



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
KURUMLARINDAKİ HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ
ALGILARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

ŞERİFE CEVAHİR ERTEK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. ESRA KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

İSTANBUL- 2016

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince yardım ve desteğini esirgemeyen, sabır ve anlayışla beni yönlendiren, değerli tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. ESRA KÖROĞLU ÇAMDEVİREN'e,

Her zaman desteğini hissettiğim hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. NURAN AYDIN'a,

Çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen, çalışmaya katılma duyarlılığı gösteren değerli meslektaşlarıma,

Hayatımın her anında yanımda oldukları gibi bu araştırmayı sürdürebilme aşamasında da, daima arkamda duran, varlıklarını ve emeklerini hiç esirgemeyen sevgili aileme,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHRQ	: Agency for Healthcare and Research (Sağlık Bakımı Araştırma ve Kalite Ajansı)
AMA	: American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)
AORN	: Association of perioperative Registered Nurses (Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği)
JCAHO	: Uluslararası Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu
JCI	: Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyon)
ICN	: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
IOM	: Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
ILO	: International Labour Organization (Uluslararası İş Örgütü)
NPSF	: National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı)
MAX.	: Maksimum
MIN.	: Minimum
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 6.1. Sosyodemografik Özellikler ve Mesleğe İlişkin Bulgular	31
Tablo 6.2. Hasta Güvenliği Konusunda Birime İlişkin Görüşlerin Dağılımı.....	32
Tablo 6.3. Raporlanan Olay Sayısı İle İlgili Sonuçların Dağılımı	32
Tablo 6.4. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı	33
Tablo 6.5. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	36
Tablo 6.6. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Mezun Olunan Okula Göre Dağılımı	38
Tablo 6.7. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Meslekteki Görev Süresine Göre Dağılımı.....	40
Tablo 6.8. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Hastanede Çalışma Yılına Göre Dağılımı	43
Tablo 6.9. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Çalışılan Birimdeki Görev Süresine Göre Dağılımı.....	46
Tablo 6.10. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Haftalık Çalışma Saatine Göre Dağılımı.....	49
Tablo 6.11. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Haftada Üst Üste Gece Vardiyasında Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	52
Tablo 6.12. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Kurumda Son Altı Ay İçinde Hasta Güvenliği İle İlgili Bir Eğitim Programına Katılıp Katılmaması Durumuna Göre Dağılımı	55
Tablo 6.13. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Çalıştığı Birimde Hasta Güvenliği Kültürünün Düzenli Olarak Ölçülme Durumuna Göre Dağılımı	58

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ONAY FORMU	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	9
4.1. Kalite ve Hasta Güvenliği.....	9
4.2. Tıbbi Hatalar	12
4.2.1. Tıbbi hata nedenleri.....	13
4.2.2. Tıbbi hata çeşitleri.....	14
4.3. Hasta Güvenliği Kültürü	20
4.4. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültüründe Önemi.....	24
5. MATERYAL VE METOT	25
5.1. Araştırmanın Türü	25
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	25
5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	25

5.5. Verilerin Toplanması.....	26
5.5.1. Veri toplama araçları.....	26
5.5.1.1. Sosyodemografik ve mesleğe ilişkin özellikleri sorgulayan soru formu	26
5.5.1.2. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi	26
5.6. Verilerin Toplanması.....	30
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
5.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	30
6. BULGULAR.....	31
7. TARTIŞMA.....	61
8. SONUÇ.....	75
9. KAYNAKLAR.....	79
10. EKLER.....	102
11.ETİK KURUL ONAYI.....	110
12.ÖZGEÇMİŞ.....	113

1. ÖZET

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN KURUMLARINDAKİ HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde bulunan toplam 470 yataklı bir üniversite hastanesinin bütün kliniklerinde görev yapan 400 hemşire oluşturmuştur. (N=400). Örneklem seçimi yöntemi kullanılmamış olup evrenin tamamına ulaşılmıştır. Veriler, 01/02/2015-01/10/2015 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak, “Sosyodemografik Ve Mesleğe İlişkin Özellikleri Sorgulayan Soru Formu” ve “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi” kullanılmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 21.0 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak yüzde değerler, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Verileri yorumlamak için; Kruskal Wallis H, Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 24.4 ± 2.73 olup büyük çoğunluğu kadın, %72,5’i lise mezunu ve %42,5’inin meslekteki görev süresi 2 yıl, %60,8’inin hastanedeki görev süresi 2 yıl, %56,5’inin çalışılan birimdeki görev süresi ise 2 yıldır. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun haftalık çalışma saati 50 saat ve üzeri olduğu bulunmuştur.

Çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algıları beş boyutta (çalışılan birim, yönetici, iletişim, raporlama ve genel hasta güvenliği) incelenmiş olup, her bir boyuttaki genel algılarının iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçları incelendiğinde yaş ve mesleki deneyim süresi arttıkça hasta güvenliği kültürüne ilişkin algıları da doğru orantılı olarak artmıştır. Çalışma süresi arttıkça yönetici, iletişim, raporlama ve genel hasta güvenliği gibi hasta güvenliği kültürüne ilişkin boyutlar da olumsuz sonuçlar saptanmıştır. Elde edilen bu bilgiler doğrultusunda hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve algıları ve ilişkili faktörleri ile ilgili önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Hemşire

2. ABSTRACT

THE PATIENT SAFETY CULTURE PERCEPTION OF NURSES WHO ARE WORKING IN A UNIVERSITY HOSPITAL AND RELATED FACTORS

The universe of the study was composed of 400 nurses who were working in a university hospital with 470 beds located in Istanbul (N=400). We did not use a sampling method in the study and we reached to all of the nurses. The data of the study were collected between 01/02/2015 and 01/10/2015. The “Socio-demographic and Occupational Characteristics Survey” and “Patient Safety Culture Hospital Survey” were used to collect the data of the study. IBM SPSS Statistics 21.0 program was used to analyze the data of the study. Percentage values, standard deviation, minimum and maximum values were used as the descriptive statistics of the findings. Kruskal Wallis H and Mann Whitney U tests were used in order to interpret the findings. The mean age of the nurses was 24.4 ± 2.73 , majority of them were female, and 72.5% of them graduated from high school. Furthermore, 42.5% of them were practicing their profession for 2 years, 60.8% of them were working in the hospital for 2 years and 56.5% of them were working in the clinic for 2 years and majority of the nurses were working more than 50 hours or more in a week.

In this study, the patient safety culture perception of nurses was examined with five dimensions (the unit of the hospital, manager, communication, reporting, and overall patient safety). It was reported that the general perception of nurses was good for each dimension. According to the results of the study, we found that as the age and the occupational experience increased the patient safety culture perception of nurses proportionally increased. It was detected that as the working time increased, manager, communication, reporting, overall patient safety dimensions were negatively affected. In line with these results, suggestions related to the patient safety culture and perceptions of nurses and related factors were given.

Key Words: Patient Safety, Patient Safety Culture, Nurse

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetlerinin varoluş amacı bireylere kaliteli sağlık bakım hizmeti vermektir. Artan hasta sayısı nedeniyle çeşitli sağlık hizmetleri ve hizmet seçenekleri ortaya çıkmış, bakım verenler ve sağlık bakım hizmeti alanların, sağlık kurumlarının görevleri konusunda bilgileri beklentileri de artmıştırJohnson and Hudson(1)

Sağlık hizmetlerinin giderek karmaşık bir yapıya dönüşmesi ve değişen sağlık ihtiyaçları, hizmet sunan ile hizmet alanlar açısından risk faktörlerini de beraberinde getirmektedir. Bu durum tıbbi hatalardan oluşabilecek kayıplara yol açabilmektedir. Tütüncü ve Küçükusta(2), Gündoğdu(3). Bu nedenle günümüzde hasta ve çalışan güvenliği konusu tüm ülkelerin sağlık gündeminde önemli bir yer tutmaktadır Ovalı (4), Tunçel (5). Sağlık bilimlerinde temel etik ilkelerden biri olan “önce zarar vermeme ilkesi” göz önünde bulundurulduğunda, hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliğinin ön planda olması kaçınılmazdır. Kurutkan (6),Tunçel (7).

Tıbbi hataların ortaya konmasında cezalandırıcı disiplin yerine yeni bir sistem oluşturulmalıdır. Bu sistem sağlık hizmetlerinde en iyi sonucu elde etmeyi, daha kaliteli bir hizmet verebilmeyi sağlayan hasta güvenliği kültürüdür. Hughes and Clancy (8).

Hasta güvenliği kültürü, tıbbi hataların önlenmesinde sistematik bir yaklaşım ve hata bildirimlerinde şeffaflık olarak da tanımlanabilir. Gallagher et. al. (9). Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'nın tanımına göre hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetine bağlı hataların yol açtığı hasta hasarlarının önlenmesi ya da azaltılmasıdır. Sayek (10).Hasta güvenliğinde amaç, hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam oluşturarak güvenli bir çevre sağlanmasıdır. Burada ana hedef, hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyerek hastayı olası zararlardan koruyacak sistemin kurulmasıdır. Gökdoğan ve Yorgun (11), Sur ve ark., (12).Bu bağlamda hasta güvenliği, sağlık hizmeti verirken oluşabilecek hataların hasta ve sağlık çalışanlarına zarar vermeden belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almayı gerektirir. Aydın, (13), Kurutkan, (14). Dolayısıyla sağlık kurumlarının hasta güvenliğini geliştirmek için büyük bir girişim içerisinde olmaları, kurum

politikalarını bu duruma göre düzenlemeleri kaçınılmazdır. Johnson and Hudson, (15).

Ülkemizde hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü tarafından 29 Nisan 2009 tarihli Resmi Gazete’ de yayımlanan, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ’de yer almaktadır. Bu tebliğin amacı sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına katkı sağlamaktır. <http://www.resmigazete.gov.tr> (16). Bununla birlikte, Sağlık Bakanlığı tarafından 6 Nisan 2011 tarihinde yayımlanan Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmeliğe göre tüm sağlık kurumlarında; hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli ortam sağlanması, olası risklerin belirlenmesi, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntemlerin geliştirilmesi, hizmet içi eğitimlere yer verilmesi gibi hedeflerle hizmet sunumunda kalitenin sürdürülebilmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda kurumlar kendi iç düzenlemelerini yapmak ve hasta güvenliği ile ilgili önlemleri almakla yükümlü tutulmuşlardır <http://www.resmigazete.gov.tr> (17).

Dünya genelinde ise Dünya Sağlık Örgütü’nün(DSÖ) hasta güvenliğine ilişkin çağrısı dikkat çekicidir. DSÖ 2007 yılında Cenevre’de Avrupa Komisyonunca desteklenen uluslararası bir konferansta; her yıl dünyada yaklaşık 10 milyon insanın önlenebilir tıbbi uygulamalar nedeniyle sakatlandığını ya da öldüğünü vurgulayarak hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması çağrısında bulunmuştur WHO(18). Ayrıca “Institute of Medicine” nin yayınladığı rapora göre sağlık hizmetlerinde en önemli iki sorunun “hasta güvenliği ve kalite” olduğu bildirilmiştir IOM (19). Institute of Medicine’nin 2003 yılında yayınladığı başka bir raporunda, sağlık hizmetlerinde kalite açısından öncelikli seçilen yirmi alandan üçünün hasta güvenliği ile ilgili olduğu görülmektedir IOM (20). Aynı raporlar Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde her yıl 98,000 kişi tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını yitirdiğini, tıbbi hataların büyük bir kısmı da kişisel hatalardan çok, sistemdeki hatalardan kaynaklandığının altını çizmektedir Bonner et. al. (21). Başka çalışmalarda da benzer şekilde, dünya genelinde ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer alan tıbbi hataların Öğün (22); Tunçel(23). ABD’de önde gelen ölüm nedenleri arasında olduğu

belirtilmektedir. Balas, Scott and Rogers (24). İngiltere’de yapılmış bir araştırmada, hastanelerde %74,0- %81,2 oranında çeşitli tıbbi hataların görüldüğü, her 100 hastadan 10’unun tıbbi hatalar nedeni ile zarar gördüğü bildirilmiştir Anezz (25). Vries ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 10 hastadan birinin tıbbi hataya maruz kaldığı bulunmuştur De Vries, Ramrattan, Smorenburg, Gouma and Boormeester (26). Altı ülkede yetişkin hastalara yönelik yapılan diğer bir araştırmada ise tıbbi hata yapıldığına inananların oranının Birleşik Krallık’ta % 22, Almanya’da % 23, Yeni Zelanda’da % 25, Avustralya’da % 27, Kanada’da % 30 ve Amerika Birleşik Devletleri’nde % 34 oranında olduğu belirlenmiştir Schoen ve ark. (27). Tıbbi hataların incelendiği başka bir çalışmada tıbbi hataların %61’inin insan faktörü kaynaklı olduğu ve engellenebileceği belirtilmektedir Smits, Zegers, Groenewegen, Timmermans Zwaan, van der Wal et al. (28). Her yıl milyonlarca hastanın zarar görmesine neden olan tıbbi hatalar aynı zamanda çok ciddi ekonomik zararlara da yol açmaktadır. Hastaların yaşadığı ciddi yaralanmalar, ölüme ya da sakatlıklara, hastanede kalış süresinin uzamasına neden olabilmektedir Aydın (29), Gökdoğan (30). Slonim’in ABD’de yaptığı araştırmaya göre tıbbi hataların ülke ekonomisine yıllık 17 milyar ile 29 milyar dolar arasında, İngiltere’de ise yıllık altı milyar dolar zarar verdiğini belirtmiştir Slonim (31).

Türkiye’de ise tıbbi hatalar ile ilgili araştırmaların adli makamlara yansıyan olgulara yönelik retrospektif çalışmalarla başladığı söylenebilir. Tıbbi hatalar ile ilgili olarak hem idari makamlara, hem de tabip odalarına yapılan başvurularda artış gözlenmesi bu durumu doğrulamaktadır Ertem ve ark. (32). Bir araştırmada sağlık personelinin tıbbi hata yapma oranı % 6,2 ve meslektaşlarının bu duruma tanık olma oranı ise %10,4 olarak belirlenmiştir Özata ve Altuncan(33). Genel cerrahi kliniğinde yapılan bir çalışmada tıbbi hata oranının çeşitli olgularda %31,8’den %62,5’e kadar değiştiği saptanmıştır Yayıcı ve ark. (34). Ertem ve arkadaşlarının çalışmasında tıbbi hataların %49,4’ünün ölümlerle sonuçlandığı ve %68’inin yargıya intikal ettiği, hataya maruz kalanların %65’inin hastanede kalış sürelerinin uzadığı ortaya konulmuştur Ertem ve ark. (35). 2006 yılında yapılan bir çalışmaya göre Adli Tıp Kurumunda tıbbi uygulama hatası açısından incelenen olgularda 525 vakanın ölümlerle ya da ölü doğumla sonuçlandığı bulunmuştur Top ve ark. (36). Yapılan başka bir çalışmaya göre sağlık personelinin % 23’ünün ve toplumdaki bireylerin %

22'sinin kendisi veya ailesinden birinin tıbbi hataya maruz kaldığı belirlenmiştir Bodur ve Filiz(37). Aynı çalışmada tıbbi hataya maruz kalan sağlık çalışanlarında % 27, toplumda % 36 oranında ciddi zararlar olduğu bildirmiştir Bodur ve Filiz (37). Görüldüğü üzere hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde iyileştirilmesi gereken alanların başında yer almaktadır Karaca A. Arslan H (38).

Evrensel düzeyde kabul edilebilecek bir sağlık kültürünün olmaması hasta güvenliği kültürünün gelişmesini de olumsuz etkilemektedir. Çakır ve Tütüncü'nün İzmir ilindeki hastanelerde hasta güvenliği kültürü oluşmasına yönelik olarak çalışanların ve hastane yönetiminin tutumlarının belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmaya göre hastanelerde hasta güvenliği kültürünün oluşmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Çakır ve Tütüncü(39). Filiz'in sağlık çalışanları ile toplumdaki bireylerin tıbbi hata/hasta güvenliği konusundaki görüşlerini değerlendirmek ve sağlık çalışanlarının hastanede hasta güvenliği kültürü algılama düzeyini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmaya göre hastanelerde güvenlik kültürünün geliştirilmesine ve hastanelerde "Hasta Güvenliği Komitesi" kurulması, hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik çalışmalar yapılması gerektiğini vurgulamıştır. Filiz (40), Çakır ve Tütüncü (41).

Hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden unsurların ve tıbbi hataların rapor edilmesi, hastaya zarar vermeden tanı-tedavi ve bakım hizmetlerinin yerine getirilmesi için, kurumun çalışma felsefesi ve dinamikleri çerçevesinde tüm sağlık çalışanlarının hasta güvenlik kültürü sorumluluğuna sahip olması gerekmektedir. Bu nedenle hastanelerin hasta güvenliği konusundaki personelin tutum ve davranışlarını bilmesi, organizasyondaki zayıf noktaları ve hataları, bunlara etki eden faktörleri belirlemesi önemlidir Vural (42).

Hasta güvenliğini tehdit eden uygulamalara ilişkin alınabilecek önlemlerle ilgili sağlık sistemine, sağlık kuruluşlarına, başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık profesyonellerine düşen görevler bulunmaktadır. Vural (42).Kaliteli, nitelikli hasta bakımının ve hasta güvenliğinin temelini, sağlık çalışanları arasında en fazla üyeye sahip hemşireler oluşturmaktadır. Farquhar, Collins Sharp and Clancy (43), Anezz (44). Hemşireler, bakımın her alanında hasta güvenliği ile iç içe bulunmaktadır Çırpı(45), Korkmaz, (46), Cebeci ve ark.(47), Hughes and Clancy (48). Bağımlı ve

bağımsız fonksiyonlarının çeşitliliği, hasta ile daha fazla etkileşim içerisinde olmaları ve buna bağlı yoğunlukları nedeniyle diğer meslek gruplarına kıyasla daha sık tıbbi hata riski ile karşılaşmaktadırlar. Anezz (49), Çırpı(50), Korkmaz(51), Cebeci ve ark. (52), Hughes and Clancy(53). Bu durum kaliteli sağlık bakım hizmeti sunmada hemşireleri diğer sağlık meslek üyelerinden daha önemli kılmaktadır. Çırpı ve ark(54). Ayrıca hemşireler hastalara en yakın meslek grubu olmaları sayesinde hataları kolay tanımlayıp analiz ederek en aza indirmek için müdahalede bulunabilmektedirler. Gökdoğan ve Yorgun (55). Aiken ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada hemşire sayısının artırılmasının, birimlerde uygun hemşire dağılımının yapılmasının, hasta-hemşire oranında denge sağlanmasının, ekip üyeleri arasında nitelikli bir iletişim kurulmasının ve çalışma ortamının uygun şekilde planlanmasının hasta güvenliğini olumlu olarak etkilediği gösterilmiştir. Aiken et. al. (56). Ancak günümüzde klinik sahada yeterli hemşire kadrosunun olmaması, bireylerin eşit özveride çalışmaması, iş yükünün fazla olması gibi etkenler hasta güvenliği kültürü düzeyini olumsuz etkilemektedir. Sezgin İnce (57). International Council of Nurses (ICN), hasta güvenliğinin artırılması için profesyonel sağlık bakım personelinin göreve alınmasının, çevre güvenliği ve risk yönetimi alanlarında önlemler geliştirilmesinin, hasta güvenliği üzerinde odaklanmış bilimsel bilgi ile buna destek sağlayacak altyapının birleştirilmesinin gerekliliğine inanmaktadır. ICN (58).

Bir kurumda hasta güvenliği kültüründen söz edebilmek için hasta güvenliği uygulamalarının hemşireler tarafından benimsenmesi ve sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle, özellikle hemşire yöneticiler tarafından, hasta güvenliği kültürüne yönelik ölçüm araçları ile hastanenin ve hemşirelik hizmetlerinin güvenlik kültürünün değerlendirilmesi, elde edilen sonuçlar doğrultusunda gerekli iyileştirmelerin yapılması ve eğitim programlarının düzenlenerek tüm çalışanların bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Karaca ve Arslan (59). Tıbbi uygulama hatalarının en aza indirilerek hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili farkındalık düzeylerinin artırılması, yöneticilerin hemşirelerle birlikte hareket etmesi gerekmektedir. Sezgin(60), Tunçel(61).

Hemşireler bakım verdikleri her ortamda, hastalarını olası tehlikelerden korumak ve girişimlerin istenmeyen sonuçlarını önlemekle sorumlu olup hasta güvenliği sağlayarak bakımda kaliteyi geliştirmede önemli bir role sahiptir. Cebeci, Gürsoy ve Tekingündüz(62). Sonuç olarak bir kurumda çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi kurumun güvenlik kültürünün yerleştirilmesi ve geliştirilmesinin temelini oluşturmaktadır.

Bu çalışma hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kalite ve Hasta Güvenliği

Sağlık hizmetleri, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonunu içeren bir hizmet çeşitidir. Sağlık hizmetleri, sağlık kuruluşlarında kişilerin ve toplumun sağlık bakımını koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ÷lke çapında örgütlenmiş bir sistemdir Filiz (63). Bu sistemin oluşturduğu hizmetlerin sunumundaki yetersizlikler ve hatalardan kaynaklanan sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramını gündeme getirmiştir. Amerikan Tıp Birliği Konseyi'nin 2011 yılında sunduğu rapora göre yüksek kaliteli sağlık hizmetinin, zamanında verilmeye başlanması, sürekli olması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz bir şekilde uzatılmaması gereklidir.

Sağlık hizmetlerinde kalitede en iyi sonucu alabilmek için sürekli çaba göstermek ve sağlık politikalarını da buna yönelik geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Çavuş ve Gemici (64). Sağlık hizmetlerinin sunumu açısından kalitenin boyutları altı başlık altında ele alınmıştır. Çavuş ve Gemici(64). Bunlar:

Ulaşılabilirlik: Gereksinim duyulan bakım hizmetinin alınabilmesi, toplumun tamamının bu hizmetten yararlanabilmesi sunulan hizmetin ulaşılabilirlik kalitesini göstermektedir. Çavuş ve Gemici(64).

Güvenlik: Genel olarak sağlık hizmetinin sunulduğu binanın tehlike anındaki durumu hakkında fikir vermektedir. Bu nedenle sağlık hizmetinin sunumunun yapıldığı bina içerisinin hem iç hem dış tehlikelere karşı tasarlanması gerekmektedir. Hastaların, personelin ve ziyaretçilerin tehlike durumunda güvenliğinin sağlanması açısından önemlidir. Çavuş ve Gemici(64).

Uygunluk: Hastanın gereksinimine uygun tedavi yöntemi ile tedavi süreci konusunda hastaya yönelik gerekli bilginin verilmesi ile ilgilidir. Çavuş ve Gemici(64).

Teknik Kalite: Sağlık hizmetlerinin verilmesi esnasındaki sürecin iyileştirilmesi için gerekli önlemleri almak açısından önemlidir. Hastanın sağlık hizmetini alma süreci

içerisinde herhangi bir zarar görüp görmemesi, hizmetin sunumun ne kadar iyi olduğunun belirlenmesi kalitenin artırılması için gereklidir. Çavuş ve Gemici(64).

Tıbbi Etkinlik: Sağlık hizmetinin sunumu sonrası hizmet kalitesinin hasta açısından değerlendirilmesi önemli bir faktördür. Hasta sunulan tedaviden fayda görmemişse en azından hastalığın ilerleme durumunun önlenip önlenemediği, hastanın şikâyetlerinin azalıp azalmaması ve hastanın tedavi öncesi ve sonrası psikolojik durumunun değerlendirilmesi gibi konuları içermektedir. Çavuş ve Gemici(64).

Hasta Tatmini: Hastanın tedavi sürecinden memnun kalıp kalmaması ve ilgili sağlık kurumundan tekrar hizmet alıp almasına ilişkin kararlarını kapsamaktadır. Çavuş ve Gemici(64).

Bütün boyutlarıyla kalite, sağlık hizmetlerinin sunumundaki yetersizliklerden kaynaklanan hatalı uygulamaları önlemeyi hedeflemektedir. Sağlık hizmetleri giderek karmaşık hale gelmekte, hatalı uygulamalar önemli derecede artış göstermektedir. “Institute of Medicine”nın 2001 yılında yayınladığı raporda sağlık hizmetlerinde en önemli sorunlardan biri olarak tıbbi hatalar gösterilmektedir. IOM (65). Tıbbi hatalardaki artış sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği kavramını ön plana çıkarmıştır. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'nın tanımına göre hasta güvenliği; sağlık bakım hizmetine bağlı hataların ve bu hataların neden olduğu hasta hasarlarının önlenmesi veya azaltılmasıdır. NPSF(66). Ayrıca hastanın tedavi esnasında düşmesinin, yanlış ilaç tedavisinin, yanlış dozda ya da yanlış zamanda ilaç verilmesinin, enfeksiyonun önlenmesi de amaç edinir. I-Teng(67); Laschinger, (68), Henneman, (69). Hasta güvenliği süreci bakım sırasında ortaya çıkabilecek hataları engelleyecek bir sistemin kurulmasını, engellenemeyen hataların hasta ve sağlık hizmeti sunanlara, hasar vermeden belirlenmesini, gerekli birimlere raporlanmasını ve hataların düzeltilmesini sağlayacak önlemler alınmasını içerir. Adıgüzel (70). Hasta güvenliği için hasta ve hasta yakınlarının zarar görmeden sağlık hizmetinden faydalanacak bir kurum olmak, hastanede bulunan her bireyi fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam geliştirerek güvenliği sağlamak önemlidir. Güven(71).

Institute of Medicine 21. yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konuları sıralamıştır. Sayek(72),

Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği): Hastalara yardım ederken zarar vermekten kaçınmadır.

Etkili bir sağlık hizmeti: Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesidir.

Hasta-odaklı sağlık hizmeti: Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmetidir.

Zamanında verilen sağlık hizmeti: Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlendiği bir sistemdir (sağlığa ulaşılabilirlik).

Verimli sunulan sağlık hizmeti: İsrafın önlendiği, maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumudur.

Eşit dağılım: Sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin ırk, cinsiyet, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olmasıdır.

Institute of Medicine'nın bu raporundan sonra son yıllarda birçok ülkede hasta güvenliğini sağlama ve tıbbi hataları önleme çalışmaları başlatılmıştır. Toplumun da hasta güvenliği konusundaki farkındalığını artırmayı amaçlayan bu çalışmalar resmi ve özel birçok kurum tarafından yürütülmektedir. Bu organizasyonlardan bazıları şunlardır:

- “The Joint Commission” sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini geliştirmeye yönelik olarak kurumları akredite etmektedir. Hastaların kendi bakımlarına katılımlarını sağlayarak ve hasta güvenliği konularında onları eğiterek tıbbi hataları azaltmayı amaçlayan eğitim programları uygulamaktadır.
- “Agency for Healthcare and Research” (AHRQ) de hasta ve ailelerini hasta güvenliğinin sağlanmasındaki rolleri konusunda eğitmek üzere materyaller geliştirmiştir.
- “National Patient Safety Agency”, İngiltere sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini geliştirmek için 2001 yılında tıbbi hataları raporlama ve

hatalardan öğrenme konusunda çalışmalar yapmak amacıyla kurulmuştur. Toplumun tıbbi hatalar konusunda bilgilendirme çalışmaları da yapmaktadır.

- “Canadian Patient Safety Institute” Kanada’da 2003 yılında kurulmuş, hasta güvenliği konusunda kapsamlı çalışmalar yürütmektedir. Golder (73).

4.2. Tıbbi Hatalar

Uluslararası Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (JCAHO) tıbbi hata kavramını, “sağlık hizmetini sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlanmaktadır. JCAHO (74). Ulusal hasta güvenliği vakfı (National Patient Safety Foundation)’nın tanımları ise; sağlık hizmetine balı hata (tıbbi hata), hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, yani kasıtsız beklenmeyen sonuçlardır. NPSF (75). Tıbbi hata, planlanan bir tıbbi uygulamanın amaçlandığı şekilde tamamlanamaması (uygulama hatası) veya amaca ulaşabilmek için yanlış plan yapılması ve uygulanması (planlama hatası) olarak tanımlanmaktadır. Akalın (76). Amerika Birleşik Devletleri’ndeki Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) tıbbi hata kavramını; hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlar olarak tanımlamıştır. NPSF (77). Sağlık Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) ise; sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi şeklinde tanımlamaktadır. Özata ve Altunkan(78).

Tıbbi hatalar, kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasını engelleyen büyük problemlerden biridir. Tıbbi uygulama hataları, hizmet sunan sağlık personelinin uygulamaları sonucu hastanın iyileşmesinin gecikmesi hatta ölümüne neden olan etkenleri içerir.

ABD Tıp Enstitüsü’nün sunduğu rapora göre her yıl 98,000 kişinin tıbbi hata nedeni ile yaşamını kaybettiği, bu hataların büyük bir kısmının, sistemdeki hatalardan kaynaklandığı bildirilmektedir. IOM (79). Bu rapordan beş yıl sonra

yapılan bir çalışmada ankete katılanların % 34'ü kendilerinin veya yakınlarının bir tıbbi hata ile karşılaştığını, bunların % 21'inin ciddi sonuçlara neden olduğunu, tıbbi hata ile karşılaşanların % 28'i doktorlarının veya diğer sağlık çalışanlarının bu hatayı kendilerine bildirdiğini belirtmiştir. Akalın (80).

DSÖ'nün Cenevre'de (2007) düzenlediği uluslararası konferansta, her yıl dünyada tahminen ortalama 10 milyon insanın önlenebilir tıbbi uygulamalar nedeniyle sakatlandığı veya öldüğünü bildirilmiştir. WHO (81). Bu nedenle, hasta güvenliği konusunda yapılan araştırmaların artırılması gerektiği önerilmiştir. Ünsalatan (82). Altı ülkede yetişkin hastalara yönelik yapılan diğer bir araştırmada ise tıbbi hata yapıldığına inananların oranının Birleşik Krallık'ta % 22, Almanya'da % 23, Yeni Zelanda'da % 25, Avustralya'da % 27, Kanada'da % 30 ve Amerika Birleşik Devletleri'nde % 34 oranında olduğu belirlenmiştir. Schoen et. al. (83).

Türkiye'de tıbbi hatalar ile ilgili idari birimlere ve tabip odalarına başvurularda artış görülmektedir. Ertem ve ark. (84). 2006 yılında yapılan bir çalışmaya göre Adli Tıp Kurumunda tıbbi uygulama hatası varsayımıyla incelenen olgular değerlendirilmiş ve ölümle ya da ölü doğumla sonuçlanan olgu sayısı 525 olarak bulunmuştur. Ertem ve ark. (84). Sağlık Bakanlığı da Bakanlık aleyhine açılan davalar en fazla rastlanan hata türlerini şöyle belirlemiştir: Yanlış teşhis ve tedavi, ameliyat öncesi ve sonrası gelişen komplikasyonlar, doğum esnasında ve sonrasında gelişen komplikasyonlar, hastane idaresinden kaynaklanan problemler, hatalı enjeksiyon, hatalı laboratuvar tetkikleri, poliklinik ve sevk işlemlerinde yanlış yönlendirmeler, acil servis hizmetlerinin yetersizliği. Hakeri(85). Özata ve Altuncan'nın 2010 yılında 240 sağlık personeli ile yaptığı çalışmasında ise en sık karşılaşılan tıbbi hataların sırasıyla; hastane enfeksiyonları, yatak yaraları, ameliyat komplikasyonları, iğne-kesici alet yaralanmaları, araç gerecin bozulmasına bağlı hatalar, yan etkisi olan ilacın kullanımına ilişkin hatalar, tanı testlerinin yetersizliği, tanı hataları, düşmeler, tedavide gecikme ve ventilatöre ilişkin hatalar olarak bildirilmiştir. Özata ve Altuncan (86).

4.2.1. Tıbbi hata nedenleri

Tıbbi hataların nedenleri çoğu zaman kişisel hatalardan çok sistemdeki yetersizliklerden kaynaklanmaktadır.

Tıbbi hataların kişisel hatalar olarak kabul edilerek kişilerin cezalandırılması yerine, sistemin iyileştirilmesi daha doğru bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik gibi durumlar insan faktörü; iş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik konularında yetersizlik, personelin yanlış dağıtımını gibi durumlar kurumsal faktörler ile ilgili; yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihaz, karar verme, destek eksikliği, integrasyon eksikliği gibi durumlar ise teknik faktörler ile ilgili olabilmektedir. Akalın(87).

4.2.2. Tıbbi hata çeşitleri

Tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilir.

1.İlaç Hataları: Çoğu önlenbilir olan bu hatalar verilen ilaçların hastaya uygulanması ile ilgilidir. Yanlış doz, yanlış veriliş şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, tedavinin uygulanmasında gecikme, uygun olmayan tedavi gibi hatalar bu gruptadır.

İlaç hatası, Amerikan Ulusal İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi tarafından “ilacın sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenbilir bir olay” olarak tanımlanmıştır. NCC MERP (88). Amerika Gıda ve İlaç Dairesi beş yıl içerisinde 5366 hatalı ilaç uygulaması tespit etmiştir. Leape et. al. (89). İlaç hatalarının ABD’ de her yıl yaklaşık 1,5 milyon insana zarar vermesi ve bunların ölüme yol açması ve yıllık en az 3,5 milyon dolarlık bir maliyet oluşturması bu hataların büyük bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Özata ve Altuncan (90). Hemşirelikte hatalı uygulamaların incelendiği bir çalışmada tıbbi hatalar içerisinde ilaç hatalarının ikinci sırada yer aldığı bulunmuştur. Aştı T. vd(91). Başka bir çalışmada da tıbbi hatalar arasında hemşirelerin en çok karşılaştığı hataların %47 oranıyla ilaç uygulama hataları olduğu ve bu hataların ilk sırada yer aldığı saptanmıştır. Tunçel (92).

Yüksek riskli ilaçlar hatalı kullanıldığında hastada ciddi zararlara ve ölüme sebep olabilmektedir. Yüksek riskli ilaçlar arasında en önemlileri konsantre potasyum klorür ve fosfat solüsyonları, opioidler ve narkotikler, insülin, iv

antikoagülanlar (heparin) ve konsantre sodyum klorür solüsyonu (% 0.9'un üzerinde) olarak tanımlanmıştır. Filiz(93). İlaç uygulamalarında hasta güvenliğinin incelendiği bir çalışmada, sağlık çalışanının en sık hata yaptığı ilaçların ise; insülin, morfin, potasyum klorür, albuterol, heparin, vankomisin, sefazol ve parasetamol olduğunu saptanmıştır. Yorgun ve ark (94).

İstem alınması, ilaçların temini, hazırlanması ve hastaya uygulanmasında hemşirenin sorumluluğu büyüktür. Bu bağlamda; birçok ilaç uygulama hatasında, öncelikle hemşireler zor durumda kalmaktadır. İlaç uygulama hatalarının çoğunluğunun uygulama sırasında olması, bu durumu desteklemektedir. Hemşirelerden kaynaklanan ilaç hataları, hekim istem etmeden ilacın verilmesi, benzer ilaçları kontrol etmeden hastaya uygulanması, hastaya verilecek dozun yanlış hesaplanması, uygulanacak ilacın hastaya uygulanmaması veya ilacın uygulanma saatinin atlanması olarak genellenebilir. Akalın (95), Tunçel (96). Eşer ve ark.'nın hemşirelerin ilaç hatası yapmalarına yol açabilecek etkenleri saptadıkları çalışmada; hemşirelerin %91,7'si ilaç hazırlarken çoğunlukla telefonlara yanıt vermek durumunda kaldıklarını, %43,7 ilaç uygulamalarında fizik koşullarla ilgili güçlüklerle karşılaşmalarını dış ortamla ilgili etkenler olarak bulmuşlardır. Eşer ve ark. (97). Özata ve Altuncan'ın çalışmasında tıbbi hata türleri dâhili ve cerrahi klinikler açısından değerlendirildiğinde; sadece yanlış ilaç uygulama ve yanlış yerden ilaç uygulamasının cerrahi kliniklerde dâhili kliniklere oranla daha yüksek olduğu sonucunu bulmuşlardır. Özata ve Altuncan (98). Aygin ve Atasoy "İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu" konulu çalışmalarında, cerrahi hemşirelerin çoğunluğunun premedikasyon ilaçları ve dezavantajları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, bilgi kaynağı olarak hekimin vereceği bilginin yeterli olduğunu, hizmet içi eğitimlerden de yararlanmadıklarını saptamışlardır. Aygin ve Atasoy (99). Aştı ve Kıvanç'ın hemşirelerin ağız yolu ile alınan ilaçların uygulanmasına ilişkin bilgi durumlarını inceledikleri çalışmada; hemşirelerin %33.4'ü ilaçların farmakolojik özellikleri bildiği, %13.3'ünün veriliş dozunu etkileyen faktörleri, %82.7'sinin ilaçların etkilerini (sistemik, sinerjistik ve lokal) ve hemşirelerin %20'sinin çalışma süreleri boyunca ilaç uygulama hatasına neden oldukları saptanmıştır. Aştı ve Kıvanç (100).

Yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinde hastanın tedavi ve bakımını yöneten hemşirelerin ilaç hatalarını önlemede sorumluluğu yüksektir. Bu nedenle hemşireler ilaç uygulamalarını doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru ilaç şekli, doğru etki ve doğru kayıttan oluşan sekiz doğru doğru ilkesine göre yapılmalıdır. İlaç hatalarının önlenmesi için hemşirelerin ilaç uygulamaları hakkında iyi bir eğitim almış olmaları gerekmektedir. Yapılan ilaç hatalarını kurumun belirlediği olay bildirim prosedürüne göre rapor etmeleri için teşvik edilmelidir. Aygin (101), Tunçel (102).

2.Cerrahi Hatalar: Cerrahi uygulamalara bağlı gelişmekte olup çalışmalar cerrahi hataların her 50 yatan hastanın birinde görüldüğünü ortaya koymuştur. 2010 yılında yapılan bir çalışmada en sık karşılaşılan hatalar arasında ameliyat sonrası komplikasyonlar, ameliyat komplikasyonları, iğne-kesici alet yaralanmaları yer almaktadır. Özata ve Altuncan(103).

Cerrahi hatalar tüm önlenebilir tıbbi hataların yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Özata ve Altuncan (103).Güvenli cerrahi girişim için DSÖ bir kontrol listesi oluşturmuş ve her aşama için ölçülebilir bileşenler belirlemiştir. WHO (104). Dünya cerrahlar birliği de “yanlış yer”, “yanlış yöntem” ve “yanlış taraf” cerrahisinin önlenmesi için evrensel bir protokol geliştirmiştir. WHO(104). Cerrahi hataları en aza indirebilmek için hasta ve ailesi operasyon öncesi doğrulama sürecinin bütün basamaklarına dahil edilmeli ve mümkün olduğu kadar taraf işaretleme sürecine katılımı sağlanmalıdır. Bilgilendirilmiş onam sürecinde hastanın rızası için imza alınırken doğrulama kararı verilmelidir. Prosedür başlamadan önce bütün cerrahi ekibinin katıldığı bir “son mola” süreci olmalıdır. Bu süreçte hastanın pozisyonu, kimliklendirme, taraf ve mümkünse implant ve protezlerin hazır olup olmadığı konularında doğrulama yapılmalıdır. WHO (104).

Cerrahi hatalar içerisinde en göze çarpanı yanlış taraf cerrahisi nedeniyle hastalara verilen zarardır. Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği (AORN) yanlış taraf cerrahisini, yanlış hastaya, yanlış vücut tarafına, doğru işaretlenmiş anatomik tarafın yanlış düzeyi üzerinde gerçekleşen tüm cerrahi uygulamalar olarak tanımlamaktadır. AORN (105). DSÖ'nün verilerine göre yılda 234 milyon cerrahi müdahale gerçekleştirilmektedir. Söz konusu ameliyatlara birçok insanın hayatı

kurtulmakta ya da hayat kalitesi arttırılmaktadır, ancak yine aynı araştırmaya göre, ameliyatların % 3-17 si hastalar üzerinde istenmeyen durumlara yol açmakta ve her ameliyat olan bin hastadan sekizi hayatını kaybetmektedir. Sage, W. (100). Ülkemizde ise Yüksek Sağlık Őurası ve Adli Tıp Kurumu'na gelen olgulara göre % 30 ile % 45 arasında bir oranla hekimlerin cerrahi hata işledikleri belirtilmiştir. Ertem ve ark. (106).

3.Tanı Koyma Hataları: Yanlış tanı, güncel olmayan tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılması, yanlış ve yetersiz tedavi veya gereksiz ek tetkiklerin yapılması olarak sıralanabilir. Laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması sık rastlanılan tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. Özata ve Altuncan (107).

Yanlış tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye veya gereksiz tetkiklerin yapılmasına neden olmaktadır. Hasta güvenliği açısından ise; yanlış tanı, tanının geç konulması ve sonuçların yanlış yorumlanması hastalığın ilerlemesine hatta hastanın kaybedilmesine neden olabilir. Tunçel (108). Yanlış teşhis tedavi ve hastane idaresinden kaynaklanan sorunların Sağlık Bakanlığı aleyhine açılan davalar içerisinde en çok rastlanan hata türlerinden olduğu bildirilmektedir. Hakeri(109).

4. Sistem Yetersizliklerine Bağlı Hatalar: Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır. Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar (defibrilatör, ventilatör, intravenöz sıvı pompaları vb.) yer almaktadır. Bu hatalar ortaya çıkınca saptanabilmekte, fakat çok önemli sonuçlar doğurabilmektedir. Tıbbi uygulamalarda ortaya çıkan hataların büyük çoğunluğu sistem hataları olarak tanımlanmaktadır. Özata ve Altuncan (110).

5. Diğer hatalar (Düşme, Kan transfüzyonları, Hastane Enfeksiyonu):Düşme hastane enfeksiyonları yanlış kan transfüzyonu gibi önemli sorunlar da tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. Özata ve Altuncan (110).

a) Düşmeler

Hasta güvenliğinin sağlanmasıyla ilgili düşmelere yönelik alınacak önlemlerin önemi büyüktür. Uluslararası Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu,

(JCAHO) 2005 yılında 271 düşme yaşandığını ve tıbbi hataların %5,8'inin düşme sonucu olduğunu belirtmiştir. 2007 raporlarında düşme oranının %0.17 ile %2,5 arasında değiştiği belirtilmektedir. Berke ve ark. (111). Türkiye'de kayıt altına alınan vaka sayısı 2006'da 16, 2007'de 4, 2008'de 21 ve 2009 yılında 5 olduğu ve halen kayıt edilmekte olduğu belirlenmiştir. Tunçel (112). 153 düşme olgusu incelendiğinde küçük yaralanmaları, çürük, yumuşak doku yaralanması, suture gerektirmeyen yaralanmalar oluştururken, ciddi yaralanmaların kalça, pelvis, radius kırığı, suture gerektiren yaralanma, intra serebral hematoma ya da ölümle sonuçlanabildiği görülmektedir. Savcı ve ark.(113). Ang ve arkadaşlarının araştırmasına göre hastanelerde en sık görülen ikincil yaralanma nedenleri arasında düşmeler önemli bir yer tutmaktadır. Ang et al. (114). Başka bir çalışmada da düşmelerin sık görülen tıbbi hatalar arasında yer aldığı bildirilmektedir. Özata ve Altunkan(115).

Hastanelerde güvenli ortamın sağlanarak sürdürülmesi hastayı ikincil yaralanmalardan korumak hemşirenin yasal ve etik sorumluluklarındandır.

b) Hastane Enfeksiyonları

Tanı ve tedavi amacıyla gerçekleştirilen çeşitli girişimsel uygulamalar sayesinde insan yaşamı uzamakta ve yaşam kalitesi artmaktadır. Ancak bu girişimler sırasında hastalara bulaşabilen mikroorganizmalar ile oluşan enfeksiyonlar yaşamı tehdit edebilmektedir. Günaydın(116). Hastane enfeksiyonları, hastalar hastaneye başvurduktan 48-72 saat sonra gelişen veya hastanede gelişmesine rağmen kimi zaman taburcu olduktan sonra 10 gün içinde ortaya çıkabilen enfeksiyonlardır. Günaydın (116). Hastane enfeksiyonları, yüksek morbidite ve mortaliteye neden olmalarının yanı sıra, tedavi maliyetlerini önemli düzeyde artırmaları ve hasta güvenliğini olumsuz etkilemesi nedeniyle bütün dünyada önemli bir sağlık sorunudur. Tunçel (117). Enfeksiyon kaynaklarının başında, sağlık hizmeti sunanlar ilk sırayı almaktadır. Özata ve Altunkan (118) 240 sağlık personelinin katıldığı bir çalışmada en sık karşılaşılan hataların başında hastane enfeksiyonları gelmektedir Özata ve Altunkan (118). DSÖ'nün dört bölgesini temsil eden (Avrupa, Doğu Akdeniz, Güney Doğu Asya ve Batı Pasifik) 14 ülkede, 55 hastanede yapmış olduğu

bir prevelans çalışmasında yatan hastaların ortalama %9'unda hastane enfeksiyonu geliştiği saptanmıştır. DSÖ (119).

Özçetin ve arkadaşları yaptıkları çalışmada hemşire başına düşen hasta sayısının artması ile hastanede yatış süresinin uzadığını ve dolayısı ile hastane enfeksiyonları sıklığının arttığı saptanmıştır. Hemşireler hasta bakımdaki rolleri nedeniyle enfeksiyonların oluşması, yayılması ve önlenmesinde etkin bir role sahiptirler. Özçetin ve ark. (120).

c) Kan Transfüzyonları

Kan ya da kan ürünlerinin tedavi amacıyla dolaşıma verilmesi olarak tanımlanan kan transfüzyonu, oldukça sık uygulanan bir tedavi şeklidir. Bu bağlamda kan transfüzyonu uygulamalarında yapılan hatalar, hasta güvenliği açısından tehlikeli sonuçlar doğurabilir. Şahin (121).

Kan transfüzyonu işlemini uygulayan ve izleyen hemşirelerdir. Hemşirelerin işlemin güvenli olarak gerçekleşmesinde rolleri büyüktür. Hemşirenin doğru hastaya doğru kanı verme, transfüzyona hakkında hastayı bilgilendirme, kan uygun şekilde bekletme, ısıtma ve hastaya verme, işlem sırasında hastayı gözlemlene, olası komplikasyonlardan koruma, komplikasyon geliştiğinde alınacak önlemler konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahibi olması gerekmektedir. Tunçel (122).

Çalışma ortamında bazı hatalar boyutuna göre dikkat çekmeyip büyük hatalara yol açabilir. Bu nedenle hatanın boyutu, zarar derecesine bakmadan hata kabul edilip, önlem alınır ise daha büyük hataların gerçekleşmesi önlenir. Karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık hizmetlerinde, sağlık hizmeti verilmesi aşamalarında yapılan hatalar aşağıda belirtilen kategorilere ayrılmıştır. Özata ve Altuncan (123)

Literatürde tıbbi hataların kişilerden daha çok sistemden kaynaklandığı belirtilmektedir. Karaca (124). Yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim sorunları, zamansızlık, yanlış karar, tartışmacı kişilik gibi insan kaynaklı sorunlar tıbbi hatalara neden olabilmektedir. Karaca (124). Yukarıda ayrıntılı şekilde bahsedilen tıbbi hata ve çeşitlerindeki nedenler, kaliteli ve nitelikli sağlık bakımı verirken hasta güvenliği konusunu ön plana çıkarmaktadır.

4.3. Hasta Güvenliği Kùltürü

Kurumda işlerin bir arada tutulmasını sağlayan ve kurumun ortak değerler bütününe ifade eden kurum kùltürü kavramının bir alt basamağını güvenlik kùltürü oluşturur. Ünsalatan (125). Güvenlik kùltürü, kavram olarak iş güvenliği sisteminin temelleri olan; değerler, inanışlar, prensiplerle birlikte uygulama pratiklerini açıklamaktadır. Simard (126).

Wiegmann ve arkadaşlarına göre (127), güvenlik kùltürünün özellikleri şu şekilde sıralamıştır:

- Güvenlik kùltürü, grup veya daha üst seviyelerde, örgütün bütün üyeleri ve gruplarının hepsi tarafından paylaşılan değerleri içerir.
- Güvenlik kùltürü, bir örgütteki resmi güvenlik sorunlarıyla ilgilidir.
- Güvenlik kùltürü, bir organizasyonda her seviyede herkesin katılımı üzerinde durmaktadır.
- Güvenlik kùltürü, örgüt üyelerinin işteki davranışını etkiler.
- Güvenlik kùltürü, ödül sistemleri ve güvenlik performansı arasındaki ilişkiyi yansıtır.
- Güvenlik kùltürü, bir organizasyonda kazalardan ve hatalardan öğrenme ve gelişmeyle ilgili gönüllülüğü yansıtır.
- Güvenlik kùltürü, değişime karşı oldukça dayanıklı, sabit ve dirençlidir.

Bir kurumda güvenlik kùltürünün gelişebilmesi için kurum çalışanlarının tamamının bu güvenlik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olması, uygulamalarda aktif rol alması ve ekip çalışmasına dahil olması gerekir. Tunçel (128).

Etkili güvenlik kùltürü oluşturmada bir diğer unsuru da hataların raporlanması ve hataların açıklanmasıdır. Hangi hataların belirlendiği, kabullenildiği, raporlandığı, ilgili veya etkilenen kişilere bildirildiği durumu, güvenliğin ne kadar iyi işlediğinin göstergesidir. Hasta güvenliğini riske eden potansiyel ve gerçek olayların bildirimini, kayıt altına alınması ve sınıflandırılarak istatistiksel verilere dönüştürülmesini sağlayacak bir raporlama sisteminin kurulması, hasta güvenliğini sağlamada

önemlidir. Tunçel (128).DSÖ Hasta Güvenliği Dünya Birliği raporunda, hasta güvenliği konusunda hatalardan ders alınabilmesi için sağlık kuruluşlarında raporlamanın öneminden bahsetmiş, düzenli raporlamanın yapılabilmesi için yerel, bölgesel ve ulusal sistemlerin kurulmasının gerekli olduğunu belirtmiştir. WHO(129).

Sağlık hizmeti sunan organizasyonlar, hatalar meydana geldiğinde önleyici faaliyetleri belirleme ve uygulamaya koymak için gerekli davranışlar içine girememektedirler. Dolayısıyla sürekli olarak aynı hatalar tekrar edilmekte ve hastalar zarar görmektedirler. Bu nedenle hasta güvenliğine ilişkin ortaya çıkan sorunların kaynaklarını ve nedenlerini tam ve açık olarak tanımlama, riskli süreç ve uygulamaları belirleme, hasta güvenliğinin gelişmesi için gereklidir. Tunçel (130).Güvenlik kültürü için; sağlık bakımı çalışanlarının mevcut veya olası hataları, cezalandırılma korkusu olmadan raporlayabilmeleri ve tutarlı, açık iletişim sağlanması gereklidir. Sağlık bakım organizasyonlarında, problemleri belirleyebilmek, çözüm sağlamaya çalışmak ve hatalardan öğrenmeyi kolaylaştırmak için hata raporlama sistemleri geliştirilmelidir. Çalışanın işini kaybetme, küçük düşürülme gibi bir korkusu olmadan olayları, hataları tam raporlaması için mevcut engellerin giderilmesi konusunda mücadele edilmelidir. Kurumlar bu konuda politikalar geliştirerek hata raporlamayı desteklemelidir. WHO (131). Birçok ülkenin hata bildirimini için ulusal raporlama sistemi bulunmaktadır ve raporlamayı sağlık çalışanları ve kurumların yanında hasta ve hasta aileleri de yapabilmektedir. WHO (132).

Hasta güvenliği kültürü ise, tüm sağlık hizmetleri alanında çalışan, sağlık personelinin hasta haklarına saygı, her türlü ortamda hasta haklarının korunması, tüm kurum çalışanlarının göstereceği özen olarak tanımlanmıştır. Yalçın(133).Bir sağlık kuruluşunda, hasta güvenliği oluşturmak veya var olan kültürü geliştirmek için en önemli basamak hastane yönetim desteği olup, bunun yanında güvenlik algısı ve birimler içindeki grup çalışması da güvenlik kültüründe en önemli belirleyicileri arasındadır. Birgili(134). Hasta güvenliği konusunda iyileştirme ve güvenlik kültürünün benimsenmesi için öncelikli olarak sistematik yaklaşıma girilmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım içinde veri toplama ve araştırma, sistemdeki sorunlara cevap verecek stratejilerin geliştirilmesi ve en önemlisi kurumda korkmadan,

çekinmeden hataların bildirilebildiği, geri bildirim önemsendiği bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulması yer almalıdır.

Hasta güvenliği kültürü, liderlik, takım çalışması, iletişim, öğrenme ve hastayı merkeze alan bir kavramdır. Sammer(135). Örgütsel temelli hasta güvenliğinin oluşumuna etki eden diğer faktörler ise. Claridge(136):

- Yüksek düzeyde bağımsızlık ve beraber çalışma kültürü,
- Birbirine bağımlı çalışan takımlar ve kültürler bütünü,
- Kendini geliştirme eğilimi,
- Yüksek risk durumlarında işbirlikçi yaklaşımıdır.

Sağlık kuruluşunda, geliştirilmiş olan güvenlik kültürü, yapılan hataların açıkça dile getirilebildiği, sistemde var olan aksamaların nedenlerinin tartışılacağı bir ortam sağlayarak, yapılan çalışmaların başarısının artmasına, bu konudaki iyileşmenin sürekli hale gelmesine ve bunun sonucu olarak ise tanı, tedavi ve sağlık çıktıları üzerinde daha fazla başarı elde edilmesini sağlayacaktır.

Sağlık kurumları, çeşitli nedenlerle güvenlik kültürünü oluşturma, geliştirme ve değerlendirme, ihtiyacı duymaktadırlar. Sağlık kurumlarının kültürel değerlendirme yapma amacı şu şekilde sıralanabilir. Yalçın(137):

- Var olan kültür alanlarının daha iyi olması için, iyileştirme yapılacak konuları belirlemek.
- Hasta güvenliği hakkında çalışanları bilgilendirmek ve güvenlik kültürünü tespit etmek.
- Hasta güvenliği sürecinde geliştirilen sistemleri denetlemek ve gelinen noktayı belirlemek.
- Oluşturulan güvenlik kültürünü, diğer kurumlar çerçevesinde ve kendi bünyesinde kıyaslamak.

- Güvenlik ile ilgili istekleri yerine getirmek ve yeni düzenlemeler yapmak.

Sağlık kurumlarında kaliteli sağlık hizmeti sağlanabilmesi için, hasta güvenliği sürecini eksiksiz uygulaması ve uygun prosedürlerin oluşturulması gerekmektedir. Tunçel (138). Bu yüzden kaliteli hizmet sunmak için tıbbi hatalardan oluşabilecek kayıpları önleyerek ve kaynakların etkin kullanımını sağlayarak hasta güvenliği kültürünün önemi sağlık bakım ekibine vurgulanmalıdır.

Kaliteli sağlık bakımının oluşturulması için tüm çalışanlara uygun iletişim ortamı oluşturulmalı, sağlık ve güvenlik sistemi kontrol edilmeli, kurum yeni politikalar geliştirmeli, tüm olaylar detaylı bir şekilde araştırılarak rapor edilmelidir. Ancak bu şekilde kaliteli sağlık bakımının yanında güçlü bir hasta güvenliği kültürü oluşturulabilir Tunçel (138).

Hasta güvenliği için Joint Commission International'ın 2010 yılı için belirlediği hedefler şunlardır. JCI (139):

- Hasta kimliğinin doğru tanımlanması/en az iki kimlik bilgisi: ilaç, kan ve kan ürünleri, örnek alma ve laboratuvar tetkikleri, herhangi bir tedavi uygulama öncesi (oda numarası kesinlikle kullanılmamalıdır),
- Etkin iletişimin sağlanması: sözlü istem alma yönetimi, geri okuma ve doğrulama
- Yüksek-riskli ilaçların yönetimi/daha güvenli kullanımını sağlama: konsantre elektrolit solüsyonları gibi ilaçların hasta bakım ünitelerinde bulundurulmaması,
- Cerrahi tedavide yanlış taraf, yanlış hasta, yanlış uygulamaları önlemek: işaretleme, hasta kimlik tanımı, takım yönetimi,
- Sağlık hizmetine bağlı enfeksiyonları azaltma: uygun el yıkama uygulamaları,
- Hastaların düşmelerine bağlı kaza ve yaralanmaları engelleme: risk belirlenmesi.

4.4. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültüründe Önemi

Hemşireler, bakımın her alanında hasta güvenliği ile iç içe bulunmaktadır. Hasta güvenliği sürecinde hasta bakım aşamasının ve tıbbi faaliyetlerin büyük bir kısmını da hemşireler yürütmektedir. Hemşirelerin hasta ile yoğun iletişim halinde olmaları, hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasını zorunlu kılmaktadır. Mitchell(140), Çırpı (141), Korkmaz (142), Cebeci ve ark. (143). Bir kurumda hasta güvenliği kültürün sağlanabilmesi için hasta güvenliği uygulamalarının hemşireler tarafından benimsenmesi ve sürekli kılınması gerekmektedir. Bu nedenle, özellikle hemşire yöneticiler tarafından, hasta güvenliği kültürüne yönelik ölçüm araçları ile hastanenin ve hemşirelik hizmetlerinin güvenlik kültürünün değerlendirilmesi, elde edilen sonuçlar doğrultusunda gerekli iyileştirmelerin yapılması ve eğitim programlarının düzenlenerek tüm çalışanların bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Karaca (144).

Uluslararası Hemşireler Birliği, (ICN) hasta güvenliği konusunda hemşirelerin sorumluluklarını şu şekilde belirtmiştir ICN (145):

- Hastalar ve aileler olası riskler konusunda bilgilendirilmelidir.
- İstenmeyen olaylar ilgili makamlara rapor edilmelidir.
- Bakım hizmeti güvenliği ve kalitesinin değerlendirilmesinde hemşireler aktif rol almalıdır.
- Hastalar ve diğer profesyonel sağlık bakım personeli ile iletişim güçlendirilmelidir.
- Yeterli istihdam düzeyleri sağlanması konusunda lobi faaliyetleri düzenlenmelidir.
- Hasta güvenliğini arttırıcı önlemler desteklenmelidir.
- Sıkı ve kapsamlı enfeksiyon ile mücadele programları teşvik edilmelidir.
- Hataları en aza indirecek tedavi politikaları ve protokollerinin standart hale getirmesine yönelik lobi faaliyetleri yürütülmelidir.

Bakım verici, yönetici, karar verici, koruyucu ve savunucu, araştırmacı, rehabilite edici rolleri olan hemşireler bu rolleri ile kaliteli bakım sağlamak ve hasta güvenliği çalışmalarında etkin rol oynamaktadır . Tunçel (146).

5. MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Medipol Mega Üniversite Hastanesi 200 yataklı dahili ve cerrahi kliniklerinde 160 hemşire, bebek odasında 20 hemşire, ameliyathane de 60 hemşire, 25 yataklı kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde 25 hemşire, 50 yataklı genel yoğun bakım ünitesinde 30 hemşire, iç hastalıkları, KBB, diş hastalıkları, çocuk hastalıkları, dermatoloji polikliniği, kardiyoloji polikliniği, göz hastalıkları polikliniği olmak üzere 8 poliklinikte 9 hemşire, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 40 hemşire, anjio ünitesinde 20 hemşire, kemik iliği transplantasyon ünitesinde 25 hemşire, kemoterapi ünitesinde 8 hemşire ve hemşirelik hizmetlerinde görev yapan 3 eğitim gelişim hemşiresi olmak üzere toplam 400 hemşire görev yapmaktadır.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Medipol Mega Üniversite Hastanesinde görev yapan tüm hemşireler oluşturmuştur(n=400). Araştırmada herhangi bir örneklem seçim yöntemi kullanılmamıştır. Kurumda çalışan hemşirelerin birçoğu kurumun yeni mezun hemşirelerinden oluşmaktadır. Ayrıca hastanenin işe başlama sözleşmesinde kişinin kurumda belli bir süre çalışması zorunluluğu olduğu için evrenin tamamına ulaşılması sağlanmıştır. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamıştır çünkü kurum yeni yapılanmaya başladığı için görev yapan tüm hemşireler çalışmaya alınmıştır. Haziran 2015- Kasım 2015 tarihleri arasında evrenin tamamına ulaşılmıştır.

5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, gönüllü katılımı sağlayan, İstanbul İli Avrupa yakasındaki bir Üniversite Hastanesinde çalışan hemşireler ile sınırlıdır. Bu nedenle çalışmanın İstanbul genelini temsil etmesinde güçlük vardır.

5.5. Verilerin Toplanması

5.5.1. Veri toplama araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik ve mesleğe ilişkin özellikleri sorgulayan soru formu ve ‘hasta güvenliği kültürü hastane anketi’ kullanılmıştır.

5.5.1.1. Sosyodemografik ve mesleğe ilişkin özellikleri sorgulayan soru formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan sosyodemografik özellikler soru formunda, hemşirenin; yaşı, eğitim durumu, mesleki çalışma yılı, kurumdaki çalışma süresi, çalıştığı birimdeki pozisyonu gibi sorular yer almaktadır.

5.5.1.2. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi sağlık çalışanlarının hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama konusundaki görüşlerini değerlendirmek amacıyla AHRQ (Sağlık Bakımı Araştırma ve Kalite Ajansı) tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir. Bodur ve Filiz tarafından 2009 yılında “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane” anketi formu Türkçe ’ye kazandırılmış ve geçerlilik güvenilirlik analizi yapılmıştır. Bodur ve Filiz(147). Anket 7 bölüm, 42 madde ve 12 alt alandan oluşmakta ve ankette hasta güvenliği kültürünün boyutlarını ünite/birim ve hastane düzeyinde ölçüldüğü, sonuç değişkenlerinin yer aldığı sorular bulunmaktadır.

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketinin Alt Alan Bölümleri aşağıda belirtilmektedir:

- Ünite/bölüm düzeyinde alt alanlar bölümü:

Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri

B1: Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.

B2: Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.

B3: Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.

B4: Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.

Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme

A6: Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.

A9: Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.

A13: Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.

Üniteler İçinde Ekip Çalışması

A1: Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.

A3: Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.

A4: Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.

A11: Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.

İletişimin Açık Tutulması

C2: Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.

C4: Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.

C6: Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar.

Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim

C1: Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.

C3: Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.

C5: Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.

Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt

A8: Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.

A12: Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır.

A16: Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.

Personel Sağlama

A2: Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.

A5: Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar.

A7: Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.

A14: Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.

Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği

F1: Hastane/kuruluş yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.

F8: Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.

F9: Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir.

- Hastane düzeyinde alt alanlar bölümü:

Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması

F2: Hastane/kuruluş üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.

F4: Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.

F6: Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz

F10: Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.

Hasta Müdahaleleri ve Değişim

F3: Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.

F5: Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.

F7: Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.

F11: Bu hastanede/kuruluştta nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.

Güvenliğin Kapsamlı Algılanması

A10: Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.

A15: Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.

A17: Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.

A18: Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.

Hataların Raporlanma Sıklığı

D1: Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor?

D2: Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor?

D3: Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor Ediliyor?

- Hastane Ünitesinde Hasta Güvenliğinin Derecesi bölümü

- Raporlanan Olayların Sayısı bölümü

Ankette yer alan A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3,F5, F6,F7, F9 ve F11 maddeleri ters yönlü sorulardır. Cevaplamada A, B ve F bölümlerinde “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “ne katılıyorum ne katılmıyorum”, “katılıyorum”, “kesinlikle katılıyorum” ifadeleri, C ve D bölümlerinde “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen” “çoğu zaman”, “her zaman”

ifadeleri kullanılmaktadır. Bölüm E’de hasta güvenliği derecesi “mükemmel”, “çok iyi”, “kabul edilebilir”, “zayıf” ve “başarısız” olarak değerlendirilmektedir.

5.6. Verilerin Toplanması

Veriler, hemşirelere çalışmanın amacı açıklandıktan sonra onayları alınarak araştırmacı tarafından 4 aylık bir sürede toplanmıştır. Anket formlarının doldurulmasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Her bir hemşire ile görüşmede formun doldurulması 30 dakika sürmüştür.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 21.0 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile değerlendirilmiştir. Analizlerde uygun testinin seçilmesinde normallik testi sonucuna göre karar verilmiştir. Shapiro-Wilk normallik analizi sonucuna göre normal dağılım göstermediği belirlenmiş olan gruplar arası karşılaştırma testlerinde parametrik olmayan test teknikleri kullanılmıştır. Analizler Mann-Whitney U Testi ve Kruskal-Wallis H Testi ile gerçekleştirilmiştir.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için “İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu” ndan etik kurul onayı (Karar No:82 Tarih: 12/02/2015), Medipol Mega Üniversite Hastanesi Başhekimliği’ nden kurum izni (EKLER), hemşirelerden ise sözel onam alınmıştır. Araştırmada, hemşirelere çalışmaya katılmaya gönüllü değillerse sorulara cevap vermek zorunda olmadıkları, bireysel bilgilerin sadece bu araştırmada kullanılacağı ve bilgilerin araştırmacı tarafından korunacağı belirtilerek özerklik, gizlilik ve gizliliğin korunması, kimliksizlik ve güvenlik ilkelerinin korunmasına özen gösterilmiştir.

6. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde çalışmaya katılan 400 hemşireden veri toplama formu kullanılarak elde edilen bulgular sunulmuştur.

Tablo 6.1. Sosyodemografik Özellikler ve Mesleğe İlişkin Bulgular

		n	%
Yaş Yaş Ortalaması(24.4 ± 2.73)	24 yaş ve altı	227	56,8
	25 yaş ve üstü	173	43,3
Cinsiyet	Kadın	365	91,3
	Erkek	35	8,8
Mezun olunan okul	Lise	290	72,5
	Lisans-Lisansüstü	110	27,5
Meslekteki görev süresi	4 yıl ve altı	341	85,3
	5 yıl ve üstü	59	14,8
Hastanede görev süresi	2 yıl ve altı	302	75,5
	3 yıl	98	24,5
Çalışılan birimdeki görev süresi	2 yıl ve altı	357	89,3
	3 yıl	43	10,8
Haftalık çalışma saati	49 saat ve altı	29	7,3
	50 saat ve üzeri	371	92,8
Haftalık üst üste gece vardiyasına gelme sıklığı	Gelen	378	94,5
	Gelmeyen	22	5,5
Kurumda son 6 ay içinde hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim programına katılma durumu	Katılan	310	77,5
	Katılmayan	90	22,5
Birimde hasta güvenliği kültürü düzenli olarak ölçülme durumu	Ölçülen	95	23,8
	Ölçülmeyen	305	76,3

Tablo 6.1’de araştırmada yer alan hemşirelerin sosyodemografik ve mesleğe ilişkin bulguları yer almaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması 24.4 ± 2.73 olup büyük çoğunluğu kadın, %72,5’i lise mezunu ve %85,3’inin meslekteki görev süresi 4 yıl ve altı, %75,5’inin hastanedeki görev süresi 2 yıl ve altı, %89,3’inin çalışılan

birimdeki görev süresi ise 2 yıl ve altıdır. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun haftalık çalışma saati 50 saat ve üzeri, %94,5'inin üst üste gece vardiyasına geldiği, %77,5'nin kurumda son 6 ay içinde hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim programına katıldığı, %76,3'ünün kurumda hasta güvenliği kültürünün düzenli olarak ölçülmediğini ifade ettiği bulunmuştur.

Tablo 6.2. Hasta Güvenliği Konusunda Birime İlişkin Görüşlerin Dağılımı

	Mükemmel		Çok iyi		Kabul edilebilir		Zayıf		Başarısız	
	n=400	%	n=400	%	n=400	%	n=400	%	n=400	%
Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz	148	%37,0	197	%49,3	55	%13,7	0	%0,0	0	%0,0

Tablo 6.2' de hasta güvenliği konusunda birime ilişkin görüşlerin dağılımı verilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (%49,3) hasta güvenliği konusunda birimini çok iyi, daha az bir kısmı (%37) mükemmel, %13,7'i kabul edilebilir olarak değerlendirmektedir. Hasta güvenliği konusunda birimini zayıf ya da başarısız olarak değerlendiren bulunmamaktadır.

Tablo 6.3. Raporlanan Olay Sayısı İle İlgili Sonuçların Dağılımı

Son 12 ayda olay raporu yazıp idarecilere verme sıklığı	n	%
Hiç	168	42
1-2 olay	200	50
3-5 olay	28	7
6-10 olay	1	0,3
11-20 olay	3	0,7

Tablo 6.3'de raporlanan olay sayısı ile ilgili sonuçların dağılımı verilmiştir. Son 12 ayda katılımcıların yarısı 1-2 olay için rapor verdiğini, %42,0'si ise hiç rapor vermediğini, %7'si 3-5 olay için rapor verdiğini, %0,3'ünün 6-10 olay için rapor verdiğini, %0,7'sinin 11-20 olay için rapor verdiğini ifade etmiştir.

Tablo 6.4. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı

Alt Alanlar	Yaş Grubu		U	P
	24 yaş ve altı (n=227)	25 yaş ve üstü (n=173)		
	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	190,92	213,07	17461,500	,054
Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme	206,18	193,04	18345,500	,251
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	194,24	208,71	18215,000	,203
İletişimin Açık Tutulması	200,94	199,92	19535,000	,929
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim	194,92	207,83	18368,000	,262
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	196,17	206,18	18652,000	,384
Personel Sağlama	207,22	191,69	18111,000	,175
Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	211,68	185,84	17098,500	,021
Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması	187,68	217,32	16725,000	,010
Hasta Müdahaleleri ve Değişim	184,67	221,27	16041,500	,001
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	196,14	206,22	18646,000	,380
Hataların Raporlanma Sıklığı	196,40	205,88	18705,500	,407

P=< 0,05 *Mann Witney

Tablo 6.4’ de Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alan puanlarının yaşa göre dağılımına ilişkin bulgular verilmiştir.

Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri alt alanında 25 yaş ve üstü hemşirelerin puan sıra ortalaması (213,07), 24 yaş ve altı hemşirelerin puan sıra ortalamasından (190,92) daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme alt alanında 24 yaş altı hemşirelerin puan sıra ortalaması (206,18), 25 yaş ve üstü hemşirelerin puan sıra ortalamasından (193,04) daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Üniteler İçinde Ekip Çalışması alt alanında 25 yaş ve üstü hemşirelerin puan sıra ortalaması (208,71), 24 yaş ve altı hemşirelerin puan sıra ortalamasından (194,24) daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

İletişimin Açık Tutulması alt alanında 24 yaş ve altı hemşirelerin puan sıra ortalaması (200,94), 25 yaş ve üstü hemşirelerin puan ortalamasından (199,92) daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim alt alanında 25 yaş ve üstü hemşirelerin puan sıra ortalaması (207,83), 24 yaş ve altı hemşirelerin puan sıra ortalamasından (194,92) daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt alt alanında 25 yaş ve üstü hemşirelerin puan sıra ortalaması (206,18), 24 yaş ve altı hemşirelerin puan sıra ortalamasından (196,17) daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Personel Sağlama alt alanında 24 yaş ve altı hemşirelerin puan sıra ortalaması (207,22), 25 yaş ve üstü hemşirelerin puan sıra ortalamasından (191,69) daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği alt alanında 24 yaş ve altı hemşirelerin puan sıra ortalaması (211,68), 25 yaş ve üstü hemşirelerin puan sıra ortalamasından (185,84) daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$).

Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması alt alanında 25 yaş ve üstü hemşirelerin puan sıra ortalaması (217,32), 24 yaş ve altı hemşirelerin puan sıra ortalamasından (187,68) daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$).

Hasta Müdahaleleri ve Değişim alt alanında 25 yaş ve üstü hemşirelerin puan sıra ortalaması (221,27), 24 yaş ve altı hemşirelerin puan sıra ortalamasından (184,67) daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$).

Güvenliğin Kapsamlı Algılanması alt alanında 25 yaş ve üstü hemşirelerin puan sıra ortalaması (206,22), 24 yaş ve altı hemşirelerin puan sıra ortalamasından (196,14) daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Hataların Raporlanma Sıklığı alt alanında 25 yaş ve üstü hemşirelerin puan sıra ortalaması (205,88), 24 yaş ve altı hemşirelerin puan sıra ortalamasından (196,40) daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Tablo 6.5.Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Alt Alanlar	Cinsiyet		U	p
	Kadın (n=365)	Erkek (n=35)		
	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	199,01	216,09	5842,000	,397
Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme	204,18	162,17	5046,000	,036
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	198,95	216,66	5822,000	,374
İletişimin Açık Tutulması	193,35	275,11	3776,000	,000
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim	198,55	220,80	5677,000	,270
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	205,14	152,14	4695,000	,009
Personel Sağlama	196,64	240,80	4977,000	,028
Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	201,33	191,87	6085,500	,630
Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması	195,63	251,30	4609,500	,006
Hasta Müdahaleleri ve Değişim	198,23	224,13	5560,500	,199
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	199,67	209,20	6083,000	,636
Hataların Raporlanma Sıklığı	199,87	207,04	6158,500	,720

P=< 0,05 * Mann Whitney

Tablo 6.5' de hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alan puanlarının cinsiyete göre dağılımına ilişkin bulgular verilmiştir.

Kadın ile erkek grupları arasında Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme alt alanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Kadınların puan sıra ortalamaları 204,18; erkeklerin ortalamaları 162,17'dir. Buna göre kadınların Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme alt alanı puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Kadın ile erkek grupları arasında İletişimin Açık Tutulması alt alan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Kadınların puan sıra ortalamaları 193,35; erkeklerin ortalamaları 275,11'dir. Buna göre erkeklerin İletişimin Açık Tutulması alt alan puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Kadın ile erkek grupları arasında Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt alt alan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Kadınların puan sıra ortalamaları 205,14; erkeklerin ortalamaları 152,14'tür. Buna göre kadınların Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt alt alan puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Kadın ile erkek grupları arasında Personel Sağlama alt alan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Kadınların puan sıra ortalamaları 196,64; erkeklerin ortalamaları 240,80'dir. Buna göre erkeklerin Personel Sağlama alt alan puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Kadın ile erkek grupları arasında Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması alt alan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Kadınların puan sıra ortalamaları 195,63; erkeklerin ortalamaları 251,30'dur. Buna göre erkeklerin Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması alt alan puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

**Tablo 6.6.Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının
Mezun Olunan Okula Göre Dağılımı**

Alt Alanlar	Mezun Olunan Okul		U	p
	Lise (n=290)	Lisans- Lisansüstü (n=110)		
	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	198,37	206,11	15333,000	,544
Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme	198,55	205,64	15385,000	,577
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	203,53	192,52	15072,500	,383
İletişimin Açık Tutulması	198,40	206,04	15340,500	,549
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim	194,52	216,28	14214,500	,088
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	202,06	196,38	15496,500	,656
Personel Sağlama	201,55	197,72	15644,500	,763
Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	199,70	202,61	15717,500	,814
Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması	204,70	189,42	14731,500	,229
Hasta Müdahaleleri ve Değişim	203,08	193,70	15202,500	,462
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	203,46	192,69	15090,500	,397
Hataların Raporlanma Sıklığı	192,59	221,35	13656,000	,023

P=< 0,05 *Mann Witney

Tablo 6.6' da Hasta güvenliği kùltürü hastane anketi alt alan puanlarının mezun olunan okula göre dağılımına ilişkin bulgular verilmiştir.

Hemşireleri mezun olunan okula göre, “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri”, “Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme”, “Üniteler İçinde Ekip Çalışması”, “İletişimin Açık Tutulması”, “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim”, “Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt”, “Personel Sağlama”, “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği”, “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması”, “Hasta Müdahaleleri ve Değişim” ve “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması” alt alanlarından elde ettikleri puanlar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bununla birlikte Lisans- Lisansüstü mezunu olan hemşirelerin “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri”, “Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme”, “İletişimin Açık Tutulması”, “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim”, “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği” alt alanlarından lise mezunu hemşirelere göre daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur.

“Hataların Raporlanma Sıklığı” alt alanında ise Lisans- Lisansüstü mezunu olan hemşirelerin puan sıra ortalaması (221,35) lise mezunu hemşirelerin puan sıra ortalamasından (192,59) daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 6.7. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Meslekteki Görev Süresine Göre Dağılımı

Alt Alanlar	Meslekteki Görev Süresi		U	p
	4 yıl ve altı (n= 341)	5 yıl ve üstü (n=59)		
	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	190,69	257,18	6715,500	0,000
Organizasyonel ğrenme ve Sürekli Geliştirme	192,43	247,13	7308,500	0,001
niteler İçinde Ekip alışması	193,62	240,25	7714,000	0,003
İletişimin Açık Tutulması	208,02	157,03	7495,000	0,001
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim	192,39	247,39	7293,000	0,001
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	206,57	165,42	7989,500	0,011
Personel Sağlama	212,12	133,34	6097,000	0,000
Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	200,85	198,46	9939,000	0,878
Hastane niteleri Arasında Ekip alışması	201,17	196,62	9830,500	0,776
Hasta Müdahaleleri ve Değişim	189,85	262,04	6428,500	0,000
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	209,20	150,23	7093,500	0,000
Hataların Raporlanma Sıklığı	193,93	238,45	7820,500	0,005

P=< 0,05 *Mann Witney

Tablo 6.7’de Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alan puanlarının meslekteki görev süresine göre dağılımına ilişkin bulgular verilmiştir.

Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri alt alanında meslekteki görev süresi 4 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 190,69, 5 yıl ve üstü olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 257,18 olup aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme alt alanında meslekteki görev süresi 4 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 192,43, görev süresi 5 yıl ve üstü olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 247,13 olup aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Üniteler İçinde Ekip Çalışması alt alanında meslekteki görev süresi 4 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 193,62, 5 yıl ve üstü olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 240,25 olup aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

İletişimin Açık Tutulması alt alanında meslekteki görev süresi 4 yıl ve altında olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 208,02, 5 yıl ve üstü olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 157,03 olup aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim alt alanında meslekteki görev süresi 4 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 192,39, 5 yıl ve üstü olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 247,39 olup aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt alt alanında meslekteki görev süresi 4 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 206,57, 5 yıl ve üstü olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 165,42 olup aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Personel Sağlama alt alanında meslekteki görev süresi 4 yıl ve altında olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 212,12, görev süresi 5 yıl ve üstü olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 133,34, olup aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği alt alanında meslekteki görev süresi 4 yıl ve altında olan hemşirelerin puan sıra ortalaması (200,85), 5 yıl ve üstü

olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise (198,46) olup aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması alt alanında meslekteki görev süresi 4 yıl ve altında olan hemşirelerin puan sıra ortalaması (201,17), 5 yıl ev üstü olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise (196,62) olup aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Hasta Müdahaleleri ve Değişim alt alanında meslekteki görev süresi 4 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 189,85, 5 yıl ve üstü olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 262,04 olup aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Güvenliğin Kapsamlı Algılanması alt alanında meslekteki görev süresi 4 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 209,20, 5 yıl ve üstü olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 150,23 olup aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Hataların Raporlanma Sıklığı alt alanında meslekteki görev süresi 4 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalamaları 193,93, 5 yıl ve üstü olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 238,45 olup aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 6.8.Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Hastanede Çalışma Yılına Göre Dağılımı

Alt Alanlar	Hastanede Çalışma Süresi		U	p
	2 yıl ve altı (n=302)	3 yıl (n=98)		
	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	184,19	250,77	9871,500	0,000
Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme	202,29	194,99	14258,000	0,580
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	189,32	234,96	11420,500	0,000
İletişimin Açık Tutulması	191,05	229,62	11944,000	0,004
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim	191,37	228,62	12042,000	0,005
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	212,52	163,45	11167,000	0,000
Personel Sağlama	204,88	187,01	13476,000	0,176
Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	202,24	195,13	14271,500	0,581
Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması	196,41	213,10	13563,000	0,206
Hasta Müdahaleleri ve Değişim	198,14	207,78	14084,500	0,466
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	204,36	188,61	13632,500	0,233
Hataların Raporlanma Sıklığı	196,40	213,13	13560,000	0,203

P=< 0,05 *Mann Witney

Tablo 6.8'de Hasta güvenliği kùltürü hastane anketi alt alan puanlarının hastanede çalışma yılına göre dağılımına ilişkin bulgular verilmiştir.

Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri alt alanında hastanedeki çalışma süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 184,19, 3 yıl olanların ise 250,77 olduğu saptanmıştır. Hastanedeki çalışma süresine göre “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri” alt gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır. ($p < 0,05$).

Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme alt alanında hastanedeki çalışma süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 202,29, 3 yıl olanların ise 194,99 olduğu saptanmıştır. “Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme” alt gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Üniteler İçinde Ekip Çalışması alt alanında hastanedeki çalışma süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 189,32, 3 yıl olanların ise 234,96 olduğu saptanmıştır. “Üniteler İçinde Ekip Çalışması” alt gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır. ($p < 0,05$).

İletişimin Açık Tutulması alt alanında hastanedeki çalışma süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 191,05, 3 yıl olanların ise 229,62 olduğu saptanmıştır. “İletişimin Açık Tutulması” alt gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır. ($p < 0,05$).

Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim alt alanında hastanedeki çalışma süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 191,37, görev süresi 3 yıl olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 228,62 olduğu saptanmıştır. “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim” alt gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır. ($p < 0,05$).

Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt alt alanında hastanedeki çalışma süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 212,52, görev süresi 3 yıl olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 163,45 olduğu saptanmıştır. “Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt” alt gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır. ($p < 0,05$).

Personel Sağlama alt alanında hastanedeki çalışma süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 204,88, görev süresi 3 yıl olan hemşirelerin puan

sıra ortalaması 187,01 olduğu saptanmıştır. “Personel Sağlama” alt gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği alt alanında hastanedeki çalışma süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 202,24, 3 yıl olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 195,13 olduğu saptanmıştır. “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği” alt gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması alt alanında hastanedeki çalışma süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 196,41, görev süresi 3 yıl olan hemşirelerin ise puan sıra ortalaması 213,10 olduğu saptanmıştır. “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması” alt gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Hasta Müdahaleleri ve Değişim alt alanında hastanedeki çalışma süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 198,14, görev süresi 3 yıl olan hemşirelerin ise puan sıra ortalaması 207,78 olduğu saptanmıştır. “Hasta Müdahaleleri ve Değişim” alt gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Güvenliğin Kapsamlı Algılanması alt alanında hastanedeki çalışma süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 204,36, 3 yıl olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 188,61 olduğu saptanmıştır. “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması” alt gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Hataların Raporlanma Sıklığı alt alanında hastanedeki çalışma süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 196,40, görev süresi 3 yıl olan hemşirelerin ise puan sıra ortalaması 213,13 olduğu saptanmıştır. “Hataların Raporlanma Sıklığı” alt gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 6.9. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Çalışılan Birimdeki Görev Süresine Göre Dağılımı

Alt Alanlar	Çalışılan Birimdeki Görev Süresi		U	p
	2 yıl ve altı (n=357)	3 yıl (n=43)		
	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	192,31	268,50	4751,500	0,000
Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme	194,52	250,16	5540,000	0,002
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	197,86	222,44	6732,000	0,176
İletişimin Açık Tutulması	204,75	165,26	6160,000	0,032
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim	199,52	208,62	7326,500	0,621
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	201,83	189,42	7199,000	0,500
Personel Sağlama	207,45	142,77	5193,000	0,000
Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	205,69	157,42	5823,000	0,007
Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması	206,52	150,51	5526,000	0,002
Hasta Müdahaleleri ve Değişim	198,65	215,84	7016,000	0,350
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	208,35	135,36	4874,500	0,000
Hataların Raporlanma Sıklığı	197,09	228,78	6459,500	0,083

P=< 0,05 *Mann Witney

Tablo 6.9’da Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alan puanlarının çalışılan birimdeki görev süresine göre dağılımına ilişkin bulgular verilmiştir.

Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri alt alanında çalışılan birimdeki görev süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 192,31, 3 yıl olanların ise 268,50 bulunmuştur. Ayrıca gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme alt alanında çalışılan birimdeki görev süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 194,52, 3 yıl olanların ise 250,16 bulunmuştur. Ayrıca gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Üniteler İçinde Ekip Çalışması alt alanında çalışılan birimdeki görev süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 197,86, 3 yıl olanların ise 222,44 bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

İletişimin Açık Tutulması alt alanında çalışılan birimdeki görev süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 204,75, 3 yıl olanların ise 165,26 bulunmuştur. Ayrıca gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim alt alanında çalışılan birimdeki görev süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 199,52, görev süresi 3 yıl olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 208,62 bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt alt alanında çalışılan birimdeki görev süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 201,83, görev süresi 3 yıl olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 189,42 bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Personel Sağlama alt alanında çalışılan birimdeki görev süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 207,45, görev süresi 3 yıl olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 142,77 bulunmuştur. Ayrıca gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği alt alanında çalışılan birimdeki görev süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 205,69, 3 yıl olan

hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 157,42 bulunmuştur. Ayrıca gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması alt alanında çalışılan birimdeki görev süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 206,52, görev süresi 3 yıl olan hemşirelerin ise puan sıra ortalaması 150,51 bulunmuştur. Ayrıca gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Hasta Müdahaleleri ve Değişim alt alanında çalışılan birimdeki görev süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 198,65, görev süresi 3 yıl olan hemşirelerin ise puan sıra ortalaması 215,84 bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Güvenliğin Kapsamlı Algılanması alt alanında çalışılan birimdeki görev süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 208,35, 3 yıl olan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 135,36 bulunmuştur. Ayrıca gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Hataların Raporlanma Sıklığı alt alanında çalışılan birimdeki görev süresi 2 yıl ve altı olan hemşirelerin puan sıra ortalaması 197,09, görev süresi 3 yıl olan hemşirelerin ise puan sıra ortalaması 228,78 bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 6.10.Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Haftalık Çalışma Saatine Göre Dağılımı

Alt Alanlar	Haftalık Çalışma Saati		U	p
	49 saat ve altı (n=29)	50 saat ve üzeri (n=371)		
	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	202,41	200,35	5324,000	,925
Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme	224,07	198,66	4696,000	,245
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	190,76	201,26	5097,000	,628
İletişimin Açık Tutulması	243,60	197,13	4129,500	,034
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim	276,71	194,54	3169,500	,000
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	167,16	203,11	4412,500	,102
Personel Sağlama	182,66	201,89	4862,000	,379
Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	166,48	203,16	4393,000	,086
Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması	202,60	200,34	5318,500	,917
Hasta Müdahaleleri ve Değişim	246,90	196,87	4034,000	,023
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	201,84	200,39	5340,500	,947
Hataların Raporlanma Sıklığı	210,83	199,69	5080,000	,610

P=< 0,05 * Mann Whitney

Tablo 6.10' da Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alan puanlarının haftalık çalışma saatine göre dağılımına ilişkin bulgular verilmiştir.

Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri alt alanında haftada 49 saat ve altı çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması 202,41, 50 saat ve üstü çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 200,35 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme alt alanında haftada 49 saat ve altı çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması 224,07, 50 saat ve üstü çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 198,66 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Üniteler İçinde Ekip Çalışması alt alanında haftada 50 saat ve üstü çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması 201,26, 49 saat ve altı çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 190,76 bulunmuş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

İletişimin Açık Tutulması alt alanında haftada 50 saat ve üstü çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması 201,26, 49 saat ve altı çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 243,60 bulunmuş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim alt alanında haftada 49 saat ve altı çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması 276,71, 50 saat ve üstü çalışma hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 194,54 bulunmuş gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt alt alanında haftada 50 saat ve üstü çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması 203,11, 49 saat ve altı çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 167,16 bulunmuş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Personel Sağlama alt alanında haftada 50 saat ve üstü çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması 201,89, 49 saat ve altı çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 182,66 bulunmuş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği alt alanında haftada 50 saat ve üstü çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması 203,16, 49 saat ve altı çalışan

hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 166,48 bulunmuş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması alt alanında haftada 50 saat ve üstü çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması 200,34, 49 saat ve altında çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 202,60 bulunmuş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Hasta Müdahaleleri ve Değişim alt alanında haftada 49 saat ve altı çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması 246,90, 50 saat ve üstü çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 196,87 bulunmuş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Güvenliğin Kapsamlı Algılanması alt alanında haftada 49 saat ve altı çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması 201,84, 50 saat ve üstü çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 200,39 bulunmuş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Hataların Raporlanma Sıklığı alt alanında haftada 49 saat ve altı çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması 210,83, 50 saat ve üstü çalışan hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 199,69 bulunmuş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 6.11. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Haftada Üst Üste Gece Vardiyasında Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Alt Alanlar	Haftada Üst Üste Gece Vardiyasında Çalışma Durumu		U	p
	Çalışmayan (n=22)	Çalışan (n=378)		
	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	277,82	196,00	2457,000	0,001
Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme	305,89	194,37	1839,500	0,000
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	285,89	195,53	2279,500	0,000
İletişimin Açık Tutulması	236,66	198,40	3362,500	0,125
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim	300,61	194,67	1955,500	0,000
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	234,39	198,53	3412,500	0,152
Personel Sağlama	130,23	204,59	2612,000	0,003
Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	208,98	200,01	3971,500	0,712
Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması	161,73	202,76	3305,000	0,099
Hasta Müdahaleleri ve Değişim	214,09	199,71	3859,000	0,565
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	154,91	203,15	3155,000	0,053
Hataların Raporlanma Sıklığı	294,02	195,06	2100,500	0,000

P=< 0,05 * Mann Whitney

Tablo 6.11’ de Hasta güvenliği kültürü hastane anketi alt alan puanlarının haftada üst üste gece vardiyasında çalışma durumuna ilişkin bulgular verilmiştir.

Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri alt alanında haftada üst üste gece vardiyasında çalışma durumuna göre vardiya da hiç çalışmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması 277,82, vardiyalı çalışanların ise 196,00 olarak ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme alt alanında haftada üst üste gece vardiyasında çalışma durumuna göre vardiya da hiç çalışmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması 305,89, vardiyalı çalışanların ise 194,37 olarak ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Üniteler İçinde Ekip Çalışması alt alanında haftada üst üste gece vardiyasında çalışma durumuna göre vardiya da hiç çalışmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması 285,89, vardiyalı çalışanların ise 195,53 olarak ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

İletişimin Açık Tutulması alt alanında haftada üst üste gece vardiyasında çalışma durumuna göre vardiya da hiç çalışmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması 236,66, vardiyalı çalışanların ise 198,40 olarak ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim alt alanında haftada üst üste gece vardiyasında çalışma durumuna göre vardiya da hiç çalışmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması 300,61, vardiyalı çalışanların ise 194,67 olarak ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt alt alanında haftada üst üste gece vardiyasında çalışma durumuna göre vardiya da hiç çalışmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması 234,39, vardiyalı çalışanların ise 198,53 olarak ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Personel Sağlama alt alanında haftada üst üste gece vardiyasında çalışma durumuna göre vardiya da hiç çalışmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması 130,23, vardiyalı çalışanların ise 204,59 olarak ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği alt alanında haftada üst üste gece vardiyasında çalışma durumuna göre vardiya da hiç çalışmayan hemşirelerin puan

sıra ortalaması 208,98, vardiyalı çalışanların ise 200,01 olarak ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması alt alanında haftada üst üste gece vardiyasında çalışma durumuna göre vardiya da hiç çalışmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması 161,73, vardiyalı çalışanların ise 202,76 olarak ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Hasta Müdahaleleri ve Değişim alt alanında haftada üst üste gece vardiyasında çalışma durumuna göre vardiya da hiç çalışmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması 214,09, vardiyalı çalışanların ise 199,71 olarak ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Güvenliğin Kapsamlı Algılanması alt alanında haftada üst üste gece vardiyasında çalışma durumuna göre vardiya da hiç çalışmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması 154,91, vardiyalı çalışanların ise 203,15 olarak ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Hataların Raporlanma Sıklığı alt alanında haftada üst üste gece vardiyasında çalışma durumuna göre vardiya da hiç çalışmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması 294,02, vardiyalı çalışanların ise 195,06 olarak ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 6.12.Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Kurumda Son Altı Ay İçinde Hasta Güvenliği İle İlgili Bir Eğitim Programına Katılıp Katılmaması Durumuna Göre Dağılımı

Alt Alanlar	Kurumunuzda Son Altı Ay İçinde Hasta Güvenliği ile İlgili Bir Eğitim Programına Katılma Durumu		U	P
	Katılan (n=310)	Katılmayan (n=90)		
	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	190,32	235,55	10795,500	,001
Organizasyonel ğrenme ve Sürekli Geliştirme	197,14	212,09	12907,000	,271
niteler İçinde Ekip alışması	188,74	240,99	10305,500	,000
İletişimin Açık Tutulması	195,07	219,19	12268,000	,077
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim	185,13	253,46	9184,000	,000
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	205,70	182,58	12337,500	,091
Personel Sağlama	203,85	188,96	12911,500	,273
Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	209,52	169,43	11153,500	,003
Hastane niteleri Arasında Ekip alışması	193,23	225,54	11696,500	,017
Hasta Müdahaleleri ve Değişim	189,44	238,60	10521,000	,000
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	202,99	191,92	13177,500	,416
Hataların Raporlanma Sıklığı	199,63	203,49	13680,500	,776

P=< 0,05 * Mann Whitney

Tablo 6.12' de Hasta güvenliği kùltürü hastane anketi alt alan puanlarının kurumda son altı ay içinde hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim programına katılıp katılmaması durumuna göre dağılımına ilişkin bulgular verilmiştir.

Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri alt alanında son altı ay içinde hasta güvenliği ile ilgili bir eğitime katılmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması (235,55), eğitime katılan hemşirelerin puan sıra ortalamasından (190,32) daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme alt alanında son altı ay içinde hasta güvenliği ile ilgili bir eğitime katılmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması (212,09), eğitime katılan hemşirelerin puan sıra ortalamasından (197,14) daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Üniteler İçinde Ekip Çalışması alt alanında son altı ay içinde hasta güvenliği ile ilgili bir eğitime katılmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması (240,99), eğitime katılan hemşirelerin puan sıra ortalamasından (188,74) daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

İletişimin Açık Tutulması alt alanında son altı ay içinde hasta güvenliği ile ilgili bir eğitime katılmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması (219,19), eğitime katılan hemşirelerin puan sıra ortalamasından (195,07) daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim alt alanında son altı ay içinde hasta güvenliği ile ilgili bir eğitime katılmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması (253,46), eğitime katılan hemşirelerin puan sıra ortalamasından (185,13) daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt alt alanında son altı ay içinde hasta güvenliği ile ilgili bir eğitime katılan hemşirelerin puan sıra ortalaması (205,70), eğitime katılmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması (182,58) daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Personel Sağlama alt alanında son altı ay içinde hasta güvenliği ile ilgili bir eğitime katılan hemşirelerin puan sıra ortalaması (203,85), eğitime katılmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması (188,96) daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği alt alanında son altı ay içinde hasta güvenliği ile ilgili bir eğitime katılan hemşirelerin puan sıra ortalaması (209,52), eğitime katılmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması (169,43) daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması alt alanında son altı ay içinde hasta güvenliği ile ilgili bir eğitime katılmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması (225,54), eğitime katılan hemşirelerin puan sıra ortalamasından (193,23) daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Hasta Müdahaleleri ve Değişim alt alanında son altı ay içinde hasta güvenliği ile ilgili bir eğitime katılmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması (238,60), eğitime katılan hemşirelerin puan sıra ortalamasından (189,44) daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Güvenliğin Kapsamlı Algılanması alt alanında son altı ay içinde hasta güvenliği ile ilgili bir eğitime katılan hemşirelerin puan sıra ortalaması (202,99), eğitime katılmayan hemşirelerin puan sıra ortalamasından (191,92) daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Hataların Raporlanma Sıklığı alt alanında son altı ay içinde hasta güvenliği ile ilgili eğitime katılmayan hemşirelerin puan sıra ortalaması (203,49), eğitime katılan hemşirelerin puan sıra ortalamasından (199,63) daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 6.13.Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi Alt Alan Puanlarının Çalıştığı Birimde Hasta Güvenliği Kùltürünün Düzenli Olarak Ölçölme Durumuna Göre Dağılımı

Alt Alanlar	Çalıştığı Birimde Hasta Güvenliği Kùltürünün Düzenli Olarak Ölçölme Durumu		U	p
	Ölçölgen (n=95)	Ölçölmeyen (n=305)		
	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	207,22	198,41	13849,500	,511
Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme	188,04	204,38	13303,500	,220
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	224,01	193,18	12254,500	,020
İletişimin Açık Tutulması	239,54	188,34	10779,000	,000
Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim	228,63	191,74	11815,500	,006
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	160,43	212,98	10681,000	,000
Personel Sağlama	175,33	208,34	12096,500	,013
Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	194,43	202,39	13911,000	,541
Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması	200,52	200,49	14485,500	,998
Hasta Müdahaleleri ve Değişim	212,53	196,75	13345,000	,238
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	180,31	206,79	12569,500	,047
Hataların Raporlanma Sıklığı	212,27	196,83	13369,000	,246

P=< 0,05 * Mann Whitney

Tablo 6.13' de Hasta güvenliği kùltürü hastane anketi alt alan puanlarının çalıştığı birimde hasta güvenliği kùltürünün düzenli olarak ölçölme durumuna göre dağılımı verilmiştir.

Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri alt alanında çalıştığı birimde hasta güvenliğinin düzenli olarak ölçüldüğünü bildiren hemşirelerin puan sıra ortalaması 207,22, düzenli ölçülmediğini bildiren hemşirelerin ise puan sıra ortalaması 198,41 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme alt alanında çalıştığı birimde hasta güvenliğinin düzenli olarak ölçüldüğünü bildirmeyen hemşirelerin puan sıra ortalaması 204,38 düzenli ölçüldüğünü bildiren hemşirelerin ise puan sıra ortalaması 188,04 olarak bulunmuş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Üniteler İçinde Ekip Çalışması alt alanında çalıştığı birimde hasta güvenliğinin düzenli olarak ölçüldüğünü bildiren hemşirelerin puan sıra ortalaması 224,0, düzenli ölçülmediğini bildiren hemşirelerin ise puan sıra ortalaması 193,18, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak saptanmıştır.

İletişimin Açık Tutulması alt alanında çalıştığı birimde hasta güvenliğinin düzenli olarak ölçüldüğünü bildiren hemşirelerin puan sıra ortalaması 239,54, düzenli ölçülmediğini bildiren hemşirelerin ise puan sıra ortalaması 188,34, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak saptanmıştır.

Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim alt alanında çalıştığı birimde hasta güvenliğinin düzenli olarak ölçüldüğünü bildiren hemşirelerin puan sıra ortalaması 228,63, düzenli ölçülmediğini bildiren hemşirelerin ise puan sıra ortalaması 191,74, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak saptanmıştır.

Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt alt alanında çalıştığı birimde hasta güvenliğinin düzenli olarak ölçüldüğünü bildirmeyen hemşirelerin puan sıra ortalaması 212,98 düzenli ölçüldüğünü bildiren hemşirelerin ise puan sıra ortalaması 160,43, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak saptanmıştır.

Personel Sağlama alt alanında çalıştığı birimde hasta güvenliğinin düzenli olarak ölçüldüğünü bildirmeyen hemşirelerin puan sıra ortalaması 208,34, düzenli ölçüldüğünü bildiren hemşirelerin ise puan sıra ortalaması 175,33, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır.

Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği alt alanında çalıştığı birimde hasta güvenliğinin düzenli olarak ölçüldüğünü bildirmeyen hemşirelerin puan sıra ortalaması 202,39, düzenli ölçüldüğünü bildiren hemşirelerin ise puan sıra ortalaması 194,43, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Hastane Üniteleri Arasında Ekip alışması alt alanında çalıştığı birimde hasta güvenliğinin düzenli olarak ölçüldüğünü bildiren hemşirelerin puan sıra ortalaması 200,52, düzenli olarak ölçülmediğini bildiren hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 200,49 gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Hasta Müdahaleleri ve Değişim alt alanında çalıştığı birimde hasta güvenliğinin düzenli olarak ölçüldüğünü bildiren hemşirelerin puan sıra ortalaması 212,53, düzenli olarak ölçülmediğini bildiren hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 196,75 gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Güvenliğin Kapsamlı Algılanması alt alanında çalıştığı birimde hasta güvenliğinin düzenli olarak ölçüldüğünü bildirmeyen hemşirelerin puan sıra ortalaması 206,79, düzenli olarak ölçüldüğünü bildiren hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 180,31, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak saptanmıştır.

Hataların Raporlanma Sıklığı alt alanında çalıştığı birimde hasta güvenliğinin düzenli olarak ölçüldüğünü bildiren hemşirelerin puan sıra ortalaması 212,27, düzenli olarak ölçülmediğini bildiren hemşirelerin puan sıra ortalaması ise 196,83, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

7. TARTIŞMA

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların yol açtığı yaralanma ve ölümlerin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalardır. Akalın (148). Hasta güvenliğinde amaç, hasta ve yakınları için fizyolojik ve psikolojik açıdan olumlu etkiye sahip bir ortam yaratmaktır. Bal(149), Göl (150), Sezgin (151), Gökdoğan ve ark. (152), Güven (153). Bu bağlamda hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü algılama düzeyi ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla 400 hemşire ile yapılan araştırmamızdan elde edilen sonuçlar literatür bilgileri ile aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

7.1. Sosyodemografik ve Mesleğe İlişkin Özellikler

Araştırmaya katılan hemşirelerin %56,8'i 24 yaş ve altı, %43,3'ü 25 yaş üstüdür ve hastanede çalışan hemşirelerin yaş ortalaması 24.4 ± 2.73 'tür. Filiz'in hastanede hasta güvenliği kültürü algılamasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunun belirlenmesi çalışmasında hemşirelerin %62,2'si 25-34 yaş grubunda, Altındış'ın sağlık hizmetlerinde olay raporlama ve hasta güvenliğine etkileri çalışmasında çalışanların %49,4'ü 26-35 yaş grubunda %33,1'i ise 18-25 yaş grubundadır. Tütüncü ve Küçükusta'nın hasta güvenliği kültürü ve hemşirelere yönelik bir uygulama yaptığı çalışmada ankete katılanların büyük çoğunluğunun 26-33 yaş arasına olduğu bulunmuştur. Tütüncü ve Küçükusta (154), Filiz, (155), Altındış, (156). Karaca'nın 2014 yılında hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik yaptığı çalışmasında hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri incelendiğinde; %42,4'ünün 25 yaş ve altında olduğu belirlenmiştir. Karaca(157). Çalışmamızda literatüre paralel olarak genç grup kitlesi daha fazla bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %91,3 'ü kadın, %8,8 'i erkek hemşirelerden oluşmaktadır. Akman'ın bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile ilgili algılarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesine yönelik çalışmasında hemşirelerin % 97,7'sinin kadın, % 2,3'ünün erkek olduğu Akman (158); Alp'in sağlık çalışanlarında hasta güvenliği kültürünün incelediği çalışmasında hemşirelerin tamamının kadın olduğu Alp (159);

Özdemir'in benzer konulu çalışmasında hemşirelerin %76,9'unun kadın %23,1'inin erkek olduğu belirlenmiştir. Özdemir(160). Çalışmamızda literatüre paralel olarak kadın cinsiyeti daha fazla bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %72,5'i lise, %27,5'i ise lisans ve lisansüstü mezundur. Literatürde hemşirelerin çoğunluğunun ön lisans mezunu olduğunu belirten çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Akman (161), Alp (162), Filiz (163), Çakır ve Tütüncü (164). Hasta güvenliği kültürü ile kalite yönetim sistemi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada bu oran %47, sağlık çalışanlarında hasta güvenliği kültürünün incelendiği bir araştırmada ise %73,5 olarak bulunmuştur. Çakır (165). Çeşitli çalışmalarda ise lisans ve lisansüstü mezun hemşire sayısı araştırma sonucumuza benzer şekilde daha az oranda bulunmaktadır. Alp'in hasta kültürüyle ilgili çalışmasında lisans mezunu %15,7, Akman'ın çalışmasında %35,8' i lisans mezunu olup yüksek lisans, doktora yapanların oranı %12,8 olarak bulunmuştur. Akman (166). Bu sonuçlar araştırmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %85,3 'ü 4 yıl ve altı, %14,8'i 5 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olan hemşirelerdir. Literatürde çalışmamızla benzerlik gösteren araştırma sonuçları bulunmaktadır. Tütüncü ve Küçükusta'nın hemşirelere yönelik yaptığı hasta güvenliği kültürü çalışmasında en yüksek oran olan %29,8'inin mesleki deneyim süresi 1-5 yıl, hasta güvenliği kültürünün incelendiği bir başka çalışmada benzer şekilde hemşirelerin %30'unun mesleki deneyiminin 1-5 yıl, Altındış'inolay raporlama ve hasta güvenliğine etkisi konulu çalışmasında hemşirelerin %42'sinin mesleki deneyiminin 1-5 yıl arasında olduğu bulunmuştur. Tütüncü ve Küçükusta (167), Altındış (168). Bununla birlikte Bal ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin sadece %10,2'sinin mesleki deneyim süresinin 1-5 yıl, Filiz'in çalışmasında ise hemşirelerin %19'unun mesleki deneyim süresinin 5 yıldan az olduğu belirtilmiştir. Bal ve ark. (169), Filiz, (170). Araştırmanın yapıldığı hastanede yeni mezun hemşirelerin istihdam edilmesinin mesleki deneyimi az olan hemşire sayısının daha fazla olmasına yol açtığı düşünülebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin %75,5'i 2 yıl ve altı, %24,5'i ise 3 yıl ve üzeri süreyle aynı hastanede çalışmaktadır. Literatürde benzer şekilde, hemşirelerinkurumdaki görev süresinin daha çok 1-5 yıl olduğunu gösteren çeşitli

çalışmalar bulunmaktadır. Bal ve ark. (171). Tütüncü ve Küçükusta'nın çalışmasında görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşire oranının %26,3 olduğu, Bal ve ark. çalışmasında bu oranın %46,2 olduğu, Filiz'in çalışmasında hemşirelerin %33,6'sının 1-4 yıl arası aynı kurumda görev yaptığı belirtilmiştir. Tütüncü ve Küçükusta(172), Bal ve ark. (173), Filiz (174). Karaca'nın yaptığı çalışma da ise hemşirelerin kurumda çalışma yılı ortalaması $5,06 \pm 4,95$ yıl olduğu saptanmıştır. Karaca (175). Çalışmamız bu sonuçlarla paralellik göstermektedir. Hemşirelerin kurumdaki görev sürelerinin az olması, araştırmanın yapıldığı hastanenin yeni bir hastane olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Tütüncü ve Küçükusta'nın çalışmasında hemşirelerin çalıştığı birimdeki görev süresinin incelendiği bir araştırmada hemşirelerin %39,1'inin 1-5 yıl, Tütüncü ve Küçükusta'nın diğer bir çalışmasında ise hemşirelerin %35,7'sinin 1-5 yıl süreyle aynı klinikte görev yaptığı bulunmuştur. Tütüncü ve Küçükusta (176). Bal ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin %66'sının 5 yıl ve daha az, başka bir çalışmada ise hemşirelerin %40'ının 1-4 yıl süreyle aynı klinikte görev yaptığı belirlenmiştir. Bal ve ark. (177). Çalışmamızda hemşirelerin %89,3'ü 2 yıl ve altı, %10,8'i 3 yıl ve üzeri süreyle bulunduğu birimde görev yapmaktadır. Sonuçlar diğer araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre (1965) haftalık çalışma süresi 40 saat olarak belirlenmiştir. 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanunda (1980) ise haftalık çalışma süresi 45 saat olarak belirlenmiştir (Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun. 31 Aralık 1980. Sayı 2368. Başbakanlık Basımevi Ankara). Hemşirelerin haftalık çalışma saatlerinin incelendiği çeşitli araştırma sonuçları bulunmaktadır. Bu araştırmalara göre hemşirelerin çoğunluğu haftalık 45 ve üzeri saat görev yapmaktadır. Aşti ve ark. (178), Rogers et al. (179), Filiz (180).

Bal ve arkadaşlarının bir eğitim araştırma hastanesinde yaptıkları çalışmasında hemşirelerin %55'i haftada 50 saatten fazla çalışmakta, Soydan ve Arslanoğlu'nun yine bir eğitim araştırma hastanesinde yaptıkları çalışmasında ise hemşirelerin %44,8'inin haftada 40-49 saat arası görev yapmakta olduğu belirtilmektedir. Bal ve ark. (181), Soydan ve Arslanoğlu (182). Literatürde bu

oranların daha yüksek olduğu araştırma sonuçları da bulunmaktadır. Filiz (183).Özel bir hastanede yapılan çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin %66,3'ü haftada 50 saatten fazla görev yapmaktadır. Özmen ve Başol (184). Tütüncü ve Küçükusta'nın bir eğitim araştırma hastanesindeki araştırmasında ise hemşirelerin %70,1'inin haftada 40-59 saat arası çalışmaktadır. Tütüncü ve Küçükusta (185). Akman'ın çalışmasına göre ise hemşirelerin % 66,3'ünün haftalık çalışma saatlerini ara sıra, % 5,3'ünün çalışma saatlerini sürekli aştığı görülmüştür. Akman (186). Benzer şekilde başka bir araştırma sonucunda hemşirelerin %72,6'sının, Alp'in araştırmasında ise hemşirelerin %73,7'sinin 40-49 saat arası çalıştığı belirlenmiştir. Alp (187), Filiz (188). Araştırmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%92,8) 50 saat ve üzerinde çalıştığı ve sonuçların literatürle uyumlu olduğu bulunmuştur. Görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinin sürekliliği, personel dağılımındaki yetersizlik, personel eksikliği gibi hususlar sağlık personelinin çalışma sürelerini etkileyebilmektedir. Aştı ve ark. (189).

Hemşirelerin tedavi edici sağlık hizmetleri alanındaki çalışma ortamları çoğunlukla hastanelerdir. Öztürkoğlu (190). Özellikle hizmet sektörünün en önemli yapı taşlarından biri olan hastanelerin, 24 saat hizmet verme zorunluluğunu bulunmaktadır. Dolayısıyla sağlık çalışanları vardiyalı sistemde çalışmak zorundadırlar. Hemşirelerin çalışma saatleri de genellikle özel ya da kamu hastanelerinde gece ve gündüz olmak üzere ikili vardiya sistemine göre düzenlenmektedir. Öztürkoğlu (190).

Altun'un yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmasında eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapanların %68,23'ü vardiya usulü, özel hastanede görev yapanların ise %52,31'inin vardiyalı çalıştığı belirtilmektedir. Altun (191). Bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada hemşirelerin %46,4'ünün gündüz, %34,6'sının vardiya usulü çalıştığı bulunmuştur. Yavuz (192). Akman'ın araştırmasında vardiya usulü çalışan hemşire oranı %58,3, sürekli gece vardiyasında çalışan hemşire oranı %5,7 olarak belirlenmiştir. Akman (193). Araştırmamızda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre hemşireler vardiya usulü görev yapmakta ve %94,5'i gece vardiyasında çalışmaktadır.

Kurumda çalışan hemşirelerin %77,5'i son altı ay içinde hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim programına katılmış, %22,5'i ise herhangi bir eğitim programına katılmamıştır. Literatürde hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumuna ilişkin yeterli araştırma sonucu bulunmamaktadır. Bir çalışmada yeni mezun hemşirelerin %94,3'ünün, hasta güvenliğine ilişkin eğitim aldıkları belirlenmiştir. Yıldız ve ark. (194). Akman'ın hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumunu incelediği çalışmasında hemşirelerin %64,4'ünün eğitim almadığı ve %35,6'sının eğitim aldığı bulunmuştur. Akman (195). Sonuçlarımız bu çalışma sonuçlarına aksi yöndedir.

Literatürde konu ile ilgili herhangi bir bulguya rastlanmamış olup çalışmamızın sonucunda hemşirelerin %23,8'i kurumun düzenli olarak hasta güvenliği kültürünü ölçtüğünü belirtmiş, %76,3'ü düzenli ölçülmediğini belirtmiştir.

Çalışmamıza göre hemşirelerin %49,3'nün birimindeki hasta güvenliğine ilişkin görüşü çok iyi olduğu yönündedir. Literatürdeki araştırma sonuçları, çalışmamız sonuçlarıyla benzerlik göstermekte olup hemşirelerin çoğunluğunun birimlerindeki hasta güvenliğine ilişkin olumlu görüş sergilediği belirtilmiştir. Çakır ve Tütüncü, (196), Özdemir (197), Gündoğdu (198), Alahmadi(199).Çırpı ve arkadaşlarının hasta güvenliğine yönelik hemşirelerin görüşlerini incelediği çalışmasında, hasta güvenliğinin iyi olduğunu düşünen hemşire oranı %72,3, başka bir çalışmada ise bu oran %81 olarak bulunmuştur. Filiz (200),Çırpı ve ark. (201). Özmen ve Başol'un özel hastanede yaptığı bir çalışmada hemşirelerin %50'si çalışılan birimi hasta güvenliği konusunda çok iyi, %15,8'i ise mükemmel olarak değerlendirmektedir. Özmen ve Başol (202). Benzer şekilde hasta güvenliğine ilişkin bir çalışmada hemşirelerin %44,4'nün birimlerini çok iyi olarak değerlendirdiği, başka bir çalışmada ise %50,9'nun hasta güvenliği için kabul edilebilir yanıtını verdiği ortaya konulmuştur. Bal ve ark. (203), Soydan ve Arslanoğlu(204).

Hatalı olayların raporlanması hasta güvenliğiyle ilgili önemli konulardan biridir. Hataların belirlendiği, kabullenildiği, raporlandığı, ilgili veya etkilenen kişilere bildirildiği durumlar, hasta güvenliğinin iyi işlediğinin göstergesidir. DSÖ Hasta Güvenliği Dünya Birliği raporunda, hasta güvenliği konusunda hatalardan ders

alınabilmesi için sağlık kuruluşlarında raporlamanın öneminden bahsetmiş, düzenli raporlamanın yapılabilmesi için yerel, bölgesel ve ulusal sistemlerin kurulmasının gerekli olduğunu belirtmiştir. WHO(205).

Sağlık profesyonellerinin iş arkadaşları tarafından kabul edilmeme, dışlanma ya da raporlama sürecindeki engeller gibi nedenlerle tıbbi hatalara ilişkin raporlamaları yeterli bulunmamaktadır. Wolf(206), İntepeler (207). Ayrıca hemşireler, yöneticilerin hatalı olay yerine hatayı yapan kişiye odaklanacağından, suçlayıcı bir tavır sergileyeceğinden ve yaptıkları hataların kişisel dosyalarında saklanacağından endişe duymaktadır. Bu düşüncenin hâkim olduğu kurumlarda hataların raporlanmaması beklenen bir durumdur. Bununla birlikte hastanelerde hata bildirim sistemlerinin bulunmaması ve hemşirelerin yoğun iş yükü de bildirimini engellemektedir. Vural(208).

Çalışmamızda son 12 ayda hemşirelerin %42'sinin hiç olay raporu yazmadığı, %50'sinin 1-2 olay raporu yazdığı, % 7'sinin ise 3-5 olay raporu yazdığı bulunmuştur. Literatür sonuçları araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde olay raporlamanın seyrek olduğu yönündedir. Çakır ve Tütüncü(209), Gündoğdu (210), Alahmadi (211). 803 katılımcıyla yapılan bir çalışmada son bir yıl içerisinde olay bildirim sıklığı incelenmiş ve katılımcıların %81,5'inin (635 kişi) hiç olay bildiriminde bulunmadığı, sadece %0,3'nün (2 kişi) 11 ve üzeri olay bildirimini yaptığı belirlenmiştir. Çakır ve Tütüncü(212). Başka bir çalışmada, eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %72'sinin, özel bir hastanede çalışan hemşirelerin ise %73,5'inin son 12 ayda olay raporu vermediği saptanmıştır. Gündoğdu(213).Tunçel'in çalışmasında da hemşirelerin % 80,2'sinin, Filiz'in çalışmasında ise sağlık personellerinin %83,9'unun kurumlarında son 12 ayda hiç olay raporlamadıkları belirlenmiştir. Tunçel (214), Filiz (215).Tıbbi hataların kişisel hatalar olmadığı kabul edilerek kişilerin cezalandırılması yerine, sistemin iyileştirilmesi, hatalar raporlandığında güvenliğe ilişkin doğru bir davranış yapıldığının belirtilmesi, olumlu geri bildirim sağlanması, tıbbi hataların raporlamasını destekleyeceği düşünülmektedir. Vural(216).

7.2. Sosyodemografik ve Mesleğe İlişkin Özelliklerin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi

Kurumda çalışan hemşirelerin yaş ortalaması 24.4 ± 2.73 'tür. Kurumda çalışan 25 yaş ve üzeri hemşireler ile 24 yaş ve altı hemşirelerin “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması”, ve “Hasta Müdahaleleri ve Değişim” alt alanlarına ilişkin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları bulunmuştur ($p < 0,05$). Gündoğdu'nun hemşirelerin hasta güvenliği algısı ile ilgili çalışmasında yaş ilerledikçe hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılama düzeyinin de arttığı görülmektedir. Aynı çalışmada yaşa göre “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması”, “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması”, “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyeti”, “Personel Sağlama” ve “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği” alt alanlarından alınan puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gündoğdu(217). Başka bir çalışmada hemşirelerin yaş artışı ile olay raporlama sıklığının arttığı bildirilmektedir. Oğuz(218). Araştırmamızda da hata raporlama sıklığı alt alanında yaşa göre anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, yaş artışıyla hata raporlama sıklığının arttığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda 24 yaş ve altı hemşirelerin “İletişimin Açık Tutulması” alt alanından aldığı puanlar 25 yaş ve üzeri hemşirelerin puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Özdemir'in yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği ile ilgili çalışmasında 20 yaş ve altındaki hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin iletişim ve raporlama ile ilgili algısının diğer yaş gruplarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Özdemir (219).

Kurumda çalışan kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre “Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme” ve “Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt” alanlarından elde ettikleri puanlar daha fazla olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. “İletişimin açık tutulması”, “Personel Sağlama” ve “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması” alt alanlarında ise erkek hemşireler kadın hemşirelere göre daha fazla puan almış ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0,05$). Literatürde sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre hasta güvenliği kültürüne ilişkin herhangi bir sonuç bulunmamaktadır.

AHRQ kurumunun yayınladığı rapora göre daha fazla lisans mezunu hemşirelerin istihdam edildiği hastanelerde “beş istenmeyen olayın” (üriner sistem enfeksiyonu, üst gastro-intestinal sistem kanaması, şok, uzun süre hastanede kalma, kurtarma yanlışıkları) daha düşük oranda görüldüğü belirtilmektedir. Bununla birlikte lisans mezunu hemşire istihdamının istenmeyen olayları %3- 12 oranında azalttığı belirlenmiştir. Alp (220).

Çalışmamızda lisans-lisansüstü mezunu hemşirelerin lise mezunu hemşirelere göre “Hataları Raporlama Sıklığı” alt alanından elde ettikleri puanlar daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer alt alanlarda mezun olunan okul açısından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamaktadır. Literatürdeki araştırmalardan Oğuz’un çalışmasında hataları raporlanma sıklığında en yüksek puanı lisans mezunu hemşirelerin elde ettiği bildirilmektedir. Oğuz(221). Sonuçlarımızın aksine Gündoğdu’nun yaptığı çalışmada sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin “hataların raporlanma sıklığı” puanlarının ön lisans mezunu hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek çıktığı belirlenmiştir. Gündoğdu(222). Gökdoğan ve arkadaşlarının çalışmasında ise hataları raporlanma sıklığı yönünden en yüksek puanı ön lisans mezunu hemşirelerin aldığı bulunmuştur. Gökdoğan ve ark. (223).

Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarıyla ilgili yapılan bir araştırmada, hemşirelerin çoğunun meslekte uzun süre görev yapmasının ve yeterli deneyime sahip olmasının, hemşirelerin hasta güvenliği konusunda algılarının olumlu olarak etkilendiği bulunmuştur. Çırpı (224). Yapılan başka bir çalışmaya göre mesleki deneyim süresi arttıkça hemşirelerin üniteler içinde ekip çalışması alt alanında da anlamlı bir artış saptanmıştır. Tütüncü ve Küçükusta (225). Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşirelerin algısının incelendiği bir çalışmada ise mesleki deneyim süresi arttıkça hata raporlama sayısının da arttığı belirlenmiştir. Gökdoğan (226).

Literatürde bir araştırmaya göre meslekteki görev süresi fazla olan hemşirelerin üniteler içinde ekip çalışması, “Hasta Güvenliğinde Yönetici Kültürü”, “İletişimin Açık Tutulması” ve “Hataların Raporlanma Sıklığı” alt alanlarında daha iyi hasta güvenliği kültürü algısı geliştirdikleri bulunmuştur. Adıgüzel (227).

Fawzi'nin hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını incelediği çalışmasında mesleki görev süresinin artması ile birim içinde ekip çalışması, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim alt alanlarından olumlu sonuçlar elde etmiştir. Fawzi et. al. (228).

Çalışmamızda literatüre paralel olarak mesleğinde 5 yıl ve üstü deneyime sahip olan hemşirelerin 4 yıl ve altı deneyime sahip olanlara göre, “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri”, “Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme”, “Üniteler İçinde Ekip Çalışması”, “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim”, “Hasta Müdahaleleri ve Değişim”, ve “Hataların Raporlanma Sıklığı” alt alanlarından aldıkları puanlar daha yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hemşirelerde hasta güvenliğine yönelik yapılan bir çalışmada kurumdaki görev süresi fazla olan hemşirelerin hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim alt alanında daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Tütüncü ve Küçükusta (229).

Adıgüzel'in çalışmasında ise kurumdaki görev süresi yüksek olan hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarına ilişkin üniteler arasında ekip çalışması alt alanında daha olumlu sonuçlar bulunmuştur. Adıgüzel(230). Çalışmamızda hastanede 3 yıl süreyle çalışan hemşirelerin bu süreden daha az çalışan hemşirelere göre, “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri”, “Üniteler İçinde Ekip Çalışması”, “İletişimin Açık Tutulması”, “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim”, alt alanlarından aldıkları puanlar daha yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0,05$) olup bu sonuçlarımız literatürle paralellik göstermektedir.

Gündoğdu'nun hasta güvenliği ile ilgili çalışmasına göre çalıştığı birimde görev süresi 6-10 yıl olan hemşirelerin güvenliğin kapsamlı algılanması alt alanından elde ettiği puan, görev süresi 11- 15 yıl olan hemşirelere göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt alanında ise görev süresi 6-10 yıl arası olan hemşirelerin, 1-5 yıl arası olan hemşirelere göre daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Gündoğdu (231). Başka bir çalışmada, birimde çalışma yılı 1 yıldan az olan hemşirelerin, 1 yıldan fazla olan hemşirelere göre güvenliğin kapsamlı algılanması alt alanında daha olumlu sonuçlar

elde ettiği görülmektedir. Dursun (232). Akman'ın çalışmasında ise hemşirelerin bulunduğu pozisyonda 1 yıldan az çalışanların; daha fazla çalışanlara göre güvenliğin kapsamlı algılanması ve üniteler içinde ekip çalışması alt alanlarına ilişkin algısı daha iyi olduğu belirlenmiştir. Akman (233). Araştırmamızda aynı birimde 2 yıl ve daha az süreyle çalışan hemşirelerin, “İletişimin Açık Tutulması”, “Personel Sağlama”, “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği”, “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması”, ve “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması” alt alanlarından aldıkları puanlar daha yüksek olduğu ancak “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri”, ve “Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme” alt alanlarından ise 3 yıl süreyle çalışan hemşirelerin daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması” ve “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması” alt alanlarında ulaştığımız sonuçlar literatürle uyum göstermekte olup ancak “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği” alt alanı sonuçlarımız Gündoğdu'nun sonuçlarına aksi yöndedir.

Çalışılan birimdeki deneyimin artışı “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri”, ve “Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme” alt alanlarından güvenlik algısının daha iyi geliştiği görülmektedir. Ancak tam aksine “İletişimin Açık Tutulması”, “Personel Sağlama”, “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği”, “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması” ve “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması” alt alanlarında ise çalışılan birimdeki deneyimin az olan hemşirelerin daha olumlu hasta güvenliği algısı geliştirdiği belirlenmiştir. Bu durum, yeni mezun hemşirelerin daha güncel bilgilere sahip olması nedeniyle açıklanabilir.

Çalışma saatlerinin uzun olması hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedir. Özmen ve Başol (234). Uzun çalışma saatleri ve iş yoğunluğu hemşirelerin sağlık bakım hizmetlerini verimli ve güvenli sunmalarını engellemekte, buna bağlı olarak tıbbi hatalara yol açabilmektedir. Yorgun (235), Bodur ve ark. (236). Çalışmamızda “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması” ve “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri” alt alanlarında haftalık çalışma saatleri arttıkça elde edilen puanların azaldığı görülmektedir. Sonuçlarımıza benzerlik gösteren bir çalışmada uzun çalışma saatlerinin hasta güvenliğini tehlikeye soktuğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada uzun çalışma saatleri ilaç hataları nedenleri arasında ilk beş sırada yer almaktadır. Sezgin (237). ABD’de 393 hemşire ile yapılan bir araştırmaya göre

haftada 40 saatten fazla çalışan hemşirelerin hata yapma oranlarının arttığı ve hasta güvenliğinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Rogers (238). Aştı ve Kıvanç'ın yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %23,3'ünün çalışma saatlerinin fazla olması hata nedeni olarak gösterilmiştir. Aştı ve Kıvanç (239). Hasta güvenliği kültürü ile ilgili bir araştırmada, haftalık çalışma süresi 49 saat ve az olan hemşirelerin güvenlik kültürü boyutlarından elde ettikleri puanların, 50 saat ve üzeri çalışan hemşirelere göre daha fazla olduğu ancak aralarında istatistiksel bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Dursun ve ark. (240).

Araştırmamızda haftada 49 saat ve altı çalışan hemşirelerin, hafta da 49 saat ve üstünde çalışan hemşirelere göre “İletişimin Açık Tutulması”, “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim”, “Hasta Müdahaleleri ve Değişim” alt alanlarından aldıkları puanların daha fazla olduğu ve puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının incelendiği bir araştırmaya göre haftalık çalışma saati uzadıkça iletişimin açık tutulması, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim alt alanlarında elde edilen puanların azaldığı bulunmuştur. Gündoğdu (241). Benzer şekilde bir araştırmada hemşirelerin çalışma saatini sürekli aştığı durumda kurumsal iletişim alanından aldıkları puanın azaldığı saptanmıştır. Akman (242). Bir başka araştırmada kliniklerdeki çalışma saatlerinin uzun olması durumunda hemşirelerin iletişim sorunu yaşama eğilimlerinin arttığı belirlenmiştir. Cebeci (243). Türk Hemşireler Derneği'nin hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili raporunda ise; uzun çalışma saatlerinin, hemşirenin hastaya, yakınlarına ve ekip üyelerine karşı davranışını, hasta ve hasta ailesi ile iletişimini, ilaç tedavisi uygulamalarını, izlem, gözlem ve denetim ile ilgili kararlarını olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir. Sonuçlarımız literatürle uyum göstermektedir.

Uzun ve kesintisiz çalışma saatleri, tıbbi hataların oluşmasına ve hemşirelerin sağlık bakım hizmetlerini güvenli şekilde sunmalarını engelleyebilmektedir. Özdemir (244). ABD'de yapılan bir çalışmaya göre günde 12 saatten fazla nöbet tutan hemşirelerin hata yapma oranlarının arttığı ve bu durumun hasta güvenliğini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Rogers (245). Benzer şekilde hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelendiği bir araştırmada uzun çalışma saatlerinin tıbbi hata olasılığını arttırdığı ortaya konulmuştur. Cebeci (246).

Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algısının değerlendirildiği bir araştırmada çalışma şekli gündüz 8 saat olan hemşirelerin, vardiya şeklinde 16 saat çalışan hemşirelere göre “Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme”, “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim” alt alanlarında daha olumlu sonuçlar tespit edilmiştir. Gündoğdu (247). Başka bir çalışmada ise sürekli nöbet tutmayan hemşirelerin, çoğunlukla nöbet tutan hemşirelere göre “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması” ve “Üniteler İçinde Ekip Çalışması” alt alan alanlarında daha iyi hasta güvenliği algısı geliştirdiği belirlenmiştir. Akman (248).

Çalışmamızda haftalık üst üste gece vardiyasında hiç çalışmayan hemşirelerin, çalışanlara göre “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri”, “Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme”, “Üniteler İçinde Ekip Çalışması”, “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim” ve “Hataların Raporlanma Sıklığı” alt alanlarından aldıkları puanlar daha yüksektir. Araştırma sonuçlarımız literatürle benzer bulunmuştur.

Hemşirelerin hastalarla en fazla etkileşim içinde olan sağlık profesyonelleri olmaları nedeniyle oryantasyon ve hizmet içi eğitimlerde öncelikli olarak yer alması gerekmektedir. Aytaç ve ark. (249). Eğitim programları, hemşirelerin görevlerine alışmasını, kural ve yönergelerle ilgili bilgi sahibi olmasını, hata olasılıklarının azaltılmasını, iş doyumunun artırılarak verimliliklerinin yükseltilmesini sağlamaktadır. Kaya (250). Amerikan Hemşireler Birliğide sürekli eğitim programlarını hemşirelerin becerilerini geliştiren ve mesleki uygulamalarını zenginleştiren bir süreç olarak göstermektedir. ANA(251).Literatürde hemşirelerin düzenli eğitimlerde hasta güvenliğiyle ilgili rollerinin vurgulanması ve bu eğitimlerle tıbbi hatalara ilişkin farkındalık kazanmalarına gerektiği belirtilmektedir. Çırpı (252). Ayrıca hemşirelerin uygulamaya başarılı geçişlerini kolaylaştırmak için sürekli eğitim programlarının gerekliliği de ifade edilmektedir. Casey et.al. (253).Aygin ve Atasoy ilaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu konulu çalışmalarında hemşirelerin çoğunluğunun premedikasyon ilaçları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, bilgi kaynağı olarak hekimin vereceği bilginin yeterli olduğunu, hizmet içi eğitimlerden de yararlanmadıklarını saptamışlardır. Aygin ve Atasoy (254). Gökdoğan’ın hemşirelerle yaptığı çalışmasında hemşirelerin tıbbi hataların hizmet içi eğitim ile önlenebileceğini düşündüğü belirtilmektedir.

Gökdoğan (255). Benzer olarak tıbbi hataların önlenmesinde sürekli eğitim programlarının önemli olduğu bir başka çalışmada vurgulanmaktadır. Değirmenci (256). Bir kurumda hasta güvenlik kültürünün gelişebilmesi için de kurum çalışanlarının bu güvenlik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olması önem arz etmektedir. Tunçel (257).

Araştırmamızda hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılan hemşirelerin “Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt”, “Personel Sağlama”, “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği” ve “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması” alt alanlarından daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Diğer alt alanlarda ise eğitim programına katılmayan hemşireler daha yüksek puan elde etmiştir. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bir araştırmada, eğitim alanların genel güvenlik, hata değerlendirme, hata raporlama alanlarında daha iyi algı geliştirdikleri bulunmuştur. Akman (258). Benzer bir şekilde Karaca'nın çalışmasında hasta güvenliğine ilişkin eğitim alan hemşirelerin olay ve hata raporlama alt alanlarında daha olumlu hasta güvenliği kültürü geliştirdikleri bulunmuştur. Karaca(259). Sağlık çalışanlarının hatalara karşı sürekli öğrenme düzeyi arttıkça hasta güvenliğinde, iletişim iyileşmekte ve raporlanan olayların sıklığı artmaktadır. Adıgüzel(260). Kurumlarda hasta güvenliği kültürüne ilişkin sürekli eğitimlerin düzenlenmesi, bu eğitimlerde hata raporlamanın önemine ve hata raporlamanın çalışanı cezalandırma yöntemi olmadığına yer verilmesi gerektiği bildirilmektedir Karaca (261). Araştırmamızda Araştırmamızda “Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt”, “Personel Sağlama”, “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği” ve “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması” alt alanlarında elde ettiğimiz sonuçlar literatürle uyum göstermektedir.

Hasta güvenliği kültürün sağlanabilmesi için hasta güvenliği uygulamalarının hemşireler tarafından benimsenmesi ve sürekli kılınması gerekmektedir. Özellikle hemşire yöneticiler tarafından, hasta güvenliği kültürüne yönelik ölçüm araçları ile hastanenin ve hemşirelik hizmetlerinin güvenlik kültürünün değerlendirilmesi, elde edilen sonuçlar doğrultusunda gerekli iyileştirmelerin yapılması önemlidir. Karaca (261). Literatürde hasta güvenliği kültürünün düzenli olarak ölçümüyle ilgili herhangi bir bulguya rastlanmamış olup çalışmamızda düzenli ölçüm yapıldığını ifade eden hemşirelerin “Üniteler İçinde Ekip Çalışması”, “İletişimin Açık Tutulması”,

“Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim”, “Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt” ve “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması” alt alanlarından aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuştur. Bu durumda kurum içi denetimlerinin hemşirelerde hasta güvenliği algısına dikkat çeken bir yönü olabileceği düşünülmektedir.



8. SONUÇ

Çalışmamız örneklemini oluşturan hemşirelerden elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir:

Hemşirelerin %56,8'i 24 yaş altı, % 43,3'ü 25 yaş üstüdür ve yaş ortalaması 24.4 ± 2.73 'tür.

Hemşirelerin %91,3 'ü kadın, %8,8 'i erkek hemşirelerden oluşmaktadır.

Hemşirelerin %72,5'i lise, %27,5'i lisans ve lisansüstü mezunudur.

Hemşirelerin %85,3 'ü 4 yıl ve altı, %14,8'i 5 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olan hemşirelerdir.

Hemşirelerin %75,5'i 2 yıl ve altı, %24,5'i ise 3 yıl ve üzeri süreyle aynı hastanede çalışmaktadır.

Hemşirelerin %89,3'ü 2 yıl ve altı, %10,8'i 3 yıl ve üzeri süreyle bulunduğu birimde görev yapmaktadır.

Hemşirelerin %7,3'ü 49 saat ve altında, %92,8'i 50 saat ve üzerinde çalışmaktadır.

Hemşirelerin %5,5'i hiç gece vardiyasında çalışmamakta, %94,5'i gece vardiyasında çalışmaktadırlar.

Hemşirelerin %77,5'i son altı ay içinde hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim programına katılmış olup %22,5'i son altı ay içinde hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim programına katılmamıştır.

Hemşirelerin %23,8'i kurumun düzenli olarak hasta güvenliği kültürünü ölçüldüğünü belirtmiş, %76,3'ü kurumun düzeli olarak hasta güvenliği kültürünün düzenli ölçülmediğini belirtmiştir.

Hemşirelerin %49,3'ü hasta güvenliği konusunda birimini çok iyi bulmaktadır.

Hemşirelerin %42'si son 12 ayda hiç olay raporu yazmamış, %50'si son 12 ayda 1-2 olay raporu yazmış, % 7'si son 12 ayda 3-5 olay raporu yazmış, %0,3'ü son 12 ayda 6-10 olay raporu yazmış, %0,7'si son 12 ayda 11-20 olay raporu yazmıştır.

Kurumda çalışan 25 yaş ve üzeri hemşirelerin, 24 yaş ve altı hemşirelere göre “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması”, “Hasta Müdahaleleri ve Değişim” alt alanlarına ilişkin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışmamızda 24 yaş ve altı hemşirelerin “İletişimin Açık Tutulması” alt alanından aldığı puanlar 25 yaş ve üzeri hemşirelerin puanlarından daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$).

Kurumda çalışan kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre “Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme” ve “Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt” alanlarından aldıkları puanlar daha fazla olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. “İletişimin açık tutulması”, “Personel Sağlama” ve “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması” alt alanlarında ise erkek hemşireler kadın hemşirelere göre daha fazla puan almış ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Lisans-lisansüstü mezunu hemşirelerin lise mezunu hemşirelere göre “Hataları Raporlama Sıklığı” alt alanından elde ettikleri puanlar daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer alt alanlarda mezun olunan okul açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Mesleğinde 5 yıl ve üstü deneyime sahip olan hemşirelerin 4 yıl ve altı deneyime sahip olanlara göre, “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri”, “Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme”, “Üniteler İçinde Ekip Çalışması”, “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim”, “Hasta Müdahaleleri ve Değişim”, ve “Hataların Raporlanma Sıklığı” alt alanlarından aldıkları puanlar daha yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastanede 3 yıl süreyle çalışan hemşirelerin bu süreden daha az çalışan hemşirelere göre, “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri”, “Üniteler İçinde Ekip Çalışması”, “İletişimin Açık Tutulması”, “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim”, alt alanlarından aldıkları puanlar daha yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($p<0,05$).

Aynı birimde 2 yıl ve daha az süreyle çalışan hemşirelerin, “İletişimin Açık Tutulması”, “Personel Sağlama”, “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği”, “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması”, ve “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması” alt alanlarından aldıkları puanlar daha yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

3 yıl süreyle çalışan hemşirelerin, 2 yıl ve altı çalışan hemşirelere göre “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri”, ve “Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme” alt alanlarından ise daha yüksek puan aldığı belirlenmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Haftada 49 saat ve altı çalışan hemşirelerin, haftada 50 saat ve üstünde çalışan hemşirelere göre “İletişimin Açık Tutulması”, “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim”, “Hasta Müdahaleleri ve Değişim” alt alanlarından aldıkları puanların daha fazla olduğu ve puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Haftalık üst üste gece vardiyasında hiç çalışmayan hemşirelerin, çalışanlara göre “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri”, “Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme”, “Üniteler İçinde Ekip Çalışması”, “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve iletişim” ve “Hataların Raporlanma Sıklığı” alt alanlarından aldıkları puanlar daha yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılan hemşirelerin, eğitim programına katılmayan hemşirelere göre “Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt”, “Personel Sağlama”, “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği” ve “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması” alt alanlarından daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Diğer alt alanlarda ise eğitim programına katılmayan hemşirelerin daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur.

Hasta güvenliği ile ilgili düzenli ölçüm yapıldığını bildiren hemşirelerin, düzenli ölçüm yapılamadığını bildiren hemşirelere göre “Üniteler İçinde Ekip Çalışması”, “İletişimin Açık Tutulması”, “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim”, “Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt” ve “Güvenliğin Kapsamlı

Algılanması” alt alanlarından aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel açıdan anlamlıdır($p<0,05$).

Hasta güvenliği kültürü düzenli olarak ölçülmeyen hemşirelerin, düzenli ölçüm yapıldığını söyleyen hemşirelere göre ‘Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt’ alt alanı, ‘Personel Sağlama’ alt alanı, ‘Güvenliğin Kapsamlı Algılanması’ alt alanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ve alt alan puan sıra ortalamaları daha yüksektir ($p<0,05$).

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunmaktadır:

- Hastane yöneticileri ile sonuçların paylaşılması sağlanarak hasta güvenliği kültürü konusunda sürekli eğitimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi,
- Hastane genelinde hasta güvenliği ile ilgili kongreler, seminerler, eğitim içerikli toplantılar planlanarak hemşirelerin katılmasına olanak sağlanması,
- Hasta güvenliği kültürüne ilişkin hizmet içi ile eğitim sayısı artırılarak yıllık düzenli eğitim sayısının da artırılmasının sağlanması,
- Sağlıklı bir güvenlik kültürü oluşturabilmek için hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili iyileştirmeler yapılması, hemşirelerin motivasyonunu arttırıcı çalışmalara yer verilmesi,
- Hataların daha kolay raporlanmasını sağlamak için elektronik hata raporlama sistemlerinin geliştirilmesi önerilmektedir.
- Konuyla ilgili Türkçe ölçek geliştirilebilir.
- Hastanede Hasta Güvenliği Komisyonu Komitesi’nin kurulması sağlanabilir. (Hastane Enfeksiyon Komitesi Gibi)
- Hata kaynaklarının isimsiz toplanması ve kayıt sistemi içinde değerlendirilemesi için çalışmalar yapılabilir.
- Hastaların hasta güvenliği konusunda bilinçlendirilmesi (hasta hakları kapsamında) sağlanabilir.
- Malpraktis konusunda hemşireler eğitilebilir.

9. KAYNAKLAR

1. Johnson K., Hudson MA. Keeping Patients Safe: An Analysis of Organizational Culture and Caregiver Training, *Journal of Healthcare Management*, 49(3):171, 2004
2. Tütüncü Ö. Küçükusta, D. Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürü Ve İzmir İli Uygulaması. 4. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi, 2006
3. Gündoğdu S. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010
4. Ovalı F, Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi, Ocak 2010
5. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013
6. Kurutkan MN. Hasta Güvenliği Çözümleri Bir Uygulama Rehberi Denemesi, Ankara. Sage Yayıncılık, 10-18,2009
7. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013
8. Hughes Rg. Clancy CM. Working Conditions That Support Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quality*, Department: ARHQ Commentary Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams&Wilkins. Vol:20 Issue:4 P:289-292,2005
9. Gallagher TH. Waterman AD. Garbutt JB. Kapp JM. Chan DK. Dunagan CW. Fraser VJ. Levinson W., US and Canadian Physicians Attitudes and Experiences Regarding Disclosing Errors to Patients. *Arch Intern Med*,166:1609, 2006 [Electronic Journal]: <http://www.Archinternmed.Com>
10. Sayek F. Hasta Güvenliği Türkiye Ve Dünya, Birinci Baskı, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ekim 2011
11. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010
12. Sur, H., Özsarı, H., Say, B. Hasta güvenliği. Sur, H., Palteki T. (Ed.). *Hastane Yönetimi*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2013

13. Aydın B. Hasta Güvenliği Uygulama Rehberi Denemesi, Ankara. Sage Yayıncılık,18-57, 2009
14. Kurutkan MN. Hasta Güvenliği Çözümleri Bir Uygulama Rehberi Denemesi, Ankara. Sage Yayıncılık,10-18, 2009
15. Johnson K., Hudson MA. Keeping Patients Safe: An Analysis of Organizational Culture and Caregiver Training, Journal of Healthcare Management, 49(3):171, 2004
16. (<http://www.resmigazete.gov.tr /eskiler/04/20090429-12>; Erişim 29.06.2016).
17. (<http://www.resmigazete.gov.tr /eskiler/2011/04/20110406-3.htm>; Erişim 29.06.2016).
18. World Health Organization (WHO). Call for More Research on Patient Safety, 2007.
19. Institute of Medicine, To Err is Human, IoM 2000 www.iom.edu (Erişim tarihi: 07.06.2014)
20. Institute of Medicine, Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality, 2003
21. Bonner Ag, Castle Ng, Perera S, Handler Sm. Patient Safet Culture. A Review of the Nursing Home Litaratüre and Recommendations for Practice. ISSN:1524-7929, Vol:6 2008. [Electronic Journal]: <http://www.Annalsoflongtermcare.Com/ Article>
22. Öğün B. Ameliyathanede Hasta Güvenliğinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008
23. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013
24. Balas M, Scott LD, Rogers AE. The Prevalence and Nature of Errors and Near Errors Reported by Hospital Staff Nurses. Aplied Nursing Research, 2004
25. Anezz E. Clinical Perspectives On Patient Safety. In: K Wals, R Boaden (Eds.), Patient Safety Research İn to Practice. (1st Ed.) London: Mcgraw Hill Education Open University Press, 2006

26. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The Incidence and Nature of In-Hospital Adverse Events: A Systematic Review. Qual Saf Health Care 2008
27. Schoen, C. ve ark. Taking the pulse of health care systems: Experiences of patient with health problems in six countries. Health Affairs, 16: 509-25, 2005
28. Smits M, Zegers M, Groenewegen PP, Timmermans DR, Zwaan L, Van Der Walg, Wagner C. Exploring The Causes of Adverse Events In Hospitals and Potential Prevention Strategies [Electronic Version]. Qual Saf Health Care, 2010
29. Aydın B. Hasta Güvenliği Uygulama Rehberi Denemesi, Ankara. Sage Yayıncılık, 2009
30. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010
31. Slonim AD, LaFleur BJ, Wendy A, Joseph JG. Hospital-Reported Medical Errors in Children, Official Journal of the American Academy of Pediatrics, 2003
32. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi 2009
33. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği Tıp Araştırmaları Dergisi, s.100-111, 2010
34. Yayıcı N, Üzün İ. Başer L. İnancı MA. Genel Cerrahide Tıbbi Uygulama Hataları:1996-2000 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumuna Yansıyan Olgular. T Klin Adli Tıp 2004
35. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi 2009
36. Top M. Gider Ö. Taş Y. Çimen S. Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değlendirilmesi: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması.Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:11, Sayı :2, 2008
37. Bodur S. Filiz E. Durduran Y. Sağlık Personeli ve Toplumun Tıbbi Hatalar İle İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi. 2011

38. Karaca A. Arslan H. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma .Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2014
39. Çakır A. Tütüncü Ö. “İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı”, Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 19-21 Mart Antalya, Bildiriler Kitabı, Cilt II, 2009
40. Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Konya. 2009
41. Çakır A. Tütüncü Ö. “İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı”, Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 19-21 Mart Antalya, Bildiriler Kitabı, Cilt II, 2009
42. Vural F., Çiftçi S., Fil Ş. Aydın A, Vural B. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları Ve Tıbbi Hataların Raporlanmasını. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014
43. Farquhar M, Collins Sharp BA, Clancy CM. Patient Safety İn Nursing Practice. AORN Journa, 2007
44. Anezz E. Clinical Perspectives On Patient Safety. In: K Wals, R Boaden (Eds.), Patient Safety Research İn to Practice. (1st Ed.) London: Mcgraw Hill Education Open University Press; 2006
45. Çırpı F, Merih DY, Kocabey YM. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009
46. Korkmaz, O. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Yöneticilerin Tutumunu Algılayışı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 91-112, 2012
47. Cebeci, F. Gürsoy, E., Tekingündüz S. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, s.188-196, 2012
48. Hughes Rg. Clancy CM. Working Conditions That Suppor Patient Safety. Journal of Nursing Care Quality, Vol:20 Issue:4 P:289-292. Departmant:

- ARHQ Commentary Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams&Wilkins.
2005
49. Anezz E. Clinical Perspectives On Patient Safety. In: K Wals, R Boaden (Eds.), Patient Safety Research İn to Practice. (1st Ed.) London: Mcgraw Hill Education Open University Press; 2006
50. Çırpı F, Merih DY, Kocabey YM. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009:2
51. Korkmaz, O. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Yöneticilerin Tutumunu Algılayışı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 91-112, 2012
52. Cebeci, F. Gürsoy, E., Tekingündüz S. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, , s.188-196, 2012
53. Hughes Rg. Clancy CM. Working Conditions That Suppor Patient Safety. Journal of Nursing Care Quality, Vol:20 Issue:4 P:289-292. Department: ARHQ Commentary Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams&Wilkins. 2005
54. Çırpı F, Merih DY, Kocabey YM. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009
55. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13:53-59, 2010
56. Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. & Silber, J.H. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. Journal of The American Medical Association, 2002
57. Sezgin İnce B. Hemşire Güvenliği: Çalışma Ortamı Ve Riskler. Ege Üniveristesesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 24(3): 61-71. 2008
58. International Council of Nursing. (2012). Patient Safety. Erişim: 02.04.2016. [Http://Www.İcn.Ch/İmages/Stories/ Documents/ Publications/ Position_Statements/ D05_ Patient_Safety.Pdf](http://www.icn.ch/Images/Stories/Documents/Publications/Position_Statements/D05_Patient_Safety.Pdf)

59. Karaca A. Arslan H. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma .Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2014
60. Sezgin B. Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı Ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta Ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. Doktora Tezi; İstanbul, 2007.
61. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013
62. Cebeci, F. Gürsoy, E., Tekingündüz S. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15 (3), 188-196, 2012
63. Filiz Y. Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2010.
64. Çavuş MF. Gemici E. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi the Journal of Academic Social Science Yıl: 1, Sayı: 1, s. 238-257, Aralık 2013
65. Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm, IoM 2001 www.iom.edu (Erişim tarihi: 29.06.2016)
66. National Patient Safety Foundation, July 2003, www.npsf.org. (26.06.2016)
67. I-Teng C, Dai Yu-Tzu, Shyu Yea-Ing Lotus, Wong May-Kuen, Chu Tsund-Lan, Tsai Ying-Huang, Professional Commitment, Patient Safety, and Patient Perceived Care Quality, Journal of Nursing Scholarship, 2009
68. Laschinge RH, Leiter M, The Impact of Nursing Work Environments on Patient Safety Outcomes, Journal of Nursing Administration, 2006
69. Henneman AE, Patient Safety and Technology, Advanced Critical Care Nurse, Volume 20, Number 2, 2010
70. Adıgüzel O. Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma. Sosyal bilimler dergisi, Sayı:28, 159-170, 2010

71. Güven R, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, s.411–422, 2007
72. Sayek F. Hasta Güvenliği Türkiye Ve Dünya, Birinci Baskı, Ekim 2011, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları
73. Golder S, Light K, Stirk L. What's on the web. Patient safety. J Health Serv Res Policy;12: 252-4, 2007
74. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO. Sentinel Event Statistics, ABD, 2006.
75. National Patient Safety Foundation, July 2003, www.npsf.org. (26.06.2016)
76. Akalın HE. Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği. İyi Klinik Uygulamalar (İKU) Dergisi. 17: 32– 35, 2007
77. National Patient Safety Foundation, July 2003, www.npsf.org. (26.06.2016)
78. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği Tıp Araştırmaları Dergisi. s.100-111, 2010
79. Institute of Medicine, To Err is Human, IoM 2000 www.iom.edu (Erişim tarihi: 07.06.2014)
80. Akalın HE. Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği. İyi Klinik Uygulamalar (İKU) Dergisi; 17: 32– 35, 2007
81. World Health Organization (WHO). Call for More Research On Patientsafety, 2007.
82. Ünsalatan Ş, Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi, F.N. Hem. Derg, Cilt 21 - Sayı 3: 172-180, 2013
83. Schoen, C. ve ark. Taking the pulse of health care systems: Experiences of patient with health problems in six countries. Health Affairs,16: 509-25, 2005
84. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi; 84:1-10, 2009
85. Hakeri, Hakan, Tıp Hukuku, Ankara, 2007
86. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği Tıp Araştırmaları Dergisi. s.100-111, 2010

87. Akalın HE. Hasta Güvenliği: Değişen Paradigma. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. Sayı 32:64-67. 2014
88. NCCMERP>AboutMedicationErrors.2010
(www.nccmerp.org/MedErrors.catindex.html). (erişim tarihi=26.1.06.2016)
89. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Lacolio AR, Barnos BA et al. Thenature of adverse events in hospitalized patients results of the Harvard medical practise study 2. New EnglandJournalMedicine, 1991
90. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği Tıp Araştırmaları Dergisi, s.100-111, 2010
91. Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;4(2):22-7, 2000
92. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013
93. Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Konya. 2009
94. Yorgun S. Baysal Z. Özdener S. Umur S. Hizmet Kalite Standartları ve İlaç Uygulamalarında Hasta Güvenliği Boyutu. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2. Ankara. 2009
95. Akalın HE. İnfeksiyon Kontrol: Bir Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Programı. ANKEM Dergisi, 2011
96. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013
97. Eşer İ, Khorshid L, Türk G, Toros F. Hemşirelerin İlaç Hatası Yapmalarına Yol Açabilecek Etkenlerin Saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi;23(2):81-91, 2007

98. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği Tıp Araştırmaları Dergisi, s.100-111, 2010
99. Aygin D, Cengiz H. İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 2011, 45;3.
100. Aştı T. Kıvanç MM. Ağız Yolu İle İlaç Verilmesine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;6(3):1-9, 2003
101. Aygin D, Cengiz H. İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 2011
102. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013
103. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği Tıp Araştırmaları Dergisi. s.100-111, 2010
104. WorldHealth Organization (WHO). Word Alliance for Patient Safety. Implementation Manuel WHO Surgical Safety Checklist (First edition). Safe surgery saves live. Geneva, Switzerland; WHO Press: 2008
105. AORN Guidance Statement. Creating a Patient Safety Culture. AORN Journal, 2006
106. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi, 2009
107. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği Tıp Araştırmaları Dergisi. s.100-111, 2010
108. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013
109. Hakeri, Hakan, Tıp Hukuku, Ankara, s. 366, 2007

110. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği Tıp Araştırmaları Dergisi, s.100-111, 2010
111. Berke D, Aslan F. Cerrahi Hastalarını Bekleyen Bir Risk Düşmeler, Nedenleri ve Önlemler. Anadolu Hemşirelik Dergisi, 2010
112. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013
113. Savcı C, Kaya H, Acaroğlu R. Nöroloji Ve Nöroşiruji Kliniklerinde Hastaların Düşme Riski Ve Alınana Önlemlerin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, 2:19-25, 2009
114. Ang NKE, Mordiffi SZ, Wong HB, Devı K and Evans, D. Evaluation of Three Fall-Risk Assessment Tools in an Acute Care Setting. Journal of Advanced Nursing, 60 (4), 427-435, 2007
115. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği Tıp Araştırmaları Dergisi.8, 100-111, 2010
116. Günaydın M, Gürler B. Hastane Enfeksiyonlarının Kontrolünde Dezenfeksiyon, Antisepsi ve Sterilizasyon “DAS” Uygulamaları. ANKEM Dergisi,22:221-231, 2008
117. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013
118. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği Tıp Araştırmaları Dergisi.8, 100-111, 2010
119. DSÖ (2013). The Burden of Health Care-Associated Infection Worldwide.
120. Özçetin M, Ulaş E, Karapınar B, Özen S, Aydemir Ş, Vardar F. Hastane Enfeksiyonları; Sıklığı Ve Risk Faktörleri. Çocuk Enfeksiyon Dergisi, ,3:49-53, 2009

121. Şahin H. Hemşireliğin Kan Transfüzyonlarına Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Buna Eğitimin Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Anabilimdalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2006.
122. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013
123. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği Tıp Araştırmaları Dergisi.8, 100-111, 2010
124. Karaca A. Arslan H. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma .Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2014
125. Ünsalatan Ş, Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi, F.N. Hem. Derg Cilt 21 - Sayı 3: 172-180, 2013
126. Sımard. Marcel. Safety Culture Management.2006
127. Wiegmann, Douglas A.; Zhang, H.; von Thaden, T., Sharma, G. ve Mitchell, A. “A Synthesis of Safety Culture and Safety Climate Research”, Technical Report ARL-02-3/FAA-02-2, Aviation Research Lab Institute of Aviation, 2002
128. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum,2013
129. WHO. World Alliance for Patient Safety, Global Patient Safety Challenge 2005–2006: Clean Care is Safer Care. Geneva: World Health Organization, 2005.
130. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum,2013
131. WHO. World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2005.

132. WHO. World Alliance for Patient Safety, Global Patient Safety Challenge 2005–2006: Clean Care is Safer Care. Geneva: World Health Organization, 2005.
133. Yalçın Ş, Acar A, Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği Ve Güvenli Hastane İlişkisi, 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Cilt 1, Ankara, 12–26, 2010
134. Birgili F, Salış F, Çekirdekçi S, Ece G, Hastanelerde Hasta Güvenliği İklimi: Muğla İlinde Bir Hastane Örneği, 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Cilt 1, Ankara, s.57-72, 2010
135. Sammer EC, Lykens K, Singh PK, Mains AD, Lackan AN, what is Patient Safety Culture? A Review of Literature, Journal of Nursing Scholarship, , pp. 156- 165, 2010
136. Claridge T, Sandar S, Patient Safety Culture (Chapter 6), in ABC of Patient Safety edited by John SANDARS and Gary Cook, Blackwell Publishing, UK, 2007
137. Yalçın Ş, Acar A, Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği Ve Güvenli Hastane İlişkisi, 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Cilt 1, Ankara, 12–26, 2010
138. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum,2013
139. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, U.S.A, 2010,
140. Mitchell, P.M. Defining Patient Safety and Quality Care, 2008. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/> (Erişim 15.03.2013).
141. Çırpı F, Merih DY, Kocabey YM. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009
142. Korkmaz, O. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Yöneticilerin Tutumunu Algılayışı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14 (4), 91-112, 2012

143. Cebeci, F. Gürsoy, E., Tekingündüz S. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (3), 188-196, 2012
144. Karaca A. Arslan H. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2014
145. International Council of Nursing. Patient Safety. Erişim: 02.04.2016. [Http://Www.İcn.Ch/İmages/Stories/ Documents/ Publications/ Position_Statements/ D05_ Patient_Safety.Pdf](http://www.icn.ch/images/stories/Documents/Publications/Position_Statements/D05_Patient_Safety.Pdf), 2012
146. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013
147. Bodur, S., Filiz, E. Validity and reliability of Turkish version of “Hospital Survey on Patient Safety Culture” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Serv Res.*10(28): 1-9, 2010
148. Akalın HE. İnfeksiyon Kontrol: Bir Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Programı. *ANKEM Dergisi*, 25:6-8, 2011
149. Bal A, Çalış A, Tosun F, Yılmaz H, Memiş R, Yıldız A. ve Ark., Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışanların Algısı. II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Kitabı; 1:551-563, 2010
150. Göl Bayındır hastanelerinde hasta güvenliği yöntemleri. I.Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi Kitabı, Antalya, 2007
151. Sezgin B. Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı Ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta Ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. Doktora Tezi; İstanbul, 2007.
152. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13:53-59. 2010
153. Güven R, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, s.411–422, 2007

154. Tütüncü Ö. Küçükusta D. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşireye Yönelik Bir Uygulama. Hastane Yönetimi Dergisi. 10(2): 61-68. 2006
155. Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Konya. 2009
156. Altındış, S. Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1: 17-30, 2010
157. Karaca A. Arslan H. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma .Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2014
158. Akman A. Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Br Araştırma. Yüksek Lisans Tezi.2010
159. Alp F. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi.2011
160. Özdemir H. Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar’da Bir Uygulama. Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.2014
161. Akman A. Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Br Araştırma. Yüksek Lisans Tezi.2010
162. Alp F. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi.2011
163. Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Konya. 2009

164. Çakır A. Tütüncü Ö. “İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı”, Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 19-21 Mart Antalya, Bildiriler Kitabı, Cilt II, 2009
165. Çakır A. Hasta Güvenliği Kültürü İle Kalite Yönetimi Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Toplam Kalite Yönetimi Anabilimdalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2007.
166. Akman A. Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi.2010
167. Tütüncü Ö. Küçükusta D. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşireye Yönelik Bir Uygulama. Hastane Yönetimi Dergisi. 10(2): 61-68. 2006
168. Altındiş, S. Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2010. 1: 17-30.
169. Bal A, Çalış A, Tosun F, Yılmaz H, Memiş R, Yıldız A. ve Ark., Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışanların Algısı. II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Kitabı; 1:551-563, 2010
170. Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Konya. 2009
171. Bal A, Çalış A, Tosun F, Yılmaz H, Memiş R, Yıldız A. ve Ark., Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışanların Algısı. II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Kitabı; 1:551-563, 2010
172. Tütüncü Ö. Küçükusta D. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşireye Yönelik Bir Uygulama. Hastane Yönetimi Dergisi. 10(2): 61-68. 2006a
173. Bal A, Çalış A, Tosun F, Yılmaz H, Memiş R, Yıldız A. ve Ark., Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışanların Algısı. II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Kitabı, 1:551-563, 2010

174. Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kùltürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Konya. 2009
175. Karaca A. Arslan H. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kùltürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma .Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2014
176. Tütüncü Ö. Küçükusta D. Hasta Güvenliği Kùltürü ve Hemşireye Yönelik Bir Uygulama. Hastane Yönetimi Dergisi. 10(2): 61-68. 2006
177. Bal A, Çalış A, Tosun F, Yılmaz H, Memiş R, Yıldız A. ve Ark., Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışanların Algısı. II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Kitabı, 1:551-563, 2010
178. Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;4(2):22-7, 2000
179. Rogers AE, Hwang TW, Scott LD et al. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Affairs. 33 (4): 202-212, 2004
180. Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kùltürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Konya. 2009
181. Bal A, Çalış A, Tosun F, Yılmaz H, Memiş R, Yıldız A. ve Ark., Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışanların Algısı. II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Kitabı,1:551-563, 2010
182. Soydan H, Arslanoğlu A. Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Birimlerindeki Hasta Güvenliği Konusundaki Uygulamaları Değerlendirmeleri. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı; 1:329- 341, 2010
183. Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kùltürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun

- Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Konya. 2009
184. Özmen S, Başol O. Hasta Güvenliği Kültürü: Bursa’da Özel bir Hastane Uygulama Örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı; 1:81-97, 2010
185. Tütüncü Ö. Küçükusta D. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşireye Yönelik Bir Uygulama. Hastane Yönetimi Dergisi. 10(2): 61-68. 2006
186. Akman A. Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Br Araştırma. Yüksek Lisans Tezi.2010
187. Alp F. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi.2011
188. Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Konya. 2009
189. Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;4(2):22-7, 2000
190. Öztürkoğlu Y. Hemşire Çizelgelemesinde Esnek Vardiya Planlaması ve Hastane Uygulaması.Dokuz Eylül Üniversitesi.Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 16, Sayı: 1, 2014
191. Altun N. “Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin İş Zenginleştirme Faaliyetlerinin Belirlenmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008
192. Yavuz E. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Sağlığı ve İş Güvenliği Durumlarının İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009
193. Akman A. Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Br Araştırma. Yüksek Lisans Tezi.2010

194. Yıldız T. Eriten G. Erdem İ. Gökay NS. Kulaç M. Alp R. Mezuniyetin ve Profesyonel Sağlık Personeli Olarak Çalışmanın Hasta Güvenliği Bilinci Üzerine Etkileri. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi; 2(3):94–98, 2012
195. Akman A. Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi.2010
196. Çakır A. Tütüncü Ö. “İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı”, Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 19-21 Mart Antalya, Bildiriler Kitabı, Cilt II, 2009
197. Özdemir H. Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar’da Bir Uygulama. Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.2014
198. Gündoğdu S. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010
199. Alahamadi HA. Assessment of Patient Safety Culture in Saudi Arabian Hospitals. Qual Saf Health Care;19: E17, 2010
200. Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Konya. 2009
201. Çırpı F, Merih DY, Kocabey YM. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009
202. Özmen S, Başol O. Hasta Güvenliği Kültürü: Bursa’da Özel bir Hastane Uygulama Örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı; 1:81-97, 2010
203. Bal A, Çalış A, Tosun F, Yılmaz H, Memiş R, Yıldız A. ve Ark., Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışanların Algısı. II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Kitabı, 1:551-563, 2010

204. Soydan H, Arslanoğlu A. Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Birimlerindeki Hasta Güvenliği Konusundaki Uygulamaları Değerlendirmeleri. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı; 1:329- 341, 2010
205. WHO. World Alliance for Patient Safety, Global Patient Safety Challenge 2005–2006: Clean Care is Safer Care. Geneva: World Health Organization, 2005.
206. Wolf, Z. R., Serembus, J., Smetzer J., Vd. Responses and Concerns of Healthcare Providers to Medication Errors., Clin Nurse Spec,14 (6), 278–287, 2000
207. İntepeler Ş. Dursun M.Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri.Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 15: 2
208. Vural F., Çiftçi S., Fil Ş. Aydın A, Vural B. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları Ve Tıbbi Hataların Raporlanmasını. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 5:2, 2014
209. Çakır A. Tütüncü Ö. “İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı”, Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 19-21 Mart Antalya, Bildiriler Kitabı, Cilt II, 2009
210. Gündoğdu S. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010
211. Alahamadi HA. Assessment of Patient Safety Culture in Saudi Arabian Hospitals. Qual Saf Health Care;19: E17, 2010
212. Çakır A. Tütüncü Ö. “İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı”, Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 19-21 Mart Antalya, Bildiriler Kitabı, Cilt II, 2009
213. Gündoğdu S. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010
214. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum,2013
215. Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun

- Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Konya. 2009
216. Vural F., Çiftçi S., Fil Ş. Aydın A, Vural B. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları Ve Tıbbi Hataların Raporlanmasını. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 5:2, 2014
217. Gündoğdu S. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010
218. Oğuz Ö. İlaç Hataları ve Hataların Raporlanmasına Yönelik Hemşirelerin Alışkanlık ve Deneyimlerinin Belirlenmesi ve İlaç Hatalarının Önlenmesine İlişkin Stratejilerin Geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007.
219. Özdemir H. Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar’da Bir Uygulama. Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.2014
220. Alp F. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi.2011
221. Oğuz Ö. İlaç Hataları ve Hataların Raporlanmasına Yönelik Hemşirelerin Alışkanlık ve Deneyimlerinin Belirlenmesi ve İlaç Hatalarının Önlenmesine İlişkin Stratejilerin Geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007.
222. Gündoğdu S. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010
223. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13:53-59, 2010
224. Çırpı F, Merih DY, Kocabey YM. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009
225. Tütüncü Ö. Küçükusta D. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşireye Yönelik Bir Uygulama. Hastane Yönetimi Dergisi. 10(2): 61-68. 2006
226. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13:53-59, 2010

227. Adıgüzel O. Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma. Sosyal bilimler dergisi, Sayı:28, 159-170, 2010
228. Fawzi RA. The Impact of Educational Interventions on Enhancing Perceptions of Patient Safety Culture Among Jordanian Senior Nurses. Nursing Forum Volume 49, No. 2, April-June 2014
229. Tütüncü Ö. Küçükusta D. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşireye Yönelik Bir Uygulama. Hastane Yönetimi Dergisi. 10(2): 61-68. 2006
230. Adıgüzel O. Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma. Sosyal bilimler dergisi, Sayı:28, 159-170, 2010
231. Gündoğdu S. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010
232. Dursun S. Bayram N. Aytaç S. Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama.Sosyal Bilimler 8/1 s.1-14, 2010
233. Akman A. Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Br Araştırma. Yüksek Lisans Tezi.2010
234. Özmen S, Başol O. Hasta Güvenliği Kültürü: Bursa'da Özel bir Hastane Uygulama Örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı. 2010; 1:81-97.
235. Yorgun S. Baysal Z. Özden S. Umur S. Hizmet Kalite Standartları ve İlaç Uygulamalarında Hasta Güvenliği Boyutu. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2. Ankara. 2009
236. Bodur S. Filiz E. Durduran Y. Sağlık Personeli ve Toplumun Tıbbi Hatalar İle İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi.;21(4), 2011
237. Sezgin B. Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı Ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta Ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. Doktora Tezi; İstanbul, 2007.

238. Rogers AE, Hwang TW, Scott LD et al. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Affairs, 33 (4): 202-212, 2004
239. Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,4(2):22-7, 2000
240. Dursun S. Bayram N. Aytaç S. Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama.Sosyal Bilimler 8/1 s.1-14, 2010
241. Gündoğdu S. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010
242. Akman A. Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Br Araştırma. Yüksek Lisans Tezi.2010
243. Cebeci, F. Gürsoy, E., Tekingündüz S. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15 (3), 188-196, 2012
244. Özdemir H. Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar'da Bir Uygulama. Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.2014
245. Rogers AE, Hwang TW, Scott LD et al. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Affairs, 33 (4): 202-212, 2004
246. Cebeci, F. Gürsoy, E., Tekingündüz S. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15 (3), 188-196, 2012
247. Gündoğdu S. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010
248. Akman A. Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Br Araştırma. Yüksek Lisans Tezi.2010
249. Dursun S. Bayram N. Aytaç S. Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama.Sosyal Bilimler 8/1 s.1-14, 2010

250. Kaya, F. ve Ark., Hemşirelerin iş Doyum Düzeyleri ve İş Doyum Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı İzmir,2005.
251. American Nurses Association (ANA). Nursing Informatics: Scope and Standards of Practice. Silver Spring, Washington. 2008
252. Çırpı F, Merih DY, Kocabey YM. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009
253. Casey K, Fink R, Krugma M, Propst J. The Graduate Nurse Experience. JONA,34:303-311, 2004
254. Aygin D, Cengiz H. İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 45;3, 2011
255. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13:53-59, 2010
256. Değirmenci S. Yeni TCK ve Hemşirenin Sorumlulukları. Pencere, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yayınları, 22(6):4-9, 2007
257. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi Ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum,2013
258. Akman A. Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi.2010
259. Karaca A. Arslan H. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma .Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2014
260. Adıgüzel O. Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma. Sosyal bilimler dergisi, Sayı: 28,159-170, 2010
261. Karaca A. Arslan H. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2014

10. EKLER

EK -1 ANKET FORMU

HASTANE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ANKETİ

Değerli Sağlık Profesyonele,

Bu çalışmanın amacı; tıbbi hata, beklenmeyen olay raporlama ve hasta güvenliği kültürü ile ilgili durumu belirlemektir. Araştırmada önemli olan kişilerin bireysel cevapları değil, örneklemden elde edilecek toplu sonuçlardır. Bu doğrultuda soru formuna adınızı ve kimliğinizi ifade eden herhangi bir şey yazmanıza gerek yoktur ve çalışmaya katılım isteğe bağlıdır. Bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda sorulara vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak, araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve sadece bu araştırma için kullanılacaktır.

Çalışmaya katılmaya istekli iseniz, anket formundaki soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlamaya çalışmanız araştırmadan sağlıklı sonuçlar almamıza önemli katkılar verecektir.

Veri toplama formlarını doldurarak çalışmaya getirdiğiniz değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarım.

Şerife Cevahir Ertek

VERİ TOPLAMA FORMLARINI DOLDURMADAN ÖNCE LÜTFEN AŞAĞIDAKİ TERİMLERİ GÖZDEN GEÇİRİNİZ.

Tanımlar

Hasta güvenliği: sağlık bakım hizmetleri verilirken hastanın yaralanması veya istenmeyen olayların ortaya çıkmasını önlemedir.

Olay (event): hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın yapılan bir hata, yanlış veya kaza olarak tanımlanmaktadır.

Beklenmeyen/istenmeyen olay: Beklenmeyen ancak ciddi sonuçlar doğurabilen olay

Hata (error): bir eylemin uygulama veya planlama hatası nedeniyle maksadınaveya amacına uygun şekilde yapılamamasıdır.

Hataya yakın durum (near-miss): Son anda, hatanın farkına varılarak, hastaya ulaşmadan meydana gelmesi önlenmiş olaylardır.

Protokol no:.....

BÖLÜM A: Çalıştığınız Birim

Hastanedeki/Kuruluştaki çalıştığınız birim:

.....

Hastanedeki/Kuruluştaki çalıştığınız birimdeki

pozisyonunuz:.....

Lütfen **çalıştığınız birim ile ilgili olarak** aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılırm Ne Katılmam	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	▼	▼	▼	▼	▼
1. Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

7. Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12. Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13. Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
17. Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

BÖLÜM B: Yöneticileriniz/supervisor

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

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılım Ne Katılmam	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	▼	▼	▼	▼	▼
1. Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

ciddiye alır.

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 3. Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Bölüm C: İletişim

Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor?

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

BÖLÜM D: Raporlanmış Olayların Sıklığı

Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda ne sıklıkla rapor ediliyor?

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

BÖLÜM E : Hasta Güvenliği Derecesi

Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.

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

BÖLÜM F: Sağlık Kuruluşunuz

Sağlık kuruluşunuzla ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

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

BÖLÜM G: Raporlanan Olay Sayısı

Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. Hiç | <input type="checkbox"/> d. 6-10 olay raporu |
| <input type="checkbox"/> b. 1-2 olay raporu | <input type="checkbox"/> e. 11-20 olay raporu |
| <input type="checkbox"/> c. 3-5 olay raporu | <input type="checkbox"/> f. 21 ve üzeri olay raporu |

BÖLÜM H: Kişisel bilgiler

1. Kaç yıldır bu hastanede/kuruluştaki çalışıyorsunuz? (Lütfen yıl/ay olarak belirtiniz)
.....

2. Yaş.....

3. Cinsiyet.....

4. Çalıştığınız birimdeki pozisyonunuz:

Hemşire

Eğitim hemşiresi

Ekip lideri hemşire

Supervisör hemşire

Sorumlu Hemşire

Diğer.....

5. Şu anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?(Lütfen yıl/ay olarak belirtiniz)

6. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? 40 saati geçmiyor 40-49 saat 50 saatten fazla

7. Haftada kaç kez üst üste gece vardiyasında (14 saatlik) çalışıyorsunuz?

1 kez

2 kez

3 kez

4 kez

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

EVET

HAYIR

9. Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz?.....

10. En son bitirdiğiniz okul:

Lise () Ön lisans () Lisans () Lisansüstü ()

11. Kurumunuz tarafından yapılan oryantasyon programına katıldınız mı?

EVET

HAYIR

12. Kurumunuzda oryantasyon sürecinde rol-model ile çalıştınız mı?

EVET

HAYIR

13. Kurumunuzda son 6 ay içinde hasta güvenliği ile ilgili (amaç, hedefleri belli, konusunda uzman kişiler tarafından yapılan) bir eğitim programına katıldınız mı?

EVET

HAYIR

14. Kurumunuzda hasta güvenliği kültürü düzenli olarak ölçülüyor mu?

EVET

HAYIR

15. Çalıştığınız alana yönelik yıllık sürekli eğitim saatiniz ne kadardır?

50 SAATTEN AZ

50 SAATTEN FAZLA

BÖLÜM I: Yorumlarınız

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

Hasta güvenliği:

Tıbbi hatalar:

Olay/hata raporlama:

(AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture)
ederim.

Teşekkür

EK-2 KURUMDAN ALINAN İZİN BELGESİ


T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sayı : 31034136 - 302.08.01 / 153
Konu: Şerife CEVAHİR ERTEK
Anket Çalışması

12.03.2015

MEDİPOL MEGA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüzün Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Şerife CEVAHİR ERTEK'in, Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kurumlarındaki Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve İlişkili Faktörler" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını Hastanenizde yapmaları konusunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.


Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ
Müdür V.


Medipol Mega Hastanesi Başhekimliği
Dr. Dr. O. Galip GİNEŞ
Mesul Müdür
Adres: 34083
SGK Eski K. Dür. B.499/10
İstanbul

Tel: (0212) 453 49 10
Faks: (0212) 531 75 55
Web: www.medipol.edu.tr
Bilgi için: gerbatu@medipol.edu.tr

Adres: Atatürk Bulvarı, No:27, 34083
Unkapanı/İSTANBUL

11.ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 108400987-93
Konu: Etik Kurulu Kararı

12/02/2015

Sayın Aysel BADIR

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kurumlarındaki Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve İlişkili Faktörler” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)681 51 37
Faks:(0212)531 75 55
E-mail:ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres: Kavacık Mah.Ekinciler Cad.No:19,34810
Kavacık/BEYKOZ

ETİK KURUL ONAYI (DEVAM)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kurumlarındaki Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve İlişkili Faktörler			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Aysel BADİR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

ETİK KURUL ONAYI (DEVAM)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	29.01.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	29.01.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 82	Tarih: 12.02.2015				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmannın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvan/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	ŞERİFE CEVAHİR	Soyadı	ERTEK
Doğum Yeri	ANKARA	Doğum Tarihi	12.08.1992
Uyruğu	T.C VATANDAŞI	TC Kimlik No	16544832700
E-mail	serifertek@gmail.com	Tel	05446286293

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2014
Lise	Halil Rıfat Paşa Lisesi	2010

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Hemşirelik	Medipol Mega Üniversite Hastanesi	2014-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İNGİLİZCE	ORTA	ORTA	ORTA

□ KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet- Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	66,10	66,09	67,58

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
SPSS	Orta
Windows Office Programları	İyi