hasta bireyin kaybedilmesine neden olan bir durumdur (Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012; Tunçel ve Sökmen, 2013). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, tanı ve bakım süreci hatalarının, insan ve sistemle ilgili faktörlerden kaynaklandığı bildirilmiştir (Akalin, 2004; Sandars, 2007).

İnsana ait faktörler sağlık bakım profesyonellerinin yaşamış olduğu aşırı yorgunluk, uzun çalışma saatleri ve yoğun çalışma ortamı gibi olumsuz çalışma koşullarını (Akalin, 2004; Sandars, 2007; Eroğlu ve Esatoğlu, 2011), sisteme ait faktörler ise değerlendirmelerin yeterince deneyimli olmayan çalışanlar tarafından yapılmasını, tıbbi kayıt sistemi yetersizliğini, uzman görüşü kullanımının olmamasını, röntgen grafilerinin okunmasındaki yetersizliği, iyi uygulama rehberleri ve protokollerinin standart kullanılmamasını ve taburcu olmadan önce hastanın yeterli değerlendirmesinin yapılmamasını içermektedir (Tansüyer ve Tengilimoğlu, 2010). Sağlık bakım sisteminde yaşanan bu hataların tamamen önlenmesi mümkün olmamakla birlikte, öncelikle hedef hataların oluş sıklıklarının azaltılması ve buna yönelik önlemler alınmasıdır.

2.2.8. Etkin ve Doğru İletişimin Sağlanamaması

Sağlık bakım sisteminde hasta güvenlik uygulamalarının başarısı, sağlık bakım profesyonelleri arasındaki iletişime bağlıdır (Gürel ve Kanan, 2012). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda hasta güvenlik uygulamalarında iş deneyimi, haberleşme ve insan gücü planlamasının önemli olduğu; ağır iş yükü, yetersiz deneyim ve zayıf yargı gücü gibi nedenlerle tıbbi hataların ortaya çıktığı buna karşın hem iletişim becerisi kazanıldığında hem de sağlık bakım profesyonelleri arasında sorumluluklar paylaşıldığında tıbbi hataların azaltıldığı bildirilmektedir (Alfredsdottir ve Bjornsdottir, 2007).

Literatürde iletişim ile ilgili tıbbi hataların genellikle sözel olarak verilen ve telefonla bildirilen hasta istemlerinden kaynaklandığı, bu konuda en sık karşılaşılan tıbbi hatanın klinik laboratuvar testlerinin telefonla öğrenilmesi sırasında sonuçların yanlış yorumlanması sonucu meydana geldiği bildirilmektedir (Kaymakçı, 2001). Bu nedenle sağlık bakım kurumlarında sözel veya telefonla verilen istemler ile ilgili politika ve prosedürler belirlenmeli ve sağlık bakım profesyonelleri arasında kullanılan kısaltmalarda ortak bir dil oluşturulmalıdır (Aydın ve Doğan, 2010). İletişimden kaynaklanacak tıbbi hatayı önlemek için JCI, bir işlemi veya uygulamayı ya da kritik test sonuçlarını sözel ya da telefonla rapor ederken sonuçların önce not edilmesini, okunmasını, tekrarlanmasını ve alıcıya tekrarlatılmasını önermektedir (JCI, 2008). Ayrıca sağlık çalışanları arasında etkili iletişimin sağlanabilmesi için, vardiya değişimlerinde, hastaların birimler arası transferinde, bireyin bakımı ile ilgili bilgiler diğer sağlık bakım profesyonelleriyle sözel olarak paylaşılmalıdır (JCI, 2008; Aydın ve Doğan, 2010).

2.2.9. Güvenli Kan Transfüzyonu

Kan transfüzyonuna aşırı kan kayıplarının neden olduğu kazalar, savaşlar ve afetler, çeşitli suç girişimleri, cerrahi müdahaleler, hemofili, lösemi, aplastik anemi gibi kronik hastalıklarda ve gebelik gibi ciddi klinik durumlarda ihtiyaç duyulmaktadır. DSÖ sağlık bakım sisteminde tedavi için kullanılan kanı “Verildiği kişide herhangi bir tehlike ya da hastalık oluşturmeyen, zararlı yabancı maddeleri içermeyen kan” olarak tanımlamaktadır (Uluhan, 2007; Önler ve Akyolcu, 2010; Gürel ve Kanan, 2012).

Hasta güvenliği konusunun gündeme gelmesiyle birlikte, kan transfüzyonu uygulaması sonucu ortaya çıkan yan etkilerin önlenmesine yönelik çalışmalar da önem kazanmıştır (Celkan, 2004). Ülkemizde 11.07.2007 tarihinde 5624 sayılı Resmi Gazete’ de “Kan ve Kan Ürünleri Kanunu” yayımlanarak tüm sağlık kurumlarında uyulması gerekli

standartlar belirlenmiş ve kanun çerçevesinde kurumlarda yapılacak uygulamalar düzenlenmiştir (Pehlivanoğlu ve ark. 2011).

Kan transfüzyonu öncesi bireye verilecek kanın uygunluk kontrolü kan bankaları tarafından yapılmaktadır. Günümüzde kan bankacılığının en önemli ilkesi bireye gerekli olan kan bileşenlerinin güvenli bir şekilde transfüze edilmesidir. Bu amaçla kanın toplanması, test edilmesi, hazırlanması, saklanması ve taşınması ile ilgili kullanılan yöntemlerin belirli standartlara uygun olması gerekmektedir. Kan transfüzyonu öncesinde cross match işleminin yapılması hasta güvenliği açısından son derece önemlidir. Bunun için kan ya da kan ürünü istemi yapılan bireyden kan örneği alınmalı ve cross match işleminin yapılabilmesi için kan bankasına gönderilmelidir. Analizleri yapılan kan örneğine uygun kan veya kan ürünü, “Kan ve Kan Ürünleri Cross Match Formu” ile uygulama yapılacak bireyin kimlik bilgileri en az iki sağlık çalışanı tarafından kontrol edilmeli ve “Kan Transfüzyonu Hasta Bilgilendirilmiş İzin Formu” sağlıklı/hasta birey veya yakınlarına imzalatılmalıdır.

Kan transfüzyonu işleminin güvenli bir şekilde gerçekleştirilmesinde hemşirelerin rolü büyüktür. Bu nedenle hemşirelerin doğru bireye doğru kanı vermesi, transfüzyon hakkında sağlıklı/hasta bireyi bilgilendirmesi, kanı uygun bir şekilde bireye vermesi, işlem sırasında bireyi gözlemlemesi, bireyi gelişebilecek komplikasyonlardan koruma konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir (Tunçel ve Sökmen, 2013). Transfüzyon işlemi süresince hemşire tarafından sağlıklı/hasta bireyin takibi yapılarak “Kan ve Kan Transfüzyonu İzlem Formu” doldurulup iki hemşire tarafından imzalanmalı, doldurulan bilgi formları bireyin dosyasında ve kan bankasında saklanmalıdır.

2.3.Hasta Güvenliği Hedefleri

Hasta güvenliğinde temel hedef, sağlıklı/hasta bireyi, yakınlarını ve sağlık profesyonellerini fiziki ve psikolojik açıdan olumlu etkileyecek bir ortam oluşturarak bireyin ve sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamaktır. Hasta güvenliği hedefini gerçekleştirmeye yönelik uygulamalar, bireylerin sağlık bakım hizmeti alırken istenmeyen olaylara maruz kalmalarını engellemeyi, yaralanmalardan korumayı, tıbbi hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sağlık sisteminin yapılandırılmasını içermektedir (Güven, 2007).

Hasta güvenliği sağlık bakım hizmeti uygulama sürecinde gelişebilecek hataların, ortaya çıkmasını engelleyecek tedbirler alarak, bu hataların sağlıklı/hasta bireye ulaşmadan belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak uygulamaların tümünü içermektedir (Akalin, 2004; Güven, 2007; Erdağlı ve Özer, 2013; Balık ve Kaya, 2014).

Sağlık bakım kurumlarında hasta güvenlik kültürünün benimsenmesi, hasta güvenliğini tehdit eden risklerin değerlendirilmesi, sağlıklı/hasta birey ile ilişkili risklerin tanımlanması, tekrarlanan önlenebilir tıbbi hataların azaltılması, raporlanması ve analizi ile sağlanabilir (Gözlü ve ark., 2012).

2.4.Hasta Güvenlik Kültürü

Günümüzde bireylerin güvenli bir sağlık bakım hizmeti alabilmesi için, sağlık bakım kurumlarında iyi yapılandırılmış bir hasta güvenlik kültürünün oluşturulması son derece önemlidir (Çırpı ve ark., 2009; Kaya, 2009; Ovalı, 2010). Güvenlik kültürü sağlık kurumu çalışanlarının paylaştığı ortak değerleri, algıları, inançları, tutumları, hata bildiriminde şeffaflığı ve tıbbi hataların önlenmesi için sistematik bir yaklaşımın uygulanmasını içermektedir (Dalton ve ark., 2008; Kaya, 2009; Yetginlioğlu ve Ögüt, 2009; Çoban ve Yardımcı, 2012; Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012). Bu nedenle, hasta güvenlik kültürü oluşturulması sağlık çalışanları arasında ortak bir değer olarak görülmeli ve sağlık bakım kurumunun öncelikli konusu olarak ele alınmalıdır (Akalin, 2004).

Bir kurumda hasta güvenlik kültürü geliştirme, çalışanları destekleme ve yol gösterici olma, risk yönetim aktivitelerini belirleme, kayıt işlemlerini gerçekleştirme, birey aile ve toplumla iletişim kurma, güvenlik ile ilgili konuları sağlık bakım profesyonelleriyle paylaşma ve güvenliği riske eden istenmeyen olayları önleme ve sorunlara çözüm aramayı içermektedir (NPSA, 2004; Tütüncü ve ark., 2007). Hasta güvenlik kültürü yapılan hatalar için sağlık bakım profesyonellerini cezalandırmak yerine sistemi iyileştirmeye odaklanmalı, hataları bildirmeyi desteklemeli ve güvenliği riske sokan faaliyetlerin sıklığını azaltılmayı hedeflemelidir (Teleş ve Kaya, 2011). Sağlık bakım sistemi içinde hasta güvenlik kültürünün oluşturulabilmesi için yalnızca kurum çalışanları ve yöneticilerinin değil aynı zamanda birey, aile ve toplumun da hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve farkındalıklarının artırılması gerekmektedir (Akalin, 2004). İşlevsel bir hasta güvenliği kültürü oluşturabilmek için gerekli olan temel ilkeler şunlardır:

- Yüksek riskli ve hata yapılabilecek durumları saptamak,
- Tıbbi hataları araştıran ve belirleyen bir ortam yaratmak,
- İsrافی önleyerek verimli bir sağlık hizmeti sunmak,
- Bilgisayar programları, protokoller ve kontrol listeleri kullanmak,
- Sağlık bakım profesyonellerinin gerekli bilgiye çabuk ve kolay ulaşmasını sağlamak,
- Tedavileri bilgisayar destekli programlar aracılığı ile düzenlemek,

- Bilgisayar destekli ilaç barkod sistemleri oluşturmak,
- İntravenöz ilaç karışımlarını hasta başında değil, hastane eczanesinde hazırlamak,
- Yüksek riskli ve nadir kullanılan ilaçlar ile ilgili özel protokoller hazırlamak,
- Hastane eczanesinde 24 saat nöbetçi eczacı bulundurmak,
- Tedavi işlemlerini mümkün olduğunca standart hale getirmek,
- Cezanın ön planda olmadığı bir kültür oluşturmak,
- Yüksek riskli durumlarda işbirliği içinde ortak çözümler üretmek,
- Yeni teknolojilerin içerdiği riskler konusunda halkı aydınlatmak, bu tür tedavi ve cerrahilerde hastanın bilgilendirilmiş onamını almak için hekimlere eğitim vermek,
- Tıp alanındaki sorunları ortaya çıkarmak
- Okullarda ve sosyal ortamlarda, genel sağlık eğitimi programları uygulamak,
- Tıp eğitiminin düzeyini yükseltmek,
- Hekimler için, tıbbi hizmetlerin niteliğini artıracak programlar yapmak,
- Bilgi ve becerisi yetersiz olan hekimler için uygun politikalar geliştirmek,
- Halkı, tıbbi uygulamalar sırasında önceden tespit edilemeyen durumlar olabileceği konusunda uyarmak,
- Ulusal yasalarla, tıbbi zarar görmüş hastaların zararını karşılamak (Ovalı, 2010).

Bir kurumda geliştirilen hasta güvenlik kültürü, istenmedik olayları en aza indirerek, hasta güvenliğinin garanti altına alınmasını sağlar (Teleş ve Kaya, 2011). Hemşireler sağlık bakım sunum sistemi içinde hasta güvenliği kültürünü oluşturmada ve sürdürmede önemli bir role sahiptir (İşlek ve Esatoğlu, 2009).

2.5. Hemşirelik ve Hasta Güvenlik Kültürü

Hemşireler bireyin, ailenin, toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi amacıyla yürütülen hizmetlerde karşılaştıkları sorunları kolayca tanımlayıp, çözümleyebildikleri için hasta güvenliğinin sağlanmasında kilit role sahiptirler (Filiz ve Bodur, 2009).

Mesleğin etik ilkelerinin hemşirelere yüklediği sorumluluklardan biri de, hasta güvenliğini sağlamak ve bireyin zarar görmesini engellemektir (Tanrıku ve Elbaş, 2010). ICN hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili sorumluluklarını:

- Hastaların ve ailelerinin olası riskler konusunda bilgilendirilmesi,
- İstenmeyen olayların derhal ilgili makamlara rapor edilmesi,

- Bakım hizmeti güvenliği ve kalitesinin değerlendirilmesinde aktif rol alınması,
- Hastalar ve diğer sağlık bakım profesyonelleri ile iletişimin güçlendirilmesi,
- Hasta güvenliğini artırıcı önlemlerin desteklenmesi,
- Enfeksiyonla mücadele programlarının teşvik edilmesi,
- Hataları en aza indirecek tedavi politikaları ve protokollerinin standart hale getirilmesi,
- Yeterli istihdam düzeyinin sağlanmasına yönelik uygulamaların devam ettirilmesi olarak sıralamıştır (ICN 2006).

Kaliteli ve güvenli sağlık bakım hizmeti sunumu, hemşirelerin çalışma koşullarına bağlıdır. Çalışan hemşire sayısının azlığı, aşırı iş yükü, vardiya ile çalışma, hasta sayısının fazlalığı, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalara bakım verme, sağlıklı/hasta birey ve yakınlarıyla yaşanan çatışmalar, kişiler arası olumsuz ilişkiler, duygusal stresler, olumsuz fiziksel koşullar, kurum içi politikalar, karar vermeye katılım düzeyinin yetersizliği gibi faktörler hemşirelerin çalışma güvenliğini dolayısıyla hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Özellikle uzun ve yoğun çalışma saatleri hemşirelerin sağlığını olumsuz yönde etkilemekte, acil durumlarda klinik karar verme becerilerinde azalmaya yol açarak bireylerin güvenli sağlık hizmeti almalarını engelleyebilmektedir (Filiz ve Bodur, 2009).

Bununla birlikte hemşirelerin farklı mezuniyet düzeyine sahip olması (sağlık meslek lisesi, ön lisans, lisans, yüksek lisans gibi) buna karşın hemşire ünvanına sahip tüm mezunlardan aynı hemşirelik işlev ve sorumluluklarının beklenmesi de bu durumu olumsuz yönde etkilemektedir. Nitekim ICN (2006) yayınladığı “Sağlıklı İstihdam Hayat Kurtarır” adlı raporunda hemşirelerin mesleki beceri düzeyleri, sayısal yeterlilikleri ve eğitim standartlarının hasta sonuçları üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu bildirmiştir. Dolayısıyla sistemden kaynaklanan bu olumsuz koşullar nedeniyle, hemşireler hasta güvenliğini sağlamada zorluklar yaşayabilmektedir (Eroğlu ve Esatoğlu, 2011).

Hemşireler, çoğu zaman 12 saatten daha uzun süre çalıştırılmakla birlikte (Gökdoğan ve Yorgun, 2009), bu konuda yapılan bazı araştırmalarda sağlık çalışanları arasında görülen en önemli tıbbi hata nedeninin “uzun çalışma saatlerine bağlı yorgunluk ve stres” olduğu (Filiz ve Bodur, 2009), fazla çalışma saatinin hemşirelerde hata oranını olumsuz yönde etkilediği, özellikle bir günde 12 saatten fazla çalışan hemşirelerde hata yapma oranının arttığı bildirilmiştir (Balık ve Kaya, 2014). Bu konudaki çalışmalarını destekler nitelikte Taş ve Aldem’in (2014) yapmış olduğu çalışmada ise hemşire ve ebelerin tıbbi hata nedenlerini

çalışma saatlerinin fazlalığı (%84,4), eleman yetersizliği (%79,5) olarak sıraladıkları görülmüştür (Taş Arslan ve Aldem, 2014).

2.6. Etkin Bir Hasta Güvenlik Kültürü Oluşturulması

Sağlık bakım hizmeti “sıfır hata” ile gerçekleşmesi beklenen, çok boyutlu, karmaşık ve süreklilik gerektiren bir hizmet olduğu için, bu sistemin en önemli unsuru hizmet sunan topluluğun paylaştığı kültür ve tutumdur. Etkin ve güçlü bir hasta güvenliği kültürü oluşturulmasında sağlık profesyonellerinin katılımı ve isteği son derece önemlidir. Sağlık bakım kurumlarında hasta güvenlik kültürünün etkin ve güçlü olabilmesi için, işler bir raporlama sistemine ve sağlık bakım profesyonellerinin bu konuda desteklenmesine ihtiyaç vardır (Reason, 2000). Hemşireler, sorun tanıma ve tanılamada, ayrıca hata raporlama sistemlerinin aktif çalışmasında çok önemli yere sahiptir (Çoban ve Yardımcı, 2012). Sağlık bakım profesyonellerinin hata raporlama duyarlılığını belirlemeye yönelik olarak yapılan bazı çalışmalarda bildirimlerin %68’inin hemşireler tarafından gerçekleştirildiği (Kuş, 2004; İşlek ve Esatoğlu, 2009), hasta güvenliği kültürü geliştirilen kurumlarda hemşirelerin hasta güvenliğini riske eden hataları veya istenmeyen olayları cezalandırılma korkusu olmaksızın rapor edebileceği bildirilmiştir (Erlen, 2007; Çırpı ve ark., 2009; Göl, 2009; Aydın ve Doğan, 2010).

2.6.1. Etkili Bir Raporlama ve Kayıt Sisteminin Kurulması

Sağlık bakım sisteminde yaşanan ve hasta güvenliğini tehdit eden olayların nedenlerinin ortaya çıkarılması ve çözümlenebilmesi için, bu olayların raporlanması ve kayıt altına alınması önemlidir. Raporlama sistemlerinin oluşturulmasında temel amaç, sağlık profesyonelleri tarafından rapor edilen tıbbi hatalardan ders çıkarmak, ileride gelişebilecek aynı tür hatalar için önlem almak ve oluşabilecek yeni hataları engellemektir. Raporların çok yönlü olarak incelenmesi, önlenemez hataların nedenlerini belirlemede ve güvenli hasta uygulamaları için izlenmesi gereken yolları bulmada yol gösterici olacaktır (Önler ve Akyolcu, 2010; Özata ve Aslan 2010).

Raporlamanın, cezalandırıcı olmadan hata bildirimini teşvik edici olması, bildirim yapanı koruyucu bir yapıda olması, zorunlu bir hata bildiriminden çok, gönüllü hata bildirimine dayalı olması raporlama sayısını arttıracaktır. Bununla birlikte sağlık bakım profesyonellerinin yoğun iş yüküne sahip olmalarının ve bildirim sisteminin zaman alıcı olduğunu düşünmelerinin hataların raporlanmasını engelleyebileceği düşünülmektedir.

Raporlama sisteminin etkinlik kazanabilmesi için zaman alıcı olmayacak şekilde düzenlenmiş olması veya raporlama ile ilgili kurum içinde özel birimler oluşturulması bu konuda oldukça büyük yarar sağlayacaktır (Evans ve ark. 2006).

Raporlama konusunda yapılan bazı çalışmalarda, sağlıklı/hasta bireyin zarar görmesine neden olabilecek tıbbi hataları sağlık bakım profesyonellerinin yalnızca %15'inin (Filiz ve Bodur, 2009), hemşirelerinde yalnızca %23'ünün (Kim ve ark.,2007) raporladıkları bildirilmiştir. Sherer ve Fitzpatric (2008) tarafından bu konuda yapılan diğer bir araştırmada, hekim ve hemşirelerin yarısından fazlasının (%63) hata yaptıklarında cezalandırılma endişesi taşıdıklarını saptamışlardır (Scherer ve Fitzpatrick, 2008). Tıbbi hataları raporlama oranının oldukça düşük olduğu düşünülmeyle birlikte bu duruma; yöneticilerin hata ile ilgili olay yerine hatayı yapan kişiye odaklanmalarından, bu konuda suçlayıcı bir tavır takınmalarından ve çalışanların yaptıkları hataların kişisel dosyalarında saklanacağından endişelenmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Benzer şekilde Hellings ve arkadaşlarının (2007) Belçika'da çoğunluğunu hemşirelerin oluşturduğu, farklı sağlık meslek grupları üzerinde yapmış oldukları çalışmada hata yaptıklarında cezalandırılma endişesi taşıyan sağlık bakım profesyoneli oranının %64 olduğu (Hellings ve ark., 2007), Kore'de hemşirelerin sadece %5'inin hataları raporlamaktan korkmadıklarını ifade ettikleri belirtilmiştir (Kim ve ve ark., 2007). Oysa ki rapor edilen her hata, hata nedeninin kaynağını belirleyecek, bu konuda önlemler alınmasını sağlayacak ve hasta güvenliğini riske eden olaylar yaşanmasını önleyecektir (Aydın ve Doğan, 2010). Bu doğrultuda sağlık bakım sisteminde hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik hedefler doğrultusunda etkili bir raporlama ve kayıt sisteminin kurulması hasta güvenlik kültürü oluşturulması yönünden oldukça önemlidir.

2.6.2. Hastaya Yönelik Risklerin Belirlenmesi

JCI'nın 2002 raporuna göre yetmiş yaş ve üzeri, acil cerrahi uygulanan, kronik ve bulaşıcı hastalığı olan, bağışıklık sistemi baskılanmış, sedatize, bilinci kapalı, ruhsal problemi olan hastalar ile, diyaliz hastaları ve çocuk hastalar yüksek riskli hasta grubunda yer almaktadır (JCI, 2002). Yüksek risk grubundaki hastalar, sağlık bakım sistemi içinde kendini daha savunmasız hissedebileceği ve çevreye uyum sağlamakta güçlük çekebileceği için sağlık bakım kurumları yüksek risk grubundaki hastaların bakımı için ortak bir politika ve yöntem geliştirmelidir (Öğün ve Aslan, 2008; Önler ve Akyolcu, 2010). Etkin bir hasta güvenliği uygulaması gerçekleştirmek için, öncelikle sağlıklı/hasta bireyin kuruma kabul edildiği andan

itibaren bireye yönelik risklerin belirlenmesi, ölçülmesi, değerlendirilmesi ve en uygun tedavi ve tetkiklerin yapılması son derece önemlidir (Özata ve Aslan 2010).

2.6.3. Sisteme Bağlı Hataların Belirlenmesi ve Çözümüne Kavuşturulması

Hasta güvenliği uygulamaları doğrultusunda, sağlık bakım sunum sisteminin, insan hatalarını önleyecek şekilde tasarlanmış olması büyük önem arz etmektedir (Yıldırım, 2006). Organize ve iyi yapılandırılmış sağlık sistemi hem hasta güvenliğini daha az tehdit etmeli hem de oluşan hataların sebeplerini ortaya çıkarabilme gücüne sahip olmalıdır (Özata ve Arslan 2010).

Sağlık bakım sisteminde kaliteli ve uygun hizmet sunumu istihdamın iyi yapılmış olmasına bağlıdır. Sağlık çalışan sayısının özellikle hemşire sayısının yetersiz olduğu sağlık bakım kurumlarında güvenli hasta bakımından söz etmek mümkün olmamakla birlikte, iş yükü, iş ortamı, verilecek hizmetin karmaşıklığı, hemşirelerin bilgi ve beceri düzeyi, görev ve yetki dağılımı da kaliteli hizmet sunumunu etkilemektedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada, birey başına her gün için ilave bir hemşire verilmesinin 30 günlük ölüm oranında % 50'lik bir azalmaya yol açtığı belirtilmiş olmakla birlikte, bu durum bize doğru planlanmış ve uygulanmış insan gücü istihdamının hayat kurtarıcı bir özellik taşıdığını göstermektedir (Filiz ve Bodur, 2009).

2.6.4. Bilgi ve İletişim Teknolojilerinden Daha Etkin Faydalanmak

Günümüzde bilgi ve iletişim teknolojileri sağlık bakım sisteminde hasta güvenliğine önemli katkılar sağlamaktadır. Klinik karar destek sistemleri ile hekimler daha doğru tanı koyabilmekte, ilaç doz hesaplama sistemleri sayesinde ilaç hataları en aza indirilebilmektedir. Bilgi işlem teknolojileri, hataların zaman kazandırarak rapor edilmesinde de önemli rolü oynamaktadır. Bu sistemler hafızaya ve insan dikkatine olan gereksinimi azaltmakta, bilgi giriş ve iletişim süreçlerini basitleştirilerek, hasta güvenliğinin gelişmesine önemli katkılar sağlamaktadır (Özata ve Aslan 2010).

2.6.5. Sağlıklı/Hasta Birey ve Yakınlarının Sisteme Dahil Edilmesi

IOM'un (2001) yeni sağlık sistemi için 21. yüzyılda önerdiği altı hedeften biri "Hasta merkezli bakım" dır. Sağlıklı/hasta bireyin değerlerine, inançlarına, ihtiyaçlarına, önceliklerine, saygılı ve duyarlı olma hasta merkezli bakımın temelini oluşturmaktadır. Hasta merkezli bakımı gerçekleştirebilmek için sağlık bakım sisteminin bireyi sisteme dahil etmesi

ve kendi bakımlarına katılımları konusunda bireyi desteklemesi son derece önemlidir (Filiz ve Bodur, 2009).

Sağlıklı ya da hasta bireylerin herhangi bir sağlık bakım kurumuna başvurduklarında çekinme, utanma veya heyecanlanma nedeniyle soru sormadıkları çeşitli araştırmalarla ortaya konulmuş olup, bu doğrultuda JCI (2002) tıbbi hataları önlemede bireylerin rol almalarını sağlamak amacıyla bir kampanya düzenlemiştir. “ Speak Up” adı verilen bu çalışmada, toplumun kendi sağlığı ile ilgili olarak kendilerine hizmet sunan sağlık çalışanlarına soru sormaları, daha detaylı bilgi alabilecekleri kaynaklar konusunda sağlık çalışanlarına danışmaları ve dolayısı ile kendi sağlıkları ile ilgili tüm süreçlere katılım göstermeleri beklenmektedir (Onganer, 2010).

JCI'nın “Speak Up” kampanyası ile öncelikli olarak sağlık bakım hizmetinden yararlanacak bireylere; “Bakımınız sırasında hataları önlemeye yardım edin, organ bağışi hakkında bilgi sahibi olun, ameliyatınız sırasında hataları önlemeye yardım edin, enfeksiyonları önlemek için neler yapabileceğinizi bilin, kullandığımız ilaçlar ile ilgili hataları önlemede yardımcı olun, bakımınızla ilgili daha sonradan yapmanız gerekenleri planlayın, tıbbi tetkik hatalarını önlemede yardımcı olun, haklarınızı bilin, sizinle ilgilenen hekim ve diğer çalışanları tanıyın, ağrı kontrolü konusunda bilgi sahibi olun, çocuğunuzun bakımındaki hataları önlemeye yardım edin, sağlıklı olun ve başkalarını da sağlıklı tutun, hekim görüşmesinden önce yapılması gerekenleri bilin” şeklinde bir takım önerilerde bulunmakta, sağlık bakım kurumunun hasta güvenlik kültürüne onları da dahil ederek daha güvenli bir bakım hedeflemektedir (Onganer, 2010).

2.6.6. Tıbbi Araç-Gereç ve Cihazların Bakımının Düzenli Olarak Yapılması

Teknolojik gelişmeler hayatın her alanında olduğu gibi sağlık alanında da birçok yenilik, kolaylık ile birlikte ve güvenlik ile ilgili gelişmelerin yaşanmasına neden olmuştur. Günümüzde teknolojik özellikleri yenilenen tıbbi araç-gereç ve cihazlar kullanılmadan, sağlıklı/hasta bireye hizmet sunumu gerçekleştirilemez hale gelmiştir. Buna karşın bireyin tanı, tedavi ve bakımında yararlanan araç-gereç ve cihazların yanlış kullanımı ise hasta güvenliğini tehdit edebilmektedir (Aştı ve Acaroğlu 2000).

Sağlık bakım hizmeti sunulmadan önce kullanılacak araç-gereçlerin çalışır durumda olması, bu araç-gereçlerin uzman veya deneyimli kişiler tarafından kullanılması önemlidir. Bu doğrultuda kuruma yeni bir malzeme alındığında bu malzemeyi kullanacak sağlık bakım profesyonellerinin hizmet içi eğitim alması gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunulurken

kullanılacak tıbbi malzemenin güvenliği ile ilgili herhangi bir şüphe yaşandığında ise bu malzemeler kullanılmamalıdır. Bununla birlikte tıbbi araç-gereç ve malzemelerin kullanımı sırasında güvenlik tehlikesi oluşturmaması için, periyodik aralıklarla kontrolleri yapılmalıdır (Aştı ve Acaroğlu 2000; Göçmen 2003; Öğün ve Aslan, 2008).

2.6.7. Protokollerin ve Rehberlerin Geliştirilmesi

Hasta güvenliği uygulamasını sağlamanın yollarından biride, günlük iş aktivitelerinin yerine getirilmesi sırasında insan hafızasına dayanan işlemleri azaltan protokol ve rehberlerin kullanılmasıdır. Acil servis gibi yüksek riskli, karışık ve yoğun ortamlarda, hafıza yerine protokol ve rehberlerin kullanılması hata yapma oranını azaltabilecektir (WHO, 2008). Bu doğrultuda ulusal sağlık sistemi, uluslararası protokollerden yararlanarak kurum içi protokoller ve rehberler oluşturmalı bu yolla hasta güvenlik kültürüne işlerlik kazandırmalıdır.

2.6.8. İnsan Kaynaklarının Yönetimi

Hasta güvenliğinin başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biri de doğru planlanmış insan gücüdür. Sağlık bakım sisteminde insan gücü eksikliği, kişi başı iş yükünün fazla olmasına, çalışanların stres yaşamasına ve yaşanan bu streste, sağlık uygulamalarında hataların artmasına yol açabilmektedir (Önler ve Akyolcu, 2010). Belirli bir düzeyde ve kabul edilebilir stres, bireyin verimini arttırırken, aşırı stres psikolojik sorunlarla birlikte verimi düşürmekte, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit edebilmektedir (Ergün, 2008). Hasta güvenliğini tehlikeye sokan istenmedik olayların oluşumunu önlemek ya da en aza indirmek amacıyla hem çevresel hem de insanla ilgili faktörler belirlenmeli ve bu konuda önlemler alınmalıdır (Çakır ve Tütüncü, 2007). Bu amaçla tüm sağlık bakım profesyonelleri için eğitim programları düzenlenmeli, hasta güvenliğini tehdit eden olası durumlara karşı çalışanların farkındalıkları arttırılmalıdır (Önler ve Akyolcu, 2010). Hasta güvenlik kültürünün oluşturulmasında sağlık bakım sisteminin tüm üyelerinin duyarlılığına ve sorumluluk almasına gereksinim duyulsa da, bu konuda hemşirelerin farkındalık ve duyarlılıkları ile sorumluluk almaları daha büyük önem taşımaktadır.

2.6.9. Liderin Rolü

Sağlık bakım kurumlarında hasta güvenlik kültürü oluşturulmasında liderlere ihtiyaç vardır. Liderlerin hasta güvenlik kültürünü benimsemesi sağlık kurumunun öncelikli hedefleri

arasında yer alır (Önler ve Akyolcu, 2010). Liderlik, bir grup insanı belirli amaçlar etrafında toplayabilme ve bu amaçları gerçekleştirmek için, onları harekete geçirme bilgi ve yeteneklerinin toplamıdır. Sağlıklı/hasta bireyin bakımından sorumlu olan hemşirelerin her biri lider olarak düşünülmelidir (Çakır ve Tütüncü, 2007). Hasta güvenliği uygulamalarında bir lider olarak yer alan hemşireler güvenli olmayan hasta uygulamalarını sorgulayarak bu durumu önlemeye yönelik girişimlerde bulunabilirler (Çakır ve Tütüncü, 2007). ABD’de hasta güvenliği ile ilgili olarak yapılan bir araştırmada, hemşirelerin hekim ve eczacılardan kaynaklanan hataları, sağlıklı/hasta bireye zarar vermeden önce %86 oranında engelleyebildikleri bildirilmiştir. Bu doğrultuda ICN’inin de belirttiği gibi hemşirelik uygulamaları, hasta güvenliği ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun bir anahtarı olarak kabul edilmektedir (Özata ve Altuncan 2010).

2.7. Acil Sağlık Hizmeti ve Acil Servis

Sağlık hizmeti, bireyin sağlığını korumak ve geliştirmek, hastalığı erken dönemde tanınmak ve tedavi etmek, kişinin uzun süre mutlu şekilde yaşamasını sağlamak amacıyla sunulan hizmetlerin tamamını kapsar. Sağlık hizmetleri farklı türde sağlık bakım hizmet alanlarının birleşiminden oluşmakla birlikte bu hizmetlerden biri de acilde verilmektedir. Her birey yaşamı boyunca bu hizmetten en az bir kez yararlanmaktadır (Tekingündüz ve Esatoğlu, 2003). Tıbbi anlamda acil servis sağlıklı/hasta bireyin fiziksel ya da duygusal yönden tehlike içinde olduğu düşüncesi ile başvurduğu ve bireye ilk müdahalenin yapıldığı yerdir. Genel anlamda acil servis, sağlık kurumlarında bireylerin beklenmedik sağlık sorunlarının hemen teşhis edilip, bu sorunların çözümüne yönelik hizmetlerin verildiği bir birimdir (Ocak ve Avşaroğulları, 2013).

Acil servis hizmetleri 24 saat süreyle kesintisiz olarak verildiği için bu birimler yoğun çalışma şartlarına sahiptir. Sağlık bakım hizmetlerinin zaman kaybetmeden, etkin bir şekilde verilmesi acil serviste çalışan sağlık profesyonellerinin en önemli önceliğidir (Kanan 2002). Acil servise başvuran hastalarda ölüm oranının yüksek olması, küçük hatalar ve zaman kayıplarının ağır sonuçlar doğurması, acil servisleri diğer bölümlerden ayıran özellikler arasında yer almaktadır (Balık ve Kaya, 2014). Özellikle acil serviste yetersiz sağlık çalışanının istihdam edilmesi sağlık hizmetinin kalitesini etkilemekte ve hasta güvenliğini tehdit edebilmektedir (Tanrıku ve Elbaş, 2010).

İnsanlar aciliyet gerektiren ve gerektirmeyen birçok neden ile acil servise başvurmakta bu nedenle de servislerde yığılma, karışıklık, huzursuzluk gibi arzu edilmeyen

durumlar yaşanabilmektedir. Acil ünitelerinde diğer ünitelerden farklı olarak hasta ve ailesinin ani ve beklenmeyen bir durumla karşı karşıya kalması, ağrı, solunum güçlüğü ve diğer klinik belirti ve bulgular ile birlikte bireylerde anksiyete gelişmesine neden olabilmektedir. Acil ünitesi birey ve ailesi için çok yabancı bir ortamdır. Yabancı bir çevrede bulunma, araçların görünüşü, çıkardığı sesler, ortamın gürültülü olması ve tıbbi terminoloji kullanılması gibi nedenler de, bireylerde durumun son derece ciddi olduğu düşüncesine yol açabilmektedir. Bu doğrultuda birey ve ailesi sınırlı, korku dolu, stresli olabilir ve sonuçta öfke yaşayabilir. Bununla birlikte acilde çalışan sağlık bakım profesyonelleri de uzun saatler yoğun bir ortamda çalışmış olmaktan dolayı, sınırlı ve gergin olabilirler. Duygularını birey ve ailesine yansıtabilirler ve bu durum da hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyebilir (Bulut, 2006).

Bireylerin acil servise başvurma nedenlerini belirlemek üzere yapılan bazı çalışmalarda kişilerin, “kendi durumlarını acil olarak algılama, acil servisin eve yakın olması, muayene için daha kısa süre bekleme, ilgili polikliniklerde sıra bulamama, reçete yazdırma, rapor isteme, parenteral uygulama yaptırmayı isteme veya diğer hastane birimlerinden bakım alamama” gibi nedenlerle acil servise başvurdukları belirlenmiştir (Oktay ve ark., 2003). Ülkemizde sağlık istatistikleri yılına göre 2012 yılı itibarıyla acil servis polikliniklerine başvuru oranı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %30.8, üniversite hastanelerinde ise %13.4 olarak bildirilmiştir (Sağlık istatistiği yılı, 2011).

IOM 2006 yılında yayınladığı bir raporda, acil servisteki kalabalığın hasta güvenliğini riske ettiğini ve sağlık bakım profesyonellerinin hata yapma olasılığını arttırdığını bildirmiştir (IOM, 2006). Bununla birlikte literatürde acil serviste güvenliği tehdit eden risk faktörlerini aşırı kalabalık, sağlık çalışanı eksikliği, hasta ve ailesinin beklenti ve gereksinimlerinin yüksek olması, acil servisin fiziki yapısı ile ilgili sorunlar, kaynakların sınırlı olması ve denetlemeye yönelik evrak işlerinin fazla olması olarak sıralamıştır (Çevik ve ark., 2003).

Acil ünitelerinde sağlık hizmeti sunumu sırasında zamanın sınırlı olması, bireylerin durumunun aciliyet gerektirmesi, bireyin durumu ile ilgili sınırlı bilgi elde edilmesi, acil birimde olanakların yetersiz olması, hastaya henüz tanı konulmamış olması ve bireyin olası taşıyıcılıkların bilinmemesi, hızlı ve kritik karar verme sorumluluğunun birey için yaşamsal önem taşıması gibi durumlar acil hemşiresinin çalışma koşullarını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Kuğuoğlu ve Selimen, 2004). ENA'nın acil serviste hasta güvenliğinin iyileştirilmesine yönelik önerileri ise şunlardır:

- Hasta ve ailesi güvenli, etkin ve kaliteli bir acil sağlık bakımı alma hakkına sahiptir.
- Acil hemşiresi hastanın güvenli bir hizmet almasında kritik bir role sahiptir. Bu nedenle kurumda hasta güvenliğiyle ilgili politika ve standart oluşturan komitede bir acil hemşiresi de yer almalıdır.
- Sağlık bakımıyla ilgili programlarla ekip iletişimi artırılmalıdır. Bu tür programlarda organizasyon kültürü, liderlik stratejileri, yönetim ve işgücü ile ilgili konulara değinilmelidir.
- Güvenlik kültürü cezalandırıcı olmayan yaklaşımlar içermelidir. Örneğin hataları ve yanlış uygulamaları bildiren personel (hatayı kendi yapsa dahi) cesaretlendirilmeli ve neden yaptığı araştırılmalıdır. Böylece hataların altında yatan esas faktörler görünür hale getirilmelidir.
- Acil servis hemşireleri acilde hasta güvenliğini araştırmak için planlanan çalışmalara dahil edilmelidir.
- Acil servis hemşirelerinin bilgi ve becerilerini artırmak için konuyla ilgili periyodik aralıklarla eğitimler yapılmalıdır. Böylece acil hemşiresinin sistemi, bakım sürecini, çevresel faktörleri ve riskleri sorgular hale gelmesi sağlanmalıdır.
- Hasta bakımında kullanılan ekipmanlar standardize edilmelidir.
- Daha etkili ve güvenli bir bakım için, sağlık bakımı veren kurumlar ve sağlık bakımı için malzeme üreten kurumlar beraber çalışmalıdır (Çevik ve ark., 2003, Tanrıkulu ve Elbaş, 2010).

Sağlık bakım hizmeti veren tüm çalışanların tıbbi hatalarla karşılaşma olasılıkları oldukça yüksektir. Bu nedenle kurumsal kültür içinde çalışanlar arasında sağlam bir hasta güvenliği inancı ve kültürü oluşturulmalıdır. Bu amaçla sağlık hizmeti veren kurumlarda yüksek riskli aktiviteler belirlenmeli, tıbbi hataların korkusuzca, çekinmeden bildirilebildiği bir ortam yaratılmalı ve hasta güvenliği için yeterli kaynak ayrılmalıdır (Çırpı ve ark., 2008).

3.MATERYAL VE METOT

3.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma, Samsun Kamu Hastaneler Birliğine bağlı hastanelerin acil servisleri ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi acil servisinde çalışmakta olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve tutumunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan kesitsel bir anket çalışmasıdır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 26/09/2014 - 26/10/2014 tarihleri arasında Samsun Kamu Hastaneler Birliğine bağlı hastanelerin acil servislerinde çalışmakta olan hemşireler ile Samsun Ondokuzmayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi acil servisinde çalışmakta olan hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Samsun Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Samsun merkez ve ilçelerinde 17 tane hastane bulunmaktadır (Tablo 1). Araştırmanın yapıldığı tarihlerde bu hastanelerin acil servislerinde çalışan toplam hemşire sayısı 277' dir. Araştırma verilerinin toplandığı diğer bir hastane olan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Türkiye'nin kuzeyinde, Orta Karadeniz Bölgesi'nde yer alan en büyük ve en gelişmiş üniversite araştırma hastanesi olup, Samsun ve çevre illerden gelen acil tedavi ve bakım gerektiren hastaların çoğu bu hastanede tedavi edilmektedir. Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma merkezi acil servisinde çalışan hemşire sayısı ise 29'dur.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Samsun merkez ve ilçelerinde Kamu Hastaneler Birliğine bağlı hastanelerin acil servisleri ile Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma merkezi acil servisinde çalışmakta olan toplam 306 hemşire oluşturmuştur. Araştırma, çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü olan hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Bu hastanelerin acil servislerinde çalışan hemşirelerin tamamına ulaşılması hedeflenmiş ancak yıllık izinde, raporlu ve doğum izninde olan 24 hemşireye (% 7,84) ulaşılabilmesi nedeniyle araştırma 282 hemşirenin katılımıyla tamamlanmıştır (% 92,16).

Tablo 1. Samsun İl ve İlçe Hastanelerinin Acil Servislerinde Çalışan Hemşire Sayısı

Sağlık Kurumunun Adı	Hemşire Sayısı Çalışan	Hemşire Sayısı İzinli/raporlu	Hemşire Sayısı Örneklem
Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	25	1/1	23
Gazi Devlet Hastanesi	24	2/0	22
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi	27	1/0	26
OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi	29	0/1	28
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	7	2/0	5
Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi	10	0/0	10
Salıpazarı Devlet Hastanesi	14	2/0	12
Kavak Devlet Hastanesi	14	1/1	12
Vezirköprü Devlet Hastanesi	16	0/1	15
Havza Devlet Hastanesi	14	0/1	13
Ayvacık Devlet Hastanesi	16	0/1	15
Terme Devlet Hastanesi	14	1/0	13
Asarcık Devlet Hastanesi	13	0/2	11
Ladik Devlet Hastanesi	12	1/0	11
Çarşamba Devlet Hastanesi	17	0/1	16
Alaçam Devlet Hastanesi	14	0/1	13
19 Mayıs Devlet Hastanesi	14	1/1	12
Bafra Devlet Hastanesi	26	1/0	25
TOPLAM	306	13/11=24 (%7,84)	282 (%92,16)

3.2. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen (Yetginlioğlu ve Ögüt, 2009; Aydın ve Doğan, 2010; Gül ve Tüzüner, 2010; Tansüyer ve Tengilimoğlu, 2010; Turasan ve Gürkan, 2010; Eroğlu ve Esatoğlu, 2011; Güneş ve Çelik, 2011; Yetkin Alp ve Ardahan, 2011; Teleş ve Kaya, 2011; Mülayımoğlu ve Ayaz, 2012; Sözer ve Yeğinboy, 2012; Gürel ve Kanan, 2012; Bayar ve Akyolcu, 2013; Balık ve Kaya, 2014;) hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini tanıttıcı bilgi formu ile “Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği” ve “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Anket formu 15 kişilik bir hemşire grubunda ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş; pilot çalışma sonrasında taslağa son şekli verilerek araştırma grubuna uygulanmıştır.

Araştırmacı tarafından kurum bakım hizmetleri müdürlerinden izin alındıktan ve acil servis sorumlu hemşireleri ile görüşüldükten sonra, acil servisin yoğun olmadığı saatlerde hemşirelerle bir araya gelinerek, gönüllü onamları alındıktan sonra anket formları dağıtılmış ve bir hafta sonra anket formları elden toplanmıştır. Anket sorularını cevaplama

süresi yaklaşık olarak 15 dakikadır. Görüşmede hemşirelere araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Hemşireleri Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen hemşireleri tanıtıcı bilgi formu, hemşirelerin sosyo-demografik bilgilerini içeren 4 soru (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum) mesleki özelliklerini içeren 13 soru (çalışma yılı, servisteki toplam hemşire sayısı, çalışma şekli, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı vb.) ile hasta güvenliği ile ilgili 10 soru (hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim alma durumu, hasta güvenliğine yönelik olarak raporlama yapma/yapmama durumu, ilaç uygulama hata tipleri vb.) olmak üzere toplam 27 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

3.5.2. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (The Safety Attitudes Questionnaire - SAQ)

Hasta güvenliği tutum ölçeği Sexton ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiştir. Sexton ve arkadaşları (2006), hem ölçeğin geçerlik güvenirliğini değerlendirmek hem de ABD, İngiltere, Yeni Zelanda'daki uygulamalar arasında karşılaştırma yapmak amacıyla taslak halindeki 60 maddelik Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'ni, 10.843 sağlık çalışanına uygulamışlar ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'ni 30 maddelik bir ölçek haline getirmişlerdir. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Ekip Çalışması İklimi, Güvenlik İklimi, İş Memnuniyeti, Yönetim Anlayışı, Çalışma Koşulları ve Stresi Tanımlama olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Beşli Likert tipi bir ölçek olan Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği "5- Tamamen katılıyorum", "4- Katılıyorum", "3- Kısmen katılıyorum", "2-Katılmıyorum", "1-Kesinlikle katılmıyorum" şeklinde puanlanmaktadır (Sexton ve ark., 2006).

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Baykal ve arkadaşları (2009) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2009). Baykal ve arkadaşları (2009) yapmış oldukları çalışmada orjinal ölçeğin Türkçe'ye çevrilmesi için grup çeviri yaklaşımını benimsemişler, faktör analizi sonucunda Madde toplam puan korelasyon değeri .35'in altında olan maddeleri çıkarmışlardır. Baykal ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma sonrasında ölçek İş doyumu (11 madde), Ekip çalışması (12 madde), Güvenlik iklimi (5 madde),

Yönetim anlayışı (7 madde), Stresi tanımlama (5 madde) ve Çalışma koşulları (6 madde) olmak üzere altı alt boyut ile 46 maddeden oluşmuştur (Baykal ve ark, 2009).

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “Acil durumlardaki yorgunluğum, performansımı olumsuz etkiler”, “Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yorgunluğum, performansımı olumsuz etkiler”, “Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres, performansımı olumsuz etkiler”, “Yorgun olduğumda, işimde daha az etkin olurum”, “İşimde kendimi tükenmiş hissedirim”, “İşimde hayal kırıklığı yaşarım”, “Çalışanlar, bu birimde oluşturulan kural veya prosedürleri (el yıkama, tedavi protokolleri/klinik yollar gibi) sıklıkla önemsemezler”, “Bu birimde, hizmetin aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır”, “Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersem, bunu dile getirmem zordur”, “Diğer personelin hastaya zarar verebilecek hatalar yaptığını gördüm” olmak üzere toplam 10 maddesi negatif olarak puanlanmaktadır (Baykal ve ark., 2009).

Baykal ve arkadaşları (2009) Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını .93, ölçek alt boyutlarında “İş doyumunu” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını .85, “Ekip çalışması” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını .86, “Güvenlik iklimi” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını .83 “Yönetim anlayışı” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını .77, “Stresi tanımlama” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını .74 ve “Çalışma koşulları” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını .72 olarak bulmuşlardır (Baykal ve ark, 2009). Bu çalışmada Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .93, ölçek alt boyutlarında “İş doyumunu” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .92, “Ekip çalışması” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .88, “Güvenlik iklimi” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .89, “Yönetim anlayışı” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .87, “Stresi tanımlama” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .81 ve “Çalışma koşulları” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .64, olarak belirlenmiştir. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği' nin kullanılabilmesi için, Baykal ve arkadaşlarından izin alınmıştır (Ek 2).

3.5.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Türkmen ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilmiştir. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Yönetim ve Liderlik (18 madde), Çalışanların Eğitimi (7 madde), Beklenmedik Hata ve Olay Raporlama (5 madde), Bakım Ortamı (8 madde) ve Çalışan Davranışı (15 madde) olmak üzere beş alt boyut ile toplam 53 maddeden oluşmaktadır. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği, dörtlü likert tipi bir ölçek olup “1- Tamamen

Katılmıyorum”, “2- Katılmıyorum”, “3- Katılıyorum”, “4- Tamamen Katılıyorum” şeklinde puanlanmaktadır (Türkmen ve ark., 2010).

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek puanının hesaplanmasında alt boyutlarda yer alan madde puanları toplanıp elde edilen toplam sayı madde sayısına bölünmekte ve 1-4 arasında her bir alt boyutun ortalama puanı elde edilmektedir. Toplam ölçek puanının hesaplanmasında ise 5 alt boyutun ortalama puanı toplanmakta ve 5’e bölünerek 1-4 arasında ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçek puanının yorumlanmasında ise “puan ortalamasının 4’e doğru yükselmesi olumlu hasta güvenliği kültürünü”, “1’e doğru azalması olumsuz hasta güvenliği kültürünü göstermektedir (Türkmen ve ark., 2010).

Türkmen ve arkadaşları (2010) Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği’nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını .97, ölçek alt boyutlarından “Yönetim ve liderlik” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını .92, “Çalışan davranışı” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını .91, “Beklenmedik olay ve hata raporlama” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını .83 “Eğitim” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını .91, “Bakım ve teknoloji” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını .86 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .97, ölçek alt boyutlarında “Yönetim ve liderlik” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .92, “Çalışan davranışı” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .95, “Beklenmedik olay ve hata raporlama” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .86, “Eğitim” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .92, “Bakım ve teknoloji” Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını .91 olarak bulmuşlardır (Türkmen ve ark., 2010). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği’nin kullanılabilmesi için, Türkmen ve arkadaşlarından izin alınmıştır (Ek 3).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve tutumunu etkileyen faktörlere ilişkin verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS 22.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde ortalama, yüzde; grupların karşılaştırıldığı analizlerde, ki-kare Mann-Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi, ANOVA testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul (25.09.2014/ sayı; B.30.2.ODM.0.20.08/1129) onayı alındıktan sonra başlanmıştır. Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı hastanelerdeki yöneticilerden ve üniversite hastane

yönetiminden yazılı ve araştırma kapsamına alınan hemşirelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek 4).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları;

- Hemşirelerin hasta güvenlik kültür ve tutum düzeyleri ile ilgili elde edilen bilgilerin kendi bildirimlerine dayanmış olması ve bu konuda gözlem yapılamaması
- Doğum izni ve yıllık izinde olan hemşirelerin çalışmaya dahil edilememesi.
- Acil servisteki hemşirelerin eğitim, deneyim, bilgi ve beceri yönünden farklılık göstermesi

4.BULGULAR

4.1. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular

Tablo 2. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N= 282)

Özellikler	n	%	
Yaş grupları 31.54 ± 7.31	25 yaş ve altı	69	24,5
	26-30 yaş	63	22,3
	31 yaş ve üstü	150	53,2
Cinsiyet	Kadın	182	64,5
	Erkek	100	35,5
Medeni durum	Evli	184	65,2
	Bekar	98	34,8
Eğitim düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	75	26,7
	Ön lisans	96	34,0
	Lisans	103	36,5
	Yüksek Lisans	8	2,8

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de gösterilmektedir. Çalışmaya katılan 282 hemşirenin %64,5'ini kadınların, %35,5'ini erkeklerin oluşturduğu, %65,2'sinin evli, %34,8'inin bekar olduğu, %36,5'inin lisans, %34,0'ının ön lisans, %26,7'sinin sağlık meslek lisesi ve %2,8'inin yüksek lisans mezunu olduğu belirlenmiş olup hemşirelerin yaş ortalaması 31,54± 7,31 yıldır.

Tablo 3. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=282)

Özellikler	n	%	
Acil servisteki görevi	Servis hemşiresi	270	95,7
	Servis sorumlu hemşiresi	12	4,3
Hastanede çalışma statüsü	Kadrolu	273	96,8
	Sözleşmeli	9	3,2
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	201	71,2
	Sevmiyor	23	8,2
	Kararsız	58	20,6

Tablo 3'ün devamı

Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnun	145	51,4
	Memnun değil	32	11,4
	Kısmen memnun	105	37,2
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	47	16,7
	Vardiya	211	74,8
	Diğer	24	8,5
İş yaşam kalitesi	Mükemmel	6	2,1
	Çok iyi	24	8,5
	İyi	161	57,1
	Kötü	79	28,0
	Çok kötü	12	4,3
Çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri	Çok iyi	14	5,0
	İyi	79	28,0
	Orta	133	47,2
	Kısmen kötü	22	7,8
	Kötü	34	12,0

Acil serviste çalışan hemşirelerin, çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 2'de gösterilmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin, %95,7'sinin servis hemşiresi, %4,3'ünün servis sorumlu hemşiresi olarak çalıştığı, %96,8'inin kadrolu, %3,2'sinin sözleşmeli olarak görev yaptığı, %71,2'sinin mesleğini sevdiği, %51,4'ünün çalıştığı servisten memnun olduğu, %74,8'inin vardiyalı olarak çalıştığı, %57,1'inin iş yaşam kalitesini iyi olarak değerlendirdiği ve %47,2'sinin çalıştığı kurumda iş doyum düzeylerini orta olarak tanımladıkları belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan 282 hemşireden %87,9'unun hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim aldığı, eğitim alanların %80,0'ünün aldıkları eğitimi yeterli bulduğu, %55,9'unun tekrar bir eğitim almaya gerek duymadığı, %55,3'ünün hasta güvenliği ile ilgili olarak çalıştığı kurumda raporlama yaptığı ve %57,4'ünün çalıştığı kurumun hasta güvenlik uygulamalarını yeterli buldukları belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalışma yılı ortalaması $10,29 \pm 6,89$ yıl, haftalık çalışma saati ortalaması $45,55 \pm 7,53$ saat, acil serviste çalışma yılı ortalaması $5,56 \pm 4,12$ yıl ve acil servise başvuran günlük hasta sayısı ortalaması $228,48 \pm 234,28$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Hemşirelerin Hasta Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Olarak Eğitim Almak İstedikleri Alanların Dağılımı (n=123)

Eğitim alınmak istenilen alanlar*		n	%
Hastaların doğru kimliklendirilmesi	Evet	34	27,6
	Hayır	89	72,4
Güvenli ilaç uygulamaları	Evet	56	45,5
	Hayır	67	54,5
Transfüzyon güvenliği	Evet	36	29,3
	Hayır	87	70,7
Güvenli cerrahi uygulamalar	Evet	40	32,5
	Hayır	83	67,5
Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması	Evet	31	25,2
	Hayır	92	74,8
Radyasyon güvenliği	Evet	56	45,5
	Hayır	67	54,5
Tıbbi cihaz güvenliği	Evet	55	44,7
	Hayır	68	55,3

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hemşirelerin hasta güvenliğini sağlamaya yönelik olarak eğitim almak istedikleri alanların dağılımı Tablo 3'te gösterilmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %27,6'sının hastaların doğru kimliklendirilmesi, %45,5'inin güvenli ilaç uygulamaları, %29,3'ünün transfüzyon güvenliği, %32,5'inin güvenli cerrahi uygulamalar, %25,2'sinin düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması, %45,5'inin radyasyon güvenliği ve %44,7'sinin tıbbi cihaz güvenliği konularında eğitim almak istedikleri belirlenmiştir.

Tablo 5. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin En Sık Karşılaştıkları Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların Dağılımları (N=282)

Hasta güvenliğini tehdit eden olaylar*	n	%	
İlaç uygulama hataları	Evet	45	16,0
	Hayır	237	84,0
Hasta düşmeleri	Evet	66	23,4
	Hayır	216	76,6
Hasta bakım ve tedavisinde aseptik kurallara dikkat edilmemesi	Evet	40	14,2
	Hayır	242	85,8

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Acil serviste çalışan hemşirelerin en sık karşılaştıkları hasta güvenliğini tehdit eden olayların dağılımı Tablo 4’de gösterilmektedir. Acil serviste en sık karşılaştıkları ve hasta güvenliğini tehdit eden olayları hemşirelerin %16,0’ı ilaç uygulama hataları, %23,4’ü hasta düşmeleri ve %14,2’si hasta bakım ve tedavisinde aseptik tekniğe dikkat edilmemesi olarak bildirmişlerdir.

Tablo 6. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin En Sık Karşılaştıkları İlaç Uygulama Hatalarının Dağılımı (N=282)

İlaç uygulama hataları	n	%	
Yanlış uygulama yolu	Evet	14	5,0
	Hayır	268	95,0
Yanlış uygulama zamanı	Evet	29	10,3
	Hayır	253	89,7
Yanlış hasta	Evet	20	7,1
	Hayır	262	92,9
Yanlış doz	Evet	34	12,1
	Hayır	248	87,9
Yanlış ilaç	Evet	21	7,4
	Hayır	261	92,6
Tedaviyi uygulama saatinin geciktirilmesi	Evet	69	24,5
	Hayır	213	75,5
Hastanın ilaç alerjisinin sorgulanmaması	Evet	61	21,6
	Hayır	221	78,4

Acil serviste çalışan hemşirelerin en sık karşılaştıkları ilaç uygulama hatalarının dağılımı Tablo 5’de gösterilmektedir. Çalışma ortamında karşılaşılan ilaç uygulama hatalarını

hemşirelerin %5,0'ı ilacın yanlış yoldan uygulanması, %10,3'ü ilacın yanlış zamanda yapılması, %7,1'i ilacın yanlış hastaya verilmesi, %12,1'i ilacın yanlış dozda uygulanması, %7,4'ü yanlış ilacın uygulanması, %24,5'i tedaviyi uygulama saatinin geciktirilmesi ve %21,6'sı hastanın ilaç alerjisinin sorgulanmaması olarak bildirmişlerdir.

Tablo 7. Hemşirelerin Acil Serviste Görülen İlaç Uygulama Hatalarının Nedenlerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (N=282)

İlaç uygulama hataları*		n	%
Hastaya uygulanacak ilaç hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması	Evet	42	14,9
	Hayır	240	85,1
Hasta hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması	Evet	47	16,7
	Hayır	235	83,3
Hastanın ilaç alerjileri hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması	Evet	92	32,6
	Hayır	190	67,4
İlaç etiketlerinin okunamaması	Evet	21	7,4
	Hayır	261	92,6
İhtiyaç duyulan araç-gereç ve malzemenin serviste bulunmaması	Evet	29	10,3
	Hayır	253	89,7
Uygulanacak ilaç dozunun en az iki kez kontrol edilmemesi	Evet	27	9,6
	Hayır	255	90,4
İlaç uygulaması sırasında çalışma ortamının karmaşık ve yoğun olması	Evet	36	12,8
	Hayır	246	87,2
Çalışma saatlerinin uzun olması	Evet	68	24,1
	Hayır	214	75,9
Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması	Evet	89	31,6
	Hayır	193	68,4
İş yükünün fazlalığına bağlı dikkat dağınıklığı ve işe konsantre olamama	Evet	66	23,4
	Hayır	216	76,6

*Birden fazla cevap verilmiştir

Hemşirelerin acil serviste görülen ilaç uygulama hatalarının nedenlerine ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 6'da gösterilmektedir. Acil serviste görülen ilaç uygulama hatalarının nedenlerini hemşirelerin %14,9'u hastaya uygulanacak ilaç hakkında yeterli bilgi

sahibi olunmaması, %16,7'si hasta hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması, %32,6'sı hastanın ilaç alerjileri hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması, %7,4'ü ilaç etiketlerinin okunamaması, %10,3'ü ihtiyaç duyulan araç-gereç ve malzemenin serviste bulunmaması, %9,6'sı hastaya uygulanacak ilaç dozunun en az iki kez kontrol edilmemesi, %12,8'i ilaç uygulaması sırasında çalışma ortamının karmaşık ve yoğun olması, %24,1'i çalışma saatlerinin uzun olması, %31,6'sı hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması ve %23,4'ü iş yükünün fazlalığına bağlı dikkat dağınıklığı ve işe konsantre olamama olarak bildirmişlerdir.

Tablo 8. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Hasta Düşme Olaylarının Nedenlerine İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı (N=282)

Hasta düşme nedenleri*		n	%
Hastaların düşme risklerini artırabilecek ilaçlar alması	Evet	18	6,4
	Hayır	264	93,6
Sedyelerin uygun olmaması ve kenarlıklarının kaldırılmaması	Evet	64	22,7
	Hayır	218	77,3
Zeminin ıslak olması	Evet	15	5,3
	Hayır	267	94,7
Sağlık bakım profesyonellerinin dikkatsiz/özensiz ve ihmalkar davranması	Evet	25	8,9
	Hayır	257	91,1
Hastaların yanında refakatçi bulunmaması	Evet	68	24,1
	Hayır	214	75,9
Hastanın bilincinin kapalı olması	Evet	81	28,7
	Hayır	201	71,3
Çalışma ortamının dağınık olması	Evet	31	11,0
	Hayır	251	89,0
Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması	Evet	72	25,5
	Hayır	210	74,5

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Acil serviste çalışan hemşirelerin hasta düşme olaylarının nedenlerine ilişkin düşüncelerinin dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir. Acil serviste yaşanan düşme olaylarının

nedenlerini hemşirelerin %6,4'ü hastaların düşme risklerini artırabilecek ilaçlar alması, %22,7'si sedyelerin uygun olmaması ve kenarlıklarının kaldırılmaması, %5,3'ü zeminin ıslak olması, %8,9'u sağlık bakım profesyonellerinin dikkatsiz/özensiz ve ihmalkar davranması, %24,1'i hastaların yanında refakatçi bulunmaması, %28,7'si hastanın bilincinin kapalı olması, %11,0'ı çalışma ortamının dağınık olması ve %25,5'i hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması olarak bildirmişlerdir.

4.2.Hasta Güvenliği Tutum Ölçeğine (HGTÖ) İlişkin Bulgular

Tablo 9. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

Alt boyutlar	Madde Sayısı	Ortalama	Standart Sapma
İş Doyumu	11	31,35	8,91
Ekip Çalışması	12	46,32	8,52
Güvenlik İklimi	5	17,30	3,90
Yönetim Anlayışı	7	24,08	5,11
Stresi Tanımlama	5	16,10	4,35
Çalışma Koşulları	6	18,36	3,90
Ölçek Toplam	46	152,26	22,54

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden aldıkları toplam ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 8'de gösterilmiştir. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden alınan toplam puan ortalaması $152,26 \pm 22,54$ 'dür. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alt boyutlarından İş Doyumu toplam puan ortalaması $31,35 \pm 8,91$, Ekip Çalışması toplam puan ortalaması $46,32 \pm 8,52$, Güvenlik İklimi toplam puan ortalaması $17,30 \pm 3,90$, Yönetim Anlayışı toplam puan ortalaması $24,08 \pm 5,11$, Stresi Tanılama toplam puan ortalaması $16,10 \pm 4,35$ ve Çalışma Koşulları toplam puan ortalaması $18,36 \pm 3,90$ 'dır. Değerlerin maximum değere yaklaşması olumlu hasta güvenliği tutumunu göstermesine karşın, değerlerin minumum değere yaklaşması ise olumsuz hasta güvenliği tutumuna işaret etmektedir.

Tablo 10. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler			HGTÖ	Test ve p değeri
			Med (Min-Max)	
Yaş	25 yaş ve altı	(n=69)	3,30 (2,10-5,08)	$\chi^2 = 0,269$ p = 0,874
	26-30 yaş	(n=63)	3,20 (1,70-5,06)	
	31 yaş ve üstü	(n=150)	3,24 (2,04-5,08)	
Medeni durum	Evli	(n=184)	3,24 (1,70-5,08)	z= -1,373 p= 0,170
	Bekar	(n=98)	3,25 (2,10-5,08)	
Cinsiyet	Kadın	(n=182)	3,25 (1,70-5,08)	z= 0,968 p= 0,333
	Erkek	(n=100)	3,24 (2,36-5,08)	
Eğitim durumu	SML*	(n=75)	3,38 (2,10-5,08)	$\chi^2 = 10,717$ p= 0,013
	Ön Lisans	(n=96)	3,34 (2,04-5,08)	
	Lisans	(n=103)	3,20 (1,70-5,08)	
	Yüksek Lisans	(n=8)	3,08 (2,81-4,38)	

*SML: Sağlık Meslek Lisesi

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 9’da karşılaştırılmıştır. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değeri eğitim durumlarına (p=0,013) göre farklılık göstermekle birlikte (p<0,05), Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerinin diğer gruplarla karşılaştırıldığında SML mezunu olan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerleri yaş grupları (p=0,874), medeni durumları (p=0,170) ve cinsiyetlerine (p=0,333) göre farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 11. Hemşirelerin Çalışma Özellikleri ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler			HGTÖ	Test ve p değeri
			Med(Min-Max)	
Çalışma yılı	1 yıl ve altı	(n=8)	3,39 (2,61-3,73)	$\chi^2 = 1,637$ p= 0,657
	2-5 yıl	(n=71)	3,26 (1,70-4,38)	
	6-9 yıl	(n=69)	3,28 (2,04-5,08)	
	10 yıl ve üstü	(n=134)	3,23 (2,04-5,08)	
Acil serviste çalışma yılı	1 yıl ve altı	(n=37)	3,34 (2,29-4,06)	$\chi^2 = 1,660$ p= 0,646
	2-5 yıl	(n=109)	3,24 (1,70-4,38)	
	6-9 yıl	(n=83)	3,25 (2,04-5,08)	
	10 yıl ve üstü	(n=53)	3,24 (2,35-5,08)	

Tablo 11'in devamı

Çalışma statüsü	Kadrolu	(n=273)	3,25 (1,70-5,08)	z= -2,013 p= 0,044
	Sözleşmeli	(n=9)	3,11 (2,61-3,41)	
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	(n=47)	3,37 (1,70-5,08)	x ² = 4,018 p= 0,134
	Vardiya	(n=211)	3,23 (2,04-4,52)	
	Diğer	(n=24)	3,30 (2,04-5,08)	
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnun	(n=145)	3,39 (1,70-5,08)	x ² = 28,47 p= 0,000
	Memnun değil	(n=32)	3,09 (2,04-4,52)	
	Kısmen memnun	(n=105)	3,16 (2,04-4,28)	
İş yaşam kalitesi	Mükemmel	(n=6)	4,01 (3,05-5,08)	x ² = 27,99 p= 0,000
	Çok iyi	(n=24)	3,61 (2,41-5,08)	
	İyi	(n=161)	3,25 (1,70-5,08)	
	Kötü	(n=79)	3,14 (2,04-4,52)	
	Çok kötü	(n=12)	3,13 (2,36-3,55)	
İş doyum düzeyi	Çok iyi	(n=14)	3,72 (2,96-5,08)	x ² = 38,338 p= 0,000
	İyi	(n=79)	3,42 (2,67-5,08)	
	Orta	(n=133)	3,19 (2,04-5,08)	
	Kısmen kötü	(n=22)	3,12 (1,70-4,52)	
	Kötü	(n=34)	3,12 (2,35-3,88)	
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	(n=201)	3,32 (1,70-5,08)	x ² = 10,864 p= 0,004
	Sevmiyor	(n=23)	3,06 (2,04-4,52)	
	Kararsız	(n=58)	3,17 (2,04-4,25)	

Hemşirelerin çalışma özellikleri ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 10'da karşılaştırılmıştır. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerleri hemşirelerin çalışma statüleri (p=0,044), çalıştıkları servisten memnun olma durumu (p=0,000), iş yaşam kalitesi (p=0,000), iş doyum düzeyleri (p=0,000) ve mesleğini sevme durumlarına (p=0,004) göre farklılık göstermektedir (p<0,05). Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerinin diğer gruplarla karşılaştırıldığında kadrolu olarak çalışanlarda, çalıştığı servisten memnun olanlarda, iş yaşam kalitesini mükemmel olarak değerlendirenlerde, iş doyum düzeyi çok iyi olanlarda ve mesleğini seven hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerlerinin çalışma yılı (p=0,657) ve acil serviste çalışma yılı (p=0,646) özelliklerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 12. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Düşünceleri İle Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Hasta Güvenliği İle İlgili Uygulamalar		HGTÖ		Test ve p değeri
			Med(Min-Max)	
Hasta güvenliği eğitimi alma/almama	Almış	(n=248)	3,28 (1,70-5,08)	z= -2,251 p= 0,024
	Almamış	(n=34)	3,13 (2,10-4,03)	
Eğitimi yeterli bulma (n=248)	Yeterli	(n=198)	3,37 (1,70-5,08)	z= -3,642 p= 0,000
	Yetersiz	(n=50)	3,13 (2,29-4,03)	
Kurumda hasta güvenliği ile ilgili raporlama yapma	Evet	(n=156)	3,26 (2,04-5,08)	z= -1,120 p= 0,263
	Hayır	(n=126)	3,22 (1,70-5,06)	
Hasta güvenliği uygulamalarını yeterli bulma	Yeterli	(n=162)	3,35 (1,70-5,08)	z= -3,621 p= 0,000
	Yetersiz	(n=120)	3,15 (2,04-5,08)	

Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarına yönelik düşünceleri ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 11’de karşılaştırılmıştır. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değeri hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumu (p=0,024), aldıkları eğitimi yeterli bulma durumu (p=0,000) ve kurumun hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulma durumuna (p=0,000) göre farklılık göstermektedir (p<0,05). Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerinin, hasta güvenliği ile ilgili eğitim alan, aldıkları eğitim ile çalıştıkları kurumlarda hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulan hemşirelerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerinin hemşirelerin çalıştıkları kurumda hasta güvenliği ile ilgili raporlama yapma durumuna (p=0,263) göre farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 13. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar	İş Doyumu Med(Min- Max)	Ekip Çalışması Med(Min-Max)	Güvenlik İklimi Med(Min-Max)	Yönetim Anlayışı Med(Min-Max)	Stresi Tanılama Med(Min-Max)	Çalışma Koşulları Med(Min-Max)
Yaş	25 yaş ve altı (n=69)	2,72 (1,18-5,00)	3,87 ± 0,745	3,40 (1,00-5,00)	3,42 (1,57-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	2,83 (1,83-5,00)
	26-30 yaş (n=63)	2,63 (1,00-4,91)	3,80 ± 0,752	3,60 (1,00-5,00)	3,42 (1,00-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	3,00 (1,17-5,00)
	31 yaş ve üstü (n=150)	2,72 (1,00-5,00)	3,87 ± 0,695	3,50 (1,00-5,00)	3,57 (1,71-5,00)	3,20 (1,20-5,00)	3,00 (1,67-5,00)
Test ve p değeri		$\chi^2= 2,084$ $p= 0,353$	$F= 0,248$ $p= 0,780$	$\chi^2= 0,179$ $p= 0,914$	$\chi^2= 0,049$ $p= 0,976$	$\chi^2= 0,261$ $p= 0,878$	$\chi^2= 3,793$ $p= 0,150$
Medeni durum	Evli (n=184)	2,72 (1,00-5,00)	3,90 (1,09-5,45)	3,60 (1,00-5,00)	3,57 (1,00-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	3,00 (1,17-5,00)
	Bekar (n=98)	2,77 (1,00-5,00)	3,81 (1,64-5,45)	3,40 (1,00-5,00)	3,35 (1,57-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	3,00 (1,83-5,00)
Test ve p değeri		$z= -0,208$ $p= 0,835$	$z= -1,540$ $p= 0,124$	$z= -0,336$ $p= 0,737$	$z= -1,865$ $p= 0,062$	$z= 0,635$ $p= 0,525$	$z= -0,790$ $p= 0,430$
Cinsiyet	Kadın (n=182)	2,77 (1,00-5,00)	4,00 (1,64-5,45)	3,40 (1,00-5,00)	3,42 (1,00-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	3,00 (1,17-5,00)
	Erkek (n=100)	2,72 (1,00-5,00)	3,81 (1,09-5,45)	3,60 (1,00-5,00)	3,57 (1,00-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	3,00 (2,00-5,00)
Test ve p değeri		$z= 0,488$ $p= 0,625$	$z= 0,929$ $p= 0,353$	$z= 0,959$ $p= 0,338$	$z= 1,574$ $p= 0,115$	$z= 0,366$ $p= 0,715$	$z= -0,468$ $p= 0,640$
Eğitim durumu	SML (n=75)	3,00 (1,45-5,00)	4,00 (2,27-5,45)	3,80 (1,80-5,00)	3,57 (1,57-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	3,00 (1,83-5,00)
	Ön lisans (n=96)	2,72 (1,00-5,00)	4,00 (1,64-5,45)	3,50 (1,80-5,00)	3,57 (1,57-5,00)	3,30 (1,00-5,00)	3,00 (1,17-5,00)
	Lisans (n=103)	2,63 (1,00-5,00)	3,81 (1,09-5,45)	3,40 (1,00-5,00)	3,42 (1,00-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	3,00 (1,67-5,00)
	Yüksek lisans (n=8)	2,81 (1,64-4,64)	3,45 (2,73-5,45)	3,00 (2,80-5,00)	3,35 (2,57-4,57)	2,70 (2,00-4,00)	3,00 (2,33-4,33)
Test ve p değeri		$\chi^2= 11,522$ $p= 0,009$	$\chi^2= 6,044$ $p= 0,110$	$\chi^2= 2,427$ $p= 0,489$	$\chi^2= 5,811$ $p= 0,121$	$\chi^2= 4,647$ $p= 0,200$	$\chi^2= 1,018$ $p= 0,797$

Tablo 14. Hemşirelerin Çalışma Özellikleri ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar	İş Doyumu Med(Min-Max)	Ekip Çalışması Med(Min-Max)	Güvenlik İklimi Med(Min-Max)	Yönetim Anlayışı Med(Min-Max)	Stresi Tanılama Med(Min-Max)	Çalışma Koşulları Med(Min-Max)
Çalışma yılı	1 yıl ve altı (n=8)	3,40 (2,00-4,64)	4,13 (3,27-4,82)	3,70 (1,80-5,00)	3,78 (2,71-4,14)	2,60 (1,00-4,00)	2,50 (2,33-4,00)
	2-5 yıl (n=71)	2,63 (1,09-5,00)	4,00 (1,09-5,45)	3,40 (1,00-5,00)	3,42 (1,00-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	2,83 (1,83-5,00)
	6-9 yıl (n=69)	2,72 (1,00-5,00)	3,81 (2,36-5,45)	3,40 (1,00-5,00)	3,57 (1,00-5,00)	3,20 (1,80-5,00)	3,00 (1,17-5,00)
	10 yıl ve üstü (n=134)	2,81 (1,00-5,00)	3,81 (2,18-5,45)	3,60 (1,00-5,00)	3,57 (1,71-5,00)	3,20 (1,20-5,00)	3,00 (1,67-5,00)
Test ve p değeri		$\chi^2= 4,492$ $p= 0,213$	$\chi^2= 1,038$ $p= 0,792$	$\chi^2= 0,345$ $p= 0,951$	$\chi^2= 1,311$ $p= 0,727$	$\chi^2= 4,486$ $p= 0,214$	$\chi^2= 4,936$ $p= 0,177$
Acil serviste çalışma yılı	1 yıl ve altı (n=37)	3,00 (2,00-4,46)	3,90 (2,36-4,82)	3,40 (1,80-5,00)	3,42 (2,00-4,14)	3,00 (1,00-5,00)	2,66 (1,83-4,00)
	2-5 yıl (n=109)	2,72 (1,00-5,00)	3,90 (1,09-5,45)	3,40 (1,00-5,00)	3,42 (1,00-5,00)	3,20 (1,00-4,80)	3,00 (2,00-5,00)
	6-9 yıl (n=83)	2,72 (1,00-5,00)	3,90 (2,18-5,45)	3,60 (1,00-5,00)	3,57 (1,57-5,00)	3,40 (1,80-5,00)	3,16 (1,17-5,00)
	10 yıl ve üstü (n=53)	2,72 (1,45-5,00)	3,72 (2,82-5,45)	3,60 (1,00-5,00)	3,57 (1,71-5,00)	3,00 (1,60-5,00)	3,00 (2,00-5,00)
Test ve p değeri		$\chi^2= 3,314$ $p= 0,346$	$\chi^2= 0,778$ $p= 0,855$	$\chi^2= 0,442$ $p= 0,931$	$\chi^2= 1,710$ $p= 0,635$	$\chi^2= 8,087$ $p= 0,044$	$\chi^2= 9,397$ $p= 0,024$
Çalışma statüsü	Kadrolu (n=273)	2,72 (1,00-5,00)	3,90 (1,09-5,45)	3,60 (1,00-5,00)	3,57 (1,00-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	3,00 (1,17-5,00)
	Sözleşmeli (n=9)	3,00 (2,00-4,00)	4,00 (2,36-4,64)	2,60 (1,80-4,00)	3,00 (2,29-3,71)	3,20 (1,40-3,80)	2,66 (1,83-3,33)
Test ve p değeri		$z= 0,495$ $p= 0,621$	$z= 0,480$ $p= 0,631$	$z= -2,564$ $p= 0,010$	$z= -1,691$ $p= 0,091$	$z= -1,114$ $p= 0,265$	$z= -1,726$ $p= 0,084$
Çalışma şekli	Sürekli gündüz (n=47)	3,18 (1,09-5,00)	4,18 (1,09-5,45)	3,60 (1,00-5,00)	3,71 (1,00-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	3,00 (2,33-5,00)
	Vardiya (n=211)	2,72 (1,00-5,00)	3,81 (1,64-5,45)	3,40 (1,00-5,00)	3,42 (1,00-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	3,00 (1,17-4,67)
	Diğer (n=24)	2,86 (1,73-5,00)	3,72 (2,45-5,45)	4,00 (1,80-5,00)	3,85 (2,00-5,00)	3,10 (1,80-5,00)	2,83 (1,67-5,00)
Test ve p değeri		$\chi^2= 11,834$ $p= 0,003$	$\chi^2= 7,075$ $p= 0,029$	$\chi^2= 2,506$ $p= 0,286$	$\chi^2= 5,246$ $p= 0,073$	$\chi^2= 0,265$ $p= 0,876$	$\chi^2= 1,631$ $p= 0,442$
Çalıştıkları servisten memnun olma durumu	Memnun (n=145)	3,00 (1,00-5,00)	4,09 (1,09-5,45)	3,80 (1,00-5,00)	3,71 (1,00-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	3,00 (1,17-5,00)
	Memnun değil (n=32)	2,36 (1,45-5,00)	3,63 (2,36-5,45)	3,40 (1,80-5,00)	3,21 (1,57-4,57)	3,20 (2,00-4,60)	3,08 (1,67-4,67)
	Kısmen memnun(n=105)	2,63 (1,00-4,00)	3,63 (1,64-4,82)	3,20 (1,00-5,00)	3,28 (1,57-4,71)	3,20 (1,00-5,00)	3,00 (1,67-4,67)
Test ve p değeri		$\chi^2= 34,915$ $p= 0,000$	$\chi^2= 27,899$ $p= 0,000$	$\chi^2= 16,176$ $p= 0,000$	$\chi^2= 30,645$ $p= 0,000$	$\chi^2= 0,372$ $p= 0,830$	$\chi^2= 1,351$ $p= 0,509$

Tablo 14'ün Devamı

Özellikler	Gruplar	İş Doyumu Med(Min-Max)	Ekip Çalışması Med(Min-Max)	Güvenlik İklimi Med(Min-Max)	Yönetim Anlayışı Med(Min-Max)	Stresi Tanılama Med(Min-Max)	Çalışma Koşulları Med(Min-Max)
İş yaşam kalitesi	Mükemmel (n=6)	3,95 (2,91-5,00)	4,54 (3,27-5,45)	4,00 (3,00-5,00)	4,00 (3,00-5,00)	4,00 (2,80-5,00)	3,55 (2,67-5,00)
	Çok iyi (n=24)	3,54 (1,73-5,00)	4,50 (3,27-5,45)	3,80 (2,40-5,00)	4,00 (1,57-5,00)	3,70 (1,00-5,00)	2,91 (1,17-5,00)
	İyi (n=161)	3,00 (1,00-5,00)	3,90 (1,09-5,45)	3,60 (1,00-5,00)	3,57 (1,00-5,00)	3,00 (1,00-5,00)	2,83 (1,83-5,00)
	Kötü (n=79)	2,45 (1,00-5,00)	3,63 (1,64-5,45)	3,20 (1,00-5,00)	3,14 (1,71-4,57)	3,40 (1,80-5,00)	3,16 (1,67-4,67)
	Çok kötü (n=12)	1,86 (1,00-3,00)	3,68 (2,64-4,18)	3,30 (2,00-4,20)	3,28 (1,00-5,00)	3,60 (2,60-4,40)	3,25 (2,33-4,17)
Test ve p değeri		$\chi^2= 81,152$ p= 0,000	$\chi^2= 45,132$ p= 0,000	$\chi^2= 7,122$ p= 0,130	$\chi^2= 31,266$ p= 0,000	$\chi^2= 17,346$ p= 0,002	$\chi^2= 10,460$ p= 0,033
İş doyum düzeyi	Çok iyi (n=14)	3,81 (2,45-5,00)	4,22 (3,09-5,45)	3,90 (2,40-5,00)	3,92 (2,71-5,00)	3,90 (2,40-5,00)	3,25 (2,33-5,00)
	İyi (n=79)	3,18 (1,73-5,00)	4,27 (2,55-5,45)	3,80 (2,20-5,00)	3,71 (2,00-5,00)	3,00 (1,00-5,00)	2,83 (1,17-5,00)
	Orta (n=133)	2,72 (1,00-5,00)	3,81 (2,18-5,45)	3,40 (1,00-5,00)	3,42 (1,57-5,00)	3,20 (1,20-5,00)	3,00 (1,67-5,00)
	Kısmen kötü (n=22)	2,27 (1,09-5,00)	3,50 (1,09-5,45)	3,00 (1,00-5,00)	2,92 (1,00-4,00)	3,20 (1,00-5,00)	3,00 (1,67-5,00)
	Kötü (n=34)	1,95 (1,00-3,00)	3,50 (1,64-4,73)	3,50 (1,80-5,00)	3,28 (1,00-4,43)	3,40 (1,80-4,60)	3,16 (2,17-4,17)
Test ve p değeri		$\chi^2= 81,021$ p= 0,000	$\chi^2= 41,822$ p= 0,000	$\chi^2= 17,933$ p= 0,001	$\chi^2= 29,498$ p= 0,000	$\chi^2= 10,137$ p= 0,038	$\chi^2= 7,157$ p= 0,128
Mesleğini sevme durumu	Seviyor (n=201)	2,90 (1,00-5,00)	4,00 (1,09-5,45)	3,60 (1,00-5,00)	3,57 (1,00-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	2,83 (1,17-5,00)
	Sevmiyor (n=23)	2,27 (1,00-5,00)	3,27 (2,36-5,45)	3,00 (2,00-5,00)	3,00 (1,00-4,57)	3,00 (2,00-5,00)	3,16 (1,67-4,00)
	Kararsız (n=58)	2,45 (1,00-4,45)	3,63 (2,27-5,09)	3,30 (1,80-5,00)	3,42 (1,71-5,00)	3,20 (1,80-4,80)	3,00 (1,67-4,67)
Test ve p değeri		$\chi^2= 27,899$ p= 0,000	$\chi^2= 19,621$ p= 0,000	$\chi^2= 4,153$ p= 0,125	$\chi^2= 7,282$ p= 0,026	$\chi^2= 0,021$ p= 0,990	$\chi^2= 1,786$ p= 0,409

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 12’de karşılaştırılmıştır. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği İş Doyumu alt boyut ortanca puan değeri hemşirelerin eğitim düzeylerine ($p=0,009$) göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplarla karşılaştırıldığında sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği İş Doyumu ortanca puan değerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği İş Doyumu alt boyutları ortanca puan değerlerinin hemşirelerin yaş grupları ($p=0,353$), medeni durum ($p=0,835$) ve cinsiyete ($p=0,625$) göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Hemşirelerin çalışma özellikleri ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 13’de karşılaştırılmaktadır. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği İş Doyumu alt boyut ortanca puan değeri hemşirelerin çalışma şekli ($p=0,003$), çalıştıkları servisten memnun olma durumu ($p=0,000$), iş yaşam kalitesi ($p=0,000$), iş doyum düzeyi ($p=0,000$) ve mesleğini sevme durumu ($p=0,000$) gibi özellikler yönünden farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Ölçeği İş doyum ortanca puan değerinin, diğer gruplarla karşılaştırıldığında sürekli gündüz çalışan, çalıştıkları servisten memnun olan, iş yaşam kalitesini mükemmel olarak değerlendiren, çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyini çok iyi olarak tanımlayan ve mesleğini seven hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta Güvenliği Ölçeği İş doyum alt boyut ortanca puan değerinin hemşirelerin çalışma yılı ($p=0,213$), acil serviste çalışma yılı ($p=0,346$) ve çalışma statüsüne ($p=0,621$) göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Ekip Çalışması ortanca puan değeri hemşirelerin çalışma şekli ($p=0,029$), çalıştıkları servisten memnun olma durumu ($p=0,000$), iş yaşam kalitesi ($p=0,000$), iş doyum düzeyi ($p=0,000$) ve mesleğini sevme durumları ($p=0,000$) gibi özellikler yönünden farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda diğer gruplarla karşılaştırıldığında Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Ekip Çalışması alt boyut ortanca puan değerinin gündüz çalışanlarda, çalıştıkları servisten memnun olanlarda, iş yaşam kalitesini mükemmel olarak tanımlayanlarda, çalıştıkları kurumda iş doyum düzeylerini iyi olarak

değerlendirenlerde, mesleğini sevenlerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Ekip Çalışması alt boyut ortanca puan değerinin çalışma yılı ($p=0,792$), acil serviste çalışma yılı ($p=0,855$) ve çalışma statüsüne ($p=0,631$) göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Güvenlik İklimi alt boyut ortanca puan değeri hemşirelerin çalışma statüsü ($p=0,010$), çalıştıkları servisten memnun olma durumu ($p=0,000$) ve iş doyum düzeyi ($p=0,001$) gibi özellikler yönünden farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Güvenlik İklimi alt boyut ortanca puan değerinin kadrolu olarak çalışan, çalıştığı servisten memnun olan ve iş doyum düzeyini çok iyi olarak tanımlayan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Güvenlik İklimi alt boyut ortanca puan değerinin hemşirelerin çalışma yılı ($p=0,951$), acil serviste çalışma yılı ($p=0,931$), çalışma şekli ($p=0,286$), iş yaşam kalitesi ($p=0,130$) ve mesleğini sevme durumuna ($p=0,125$) göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Yönetim Anlayışı alt boyut ortanca puan değeri hemşirelerin çalıştıkları servisten memnun olma durumu ($p=0,000$), iş yaşam kalitesi ($p=0,000$), iş doyum düzeyi ($p=0,000$) ve mesleğini sevme durumu ($p=0,026$) gibi özellikler yönünden farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Yönetim Anlayışı alt boyut ortanca puan değerinin çalıştığı servisten memnun olan, iş yaşam kalitesini mükemmel olarak değerlendiren, çalıştıkları kurumda iş doyum düzeylerini çok iyi olarak tanımlayan ve mesleğini seven hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Yönetim Anlayışı alt boyut ortanca puan değerinin hemşirelerin çalışma yılı ($p=0,727$), acil serviste çalışma yılı ($p=0,635$), çalışma statüsü ($p=0,091$) ve çalışma şekline ($p=0,073$) göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Stresi Tanılama alt boyut ortanca puan değeri hemşirelerin acil servisteki çalışma yılı ($p=0,044$), iş yaşam kalitesi ($p=0,002$) ve iş doyum düzeyi ($p=0,038$) gibi özellikler yönünden farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Stresi Tanılama alt boyut ortanca puan değeri 6-9 yıl arası acil serviste çalışan, iş yaşam kalitesini mükemmel olarak tanımlayan, çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyini çok iyi olarak değerlendiren hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta Güvenliği Tutum

Ölçeği Stresi Tanılama alt boyut ortanca puan değerinin hemşirelerin çalışma yılı ($p=0,214$), çalışma statüleri ($p=0,265$), çalışma şekilleri ($p=0,876$), çalıştıkları servisten memnun olma durumu ($p=0,830$) ve mesleğini sevme durumlarına ($p=0,990$) göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alışma Koşulları alt boyut ortanca puan değerini hemşirelerin acil serviste çalışma yılı ($p=0,024$), iş yaşam kalitesi ($p=0,033$) gibi özellikler yönünden farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alışma Koşulları alt boyut ortanca puan değerinin 6-9 yıl arası acil serviste çalışan, iş yaşam kalitesini mükemmel olarak değerlendiren hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alışma Koşulları alt boyut ortanca puan değerinin hemşirelerin çalışma yılı ($p=0,171$), çalışma statüsü ($p=0,084$), çalışma şekli ($p=0,442$), çalıştıkları servisten memnun olma durumu ($p=0,509$), iş doyum düzeyi ($p=0,128$) ve mesleğini sevme durumuna ($p=0,409$) göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 15. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Düşünceleri İle Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Alt Boyut Ortanca Puan Değerleri Karşılaştırması

Hasta güvenliği ile ilgili uygulamalar	Gruplar	İş Doyumu Med(Min-Max)	Ekip Çalışması Med(Min-Max)	Güvenlik İklimi Med(Min-Max)	Yönetim Anlayışı Med(Min-Max)	Stresi Tanılama Med(Min-Max)	Çalışma Koşulları Med(Min-Max)
Hasta güvenliği eğitimi alma durumu	Almış (n=248)	2,72 (1,00-5,00)	3,90 (1,90-5,45)	3,60 (1,00-5,00)	3,57 (1,00-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	3,00 (1,17-5,00)
	Almamış (n=34)	2,54 (1,00-4,00)	3,63 (2,27-4,91)	3,00 (1,80-4,20)	3,28 (1,00-4,00)	3,20 (1,40-4,80)	3,00 (1,83-4,33)
Test ve p değeri		z= -2,232 p= 0,026	z= 1,607 p= 0,108	z=-2,315 p= 0,021	z= -2,762 p= 0,006	z=0,930 p=0,352	z= -0,311 p=0,756
Eğitimi yeterli bulma durumu (n=248)	Yeterli (n=198)	3,00 (1,00-5,00)	4,00 (1,09-5,45)	3,80 (1,00-5,00)	3,71 (1,00-5,00)	3,00 (1,00-5,00)	3,00 (1,17-5,00)
	Yetersiz (n=50)	2,45 (1,00-3,55)	3,63 (2,18-5,09)	3,00 (1,00-5,00)	3,14 (1,57-4,57)	3,20 (1,00-5,00)	3,00 (2,00-4,67)
Test ve p değeri		z= -4,580 p= 0,000	z= -3,349 p= 0,001	z=-3,825 p= 0,000	z= -4,294 p= 0,000	z=0,930 p=0,352	z= 1,279 p=0,201
Kurumda hasta güvenliği ile ilgili raporlama yapılma durumu	Evet (n=156)	2,68 (1,00-5,00)	3,90 (1,64-5,45)	3,60 (1,00-5,00)	3,57 (1,57-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	3,00 (1,67-5,00)
	Hayır (n=126)	2,72 (1,00-5,00)	3,72 (1,09-5,45)	3,40 (1,00-5,00)	3,42 (1,00-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	2,83 (1,17-5,00)
Test ve p değeri		z= 0,542 p= 0,587	z= -1,414 p= 0,157	z= -2,071 p= 0,038	z= -0,507 p=0,612	F=1,398 p=0,173	z= -1,507 p=0,133
Hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulma durumu	Yeterli (n=162)	3,00 (1,09-5,00)	3,95 (1,09-5,45)	3,60 (1,00-5,00)	3,71 (1,00-5,00)	3,00 (1,00-5,00)	3,00 (1,17-5,00)
	Yetersiz (n=120)	2,54 (1,00-5,00)	3,72 (2,36-5,45)	3,20 (1,00-5,00)	3,28 (1,00-5,00)	3,20 (1,00-5,00)	3,00 (1,67-5,00)
Test ve p değeri		z= -4,933 p= 0,000	z= -1,866 p= 0,062	z= -3,025 p= 0,002	z= -3,780 p= 0,000	z=1,153 p=0,249	z= -1,502 p=0,133

Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarına yönelik düşünceleri ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 14’de karşılaştırılmıştır. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alt boyut ortanca puan değerleri hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumu ($p=0,026$), alınan eğitimi yeterli bulma durumu ($p=0,000$) ve çalıştıkları kurumda hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulma durumu ($p=0,000$) gibi özellikler yönünden farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alt boyut ortanca puan değerleri, hasta güvenliği ile ilgili eğitimi alan, aldıkları eğitim ile çalıştıkları kurumda yürütülen hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alt boyut ortanca puan değerinin hemşirelerin çalıştıkları kurumda hasta güvenliği ile ilgili raporlama yapma durumuna ($p=0,587$) göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Ekip Çalışması alt boyut ortanca puan değeri aldıkları hasta güvenliği eğitimini yeterli bulma durumu ($p=0,001$) yönünden farklılık gösterdiği belirlenmiş olup ($p<0,05$), aldıkları hasta güvenliği eğitimini yeterli bulan hemşirelerde Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Ekip Çalışması alt boyut ortanca puan değerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Ekip Çalışması alt boyut ortanca puan değerinin hasta güvenliği eğitimi alma ($p=0,108$), çalıştığı kurumda hasta güvenliği raporlaması yapma ($p=0,157$) ve çalıştığı kurumdaki hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulma durumuna ($p=0,062$) göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Güvenlik İklimi alt boyut ortanca puan değeri hasta güvenliği eğitimi alma ($p=0,021$), alınan eğitimi yeterli bulma ($p=0,000$), çalıştıkları kurumda hasta güvenliği raporlaması yapma ($p=0,038$), çalıştıkları kurumlarında hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulma ($p=0,002$) durumu yönünden farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Güvenlik İklimi alt boyut ortanca puan değerinin hasta güvenliği eğitimi alan, aldığı eğitimi yeterli bulan, çalıştığı kurumda hasta güvenliği ile

ilgili raporlama yapan ve çalıştığı kurumun hasta güvenlik uygulamalarını yeterli gören hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Yönetim Anlayışı alt boyut ortanca puan değeri hasta güvenliği eğitimi alma ($p=0,006$), alınan eğitimi yeterli bulma ($p=0,000$) ve çalıştıkları kurumda yürütülen hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulma ($p=0,000$) durumu yönünden farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Elde edilen veriler doğrultusunda hasta güvenliği eğitimi alan, aldığı eğitimi yeterli bulan ve çalıştığı kurumun hasta güvenlik uygulamalarını yeterli gören hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Yönetim Anlayışı alt boyut ortanca puan değerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Yönetim Anlayışı alt boyut ortanca puan değerinin hemşirelerin çalıştıkları kurumda hasta güvenliği raporlaması yapma durumlarına ($p=0,612$) göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Stresi Tanılama alt boyut ortanca puan değerlerinin hasta güvenliği eğitimi alma ($p=0,352$), aldıkları eğitimi yeterli bulma ($p=0,352$), çalıştıkları kurumda hasta güvenliği raporlaması yapma ($p=0,173$) ve çalıştıkları kurumda hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulma ($p=0,249$) durumlarına göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Çalışma Koşulları alt boyut ortanca puan değerlerinin hasta güvenliği eğitimi alma ($p=0,756$), aldıkları eğitimi yeterli bulma ($p=0,201$), çalıştıkları kurumlarında hasta güvenliği raporlaması yapma ($p=0,133$) ve çalıştıkları kurumda hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulma durumlarına ($p=0,133$) göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

4.3.Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'ne (HGKÖ) İlişkin Bulgular

Tablo 16. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

HGKÖ alt boyutları	Madde sayısı (Min-Max puan)	Ortalama	Standart Sapma
Yönetim ve Liderlik	18 (1,00-3,78)	2,48	0,51
Çalışan Eğitimi	7 (1,00-4,00)	2,60	0,64
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	5 (1,00-4,00)	2,49	0,63
Bakım ve teknoloji	8 (1,00-4,00)	2,63	0,61
Çalışan Davranışı	15 (1,00-4,00)	2,61	0,57
Ölçek toplam	53 (1,00-3,69)	2,56	0,52

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden aldıkları toplam ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 15'de gösterilmiştir. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puan ortalaması $2,56 \pm 0,52$ 'dir. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Bakım ve Teknoloji alt boyut puan ortalaması $2,63 \pm 0,61$, Çalışan Davranışı alt boyut puan ortalaması $2,61 \pm 0,57$, Çalışan Eğitimi alt boyut puan ortalaması $2,60 \pm 0,64$, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama alt boyut puan ortalaması $2,49 \pm 0,63$ ve Yönetim ve Liderlik alt boyut puan ortalaması $2,48 \pm 0,51$ 'dir, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği toplam puan ortalaması 4,00'e yakın olmakla birlikte ölçek puan ortalamasının 4'e doğru yükselmesi olumlu hasta güvenliği kültürüne, 1'e doğru azalması ise olumsuz hasta güvenliği kültürüne işaret etmektedir.

Tablo 17. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler		Med(Min-Max)	Test ve p değeri
Yaş grupları	25 yaş ve altı (n=69)	2,77 (1,00-3,44)	$\chi^2= 1,051$ $p= 0,591$
	26-30 yaş (n=63)	2,58 (1,00-3,56)	
	31 yaş ve üstü (n=150)	2,66 (1,00-3,69)	
Medeni durum	Evli (n=184)	2,66 (1,00-3,69)	$z= 0,178$ $p= 0,859$
	Bekar (n=98)	2,63 (1,00-3,44)	
Cinsiyet	Kadın (n=182)	2,67 (1,00-3,56)	$z= 0,127$ $p=0,899$
	Erkek (n=100)	2,63 (1,00-3,69)	

Tablo 17'nin devamı

Eğitim durumu	SML* (n=75)	2,79 (1,00-3,56)	$\chi^2= 6,774$ $p= 0,079$
Ön Lisans (n=96)	2,70 (1,00-3,43)		
Lisans (n=103)	2,54 (1,00-3,69)		
Yüksek Lisans (n=8)	2,65 (2,00-3,37)		

*SML: Sağlık Meslek Lisesi

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ortanca puan değeri Tablo 16'da karşılaştırılmıştır. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ortanca puan değeri hemşirelerin, yaş gruplarına ($p=0,591$), medeni durumlarına ($p=0,859$), cinsiyetlerine ($p=0,899$) ve eğitim durumlarına ($p=0,079$) göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 18. Hemşirelerin Çalışma Özellikleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler	HGKÖ		Test ve p değeri
	Med	(Min-Max)	
Çalışma yılı	1 yıl ve az (n=8)	2,96 (2,41-3,44)	$\chi^2= 9,137$ $p= 0,028$
	2-5 yıl (n=71)	2,77 (1,15-3,43)	
	6-9 yıl (n=69)	2,66 (1,00-3,69)	
	10 yıl ve üstü (n=134)	2,63 (1,00-3,38)	
Acil serviste çalışma yılı	1 yıl ve az (n=37)	2,82 (2,07-3,44)	$\chi^2= 8,445$ $p= 0,038$
	2-5 yıl (n=109)	2,69 (1,15-3,43)	
	6-9 yıl (n=83)	2,54 (1,00-3,69)	
	10 yıl ve üstü (n=53)	2,63 (1,00-3,38)	
Çalışma statüsü	Kadro (n=273)	2,64 (1,00-3,69)	$z= 1,864$ $p= 0,062$
	Sözleşmeli (n=9)	2,90 (2,20-3,06)	
Çalışma şekli	Sürekli gündüz (n=47)	2,49 (1,00-3,44)	$\chi^2= 7,351$ $p= 0,025$
	Vardiya (n=211)	2,68 (1,15-3,69)	
	Diğer (n=24)	2,41 (1,00-3,37)	
Çalışılan servisten memnun olma durumu	Memnun (n=145)	2,76 (1,00-3,69)	$\chi^2= 4,404$ $p= 0,111$
	Memnun değil (n=32)	2,67 (2,22-3,24)	
	Kısmen memnun (n=105)	2,57 (1,37-3,56)	
İş yaşam kalitesi	Mükemmel (n=6)	1,53 (1,00-2,93)	$\chi^2= 7,264$ $p= 0,123$
	Çok iyi (n=24)	2,57 (1,00-3,43)	
	İyi (n=161)	2,71 (1,00-3,69)	
	Kötü (n=79)	2,58 (1,41-3,56)	
	Çok kötü (n=12)	2,50 (1,83-2,97)	

Tablo 18'in devamı

İş doyum düzeyi	Mükemmel	(n=6)	1,53 (1,00-2,93)	$\chi^2= 20,289$ p= 0,000
	Çok iyi	(n=24)	2,57 (1,00-3,43)	
	İyi	(n=161)	2,71 (1,00-3,69)	
	Kötü	(n=79)	2,58 (1,41-3,56)	
	Çok kötü	(n=12)	2,50 (1,83-2,97)	
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	(n=201)	2,66 (1,00-3,69)	$\chi^2= 0,018$
	Sevmiyor	(n=23)	2,48 (1,71-3,26)	p= 0,991
	Kararsız	(n=58)	2,63 (1,15-3,56)	

Hemşirelerin çalışma özellikleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 17'de karşılaştırılmıştır. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ortanca puan değeri hemşirelerin çalışma yılı ($p=0,028$), acil serviste çalışma yılı ($p=0,038$), çalışma şekli ($p=0,025$) ve iş doyum düzeyi ($p=0,000$) özellikleri yönünden farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ortanca puan değeri çalışma yılı 1 yıldan az olan, acil serviste 1 yıldan az ve vardiyalı olarak çalışan, kurumlarındaki iş doyum düzeyini iyi olarak tanımlayan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ortanca puan değeri hemşirelerin çalışma statüsü ($p=0,062$), iş yaşam kalitesi ($p=0,123$) ve mesleğini sevme durumuna ($p=0,991$) göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 19. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Düşünceleri İle Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Hasta Güvenliği Uygulamaları		HGKÖ		
			Med(min-max)	Test ve p değeri
Hasta güvenliği eğitimi alma durumu	Almış	(n=248)	2,60 (1,00-3,69)	$z= -0,191$ $p= 0,849$
	Almamış	(n=34)	2,61 (1,83-3,21)	
Alınan eğitimi yeterli bulma durumu (n=248)	Yeterli	(n=198)	2,74 (1,00-3,69)	$z= -3,001$ p= 0,003
	Yetersiz	(n=50)	2,45 (1,41-3,15)	
Kurumda hasta güvenliği ile ilgili raporlama yapma durumu	Evet	(n=156)	2,66 (1,00-3,43)	$z= 0,757$ $p= 0,449$
	Hayır	(n=126)	2,65 (1,00-3,69)	
Hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulma durumu	Yeterli	(n=162)	2,72 (1,00-3,69)	$z= -1,865$ $p= 0,062$
	Yetersiz	(n=120)	2,58 (1,00-3,43)	

Hemşirelerin Hasta Güvenliği uygulamalarına yönelik düşünceleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 18'de karşılaştırılmıştır. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ortanca puan değeri hasta güvenliği eğitimi yeterli bulma ($p=0,003$) durumuna göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ortanca puan değeri aldıkları hasta güvenliği eğitimi yeterli bulan hemşirelerde daha yüksektir. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ortanca puan değerleri Hasta güvenliği eğitimi alma ($p=0,849$), çalıştıkları kurumda hasta güvenliği raporlaması yapma ($p=0,449$) ve çalıştıkları kurumda hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulma durumuna ($p=0,062$) göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).



Tablo 20. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler	Gruplar	Yönetim ve Liderlik Med(Min-Max)	Çalışan Eğitimi Med(Min-Max)	Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama Med(Min-Max)	Bakım Ortamı Med(Min-Max)	Çalışan Davranışı Med(Min-Max)
Yaş	25 yaş ve altı (n=69)	2,61 (1,00-3,72)	3,00 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-4,00)	2,87 (1,00-4,00)	2,86 (1,00-3,73)
	26-30 yaş (n=63)	2,56 (1,00-3,28)	2,71 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-3,80)	2,62 (1,00-4,00)	2,66 (1,00-3,53)
	31 yaş ve üstü (n=150)	2,55 (1,00-3,78)	2,85 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-4,00)	2,75 (1,00-4,00)	2,76 (1,00-4,00)
Test ve p değeri		$\chi^2= 0,198$ $p= 0,906$	$\chi^2= 0,833$ $p= 0,659$	$\chi^2= 1,003$ $p= 0,606$	$\chi^2= 1,148$ $p= 0,563$	$\chi^2= 1,166$ $p= 0,558$
Medeni durum	Evli (n=184)	2,55 (1,00-3,78)	2,85 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-4,00)	2,75 (1,00-4,00)	2,72 (1,00-4,00)
	Bekar (n=98)	2,55 (1,00-3,72)	2,85 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-4,00)	2,75 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-3,73)
Test ve p değeri		$z= 0,027$ $p= 0,978$	$z= -0,071$ $p= 0,943$	$z= 0,052$ $p= 0,958$	$z= 0,531$ $p= 0,531$	$z= -0,417$ $p= 0,676$
Cinsiyet	Kadın (n=182)	2,55 (1,00-3,78)	2,85 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-3,80)	2,75 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-3,73)
	Erkek (n=100)	2,55 (1,00-3,61)	2,78 (1,00-4,00)	2,70 (1,00-4,00)	2,62 (1,00-4,00)	2,70 (1,00-4,00)
Test ve p değeri		$z= 0,540$ $p= 0,589$	$z= -0,458$ $p= 0,647$	$z= 0,085$ $p= 0,932$	$z= 0,258$ $p= 0,796$	$z= 0,099$ $p= 0,921$
Eğitim durumu	SML (n=75)	2,66 (1,00-3,39)	3,00 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-3,80)	2,87 (1,00-4,00)	2,86 (1,00-3,73)
	Ön lisans (n=96)	2,55 (1,00-3,44)	2,85 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-3,60)	2,87 (1,00-4,00)	2,83 (1,00-3,80)
	Lisans (n=103)	2,50 (1,00-3,78)	2,71 (1,00-4,00)	2,40 (1,00-4,00)	2,62 (1,00-3,63)	2,66 (1,00-4,00)
	Yüksek lisans (n=8)	2,80 (2,00-3,17)	2,64 (1,57-4,00)	3,00 (2,00-4,00)	2,75 (2,00-3,00)	2,86 (1,93-3,13)
Test ve p değeri		$\chi^2= 6,042$ $p= 0,110$	$\chi^2= 2,609$ $p= 0,456$	$\chi^2= 7,885$ $p= 0,048$	$\chi^2= 9,081$ $p= 0,028$	$\chi^2= 5,327$ $p= 0,149$

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 19’da karşılaştırılmıştır. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Yönetim ve Liderlik, Çalışan Eğitimi ve Çalışan Davranışı alt boyut ortanca puan değerleri hemşirelerin yaş grupları, medeni durum, cinsiyet ve eğitim durumu özelliklerine göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Beklenmedik Olay Yada Hata Raporlama alt boyut ortanca puan değeri hemşirelerin eğitim durumuna ($p=0,048$) göre farklılık göstermekle birlikte ($p<0,05$), yüksek lisans mezunu hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Beklenmedik Olay Yada Hata Raporlama alt boyut ortanca puan değerlerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Bununla birlikte Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Bakım Ortamı alt boyut ortanca puan değerinin de hemşirelerin eğitim durumlarına ($p=0,028$) göre farklılık gösterdiği ($p<0,05$), ön lisans mezunu hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Bakım Ortamı ortanca puan değerinin daha yüksek olduğu görüldü. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Bakım Ortamı ve Beklenmedik Olay Yada Hata Raporlama alt boyut ortanca puan değerlerinin hemşirelerin yaş grupları ($p=0,606$), medeni durum ($p=0,958$) ve cinsiyetlerine ($p=0,932$) göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 21. Hemşirelerin Çalışma Özellikleri İle Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyut Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar	Yönetim ve Liderlik Med(Min-Max)	Çalışan Eğitimi Med(Min-Max)	Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama Med(Min-Max)	Bakım Ortamı Med(Min-Max)	Çalışan Davranışı Med(Min-Max)
Mesleki çalışma yılı	1 yıl ve altı (n=8)	2,80 (2,28-3,39)	3,00 (2,29-4,00)	3,00 (2,20-3,00)	3,00 (2,25-3,63)	3,00 (2,60-3,73)
	2-5 yıl (n=71)	2,66 (1,00-3,72)	3,00 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-4,00)	2,87 (1,25-4,00)	2,86 (1,00-3,73)
	6-9 yıl (n=69)	2,50 (1,00-3,61)	2,71 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-4,00)	2,75 (1,00-4,00)	2,86 (1,00-3,73)
	10 yıl ve üstü (n=134)	2,50 (1,00-3,78)	2,71 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-3,60)	2,75 (1,00-4,00)	2,66 (1,00-4,00)
Test ve p değeri		$\chi^2= 6,369$ $p= 0,095$	$\chi^2= 8,346$ $p= \mathbf{0,039}$	$\chi^2= 6,804$ $p= 0,078$	$\chi^2= 5,558$ $p= 0,135$	$\chi^2= 8,692$ $p= \mathbf{0,034}$
Acil serviste çalışma yılı	1 yıl ve altı (n=37)	2,66 (1,83-3,39)	3,00 (1,29-4,00)	3,00 (1,60-3,40)	2,87 (2,00-3,63)	2,86 (1,47-3,73)
	2-5 yıl (n=109)	2,61 (1,00-3,78)	2,85 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-4,00)	2,75 (1,25-4,00)	2,86 (1,00-3,73)
	6-9 yıl (n=83)	2,44 (1,00-3,61)	2,71 (1,00-4,00)	2,40 (1,00-4,00)	2,62 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-3,73)
	10 yıl ve üstü (n=53)	2,50 (1,00-3,44)	2,71 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-3,60)	2,75 (1,00-4,00)	2,73 (1,00-4,00)
Test ve p değeri		$\chi^2= 7,776$ $p= 0,051$	$\chi^2= 7,037$ $p= 0,071$	$\chi^2= 8,371$ $p= \mathbf{0,039}$	$\chi^2= 5,541$ $p= 0,136$	$\chi^2= 7,372$ $p= 0,061$
Çalışma statüsü	Kadrolu (n=273)	2,55 (1,00-3,78)	2,85 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-4,00)	2,75 (1,00-4,00)	2,73 (1,00-4,00)
	Sözleşmeli (n=9)	2,83 (1,83-2,89)	3,00 (2,14-3,43)	3,00 (1,60-3,40)	3,00 (2,13-3,00)	3,00 (2,40-3,20)
Test ve p değeri		$z= 1,847$ $p= 0,065$	$z=2,317$ $p= \mathbf{0,021}$	$z= 2,116$ $p= \mathbf{0,034}$	$z= 0,705$ $p= 0,481$	$z= 1,584$ $p= 0,113$
Çalışma şekli	Sürekli gündüz (n=47)	2,38 (1,00-3,39)	2,85 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-3,40)	2,50 (1,00-4,00)	2,66 (1,00-3,73)
	Vardiya (n=211)	2,61 (1,11-3,78)	3,00 (2,14-4,00)	2,80 (1,00-4,00)	2,87 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-4,00)
	Diğer (n=24)	2,27 (1,00-3,11)	2,71 (1,00-3,86)	2,30 (1,00-4,00)	2,62 (1,00-3,88)	2,46 (1,00-3,80)
Test ve p değeri		$\chi^2= 14,699$ $p= \mathbf{0,001}$	$\chi^2= 6,411$ $p= \mathbf{0,041}$	$\chi^2= 3,117$ $p= 0,210$	$\chi^2= 8,332$ $p= \mathbf{0,016}$	$\chi^2= 7,355$ $p= \mathbf{0,025}$
Çalışılan servisten memnun olma durumu	Memnun (n=145)	2,58 (1,00-3,61)	2,85 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-4,00)	2,87 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-3,80)
	Memnun değil (n=32)	2,61 (1,94-3,11)	3,00 (2,14-4,00)	2,70 (1,80-3,40)	2,62 (1,88-3,88)	2,83 (2,00-3,40)
	Kısmen memnun (n=105)	2,52 (1,11-3,78)	2,71 (1,00-3,86)	2,40 (1,00-3,80)	2,75 (1,00-4,00)	2,66 (1,13-4,00)
Test ve p değeri		$\chi^2= 0,885$ $p= 0,642$	$\chi^2= 6,387$ $p= \mathbf{0,041}$	$\chi^2= 7,041$ $p= \mathbf{0,030}$	$\chi^2= 0,171$ $p= 0,918$	$\chi^2= 1,210$ $p= 0,546$

Tablo 21'in Devamı

Mesleki özellikler	Gruplar	Yönetim ve Liderlik Med(Min-Max)	Çalışan Eğitimi Med(Min-Max)	Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama Med(Min-Max)	Bakım Ortamı Med(Min-Max)	Çalışan Davranışı Med(Min-Max)
İş yaşam kalitesi	Mükemmel (n=6)	1,44 (1,00-3,00)	1,50 (1,00-3,00)	1,90 (1,00-3,00)	1,37 (1,00-3,00)	1,36 (1,00-3,00)
	Çok iyi (n=24)	2,38 (1,00-3,39)	2,78 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-4,00)	2,43 (1,00-4,00)	2,66 (1,00-3,80)
	İyi (n=161)	2,61 (1,00-3,78)	3,00 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-4,00)	2,87 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-4,00)
	Kötü (n=79)	2,44 (1,11-3,39)	2,71 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-3,80)	2,62 (1,38-4,00)	2,66 (1,13-3,53)
	Çok kötü (n=12)	2,41 (1,67-3,06)	2,57 (2,14-3,29)	2,20 (1,60-3,20)	2,56 (2,13-3,13)	2,50 (1,60-3,00)
Test ve p değeri		$x^2= 11,265$ p= 0,024	$x^2= 5,905$ p= 0,206	$x^2= 4,169$ p= 0,384	$x^2= 7,540$ p= 0,110	$x^2= 8,811$ p= 0,066
İş doyum düzeyi	Çok iyi (n=14)	1,69 (1,00-2,83)	1,50 (1,00-3,00)	1,60 (1,00-3,00)	1,50 (1,00-2,88)	1,60 (1,00-3,00)
	İyi (n=79)	2,61 (1,00-3,61)	3,00 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-4,00)	3,00 (1,00-4,00)	2,93 (1,00-4,00)
	Orta (n=133)	2,61 (1,00-3,78)	2,85 (1,00-3,86)	2,80 (1,00-3,60)	2,75 (1,00-3,88)	2,80 (1,00-3,73)
	Kısmen kötü (n=22)	2,38 (1,00-3,11)	2,71 (1,14-3,29)	2,50 (1,00-3,40)	2,56 (1,63-4,00)	2,46 (1,00-3,07)
	Kötü (n=34)	2,44 (1,67-3,28)	2,71 (1,14-4,00)	2,20 (1,00-3,80)	2,68 (1,38-3,88)	2,66 (1,13-3,53)
Test ve p değeri		$x^2= 17,632$ p= 0,001	$x^2= 16,425$ p= 0,002	$x^2= 13,093$ p= 0,011	$x^2= 24,282$ p= 0,000	$x^2= 21,115$ p= 0,000
Mesleğini sevme durumu	Seviyor (n=201)	2,55 (1,00-3,72)	2,85 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-4,00)	2,75 (1,00-4,00)	2,73 (1,00-4,00)
	Sevmiyor (n=23)	2,44 (1,67-3,11)	2,71 (1,86-3,71)	2,40 (1,00-3,60)	2,62 (1,75-3,88)	2,53 (1,60-3,07)
	Kararsız (n=58)	2,61 (1,11-3,78)	2,85 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-3,80)	2,75 (1,25-3,88)	2,80 (1,00-3,53)
Test ve p değeri		$x^2= 0,802$ p= 0,670	$x^2= 0,550$ p= 0,759	$x^2= 0,039$ p= 0,981	$x^2= 0,607$ p= 0,738	$x^2= 1,276$ p= 0,528

Hemşirelerin çalışma özellikleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 20’de karşılaştırılmıştır. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Yönetim ve Liderlik alt boyut ortanca puan değerleri hemşirelerin çalışma şekli ($p=0,001$), iş yaşam kalitesi ($p=0,024$) ve iş doyum düzeyine göre ($p=0,001$) farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Yönetim ve Liderlik alt boyut ortanca puan değerlerinin vardiyalı çalışan ve iş yaşam kalitesini iyi olarak değerlendirenlerde daha yüksek, kurumlarındaki iş doyum düzeylerini çok iyi olarak tanımlayanlarda oldukça düşük olduğu belirlendi. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Yönetim ve Liderlik alt boyut ortanca puan değerlerinin hemşirelerin çalışma yılı ($p=0,095$), acil serviste çalışma yılı ($p=0,051$), çalışma statüsü ($p=0,065$), çalıştığı servisten memnun olma durumu ($p=0,642$) ve mesleğini sevme durumuna ($p=0,670$) göre farklılık göstermediği görüldü ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Çalışan Eğitimi alt boyut ortanca puan değeri hemşirelerin çalışma şekli ($p=0,041$), çalışma yılı ($p=0,039$), çalışma statüsü ($p=0,021$), çalışılan servisten memnun olma durumu ($p=0,041$) ve iş doyum düzeyine ($p=0,002$) göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Çalışan Eğitimi alt boyut ortanca puan değerinin sözleşmeli çalışanlarda, 1 yıl ve daha az süredir, vardiyalı çalışan ve çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerde daha yüksek olduğu, iş doyum düzeylerini çok iyi olarak tanımlayan hemşirelerde ise daha düşük olduğu belirlendi. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Çalışan Eğitimi alt boyut ortanca puan değerlerinin hemşirelerin acil serviste çalışma yılı ($p=0,071$), iş yaşam kalitesi ($p=0,206$) ve mesleğini sevme durumuna ($p=0,759$) göre farklılık göstermediği görüldü ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Beklenmedik Olay ya da Hata Raporlama alt boyut ortanca puan değeri hemşirelerin acil serviste çalışma yılı ($p=0,039$), çalışma statüsü ($p=0,034$), çalışılan servisten memnun olma durumu ($p=0,030$) ve iş doyum düzeylerine ($p=0,011$) göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Beklenmedik Olay ya da Hata Raporlama alt boyut ortanca puan değerinin acil serviste 1 yıldan daha az ve sözleşmeli çalışan, çalıştıkları servisten memnun olan hemşirelerde daha yüksek olduğu, çalıştıkları kurumdaki iş doyum düzeylerini çok iyi olarak tanımlayan hemşirelerde ise daha düşük olduğu belirlendi. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Beklenmedik Olay ya da Hata

Raporlama alt boyut ortanca puan değerlerinin hemşirelerin çalışma yılı ($p=0,078$), çalışma şekli ($p=0,210$), iş yaşam kalitesi ($p=0,384$) ve mesleğini sevme durumuna ($p=0,981$) göre farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Bakım Ortamı alt boyut ortanca puan değeri hemşirelerin çalışma şekli ($p=0,016$) ve iş doyum düzeylerine ($p=0,000$) göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Bakım Ortamı alt boyut ortanca puan değerinin vardiyalı çalışan hemşirelerde daha yüksek olduğu, iş doyum düzeylerini çok iyi olarak tanımlayan hemşirelerde oldukça düşük olduğu belirlendi. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Bakım Ortamı alt boyut ortanca puan değerleri hemşirelerin çalışma yılı ($p=0,135$), acil serviste çalışma yılı ($p=0,136$), çalışma şekli ($p=0,481$), çalıştığı servisten memnun olma durumu ($p=0,918$), iş yaşam kalitesi ($p=0,110$) ve mesleğini sevme durumuna ($p=0,738$) göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Çalışan Davranışı alt boyut ortanca puan değeri hemşirelerin çalışma yılı ($p=0,034$), çalışma şekli ($p=0,025$) ve iş doyum düzeylerine ($p=0,000$) göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Çalışan Davranışı alt boyut ortanca puan değerinin 1 yıl ve daha az ve vardiyalı olarak çalışan hemşirelerde daha yüksek olduğu, iş doyum düzeylerini çok iyi olarak tanımlayan hemşirelerde ise düşük olarak belirlendi. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Çalışan Davranışı alt boyut ortanca puan değerinin hemşirelerin acil serviste çalışma yılı ($p=0,061$), çalışma statüsü ($p=0,113$), çalıştığı servisten memnun olma durumu ($p=0,546$), iş yaşam kalitesi ($p=0,066$) ve mesleğini sevme durumuna ($p=0,528$) göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 22. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Düşünceleri İle Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları Ortanca Puan Değerlerinin Karşılaştırılması

Hasta güvenliği ile ilgili uygulamalar	Gruplar	Yönetim ve Liderlik Med(Min-Max)	Çalışan Eğitimi Med(Min-Max)	Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama Med(Min-Max)	Bakım Ortamı Med(Min-Max)	Çalışan Davranışı Med(Min-Max)
Hasta güvenliği eğitimi alma durumu	Almış (n=248)	2,55 (1,00-3,78)	2,85 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-4,00)	2,75 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-4,00)
	Almamış (n=34)	2,52 (1,67-3,39)	2,64 (1,57-3,43)	2,40 (1,40-3,40)	2,68 (1,88-3,25)	2,73 (1,60-3,27)
Test ve p değeri		z= 0,633 p= 0,527	z= -0,444 p=0,657	z= -0,424 p=0,672	z= -0,092 p= 0,927	z= 0,276 p= 0,782
Eğitimi yeterli bulma durumu (n=248)	Yeterli (n=198)	2,61 (1,00-3,78)	2,85 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-4,00)	2,87 (1,00-4,00)	2,86 (1,00-4,00)
	Yetersiz (n=50)	2,41 (1,11-3,17)	2,64 (1,00-3,29)	2,20 (1,00-3,20)	2,50 (1,38-3,63)	2,46 (1,13-3,33)
Test ve p değeri		z= -1,381 p= 0,167	z= -1,925 p=0,054	z= -2,943 p=0,003	z= -2,411 p= 0,016	z= -3,541 p= 0,000
Kurumda hasta güvenliği ile ilgili raporlama yapma durumu	Evet (n=156)	2,55 (1,00-3,72)	2,85 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-4,00)	2,68 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-4,00)
	Hayır (n=126)	2,61 (1,00-3,78)	2,85 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-4,00)	2,87 (1,00-4,00)	2,73 (1,00-3,73)
Test ve p değeri		z= 2,141 p= 0,032	z= 0,229 p=0,819	z= -1,131 p=0,896	z= 1,816 p= 0,069	z= 0,209 p= 0,834
Hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulma durumu	Yeterli (n=162)	2,63 (1,00-3,78)	2,92 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-4,00)	2,87 (1,00-4,00)	2,80 (1,00-4,00)
	Yetersiz (n=120)	2,50 (1,00-3,39)	2,71 (1,00-4,00)	2,60 (1,00-3,60)	2,62 (1,00-4,00)	2,66 (1,00-3,40)
Test ve p değeri		z= -2,228 p= 0,026	z= -1,397 p=0,162	z= -1,507 p=0,132	z= -1,407 p= 0,160	z= -1,748 p= 0,081

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarına Yönelik Düşünceleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği alt boyut ortanca puan değerleri Tablo 21’de karşılaştırılmıştır. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Yönetim ve Liderlik alt boyut ortanca puan değeri hemşirelerin çalıştıkları kurumda hasta güvenliği ile ilgili raporlama yapma ($p=0,032$) ve çalıştıkları kurumda hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulma durumlarına ($p=0,026$) göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Yönetim ve Liderlik alt boyut ortanca puan değerinin çalıştıkları kurumda hasta güvenliği raporlaması yapmayan ve çalıştıkları kurumda hasta güvenliği uygulamalarını yeterli bulan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlendi. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Yönetim ve Liderlik alt boyut ortanca puan değeri hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma ($p=0,527$) ve aldıkları eğitimi yeterli bulma durumlarına ($p=0,167$) göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Çalışan Eğitimi alt boyut ortanca puan değerlerinin de hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma ($p=0,657$), aldıkları eğitimi yeterli bulma ($p=0,054$), çalıştıkları kurumda hasta güvenliği raporlaması yapma ($p=0,819$) ve kurumlarındaki hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulma ($p=0,162$) durumlarına göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Beklenmedik Olay ya da Hata Raporlama alt boyut ortanca puan değeri hemşirelerin hasta güvenliği konusunda aldıkları eğitimi yeterli bulma durumuna ($p=0,003$) göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Beklenmedik Olay ya da Hata Raporlama alt boyut ortanca puan değerinin hasta güvenliği konusunda aldıkları eğitimi yeterli bulan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlendi. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Beklenmedik Olay ya da Hata Raporlama alt boyut ortanca puan değeri hasta güvenliği konusunda eğitim alma ($p=0,672$), hasta güvenliği ile ilgili raporlama yapma ($p=0,896$) ve kurumlarındaki hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulma durumlarına ($p=0,132$) göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Bakım Ortamı ve Çalışan Davranışı alt boyut ortanca puan değeri hemşirelerin hasta güvenliği konusunda aldıkları eğitimi yeterli bulma durumuna ($p=0,016$) göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Bakım Ortamı ve Çalışan Davranışı alt boyut ortanca puan değeri hasta güvenliği konusunda aldıkları eğitimi yeterli bulan

hemşirelerde daha yüksektir. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Bakım Ortamı ve Çalışan Davranışı alt boyut ortanca puan değerleri hasta güvenliği eğitimi alma ($p=0,927$), hasta güvenliği ile ilgili raporlama yapma ($p=0,069$) ve kurumlarındaki hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulma durumlarına ($p=0,160$) göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği puanı ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanı arasında 0,075'lik çok zayıf pozitif yönde bir korelasyon bulunmuş olmakla birlikte, hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği puanı arttıkça Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanının da arttığı belirlenmiştir ($p<0,213$).



5. TARTIŞMA

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin sunumu sırasında bireylere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık bakım sistemi ve bu sistem içinde yer alan sağlık bakım profesyonelleri tarafından alınan önlemlerin tamamı olmakla birlikte, nitelikli ve kaliteli sağlık hizmeti için gerekli görölen akreditasyon standartları arasında ilk sırada yer almaktadır. Sağlık bakım sisteminde sağlıklı/hasta bireyin tedavi ve bakımının her aşamasında öncelikli hedef hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Günümüzde bireylerin güvenli bir sağlık bakım hizmeti alabilmesi için, sağlık bakım kurumlarında iyi yapılandırılmış bir hasta güvenlik kültürünün oluşturulması son derece önemlidir. Sağlık bakım sunum sisteminde hasta güvenliğinin sağlanması, hem kurumların hem de çalışanların önemli bir sorumluluğu olmakla birlikte, bir kurumda hasta güvenlik kültürü oluşturulmasında, sağlık bakım profesyonellerine özellikle de hemşirelere önemli roller düşmektedir. Bu bölümde acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutum ve kültürünü etkileyen faktörler tartışılmıştır.

Bu çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%87,9) hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim aldığı ve aldıkları eğitimi (%80) yeterli bulduğu belirlenmiştir. Karaca ve Arslan'ın (2014) hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünü değerlendirmek üzere yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin %76,2'sinin hasta güvenliği konusunda bir eğitim aldığı, %91,3'ünün aldığı eğitimi yeterli bulduğu bildirilmiştir. Bu konuda yapılan diğer araştırmalarda hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma oranlarının %60,8 ile %68,3 arasında değiştii bildirilmiş olmakla birlikte, bu çalışmada hasta güvenliği eğitimi alan hemşire sayısının diğer araştırmalardan daha yüksek olduğu görölmüştür (Gürel ve Kanan, 2012; Bayar ve Akyolcu, 2013; Balık ve Kaya, 2014). Bununla birlikte bu çalışmada hasta güvenliği eğitimi alan hemşirelerin yaklaşık olarak yarısının (%44,1), sırasıyla güvenli ilaç uygulamaları, radyasyon güvenliği, tıbbi cihaz güvenliği, güvenli cerrahi uygulamalar, transfüzyon güvenliği, hastaların doğru kimliklendirilmesi, düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması konularında tekrar eğitim almak istemesi oldukça sevindirici bir bulgu olmakla birlikte, bu durum hemşirelerin çalıştıkları sağlık bakım ortamında birey, aile ve topluma hizmet sunarken hasta güvenliğine önem verdiklerini ve bu konuda duyarlı olduklarını düşündürmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin yaklaşık olarak yarısının (%55,3) alıştıkları kurumda hasta güvenliği ile ilgili raporlama yaptığı ve çalıştıkları kurumun hasta güvenlik uygulamalarını yeterli buldukları (%57,4) belirlenmiştir. Bu konuda yapılan bir çalışmada (Karaca ve Arslan, 2014) hemşirelerin %8,6'sının çalıştıkları kurumda hasta güvenliği ile ilgili raporlama yaptığı bildirilmiştir. Bu araştırmada hasta güvenliği ile ilgili raporlama yapma yüzdesinin Karaca ve Arslan'ın (2014) yapmış olduğu çalışmadan daha yüksek olduğu grlmüştür. Bu farkın bu araştırmanın Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ile niversite hastanesinde yürütülmesinden, bu kurumlarda hasta güvenliği ile ilgili kayıt ve rapor tutmanın zorunlu olmasından, buna karşın özel hastanelerin ise kurumsal prestijin zedelenmesini önlemek amacıyla hasta güvenliği ile ilgili raporlama yapmak istememelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hemşireler acil serviste en sık karşılaştıkları ve hasta güvenliğini tehdit eden olayları sırasıyla hasta düşmeleri (%23,4), ilaç uygulama hataları (%16,0) ve hasta bakım ve tedavisinde asepsiye dikkat edilmemesi (%14,2) olarak bildirmişlerdir. Tanrıkulu ve Elbaş'ın (2010) hemşirelerin hasta ve hemşire güvenliği açısından acil servislerin çalışma ortamına ilişkin görüşlerini belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada, hasta güvenliğini tehdit eden durumları hemşirelerin hastaya uygun olmayan koşullarda bakım ve tedavinin verilmesi, fiziki ortamın uygun olmaması ve el hijyenine dikkat edilmemesi olarak ifade ettikleri bildirilmiştir. Bu konuda yapılan diğer araştırmalarda ise hasta güvenliğini tehdit eden durumlar ilaç uygulama hataları, hastane enfeksiyonları, yatak yaraları, ameliyat sonrası komplikasyonlar ve bakım uygulama hataları olarak belirtilmiştir (nsal Atan ve ark. 2010; zata ve Altuncan 2010, ırpı ve ark., 2008). Hemşirelerin en sık karşılaştıkları ve hasta güvenliğini tehdit eden durumlar çalışmaların yrtldğu kliniklere göre farklılık göstermekle birlikte, bu çalışmada hasta düşmeleri hemşireler tarafından hasta güvenliğini tehdit eden durumlar arasında birinci sırada bildirilmiştir. Bu durumun acil servislerin yoğun olması nedeniyle bireylere çoğu zaman tanı, tetkik, bakım ve tedavinin sedyeler üzerinde yapılıyor olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Nitekim bu çalışmada sedyelerin uygun olmaması ve kenarlıkların kaldırılmaması (%22.7) hemşireler tarafından hastaların düşmesine neden olabilecek faktörler arasında, dördüncü sırada bildirilmiştir.

Bu çalışmada hemşireler acil serviste en sık karşılaştıkları ilaç uygulama hatalarını sırasıyla tedaviyi uygulama saatinin geciktirilmesi, hastanın ilaç alerjisinin sorgulanmaması, ilacın yanlış dozda uygulanması, ilacın yanlış zamanda yapılması, yanlış ilacın uygulanması, ilacın yanlış hastaya verilmesi ve ilacın yanlış yoldan uygulanması olarak bildirmişlerdir. Bu konuda yapılan diğer araştırmalarda ilaç uygulama hataları ilaç uygulaması öncesinde ve sonrasında el yıkanmaması, sözel order almanın yazılı hale getirilmemesi, enjeksiyon bölgesinin antiseptik solüsyonla silinmemesi, doğru yazılı order alınmaması, ilacın doğru teknikle hazırlanmaması, ilacın doğru teknikle uygulanmaması, ilaç uygulaması sonrasında atıkların bir kısmının/tamamının uzaklaştırılmaması, order edilmeyen ilacın uygulanması, order edilen ilacın verilmemesi veya atlanması ve doğru dozun uygulanmaması olarak bildirilmiştir (Sezgin ve Yıldırım, 2007; Aslan ve Ünal, 2005). Sağlık bakım kurumlarında özellikle acil serviste bakım sunulan hasta sayısının fazla olması ve aynı anda birden çok kişiye sağlık bakım hizmeti verilmesi nedeniyle ilaç uygulama hataları yönünden dikkatli olunmasının ve ilaç uygulamalarına yönelik protokollerin oluşturulmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada hemşireler ilaç uygulama hatalarının nedenlerini, hastanın ilaç alerjisinin olup olmadığının bilinmemesi, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, çalışma saatlerinin uzun olması, iş yükünün fazlalığına bağlı dikkat dağınıklığı ve işe konsantre olamama, hasta hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, ilaç uygulaması sırasında çalışma ortamının karmaşık ve yoğun olması, hastaya uygulanacak ilaç hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, ihtiyaç duyulan araç-gereç ve malzemenin bulunmaması, hastaya uygulanacak ilaç dozunun en az iki kez kontrol edilmemesi ve ilaç etiketlerinin okunmaması olarak bildirmişlerdir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da ilaç uygulama hatalarının nedenleri sağlık çalışanlarının yetersiz olması, iş yükünün fazla olması, mesleki eğitimin yetersiz olması, sağlık çalışanlarına görev dışı işler yüklemesi, yeterli sayıda sağlık personeli bulunmaması, çalışma ortamında iş stresinin yüksek olması, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, yorgunluk, kısa zamanda çok sayıda hastayı tedavi etme olarak bildirilmiştir. İlaç uygulama hataları en önemli tıbbi hatalardan biri olmakla birlikte literatürde de belirtildiği gibi bu durum hemşire sayısının az olmasından, çalışma saatlerinin uzun olmasından, hemşire başına düşen

hasta sayısının fazla olmasından ve iş yükünün fazlalığına bağlı olarak dikkat dağınıklığı ve yorgunluktan kaynaklanabilir (Aştı ve Kıvanç 2003; Sezgin ve Yıldırım 2007; Tansüyer ve Tengilimoğlu, 2010; Işık, 2012; Bayar ve Akyolcu, 2013).

Bu çalışmada hemşireler hasta düşme olaylarının nedenlerini hastanın bilincinin kapalı olması, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, hastaların yanında refakatçi bulunmaması, sedyelerin uygun olmaması ve kenarlıklarının kaldırılmaması, çalışma ortamının dağınık olması, sağlık bakım profesyonellerinin dikkatsiz/özensiz ve ihmalkar davranması, hastaların düşme riskini artırabilecek ilaçlar alması ve zeminin ıslak olması olarak bildirmişlerdir. Tanrıkulu ve Elbaş'ın (2010) yapmış oldukları çalışmada ise hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması ile birlikte hastanın bilinç durumu ile fiziksel durumunun düşmeleri etkilediği bildirilmiştir. Sağlık bakım kurumlarında güvenli ortamın sağlanması ve sağlıklı/hasta bireyin ikincil yaralanmalardan korunması son derece önemli bir konu olmakla birlikte literatürde de belirtildiği gibi sağlık bakım kurumlarında düşmeleri önlemek amacıyla, bir düşme ekibinin oluşturulması, düşmeleri önlemeye yönelik politikalar geliştirilmesi, hastaların düşme risklerinin tanınması, çevresel faktörlerin göz önünde bulundurulması, sağlık bakım profesyonellerinin bu konuda eğitilmesi, düşmelerle ilgili kayıt tutma ve raporlamanın yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir (ECRI, 2009).

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden alınan toplam puan ortalaması 152,26±22,54'dür. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alt boyutlarından İş Doyumu toplam puan ortalaması 31,35±8,91, Ekip Çalışması toplam puan ortalaması 46,32±8,52, Güvenlik İklimi toplam puan ortalaması 17,30±3,90, Yönetim Anlayışı toplam puan ortalaması 24,08±5,11, Stresi Tanılama toplam puan ortalaması 16,10±4,35 ve Çalışma Koşulları toplam puan ortalaması 18,36±3,90'dır. Balık ve Kaya'nın (2014) yapmış oldukları çalışmada ise, hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden alınan toplam puan ortalaması 133,12±23,56, Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alt boyutlarından İş Doyumu toplam puan ortalaması 36,67±9,02, Ekip Çalışması toplam puan ortalaması 31,71±67, Güvenlik İklimi toplam puan ortalaması 13,51±3,48, Yönetim Anlayışı toplam puan ortalaması 18,76±5,47, Stresi Tanılama toplam puan ortalaması 15,80±3,84 ve Çalışma Koşulları toplam puan ortalaması 16,67±4,01 olarak bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki bu farklılığın, araştırmanın farklı örneklem grubunda

gerçekleştirilmesinden ve aynı araştırma metodolojisi kullanılmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerlerinin eğitim durumlarına ($p=0,013$) göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerinin yüksek lisans, lisans yada ön lisans mezunu hemşirelerde daha yüksek olması beklenmesine karşın sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun araştırma kapsamına alınan grubun profesyonel ve kişisel özelliklerinden, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamalar hakkında yeterli bilgi sahibi olmamalarından ve bu duruma bağlı olarak kurumlarındaki mevcut hasta güvenliği uygulamalarını iyi olarak algılamalarından kaynaklanabilir. Literatürde hasta güvenliği ve kaliteli bakımın en önemli ön koşulu sağlık bakım profesyonellerinin eğitim düzeyi olduğu bildirilmiş olmakla birlikte, eğitim düzeyinin yükselmesine bağlı olarak bakımın kalitesinin artması ve hasta güvenliğini riske sokacak uygulamaların azalması beklenmektedir (Rosseter, 2014; Balık ve Kaya, 2014).

Bu çalışmada hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerlerinin hemşirelerin çalışma statüleri, çalıştıkları servisten memnun olma durumu, iş yaşam kalitesi, iş doyum düzeyleri ve mesleğini sevmeye durumlarına göre farklılık gösterdiği ($p<0,05$), yaş grupları, medeni durumları ve cinsiyetlerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerinin diğer gruplarla karşılaştırıldığında kadrolu olarak çalışanlarda, çalıştığı servisten memnun olanlarda, iş yaşam kalitesini mükemmel olarak değerlendirenlerde, iş doyum düzeyi çok iyi olanlarda ve mesleğini seven hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgu sağlık bakım kurumlarında kaliteli bir hizmet sunmada ve hasta güvenliğini riske edebilecek uygulamaları azaltmada sağlık bakım profesyonellerinin iş yaşam kalitesi ve iş doyumunun yükseltilmesinin, çalışma koşullarının iyileştirilerek mesleğe bağlılıklarının artırılmasının önemli olduğunu düşündürmektedir.

Balık ve Kaya'nın (2014) acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada araştırma bulgularımızla uyumlu olarak hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, hemşire olarak çalışma süresi ve acil serviste çalışma süresine

göre hasta güvenliği tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı buna karşın yaş grupları arasında Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Stresi tanılama alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerlerinin hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumu, aldıkları eğitimi yeterli bulma durumu ve kurumun hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerinin, hasta güvenliği ile ilgili eğitim alan, aldıkları eğitim ile çalıştıkları kurumlarda hasta güvenlik uygulamalarını yeterli bulan hemşirelerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu kurumların hasta güvenliğini sağlamaya yönelik olarak yapacakları eğitim ve uygulamaların, sağlık bakım profesyonellerinin bu konudaki bilgi ve farkındalıklarını artırmada son derece önemli olduğunu düşündürmektedir.

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puan ortalaması $2,56 \pm 0,52$ 'dir. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puan ortalaması 4,00'e yakın olmakla birlikte ölçek puan ortalamasının 4'e doğru yükselmesi olumlu hasta güvenliği kültürüne, 1'e doğru azalması ise olumsuz hasta güvenliği kültürüne işaret etmektedir. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Bakım ve Teknoloji alt boyut puan ortalaması $2,63 \pm 0,61$, Çalışan Davranışı alt boyut puan ortalaması $2,61 \pm 0,57$, Çalışan Eğitimi alt boyut puan ortalaması $2,60 \pm 0,64$, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama alt boyut puan ortalaması $2,49 \pm 0,63$ ve Yönetim ve Liderlik alt boyut puan ortalaması $2,48 \pm 0,51$ 'dir.

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ortanca puan değerinin hemşirelerin çalışma yılı, acil serviste çalışma yılı, çalışma şekli ve iş doyum düzeylerine göre farklılık gösterdiği ($p < 0,05$), çalışma yılı 1 yıldan az olan, acil serviste 1 yıldan az ve vardiyalı olarak çalışan, kurumlarındaki iş doyum düzeylerini iyi olarak tanımlayan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş gruplarına, medeni durumlarına, cinsiyetlerine, eğitim durumlarına, çalışma statülerine, iş yaşam kalitelerine ve mesleğini sevme durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0,05$). Erdağlı ve Özer (2013) cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını ve tükenmişlik durumlarını incelemek üzere yapmış oldukları çalışmada, araştırma bulgularıyla uyumlu olarak hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, araştırma bulgularına karşın

çalıştığı bölüm ve çalıştığı bölümü tercih durumuna göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığını bildirmişlerdir. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik olarak bu konuda yapılan diğer bir çalışmada ise (Karaca ve Arslan, 2014) hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları ile yaş grupları, eğitim durumları, çalıştıkları bölümler, kurumdaki pozisyonları ve mesleki deneyim değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirtilmiştir. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları ile sosyo-demografik ve çalışma özellikleri arasındaki ilişki yapılan çalışmalara göre değişiklik göstermekle birlikte bu durumun çalışma yapılan kurumdan, sağlık bakım profesyonellerinin kişisel ve mesleki özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ortanca puan değeri hasta güvenliği eğitimi yeterli bulma durumuna göre de farklılık göstermekle birlikte ($p<0,05$), Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ortanca puan değerinin aldıkları hasta güvenliği eğitimi yeterli bulan hemşirelerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Elde edilen bu bulgu, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve uygulamaları ile ilgili farkındalıklarını artırmaya yönelik hizmet içi eğitimlerin periyodik olarak düzenlenmesinin son derece önemli olduğunu düşündürmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalite programlarının en önemli konularından birisini hasta güvenliği oluşturmaktadır. Hasta güvenliği nitelikli sağlık hizmetlerinin birincil ve vazgeçilmez koşuludur. Hasta güvenliğinde amaç, hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyebilecek bir ortam yaratmaktır. Sağlık organizasyonlarında hasta güvenliğinin sağlanması, beraberinde bir davranış ve tutum değişimi gerektirmektedir. Hemşirelik hizmetlerinde ortaya çıkabilecek hatalı uygulama alanları hasta tanılama, izlem, bakım, tedavi hazırlama ve uygulama, iletişim hataları ve hastaların düşmesi gibi hasta güvenliği ile ilgili hatalar olup, bu hataları önlemede temel hedef hata oluşumunu engellemek veya ortadan kaldırmak, hastayı olası zararlardan korumak ve hasta güvenliğini sağlamaktır. Hasta güvenliğinin kurum için gerekliliği ve önemi vurgulanarak, güvenlik standartları belirlenmeli, sağlık çalışanları işe alındıkları ilk günden itibaren eğitime tabi tutulmalı, hasta güvenliği kültürü çalışanlarda oluşturulmalı ve bu konudaki farkındalıkları artırılmalıdır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Acil serviste çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve tutumunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma sonrasında aşağıdaki Ölçeği'nden bulgular elde edilmiştir:

Hasta Güvenliği Tutum alınan puan ortalaması $152,26 \pm 22,54$ 'dür. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alt boyutlarından İş doyumunu puan ortalaması $31,35 \pm 8,91$, Ekip çalışması puan ortalaması $46,32 \pm 8,52$, Güvenlik iklimi puan ortalaması $17,30 \pm 3,90$, Yönetim anlayışı puan ortalaması $24,08 \pm 5,11$, Stresi tanılama puan ortalaması $16,10 \pm 4,35$ ve Çalışma koşulları puan ortalaması $18,36 \pm 3,90$ 'dır.

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değeri eğitim durumlarına ($p=0,013$) göre farklılık göstermekle birlikte ($p<0,05$), Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerinin diğer gruplarla karşılaştırıldığında Sağlık Meslek Lisesi mezunu olan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerleri yaş grupları ($p=0,874$), medeni durumları ($p=0,17$) ve cinsiyetlerine ($p=0,333$) göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerleri hemşirelerin çalışma statüleri ($p=0,044$), çalıştıkları servisten memnun olma durumu ($p=0,000$), iş yaşam kalitesi ($p=0,000$), iş doyum düzeyleri ($p=0,000$) ve mesleğini sevme durumlarına ($p=0,004$) göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerinin diğer gruplarla karşılaştırıldığında kadrolu olarak çalışanlarda, çalıştığı servisten memnun olanlarda, iş yaşam kalitesini mükemmel olarak değerlendirenlerde, iş doyum düzeyi çok iyi olanlarda ve mesleğini seven hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortanca puan değerlerinin çalışma yılı ($p=0,657$) ve acil serviste çalışma yılı ($p=0,646$) özelliklerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puan ortalaması $2,56 \pm 0,52$ 'dir. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Bakım ve teknoloji alt boyut puan ortalaması $2,63 \pm 0,61$, Çalışan davranışı alt boyut puan ortalaması $2,61 \pm 0,57$, Çalışan eğitimi alt boyut puan ortalaması $2,60 \pm 0,64$, Beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyut puan

ortalaması $2,49 \pm 0,63$ ve Yönetim ve liderlik alt boyut puan ortalaması $2,48 \pm 0,51$ 'dir, Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği ortanca puan değeri hemşirelerin, yaş gruplarına ($p=0,591$), medeni durumlarına ($p=0,859$), cinsiyetlerine ($p=0,899$) ve eğitim durumlarına ($p=0,079$) göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği ortanca puan değeri hemşirelerin çalışma yılı ($p=0,028$), acil serviste çalışma yılı ($p=0,038$), çalışma şekli ($p=0,025$) ve iş doyum düzeyi ($p=0,000$) özellikleri yönünden farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Elde edilen bulgular doğrultusunda Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği ortanca puan değeri çalışma yılı 1 yıldan az olan, acil serviste 1 yıldan az ve vardiyalı olarak çalışan, kurumlarındaki iş doyum düzeyini iyi olarak tanımlayan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği ortanca puan değeri hemşirelerin çalışma statüsü ($p=0,062$), iş yaşam kalitesi ($p=0,123$) ve mesleğini sevme durumuna ($p=0,991$) göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği puanı ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanı arasında $0,075$ 'lik çok zayıf pozitif yönde bir korelasyon bulunmuş olmakla birlikte, hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği puanı arttıkça Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanının da arttığı belirlenmiştir ($p<0,213$).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Acil serviste hasta güvenliği kültürüne ilişkin düzenli ölçümlerin yapılarak mevcut durumun değerlendirilmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılması,
- Hemşirelerin hasta güvenliği kültür ve tutumuna yönelik farkındalıklarını artırmak amacıyla hizmet içi eğitim programlarının periyodik olarak düzenlenmesi,
- Sağlık bakım profesyonellerine yönelik olarak organize edilecek bu eğitimlerde uluslar arası hasta güvenliği hedeflerine yer verilmesi,
- Acil serviste yeni işe başlayan hemşirelere yönelik olarak yapılacak oryantasyon programlarında da hasta güvenliği kültürü ve tutumuna yer verilmesi,
- Hasta güvenlik kültürünü geliştirmeye yönelik olarak kurumda planlanan çalışmalara hemşirelerin de dahil edilmesi,
- Hasta güvenliğiyle ilgili kuruma özgü politika ve standartlar oluşturulurken ve uygulanırken komitede bir acil hemşiresinin yer alması,
- Acil serviste hastaların düşmelerini önlemeye yönelik protokoller oluşturulması ve uygulanması,
- Acil serviste çalışan hemşirelerin iş yüklerini azaltma amacına yönelik olarak kurumlarda iş gücü planlamasının yapılması,
- Sağlık bakım hizmetiyle ilgili programlar düzenlenerek ekip içi iletişimin artırılması,
- Hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının iyi belirlenmesi hemşirelik dışı işlerin yüklenmemesi,
- Hemşirelere uygun bir çalışma ortamının sağlanması, moral ve motivasyonlarının artırılması
- Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve tutumlarını etkileyen bireysel ve mesleki faktörlerin göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- AHRQ Comparative Database Report, Hospital Survey on Patient Safety Culture, 2008
<http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey08/hospdbch5.htm>, 2014.
- AHRQ Patient Safety Indicators, 2010a, Available from:
http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/software/sas/v42/psisas_documentationv42.pdf, 2015.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization and quality of care: Cross-national findings, Nursing Outlook, 2002; 50:187- 94.
- Akalın HE. Hasta Güvenliği Kültürü; Nasıl Geliştirebiliriz? ANKEM Dergisi. 2004; 18: 12-13.
- Akalın HE. Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği. HG Dergisi, 2007; 178: 32-35.
- Alfredsdottir H, Bjornsdottir K. Nursing and Patient Safety in the Operating Room, JAN, Original Research. 2007; 61(1): 29-37.
- Aslan Ö, Ünal Ç. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Parenteral İlaç Uygulama Hataları. Gülhane Tıp Dergisi. 2005; 47: 175-178.
- Aslaner MA, Özmen MM. Acil Servise Kritik Hasta Başvurusu ve Yoğun Bakım Yatışlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Ankara, Uzmanlık Tezi, 2014; 1-3.
- Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. Cerrahpaşa Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2000; 4(2): 22-27.
- Aştı T, Kıvanç M. Ağız Yolu İle İlaç Verilmesine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamaları. Atatürk Üniv HY Dergisi. 2003; 6(3): 14-19.
- Aydın Ş, Doğan S. Bir Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algılamaları. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Sivas, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 16-32.
- Aytaç N, Naharcı H, Öztunç G. Adana'da Eğitim Araştırma Hastanelerinin Yoğun Bakım Hemşirelerinde Hastane Enfeksiyonları Bilgi Düzeyi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2008; 9(3) : 9 – 15.
- Balık H, Kaya H. Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 1-27.

- Bayar H, Akyolcu N. Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi ve Ugulamaları. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 1-35.
- Baykal Ü, Şahin NH, Yazıcı S. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2009; 6 (2): 16-21.
- Berke D, Aslan EF. Cerrahi Hastalarını Bekleyen Bir Risk: Düşmeler, Nedenleri ve Önlemler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13(4): 72-77.
- Berkem R. Hasta Güvenliği ve Transfüzyonla Bulaş Sonrası Yapılması Gerekenler. ANKEM Dergisi. 2007; 21 (2):153-160.
- Bulut H. Acil Servislerde Hasta ve Yakınlarını Bilgilendirmenin Memnuniyet Üzerine Etkisi. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi. 2006; 12: 288-298.
- Canbolat Ç, Ayaz S. Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliğine İlişkin Görüşleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011; 7-16.
- Cebeci F. Hasta Güvenliğinde Acil Hemşirelerinin Rolü. Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri, Antalya, 2010; 2(1): 57-63.
- Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 188-196.
- Celkan T. Kan ve Kan Ürünleri Kullanımı ve Sorunlar. XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Hemşire Programı, 2004
- Çakır A, Tütüncü Ö. Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi AD, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 3-33.
- Çakmakçı M. Hasta Güvenliği: Bir Paradigma Değişimi, Çakmakçı M, Akalın EH, Editörler, Füsün Saytek TTB Raporları/Kitapları, 1. Baskı, Ankara, TTB yayınları, 2010; 13-17.
- Çakmakçı M. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği ve Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Görüşleri. Çakmakçı M, Akalın EH, Editörler, Füsün Saytek TTB Raporları/Kitapları, 1. Baskı, Ankara, TTB yayınları, 2010; 26-31.
- Çevik A, Holliman J, Yanturalı S. Acil Servis Hekimleri ve "Burn Out" Sendromu, Ulusal Travma Dergisi. 2003; 9(2) :4-85.
- Çınarlı T, Koç Z. Acil Servise Başvuran Yaşlılarda Düşme Risk ve Korkusunun Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun, Yüksek Lisans Tezi, 2014: 11-17.

- Çırpı F, Merih Y, Kocabey M. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; 2 (3): 26-33.
- Çoban İ, Yardımcı F. Ailelerin Hasta Güvenliği Konusundaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2012:10-33.
- Dalton GD, Samaropoulos XF, Dalton AC. Improvements in the Safety of Patient Care Can Help end The Medical Malpractice Crisis in the United States. Health Policy, 2008; 86: 153–162.
- Demir F, Dramalı A. Ameliyathanelerde İlaç Hataları, İçinde: Ulusal Cerrahi Kongresi, İzmir, Cerrahi Hemşireliği Sektörünü Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi. 2005; 165-177.
- Dilek N. Enfeksiyon Kapan Hastanelere Neşter. Aksiyon Haftalık Haber Dergisi 2005; 10 (570): 1-5, Erisim <http://www.aksiyon.com.tr/detay>, 2015.
- ECRI Healthcare Risk Control, 2009 www.ecri.org: https://www.ecri.org/Documents/secure/Risk_Quality_Patient_Safety.pdf, 2014.
- Enişte K. Çalışan Güvenliği. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalite Yönetim Bölümü, Bursa, 2006.
- Erdağlı S, Özer N. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2013:12-18.
- Erdil F. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Erdil F, Elbaş NÖ. Editörler, Cerrahi Hemşireliği, 4. Baskı, Ankara, Aydoğdu Ofset, 2001; 97-136.
- Ergün İ. Stres Nedir? <http://www.hackell.com/psikoloji/1712-stresyonetimi>, 2014.
- Erlen JA. Patient Safety, Error Reduction, and Ethical Practice, Orthopaedic Nursing 2007; 26(2): 130-133.
- Eroğlu KE, Esatoğlu EA. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi. Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği AD, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 11-110.

- Eroğlu E, Berk Y, Öksüz AS, Keser N, Mercan F. Sağlık Çalışanlarının Hata Bildirimi Alanında Eğitilmesi ve Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Antalya, Bildiriler Kitabı, 2009; (2), 76-83.
- Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktümen A, Sever M, Tunç MA. Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2006; 6(1): 25-35.
- Eşer İ, Khorshid L, Türk G, Toros F. Hemşirelerin İlaç Hatası Yapmalarına Yol Açabilecek Etkenlerin Saptanması. Ege Üniversitesi HYO Dergisi, 2007; 23 (2) : 81-91.
- Ertek M. Hastane Enfeksiyonları: Türkiye Verileri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Hastane Enfeksiyonları: Koruma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 2008; 60: 9-14.
- Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, Dewit M. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study, Quality and Safety in Health Care, 2006; 15: 39-43.
- Filiz E, Bodur S. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 1-15.
- Göçmen Z. Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programı İçeriğine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları, Ankara, Bilim Uzmanlığı Tezi, 2003; 7-18.
- Göl G. Bakım Kalitesi ve Hasta Güvenliği. 12. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresi, Sivas, Kongre Kitabı, 20-24 Ekim 2009.
- Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13: (2) 53-59.
- Göktaş S, Oktay S. Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 6-18.
- Gözlü K, Kaya S. Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. 6. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Isparta, Bildiriler Kitabı, 2012; 175-182.
- Gül İ, Tüzüner L. Kalite Yönetim Sistemi Çerçevesinde Hasta Güvenliği Kültürünün Çalışma Ortamı Açısından Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 22-43.

- Gülkaya E, Tezcan S. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde Yapılan Akreditasyon alışmaları Sürecinde, Yoğun Bakım nitelerinde alışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Programı, Ankara, Yüksek Lisans tezi, 2009; 5-35.
- Güneş A, elik Sř. Hemşirelerin İntravenöz Yoldan Potasyum Verilmesine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Hasta Güvenliği Yönünden Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 5-9.
- Gürel A, Kanan N. Ameliyathanede Hasta Güvenliğine İlişkin Ameliyathane Hemşiresinin Rolü. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 6-12.
- Güven R. Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi El Kitabı, 2007;411-422.
- Hakverdioğlu G. Hasta Güvenliği Kültürü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2011; 27 (1): 77-82.
- Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. Int J Health Care Qual Assur 2007;20: 620-632.
- Health Protection Agency (HPA). General Information on Healthcare Associated Infections 2010, <http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/Infections/AZ/HCAI/GeneralInformationOnHCAI>, 2014.
- Ilgaz S, Başal G. Sandvi Yapıda retilmiş Tekstil Yzeyinin Yatak Yarasının (Decubitus lcers) nlenmesindeki Etkilerinin Araştırılması. Ege Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Tekstil Mhendisliği Ana Bilim Dalı, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 2-6.
- Institute of Medicine, To Err is Human: Building a Safer Health System, Washington DC: National Academy Pres; 2000.
- International Council of Nurses (ICN). Safe Staffing Saves Lives, International Nurses Day Information and Action Tool Kit. Geneva, Switzerland, 2006.
- Institute of Medicine (IOM). Preventing Medication Errors, Washington. DC: National Academy Pres; 2006.
- İşık O. Hemşirelerin Bakış Açısıyla Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull 2012; 11(4): 421-430.
- İşlek E, Esatoğlu AE. Bir zel Dal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların ve Olası Nedenlerin Tanımlanması. Ankara

Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara, Yüksek lisans tezi, 2009:4-42.

JCI,: Joint Commission International Accreditation standarts For Hospital. JCI, Illinois, USA, 2008; 3:31-35.

Kaleli I. Hastane infeksiyonları. Galenos Dergisi. 2003; 7 (83): 17-22.

Kanan N. Acil Birimlerde Ekip İlişkileri. Hemşirelik Dergisi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları, 2002; 9(48): 99-107.

Karaca A, Arslan H. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2014; 1(1): 9-18.

Kaya S. Hasta Güvenliği Kültürü Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? Hasta Güvenliği Dergisi. 2009; 1: 32-34.

Kaymakçı Ş. Ameliyathanede Karşılaşılan Yasal Sorunlar. 2. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu, İzmir, Bildiri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, 2001; 45-50.

Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH. Nurses' Perception of error reporting and patient safety culture in Korea, West J Nurs Res, 2007; 29: 827-44.

Kopp BJ, Erstad LB, Allen ME, Theodorou AA, Priestley G. Medication Errors and Adverse Drug Events in An Intensive Care Unit: Direct Observation Approach for Detection, Crit Care Med 2006; 34(2): 415- 425.

Kuğuoğlu S, Selimen D. Acil Bakım, 3.Baskı, Yüce Yayım, İstanbul, 2004; 3-10.

Kuş H. Sağlıkta Akreditasyon ve Hasta Güvenliği, Sağlık Bakanlığı, Başhemşire ve Eğitim Hemşireleri Hizmet İçi Eğitim Programı Sunumu, Ankara,, 9 Mart 2004.

Mete S, Uslusoy E. Hemşirelikte İlaç Uygulama Hataları. Hemşirelik Forumu 2006; 36-41.

Mrayyan MT, Shishani K, Al-Faouri I. Rate, Causes and Reporting of Medication Errors in Jordan: nurses' perspectives, urnal of Nursing Management 2007; 15: 659-670.

Mülayımoğlu A, Ayaz S. Halk Eğitim Merkezine Devam Eden Bireylerin Hasta Güvenliğine İlişkin Görüşleri ve Tıbbi Hatalarla İlgili Deneyimleri. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 6-21.

- NCC MERP (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention), Defining the Problem and Developing Solutions, 2005.
- NPSA (National Patient Safety Agency), Seven Steps to Patient Safety ,London : NPSA ,2004.
- NPSA (National Patient Safety Agency), Seven Steps To Patient Safety, London: NPSA, 2003.
- Ocak U, Avşaroğulları ÖL. Acil servisteki kritik hastaların yakınlarının beklenti ve gereksinimleri. Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Kayseri, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2013: 1-7.
- Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Günerli A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital, Croatian Medical Journal, 2003; 44(5): 91-585.
- Onganer E. Hastalar İçin Hasta Güvenliği. Çakmakçı M, Akalın EH, Editörler, Füsün Saytek TTB Raporları/Kitapları, 1. Baskı, Ankara, TTB yayınları, 2010; 67-69.
- Ovalı F. Hasta Güvenliği Yaklaşımları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2010; 1: 33-43.
- Öğün B, Aslan FE. Ameliyathanede Hasta Güvenliğinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, Ameliyathane Hemşireliği, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2008; 9-28.
- Önler E, Akyolcu N. Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, İstanbul, Doktora Tezi, 2010; 3-38.
- Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri Ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2010 : 8 (2) :100 -111
- Özata M, Aslan Ş. Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Kırılmaz H, Editör, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Bildiriler Kitabı Cilt I, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2010; 377-388.
- Pehlivanoğlu F. Kan Transfüzyonu Uygulamaları Hemşire Anketi; Doğrular, Doğru Bilinenler, Değişenler, Hatalar. Haseki Tıp Bülteni. 2011; 49: 145-149.
- Pittet D, Donaldson SL. Clean Care is Safer Care: The First Global Challenge of The WHO World Alliance for Patient Safety, Infection Control And Hospital Epidemiology. 2005; 26(11): 891-894.

- Preston RM. Drug errors and patient safety: the need for a change in practice, Br J Nurs 2004; 13: 72-78.
- Prot S, Fontan, JE, Alberti C, Bourdon O, Farnoux C, Macher MA. Drug Administration Errors and Their Determinants in Pediatric In-Patients, International Journal Quality in Health Care, 2005; 17(5): 381-389.
- Reason J. Human error: models and management, BMJ. 2000; 320: 768-770.
- Robinson AR, Hohmann KB, Rifkin JI, Topp D, Gilroy CM, Pickard JA, Anderson RJ. Physician and public opinions on quality of health care and the problem of medical errors. Arc Intern Med. 2002;162(2186): 90.
- Rosseter RJ. The Impact of Education on Nursing Practice. 2014, <http://www.aacn,nche.edu/media-relations/EdImpact.pdf/2014>.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Sağlık Bakanlığı. <http://bilgiedinme,saglik.gov.tr/>, 2014.
- Sandars J. The Scope of the Problem, In J, Sandars and G Cook (Eds). ABC of Patient Safety . Blackwell Publishing: Oxford, 2007a.
- Saray Kılıç H, Elbaş NÖ. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Doktorların Hasta Güvenliği Hakkındaki Bilgileri ve Tıbbi Hataların Bildirilmesi Hakkındaki Görüşleri. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2009: 6-36.
- Savcı C, Kaya H, Acaroğlu R, Kaya N, Bilir A, Kahraman H, Gökerler N. Nöroloji ve Nöroşirürji Kliniklerinde Hastaların Düşme Riski Düzeyi ve Alınan Önlemlerin Belirlenmesi. Türk Nöroşirürji Dergisi. 2007; 17(Ek Sayı): 14-20.
- Scherer D, Fitzpatrick J. Perceptions of patient safety culture among physicians and RNs in the peroperative area. AORN Journal 2008;87: 75-163.
- Sezgin B, Yıldırım A. Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007: 7-75.
- Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J. et al, The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data and emerging research, BMC Health Services Research 2006; 6(1):1-10.
- Şen S, Er S, Sevil Ü. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Antalya, Bildiriler Kitabı. 2009; 2: 24-33.

- Tak B. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması. Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2010; 72 – 108.
- Tang FI, Sheu SJ, Yu S, Wei IL, Chen CH. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. Journal of Clinical Nursing, 2007; 16: 447-457.
- Tanrikulu G, Elbaş NÖ. Hemşirelerin Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Acil Servislerin Çalışma Ortamına İlişkin Görüşleri. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 16-32.
- Tansüyer T, Tengilimoğlu D. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2010: 7-70.
- Taş Arslan F, Aldem M. Pediatri kliniklerinde çalışan hemşire ve ebelerin hasta güvenliğine yönelik uygulamaları, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2014;13(3) TAF Prev Med Bull 2014;13(3):209-216.
- T.C. Resmi Gazete. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. Sayı: 27897, 6 Nisan 2011.
- The Joint Commission (JCI). Accreditation Program: Hospital National Patient Safety Goals. 2011a. http://www.jointcommission.org/Nurses/nurse_staffing.htm. 2015.
- The Joint Commission (JCI). A Follow-Up Review of Wrong Site Surgery. 2001. http://www.jointcommission.org/Nurses/nurse_staffing.htm. 2015.
- The Joint Commission (JCI), Health care at the crossroads: strategies for addressing the evolving nursing crisis. 2002
- http://www.jointcommission.org/Nurses/nurse_staffing.htm. 2015.
- The Joint Commission (JCI), National Patient Safety Goals Effective, http://www.jointcommission.org/Nurses/nurse_staffing.htm. 2015.
- Tekingündüz S, Esatoğlu AE. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi ve Acil Olmayan Kullanımın Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Bilim Uzmanlığı Tezi, 2003; 4-14.
- Teleş M, Kaya S. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları İle Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 41-62.

- Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, Howard KM, Weiler PC, Brennan TA. Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. *Medical Care*. 2000; 38: 261-271.
- Tunçel K, Sökmen S. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi ve Hasta Güvenliği Uygulamaları. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim AD, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 4-24.
- Türkmen E, Baykal Ü, Seren Ş, Altuntaş S. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011; 14: 4.
- Tütüncü Ö, Küçükusta D, Yağcı K. Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2007; 9(1): 519-533.
- Uluhan R. Güvenli Kan. *ANKEM Dergisi*. 2007; 21: 142-145.
- Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN): 2006 Uluslararası Hemşirelik Günü Teması: "Sağlıklı İstihdam Hayat Kurtarır". *Bilgi Eylem Klavuzu*, 2006.
- Uzun Ş, Arslan F. İlaç Uygulama Hataları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008, 28: 217-222.
- Victorian Government Department of Human Services. *Minimising the Risk of Falls & fall-related Injuries*. 2004.
- Yetginlioğlu Ö, Öğüt A. Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi, Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Yönetim Organizasyon Bilim Dalı, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 13-28.
- Yıldırım Ö. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon. [www.kalder.org.tr/genel/15 kongre/sunumlar/ozlem_yildirim.ppt](http://www.kalder.org.tr/genel/15_kongre/sunumlar/ozlem_yildirim.ppt). 16,11,2014.
- Youngberg BJ. *Principles fo Risk Management and Patient Safety*, London: Jones and Bartlett Publishers. 2011.
- World Health Organization: *European Regional Patients for Patient Safety Workshop Report*. Dublin. 2007.
- World Health Organization: *World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2008-2009*. France. World Health Organization. 2008.

EKLER

Ek-1 Anket Formu

ACIL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE TUTUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Değerli Meslektaşlarım;

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

Katılımınız için teşekkür ederim.

(YL Öğrenci) Azize AYDEMİR
OMÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı

1.Yaşınız:

2.Medeni durumunuz: ()Evli ()Bekar

3.Cinsiyet: ()Kadın ()Erkek

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

5.Acil serviste göreviniz: ()Servis hemşiresi ()Servis sorumlu hemşiresi

6.Kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız?.....

7. Acil serviste kaç yıldır çalışmaktasınız?

8.Servisinizde çalışan toplam hemşire sayısı:

9.Hastanedeki çalışma statünüz: ()Kadrolu ()Sözleşmeli

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

11.Çalıştığımız servisten memnun olma durumunuz:

()Memnunum ()Memnun değilim ()Kısmen memnunum

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

13.Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?

14. Günlük ortalama acil servise başvuru yapan hasta sayısı:

15.İş yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

()Mükemmel ()Çok iyi ()İyi ()Kötü ()Çok kötü

16.Çalıştığımız kurumda iş doyum düzeyinizi nasıl tanımlarsanız?

()Çok iyi ()İyi ()Orta ()Kısmen kötü ()Kötü

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

Ek-1'in devamı

18.Cevabınız evet ise hasta güvenliğiyle ilgili aldığınız bu eğitimi yeterli buldunuz mu?

()Evet ()Hayır

19.Hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim almak ister misiniz? ()Evet ()Hayır

20.Cevabınız evet ise hasta güvenliği ile ilgili hangi konularda eğitime ihtiyacınız var? (Birden fazla işaretlenebilir.)

()Hastaların doğru kimliklendirilmesi ()Güvenli ilaç uygulamaları ()Transfüzyon güvenliği
()Güvenli cerrahi uygulamaları ()Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
()İletişim ()Radyasyon güvenliği ()Tıbbi cihaz güvenliği ()Diğer(belirtiniz):

21. Hasta güvenliğine yönelik olarak raporlama yapıyor musunuz? ()Evet ()Hayır

22.Cevabınız evet ise hasta güvenliği ile ilgili hangi konularda raporlama yapıyorsunuz?

()Düşme ()Kimliklendirme ()Diğer(belirtiniz):

23.Acil serviste hasta güvenliğini tehdit eden ve en sık karşılaştığınız olayları işaretleyiniz.(Birden fazla işaretlenebilir.)

() İlaç uygulama hataları () Hasta düşmeleri () Yanlış kan transfüzyonu
() Yatak başı bakımda vital bulgulardaki değişikliklerin atlanması
() Uygun olmayan fiziki ortam
() Hasta bakım ve tedavisinde el hijyenine dikkat edilmemesi
() Hasta bakım ve tedavisinde aseptik kurallara dikkat edilmemesi
() Sözel veya fiziksel şiddetin uygulanması
() Uygun olmayan koşullarda (sedye üstünde, farklı hastalık gruplarının aynı ortamda bulunma)
hastaya bakım ve tedavinin verilmesi () Diğer (belirtiniz):

24. Servisinizde en sık karşılaştığınız ilaç uygulama hata tipleri nelerdir? (Birden fazla işaretlenebilir.)

() Yanlış uygulama yolu () Yanlış uygulama zamanı () Yanlış hasta () Yanlış doz
() Yanlış ilaç () Tedavi uygulama saatinin geciktirilmesi
() Hastanın ilaç alerjisinin sorgulanmaması () Diğer (belirtiniz):

25. Servisinizde ilaç uygulama hataları oluyorsa, sizce bunların neden/nedenleri nelerdir? (Birden fazla işaretlenebilir.)

() Hastaya uygulanacak ilaç hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması
() Hasta hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması
() Hastanın ilaç alerjileri hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması
() İlaç etiketlerinin okunmaması
() İhtiyaç duyulan araç-gereç ve malzemenin serviste bulunmaması
() Uygulanacak ilaç dozunun en az iki kez kontrol edilmemesi
() İlaç uygulaması sırasında çalışma ortamının karmaşık ve yoğun olması
() Çalışma saatlerinin uzun olması
() Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması
() İş yükünün fazlalığına bağlı dikkat dağınıklığı ve işe konsantre olamama
() Diğer (belirtiniz):

26. Servisinizde hasta düşme olayları oluyorsa, sizce bunların neden/nedenleri nelerdir? (Birden fazla işaretlenebilir.)

() Hastaların düşme risklerini artırabilecek ilaçlar alması
() Sedyelerin uygun olmaması ve kenarlıklarının kaldırılmaması
() Hastanın bilincinin kapalı olması () Zeminin ıslak olması
() Sağlık bakım profesyonellerinin dikkatsiz/özensiz ve ihmalkar davranması
() Hastaların yanında refakatçi bulunmaması () Çalışma ortamının dağınık olması
() Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması () Diğer (belirtiniz):

27.Kurumunuzdaki hasta güvenliği uygulamalarını yeterli buluyor musunuz?

()Evet ()Hayır

Ek-1'in devamı

HASTA GÜVENLİĞİ TUTUM ÖLÇEĞİ

5- “tamamen katılıyorum”, “4-katılıyorum”, “3- kısmen katılıyorum”,
“2- katılmıyorum”, “1-kesinlikle katılmıyorum”

Ölçek Maddeleri	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
İş Doyumu					
1. Performansım hakkında geri bildirim alırım (bilgilendirilirim)					
2. Hastane yönetimi işini iyi yapar					
3. Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.					
4. Bu hastanede çalışmak büyük bir hastanenin parçası olmak gibidir.					
5. Bu hastanede problemleri doktor ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenilir.					
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 yararlanılır.					
11. Hastanede işimi etkilenebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.					
Ekip Çalışması					
12. Hastalara bakım verirken, ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardım eder.					
13. Bu birimde çalışanlar, anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.					
14. Bu birimde ahlaki (etik) değerler yüksektir.					
15. Acil durumlarda diğer personelin ne yapacağını bilirim.					
16. Bu birimde görüş farklılıkları hasta yararı (kimin haklı olduğundan çok neyin iyi olduğu gibi) dikkate alınarak çözülür.					
17. Gerçekten profesyonel olan çalışanlar kişisel problemlerini işine yansıtmaz.					
18. Bu hastanede çalışanlar arasında ekip çalışması ve işbirliği desteklenir.					
19. Hasta güvenliği ile ilgili bir sorun olduğunda bunu 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 soruları sormak için uygun yolları (kanalları) bilirim.					
23. Bu birimde doktor ve hemşireler uyumlu bir ekip olarak çalışır.					
Güvenlik iklimi					
24. Bu birimde olay raporlarıyla ilgili bilgiler, hasta bakımının güvenliğini sağlamada kullanılır.					
25. Bu birimde güvenli raporlama sistemlerinden hasta güvenliğini geliştirmede yararlanılır.					
26. Bu birimde hasta güvenliği ile ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyulur.					
27. Bu birimde gerektiğinde tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini bilirim.					
28. Hasta güvenliği, bu birimin önceliği olarak sürekli önemsenir.					
Yönetim anlayışı					
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 oryantasyonu ve hizmet içi eğitimi iyi yapılır.					
32. Bu birimdeki tüm personel hasta güvenliği ile ilgili sorumluluk alır.					
33. Hastane yönetimi hasta güvenliği ile ilgili konularda taviz vermez.					
34. Hastane yönetimi, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarımı eksiksiz yürütmemi destekler.					
35. Tanı ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.					

Ek-1'in devamı

Stresi tanımlama					
36.Acil durumlardaki yorgunluğum performansımı olumsuz etkiler.					
37.Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yorgunluğum 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.					
Çalışma koşulları					
41.Bu birimde hizmetin aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır.					
42.Çalışanlar bu birimde oluşturulan kural ve prosedürleri (el yıkama, tedavi protokolleri/klinik yollar gibi) sıklıkla önemsemezler.					
43.İşimde hayal kırıklığı yaşıyorum					
44.Bu birimdeki doktorlar dahil tüm çalışanlar, işlerini iyi yapar.					
45.İşimde kendimi tükenmiş hissedirim.					
46.Bu birimde hemşirelik eğitimi alanlar (öğrenciler) uygun şekilde desteklenir.					

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ

“1. tamamen katılmıyorum”, “2. katılmıyorum”, “3. katılıyorum”, “4. tamamen katılıyorum”

Ölçek Maddeleri	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
YÖNETİM VE LİDERLİK				
1.Tepe yönetim çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.				
2.Sunulan tüm hizmetler hasta güvenliği açısından değerlendirilir.				
3.Hasta güvenliği ile ilgili nelerin olduğu konusunda görüş birliği vardır.				
4.Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır.				
5.İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (isim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb önlemler alınır.				
6.Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır.				
7.Çalışanların kurumdan ayrılmalarını azaltıcı önlemler alınır.				
8.Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömoni oranları, düşmeler vb göstergelerden yararlanılır.				
9.Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda mortalite oranları, nazokomiyal enfeksiyon oranları vb göstergelerden yararlanılır.				
10.Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde hasta güvenliği ile ilgili kriterlere yer verilir.				
11.Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler, yöneticiler tarafından dikkate alınır.				
12.Hasta ve ailesine kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.				
13.Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine (özür dileme ve tazminat ödeme) çalışılır.				
14.Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.				
15.Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreci kullanılır.				
16.Çalışanlar hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.				
17.Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.				
18.Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.				
ÇALIŞANLARIN EĞİTİMİ				
19.Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konularına önem verilir.				
20.Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı uygulanır				
21.Tüm çalışanlara iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.				

Ek-1'in devamı

22.Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay hataları tanımlama ve raporlama süreçleri, vb) eğitimler düzenli olarak verilir.				
23.Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.				
24.Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.				
25.Hasta güvenliği eğitim programlarında isim verilmeden gerçek olay raporlarından yararlanır.				
BEKLENMEDİK OLAY VE HATA RAPORLAMA				
26.Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.				
27.Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.				
28.Beklenmedik olay ve hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.				
29.Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.				
30.Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.				
BAKIM ORTAMI				
31.Kurumumuzun fiziksel yapısı, hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.				
32.Mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde, hasta güvenliği kriterleri göz önüne alınır.				
33.Kurumumuzun tümünde kullanılan malzeme, cihaz ve teknolojiler standardize edilmiştir.				
34.Kurumumuzda tüm tıbbi kayıtlar elektronik ortamda tutulur.				
35.Tıbbi malzeme ve ilaçlar için barkodlama sistemleri kullanılır.				
36.Kurumumuzda kullanılan tüm alet ve ekipmanın bakımı (kalibrasyon ayarı) düzenli olarak yapılır.				
37.Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb) kullanılır.				
38.Kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınır.				
ÇALIŞAN DAVRANIŞI				
39.Çalışanlar hasta güvenliği ile ilgili kalite kriterlerini bilir.				
40.Çalışanlar hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir.				
41.Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder.				
42.Çalışanlar hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandırmada meslektaşları tarafından cesaretlendirilir.				
43.Çalışanlar, hatalar oluştuğunda, hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır.				
44.Çalışanlar hasta güvenliği konusundaki kurumsal hedefleri bilir.				
45.Çalışanlar hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır.				
46.Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır.				
47.Çalışanlar hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır				
48.Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır.				
49.Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır.				
50.Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır.				
51.Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır.				
52.Tüm çalışanlar (tüm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme) katılır.				
53.Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalininfüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.				

Ek-2 Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği İzni

Date: Wed, 18 Jun 2014 00:56:04 -0700

From: ulkubay@yahoo.com

Subject: Re: Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Kullanım İzni

To: zelihaceren@hotmail.com

CC: nevinsahin34@yahoo.com; serap342002@yahoo.com; ulkubay@yahoo.com

Zeliha hanım,

Türkçeye uyarladığımız ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarız. Ölçeğe ait tüm bilgileri yayınlandığı makalede (ekte gönderilen) bulabilirsiniz, ayrıca sorunuz olduğunda da yardımcı oluruz.

Çalışmanızda başarılar dileriz.

Doç.Dr. Ülkü BAYKAL

Hemsirelikte Yönetim AD Öğretim Üyesi

Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hem irelik Fakültesi

Tel:0212 440 00 00 /27034

Fax: 0212 224 49 90

On Wednesday, June 18, 2014 10:24 AM, Zeliha Koç <zelihaceren@hotmail.com> wrote:

Sayın hocam,

Sexton ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Türkçe uyarlaması Şahin ve Altuntaş ile birlikte tarafınızdan yapılmış bulunan, "Hasta Güvenliği Tutum Ölçeğini" Tez Danışmanlığını yürütmekte olduğum Yüksek Lisans öğrencim Azize Aydemir'in " Acil Serviste Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Tutumunu Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmasında kullanabilmemiz için gerekli iznin verilebilmesi hususunu arz ederim. Ölçek kullanımı tarafınızdan uygun görüldüğü takdirde ölçek maddeleri ile ölçeğin değerlendirme sürecini ilişkin bilgi verebilerseniz son derece memnun oluruz.

Desteğinize çok teşekkür eder, saygılar sunarız.

Doç.Dr. Zeliha KOÇ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Samsun Sağlık Yüksekokulu

Samsun

Ek-3 Hasta Güvenliği Kùltùrù Òlçeđi İzni

From: EMTURKMEN@ku.edu.tr
To: zelihaceren@hotmail.com
CC: serap342002@yahoo.com; seydaseren@gmail.com; ulkubay@yahoo.com
Date: Sun, 22 Jun 2014 07:26:56 +0300
Subject: RE: Hasta Güvenliği Kùltùrù Òlçeđi Kullanım İzni

Sayın Koç,

Atıfta bulunmak kaydı ile kullanabilirsiniz. Hasta güvenliği kùltùrù ile ilgili iki makalemiz ekte. Sorunuz olursa lùtfen arayınız. Kolaylıklar dileğiyle.

Emine Tùrkmen
0533 719 93 70

On Wednesday, June 18, 2014 10:24 AM, Zeliha Koç <zelihaceren@hotmail.com> wrote:

Sayın hocam,

Sexton ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Tùrkçe uyarlaması Şahin ve Altuntaş ile birlikte tarafınızdan yapılmış bulunan, "Hasta Güvenliği Tutum Òlçeđini" Tez Danışmanlığını yùrùtmekte olduğum Yùksek Lisans oğrencim Azize Aydemir'in " Acil Serviste Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kùltùrù ve Tutumunu Etkileyen Faktùrler" konulu tez çalışmasında kullanabilmemiz için gerekli iznin verilebilmesi hususunu arz ederim. Òlek kullanımı tarafınızdan uygun gùrùldùđù takdirde òlek maddeleri ile òleđin değerlendirme sùrecini ilişkin bilgi verebilerseniz son derece memnun oluruz.

Desteđinize çok teřekkùr eder, saygılar sunarız.

Doç.Dr. Zeliha KOÇ
Ondokuz Mayıs Ùniversitesi
Samsun Sağlık Yùksekokulu
Samsun

Ek-4 Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/ 1129

25.09.2014

Sayın : Doç. Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Acil serviste çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve tutumunu etkileyen faktörler** başlıklı OMÜ KA EK 2014/741 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 24.07.2014 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir
Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.A.Tevfik SÜNER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Başkan Yrd.

Ek-5 Kamu Hastaneler Birliği İzni



T.C
SAĞLIK BAKANLIğI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 54103609/044
Konu : Anket

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 24.06.2014 tarihli ve 2014.1083583.2.3396 sayılı yazı.

İlgi yazıya istinaden; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Hemşireliği Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Azize AYDEMİR tarafından "Acil Serviste Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Tutumunu Etkileyen Faktörler" konulu ilgili anket çalışmalarını hastanenizde yapması uygun görülmüş olup;

Araştırmanın Birliğimize bağlı sağlık tesislerinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip etmediğinin tetkiki ve araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla anket çalışmasına izin verilmiştir.

Gereğini rica ederim.

İbrahim KÜÇÜK
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:

- 1- Tez Çalışması
- 2- Tarama_20140624142824
- 3- Tarama_20140624142849

DAĞITIM:

Tüm Sağlık Tesislerine

Eğitim Hizmetleri Adalet Mh. 100. Yıl Bul. No:232 İlkadım/SAMSUN
A tılı bilgi için: Murat KAPLAN Tel: 311 2500 / 1508 Faks: 0362 3112528

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 82175417-6cc9-40dd-ba87-97313d69fd58 kodu ile erişebilirsiniz.

Ek-6 OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 15374210-000/3013
Konu : Anket Çalışması Hk.

09/07/2014

Sn.Azize AYDEMİR
Hemşire

01/07/2014 tarihli dilekçeniz ile "Acil Serviste Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Tutumunu Etkileyen Faktörler" konulu anket çalışmasını acil serviste çalışan hemşirelere yapma isteğinizin uygun görüldüğünü belirtir Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığının 07/07/2014 tarih ve 105 sayılı yazıları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof.Dr.Mustafa Bekir SELÇUK
Başhekim

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Telefon : 0362 3121919-2327
e-posta : hastane@omu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Genel Evrak - Personel Birimi
Faks : 0362 4576029
Elektronik Ağ : <http://hastane.omu.edu.tr/>

Ek-7 OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

1937



Sayı : 85620421-044/105
Konu : Anket Çalışması Hk.

07/07/2014

BAŞHEKİMLİK MAKAMI

İlgi:03/07/2014 tarih ve 15374210-000/2895-6657 sayılı yazıya istinaden.

Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Azize AYDI:MİR'in "Acil Serviste Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Tutumunu Etkileyen Faktörler" konulu anket çalışmasını acil serviste yapması Anabilim Dalımızca uygundur.

Gereği bilgilerinize arz olunur.

Prof.Dr.Yücel YAVUZ
ANABİLİM DALI BAŞKANI

DAĞITIM:
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezine

15374210 [207] - 8390

Sn. A. Dan
07.7.14
[Signature]

07 Temmuz 2014

07/07/2014 HASTABAKICI : M.KARAKURT

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Azize AYDEMİR

Doğum Yeri: Samsun /Çarşamba

Doğum Tarihi: 12/08/1975

Medeni Hali: Bekar

Mesleği: Öğretim Görevlisi

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

OMÜ Ordu Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 1996

Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü 2007

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2011

OMÜ Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans Programı 2013-2015

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Ondokuz Mayıs Üniversitesi MYYBÜ 2000-2008

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kadın Doğum Servisi 2008-2010

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Genel Cerrahi Servisi 2010-2014

Bozok Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO 2014- Halen

E-posta: azize.aydemir@bozok.edu.tr