



**SANKO**  
ÜNİVERSİTESİ

T.C.

**SANKO ÜNİVERSİTESİ**

**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**(Hemşirelik Esasları)**

**HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN VE HEMŞİRELİK MESLEĞİ  
İLE İLGİLİ FAKTÖRLERİN HEMŞİRELERDE TIBBİ HATAYA  
EĞİLİME ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Asiye TUNCAY**

**2021**

**GAZİANTEP**

**T.C.**  
**SANKO ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**(Hemşirelik Esasları)**

**HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN VE HEMŞİRELİK MESLEĞİ**  
**İLE İLGİLİ FAKTÖRLERİN HEMŞİRELERDE TIBBİ HATAYA**  
**EĞİLİME ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Asiye TUNCAY**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğr. Üyesi Meryem KILIÇ**

**2021**

**GAZİANTEP**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

<b>Öğrencinin Adı Soyadı</b>	Asiye TUNCAY	<b>Tez Savunma Tarihi</b>	23/06/2021
<b>Tez Adı</b>	HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN VE HEMŞİRELİK MESLEĞİ İLE İLGİLİ FAKTÖRLERİN HEMŞİRELERDE TIBBİ HATAYA EĞİLİME ETKİSİ		

### LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans (Hemşirelik Esasları) Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

<b>Sınav Jürisi</b>	<b>Unvanı, Adı Soyadı</b>	<b>Üniversitesi / Anabilim Dalı</b>	<b>İmzası</b>
<b>Tez Danışmanı Üye</b>	Dr. Öğr. Üyesi Meryem KILIÇ	SANKO Üniv./SBF/Hemşirelik Esasları AD.	
<b>Üye</b>	Prof. Dr. Nimet OVAYOLU	SANKO Üniv./SBF/İç Hastalıkları Hemşireliği AD.	
<b>Üye</b>	Doç. Dr. Üyesi Betül TOSUN	Hasan KALYONCU Üniv./SBF/Hemşirelik Esasları AD.	

### ONAY

### ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

**Tarih** :...../...../.....

**Karar No** :...../...../.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

**Prof. Dr. Ayşen BAYRAM**

**Enstitü Müdürü**

## ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Asiye TUNCAY

23/06/2021

## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca mesleki profesyonelliği, çalışkanlığı ve hoşgörüsü ile örnek aldığım, tez konusunun belirlenmesi, çalışmanın planlanıp yürütülmesinde ve danışmanım olarak çalışmanın her aşamasında verdiği katkılarından dolayı değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Meryem KILIÇ'a

Yüksek Lisans eğitimim süresince tanımdan onur duyduğum hocalarım Prof. Dr. Nimet OVAYOLU, Prof. Dr. Arzu TUNA, Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT, Dr. Öğr. Üyesi Pınar GÜNEL KARADENİZ'e

Tez jüri üyesi olarak tezime sunduğu katkıları için Doç. Dr. Betül TOSUN'a

Yüksek lisans eğitimine birlikte başladığım ve her aşamada desteğini esirgemeyen dostum, arkadaşım Neşe KOÇAKGÖL'e

Araştırmaya katılmayı kabul eden Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerine,

Araştırmanın uygulanması aşamasında içtenlikle destek olan kalite birimi çalışma arkadaşlarıma ve sorumlu hemşire arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım ve tüm yaşantım boyunca yanımda hissettiğim, varlıklarıyla onur duyduğum annem ve babama,

Sevgili eşim Mehmet TUNCAY ve canım çocuklarım Defne ve Barış TUNCAY'a teşekkür ederim.

Asiye TUNCAY

## ÖZET

### HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN VE HEMŞİRELİK MESLEĞİ İLE İLGİLİ FAKTÖRLERİN HEMŞİRELERDE TIBBİ HATAYA EĞİLİME ETKİSİ

Bu araştırmanın amacı; yoğun bakım, cerrahi ve dahili birimlerde çalışan hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile kurumdaki hasta güvenliği kültürünün hemşirelerde tıbbi hataya eğilime etkisini belirlemektir. Çalışmanın türü tanımlayıcı ve kesitsel tasarımıdır. Çalışmanın evrenini Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım, dahili ve cerrahi kliniğinde çalışan 750 hemşire oluşturdu. Araştırma, dahil olma kriterlere uyan, veri toplama formunu eksiksiz dolduran ve katılmaya gönüllü 320 hemşire ile tamamlandı. Veriler Aralık 2020 - Mart 2021 tarihleri arasında toplandı. Verilerin toplanmasında Hemşire Tanıtıcı Özellikler Formu, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde, sayı, yüzde dağılımı, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon testleri yapıldı. Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması, % 63,8'i kadın, % 36,3'ü erkek, % 28,4 dahili birim, % 27,8'i cerrahi birim ve % 43,8'i yoğun bakımda çalışmaktadır. Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerinden cinsiyet, çalıştıkları birim, haftalık çalışma saatleri, bakım verdikleri hasta sayıları ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyutları ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ) olduğu tespit edildi. Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği' nin tüm alt boyutları ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği tüm alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf korelasyon tespit edildi. Sonuç olarak hasta güvenliği kültürünün ve hemşirelerin olumsuz çalışma koşullarının hemşirelerde tıbbi hataya eğilimi artırdığını görmekteyiz. Bu doğrultuda; yönetici ve liderlerin hasta güvenliği kültürüne ait uygulamaları daha fazla benimsemeleri ve desteklemeleri gerektiği, hasta güvenliği kültürünün ve hemşirelerde hatalı uygulamaların önüne geçmek için oryantasyon ve hizmet içi eğitimlerde hasta güvenliği vurgusu ön planda olmalı, beklenmedik olayların raporlanması konusunda çalışanlar cesaretlendirilmeli, çalışanların iş doyumunu, mesleki yeterliliğini ve memnuniyetini artırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** hemşirelerde tıbbi hata; tıbbi hataya eğilim, hasta güvenliği; hasta güvenliği kültürü

## ABSTRACT

### **THE EFFECT OF PATIENT SAFETY CULTURE AND NURSING RELATED OCCUPATIONAL FACTORS ON TENDENCY FOR MEDICAL ERRORS IN NURSES**

In this study, it was aimed to determine the socio-demographic and professional characteristics of nurses working in intensive care, surgery and internal medicine units and the effect of patient safety culture in the institution on medical error disposition in nurses. The study was conducted in descriptive and cross-sectional design. Gaziantep Dr. Ersin Arslan Training and Research Hospital has consisted of 750 nurses working in the intensive care, internal and surgical clinics. For the sampling, it was aimed to reach the population and the research was completed with 320 participants. In collecting the data of the research conducted between December 2020-April 2021; The Nursing Descriptive Characteristics Form, Patient Safety Culture Scale, and Tendency to Medical Errors in Nursing Scale were used. Number, percentage distribution, Mann Whitney U, Kruskal Wallis test and Spearman correlation tests were used to analyze the data. 63,8% of the nurses participating in the study are women, 29,30±7,36 the average age, 36,3% are men, 28,4% are working in the internal unit, 27,8% in the surgical unit and 43,8% in the intensive care unit. It was determined that there is a significant difference ( $p<0,05$ ) between the sociodemographic / occupational characteristics of the nurses, gender, the unit they work in, weekly working hours, the number of patients they care for, and the mean score of the sub-dimensions of the Medical Malpractice Scale. A weak positive correlation has been determined between all sub-dimensions of the Patient Safety Culture Scale and all sub-dimensions of the Medical Error Tendency Scale. As a result, we see that patient safety culture and negative working conditions of nurses increase the tendency to medical error in nurses. In line with these results; The emphasis on patient safety should be at the forefront in orientation and in-service trainings in order to prevent the patient safety culture and erroneous practices in nurses, employees should be encouraged to report unexpected events, employees' job satisfaction, professional competence and arrangements should be made to increase satisfaction.

**Keywords:** medical error in nurses; propensity to medical error, patient safety; patient safety culture

# İÇİNDEKİLER DİZİNİ

<b>KABUL VE ONAY SAYFASI .....</b>	<b>iii</b>
<b>ETİK BEYAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>v</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ .....</b>	<b>x</b>
<b>SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....</b>	<b>xi</b>
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Hasta Güvenliği Kavramı .....	5
2.2. Hemşirelik ve Hasta Güvenliği .....	8
2.3. Dünyada ve Türkiye’de Hasta Güvenliği Tarihi .....	8
2.4. Hasta Güvenliği Kültürü Kavramı.....	9
2.4.1. Yönetim ve liderlik.....	11
2.4.2. Çalışan davranışı .....	12
2.4.3. Beklenmedik olay ve hata raporlama .....	12
2.4.4. Çalışanların eğitimi .....	13
2.4.5. Bakım ortamı .....	13
2.4.6. Sağlık okuryazarlığı ve hasta uyumu .....	14
2.5. Tıbbi Hata Kavramı.....	15
2.5.1. Tıbbi hatanın nedenleri.....	16
2.5.2. Tıbbi hataların sınıflandırılması .....	18
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>22</b>
3.1. Araştırmanın Türü .....	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı .....	22
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	22
3.4. Verilerin Toplanması.....	23
3.4.1. Veri toplama araçları .....	23
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	24
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği .....	25
3.8. Araştırmada Etik Kurallar .....	25



<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>26</b>
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri.....	26
4.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçekleri Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımları .....	27
4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	28
4.4. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçekleri Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımları Arasındaki Korelasyonlar .....	33
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	<b>35</b>
5.1. Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklere Ait Bulgularının Tartışılması ...	35
5.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçekleri Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	36
5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Puan Ortalamaları ile İlişkisinin Tartışılması.....	38
5.4. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçekleri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkisinin Tartışılması .....	42
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>45</b>
6.1. Sonuçlar.....	45
6.2. Öneriler.....	45
<b>7. KAYNAKLAR</b> .....	<b>47</b>
<b>8. EKLER</b> .....	<b>61</b>
EK-1 Hemşire Tanıtıcı Özellikleri Formu	
EK-2 Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	
EK-3 Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	
EK-4 Etik Kurul İzni	
EK-5 İl Sağlık Müdürlüğü Komisyon Kararı	
EK-6 Kurum Çalışma İzni	
EK-7 Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Kullanım İzinleri	
EK-8 Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	
EK-9 Tez İntihal Raporu	
EK-10 Özgeçmiş	

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 4. 1 Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (n=320). .....	26
Tablo 4. 2 Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tıbbi Hataya Eğilim Ölçekleri Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımları (n=320). .....	27
Tablo 4. 3 Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=320). .....	28
Tablo 4. 4 Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyonlar (n=181). ....	32
Tablo 4. 5 Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tıbbi Hataya Eğilim Ölçekleri Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımları Arasındaki Korelasyonlar (n=320). .....	33

## SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>AHRQ</b>	Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı)
<b>ASHP</b>	Amerikan Society of Hospital Pharmacists (Amerikan Hastane Eczacıları Derneği)
<b>CDC</b>	The Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)
<b>HGKÖ</b>	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği
<b>HSOPSC</b>	The Hospital Survey on Patient Safety Culture (Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Araştırması)
<b>HTHEÖ</b>	Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği
<b>ICN</b>	International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
<b>IHI</b>	Institute for Healthcare Improvement (Sağlık Bakımı Geliştirme Enstitüsü)
<b>IOM</b>	International Organization for Medicine (Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü)
<b>JCI</b>	The Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyonu)
<b>OECD</b>	The Organisation for Economic Co-operation and Development National (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
<b>SHİE</b>	Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyon
<b>WHO</b>	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü-DSÖ)

# 1. GİRİŞ

İnsanoğlu, var olduğundan bu yana sağlığına zarar verme potansiyeli taşıyan ortamlarda yaşamıştır. Sağlığı tehdit eden riskler zaman ve mekana göre değişse de insanların sağlık hizmetine ihtiyaçları hep olmuştur (**Sur, Palteki, & Yazıcı, 2019**). Toplumları zengin ve gelişmiş kılan politikalar aynı zamanda insanların iyi sağlığa erişmelerini de sağlar. Toplumsal sağlık, üretkenliğin/verimliliğin artmasına, daha verimli bir işgücüne, daha sağlıklı yaşlanmaya, hastalık ve sosyal yardımlara daha az harcama yapmaya, daha az vergi kaybına, ekonomik iyileşme ve kalkınmaya katkı sağlar (**WHO, 2013**).

Sağlık hizmetleri günümüzde en karmaşık hizmet yapısına sahiptir. Sağlık hizmetlerinin var olma sebebi, toplum yararına olmakla birlikte, süreçlerde teknoloji ve insan faktörünün karmaşık birleşimi nedeniyle hata ve istenmeyen olayların meydana gelme riskinin yüksek olduğu bir alandır (**Cooper, 2000; Pizzi, Goldfarb, & Nash, 2001**).

Hemşirelerin; hastaları klinik bulgular açısından izleme, hataları ve eksikleri tespit etme, sistemlerde bulunan bakım süreçlerini ve zayıflıkları anlama, hasta durumundaki değişiklikleri belirleme ve iletme, sürekli hasta başında bulunma, düzenli olarak doktorlar, eczacılar, aileler ve sağlık ekibinin diğer tüm üyeleriyle etkileşime girme ve hastanın durumundaki değişikliklerin zamanında koordinasyonunu sağlama gibi sorumlulukları, hasta güvenliği perpektifinden çok önemli bir yere sahiptir (**Dellefield, Castle, McGilton, & Spilsbury, 2015; Sloane, Smith, McHugh, & Aiken, 2018**). Sağlık profesyonelleri tarafından hasta güvenliği kültürünün anlaşılmasına yönelik İngiltere’de yapılmış bir çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği algısının hekimlerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (**Pronovost et al., 2003**).

Hasta güvenliğinde sorunların en aza indirilmesinin anahtarı sistem yaklaşımında değişikliklerdir (**WHO, 2015**). Sağlık sistemindeki aksaklıklar iyileştirilmediğinde sağlık çalışanları hata yapmaya devam edeceklerdir (**Clarkson, Dean, Ward, Komashie, & Bashford, 2018; Nordin, 2015**). İyi hasta güvenliği uygulamaları, sağlık profesyonellerinin her biri için ayrı oluşturulmuş klinik algoritmalar ve iş akış şemaları ile desteklenir (**Garcia et al., 2019**). Günümüzde hasta güvenli kültürünün sağlanması: Sistemin tamamını yeni bir anlayışla kurmak, çalışanları bu yeniliğe adapte etmek ve sürekliliğini sağlamak ile kanıt temelli uygulamaları desteklemekle mümkün olabilir. Sağlık kayıtlarının düzenli tutulması, bölümün hizmet kalitesinin ölçüldüğu gösterge verilerinin birim çalışanları ve yönetimle paylaşılması bilimsel araştırmaların ve kanıta dayalı uygulamaların gelişmesine fırsat verir (**Nordin, 2015; Sur et al., 2019; TTB, 2011**). Sağlık sistemi ve sağlık profesyonellerindeki

davranış ve tutumlar kurum kültürüne yönelik ipuçları vermektedir. Hasta güvenliği kültürünün anlaşılması, yönetilmesi, profesyonellerin davranış ve reflekslerine yansması bir değişimi ve süreci gerektirmektedir (AHRQ, 2019; Famolaro, Yount, Hare, & Rockville, 2018; ICN, 2006). Ülkemizde hasta güvenliği kültür algısına yönelik yapılan çalışmalarda sağlık çalışanları arasında güvenlik algısının yerleşmediği, yapılandırılmış hasta güvenliği kültürünün zayıf olduğu tespit edilmiştir (Bodur & Filiz, 2009; A. Çakır & Tütüncü, 2009; Tütüncü & Küçükusta, 2006). Willmott ve Mould (2018) hasta güvenliği kültürüne yönelik, 2010-2015 yılları arasında yapılan 11 makale incelemesinde, hasta güvenliği kültürünün sağlık profesyonelleri arasında farklı görüşlere sahip olduğu, doktorların hasta güvenliği kültürü algılarının (%67) hemşirelere ve yardımcı sağlık profesyonellerine göre daha zayıf olduğunu ortaya koymuştur (Willmott & Mould, 2018). Hasta güvenlik kültürünün oluşturulduğu kurumlarda çalışanların daha az yaralanmaya maruz kaldığı, mortalite ve tıbbi hata meydana gelme oranlarının düştüğü görülmektedir. Hasta güvenliği kültürünün yetersiz olması durumunda ise hemşirelerde memnuniyet oranlarının azaldığı, işe/kuruma bağlılığın azaldığı, işten ayrılmaların arttığı, çalışanların motivasyon kaybı yaşadığı, hastaların hastaneye yeniden başvuru oranlarının arttığı, hastaların hastanede kalma sürelerinin uzadığı, hastalarda tıbbi hatalara bağlı psikolojik travma, sakatlık ve ölümlerin arttığı belirtilmiştir (Brunetto et al., 2016; Cloete, 2015; Leone & Adams, 2016; Lynn, 2015; Oliveira et al., 2015; Smith et al., 2010; Vaismoradi, Griffiths, Turunen, & Jordan, 2016).

1900'lü yılların sonunda Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü (International Organization for Medicine-IOM) tarafından yayımlanan "To Err is Human: Building a Safer Health System" raporu daha güvenli bir sağlık sistemi oluşturulmasına vurgu yaparken aynı enstitünün 2001 yılı raporunda, hasta ve ailelerinin katılımının etkili ve etkin bir sağlık hizmeti alması gerektiğini vurgulamıştır. 2003 yılında yayınlanan raporunda ise hemşirelerin hasta güvenliğindeki anahtar rolü ön plana çıkmış; yetersiz eğitim, yetersiz denetim, yetersiz ekipman, hemşirelerin sık yer değiştirmesi, uygun olmayan görevlendirmeler, hemşirelik yöneticilerinin başarısız organizasyonları, uygun olmayan cezalar gibi hemşirelerin çalışma ortamının koşulları tartışılmıştır (Hughes & Clancy, 2009).

Hasta güvenliğini tehdit eden hataları tek başına bireysel veya tek başına sistem kaynaklı analiz etme yaklaşımının tehlikeleri vardır. Yalnızca bireylere odaklanmak hata sebeplerinin gözden kaçmasına neden olabilir. Sadece kurumsal/sistem temelli çözüm yolları aramak; bireysel eksiklikler, kasıtlı yanlış davranışlar, mesleki yetersizlikler vb. kaynaklı hataların gözden kaçmasına yol açabilir (Hughes & Clancy, 2009; IOM, 2004; Korkmaz & Argon, 2018).

World Health Organization (WHO)' a göre tıbbi hata olarak en sık karşılaşılan sorunlar; cerrahi hatalar (%27), ilaç kullanım hataları (%18,3) ve sağlık hizmetine bağlı enfeksiyonlar (%12,2) şeklinde sıralanmıştır (WHO, 2017).

The Joint Commission International (JCI), hemşirelik bakım merkezi programı için Ocak 2021'den geçerli ulusal hasta güvenliği hedeflerini belirlemiştir. Bu hedefler; sağlık hizmet sunumunda kimlik doğrulama sayısının artırılması, ilaç güvenliğinin sağlanması ile hastane enfeksiyonları, düşme ve basınç yaralarının önlenmesidir (JCI, 2020b).

International Council of Nurses (ICN) 2006 raporunda, hekim ve eczacılardan kaynaklanan hataların %86'sının hastaya yansımadan hemşireler tarafından fark edilebileceğini ve engellenebileceğini vurgulamıştır (ICN, 2006). Hemşireler, öncelikle ilaçların hazırlanmasında ve yönetiminde yer aldıkları için ilaç yönetimi sürecinde önemli bir role sahiptirler (Hughes, 2008; Parry, Barriball, & While, 2015). Blegen ve Hughes'in yaptığı bir çalışmada, hastanelerde her 10 ilaç dozunun 1-3 tanesinde hatalar olduğu, hataların bildirilmemesi ve/veya eksik bildirilmesinin hasta güvenliği açısından önemli bir sınırlama olduğunu rapor etmişlerdir (Blegen, Gearhart, O'Brien, Sehgal, & Alldredge, 2009; Hughes, 2008). Er ve Altuntaş'ın yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin çoğunun daha önceden herhangi bir tıbbi hata yapmadığı (%77,9), yapanların bu hatayı "hastaya zarar vermeyeceğini düşündüğü için" (%53,6) rapor etmediği belirtilmiştir (Er & Altuntaş, 2016).

Tıbbi hatalar ve hastaların güvenliği ile etkili iletişim, personelin eğitimi, personelin yeterli sayıda olması ve çalışma koşulları arasında güçlü bir ilişki vardır (Mayo & Duncan, 2004). Rogers ve ark. (2004) günlük 8 saat veya daha az çalışan hemşirelerde % 1,6, günlük 12,5 saat veya daha fazla çalışan hemşirelerde ise % 6'lık bir tıbbi hata oranı bildirmiştir (Rogers, Hwang, Scott, Aiken, & Dinges, 2004). Maxfield ve ark. (2014) takım çalışmalarındaki başarısızlıkların, iletişim ve işbirliği eksikliğinin önemli hata kaynakları olduğunu belirtmiştir ve tıbbi hataların nedeni olarak doktorlarda (% 84) ve hemşirelerde (% 62) düşük düzeyde iletişim ve işbirliği olduğunu tespit etmiştir (Maxfield, Grenny, McMillan, & Patterson, 2014). Topçu ve ark. (2017) yaptığı araştırmada çalışmaya katılanların %17 si tıbbi hatayı rapor ettiğini belirtmiş, tıbbi hata rapor etme geçmişi olan doktor (%22,1) ve hemşireler (%15,6) rapor ettikleri tıbbi hata kaynağı olarak, iletişim eksikliği (hekimler-%54, hemşireler-%52,5) olduğunu söylemişlerdir (Topçu, Türkmen, Şahiner, Savaşer, & Şen, 2017).

2015 yılına kadar yayınlanan 105 çalışmanın Cochrane incelemesi, hastaların tıbbi durumları ile ilgili kararlarda sağlık profesyonelleri ile hasta/yakınlarının açık iletişim kurması hasta bilgisinin artmasına, tedavi risklerinin daha doğru algılanmasına, tedavilerin

hasta değerleriyle daha iyi anlaşılmasına, hastalar için daha az çatışma hissi ve daha fazla hasta katılımı ile sonuçlandığını göstermiştir (**Barry & Edgman-Levitan, 2012; Stacey et al., 2017**).

Günümüzde hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde kalitenin önemli temellerinden biridir. Sağlık hizmetlerinde potansiyel zararların bazen kaçınılmaz olduğu inkar edilemez olup, hasta güvenliğinde sağlık risklerinin en minimuma düşürülmesi hedeflenmiştir (**Pinheiro dos Santos et al., 2019; PNSP, 2014**).

Ülkemizde tıbbi hataların en aza indirilmesinde önemli bir faktör olan hasta güvenliği kültürünün birlikte incelendiği çalışmaların sayısı yeterli değildir. Bu araştırmada, hasta güvenliğinin sağlanması ve hasta güvenliğini tehdit eden unsurların fark edilmesinde kilit rol oynayan hemşirelerin perspektifinden, hasta güvenliği kültürü ve tıbbi hata başlıklarında mevcut durumun tanımlanması, tespit edilen sorunlara yönelik gerekli çözümlerin planlanması hedeflenmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Hasta Güvenliği Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü-DSÖ 2019 raporunda, hasta güvenliğinin ciddi bir halk sağlığı problemi olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 2019). Diğer bilimlerde (örneğin havacılık, otomobil ve nükleer endüstrileri) de güvenlik açısından yüksek risk taşımaya rağmen sağlık alanından daha iyi bir güvenlik kaydı olduğu bilinmektedir (Guarnieri, 1992; WHO, 2019).

Hasta katılımını artırmak daha güvenli primer ve ambülatör bakımın anahtarıdır. Bu nedenle gelişmekte olan ülkelerde sağlık okuryazarlığını geliştirici programlar uygulanmaktadır. Eğer bu programlar doğru uygulanırsa zarar yükünü %15'e kadar azaltabilir ve her yıl milyarlarca dolar tasarruf edebilir (OECD, 2018). Sağlık Bakımını Geliştirme Enstitüsü (Institute for Healthcare Improvement-IHI), taburculuk sonrası hasta bakımının devamlılığının sağlanmaması sebebiyle aynı tanı ile hastaneye yeniden yatışların olduğunu belirtmiştir. Enstitü, taburculuk sonrası kısa sürede hastaneye yatışları azaltmak için bir program belirlemiştir. Sonrasında bu programı uygulayan ve uygulamayan hastaneleri kıyaslamıştır. Programı uygulayan hastanelerde yeniden hastaneye yatışlarda %18,37'lik bir azalma kaydedilmiştir. Bu programın 4 temel algoritması bulunmaktadır.

- ✓ Hastaların taburculuk sonrası ihtiyaçlarını belirlemek
- ✓ Hasta ve aileleri için etkili ve gelişmiş öğrenme programını yapmak
- ✓ Hasta ve aileleri ile iletişimi geliştirmek
- ✓ Hastanın taburculuğu sonrası takibini sağlamak (IHI, 2013; IOM, 2004).

Hasta güvenliği, hastanın gelişim dönemlerine (yenidoğan, bebek, çocuk, okul öncesi, okul çağı, adölesan, yetişkin, yaşlı) özgü riskler barındırmaktadır (Lynn, 2015). DSÖ 2020 raporunda hasta güvenliğini; sağlık alanında riskleri azaltmak, önlenemez zararın meydana gelmesini azaltmak, hata olasılığını azaltmak ve hata meydana geldiğinde etkisini azaltmak amacıyla sürekli ve sürdürülebilir kültürler, süreçler ve prosedürler, davranışlar, teknolojiler ve ortamlar yaratan organize faaliyetlerin bütünü olarak tanımlanmaktadır. DSÖ hasta güvenliği sınıflandırmasını üç kavramsal çerçevede açıklamaktadır; zarar oluşmadan fark edilmiştir, olay gerçekleşmiştir zarar geçicidir ve olay gerçekleşmiştir zarar kalıcıdır. Zarar veren olayı önlenemez ve önlenemez (advers etki gibi) olay olarak tanımlamıştır (WHO, 2020a).



DSÖ 2019 raporunda hasta güvenliğine yönelik olarak;

- ✓ Hastane bakımında her 10 hastadan birinin tıbbi hata ile zarar gördüğünü ve bu zararların %50'sinin önlenabilir olaylardan kaynaklandığını.
- ✓ Hastanelerde güvenli olmayan bakımdan kaynaklı tıbbi hataların, dünyada en önde gelen 10 ölüm ve sakatlık nedeni olduğunu.
- ✓ Hasta bakımında tıbbi zarar gören hastaların %80'inin tanı, reçete ve hatalı ilaç kullanımı kaynaklı olarak birinci basamak ve ayaktan tedavi hizmetleri alırken gerçekleştiğini vurgulamıştır (WHO, 2019).

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (The Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD) ülkeleri raporuna göre hastane harcamalarının %15 i tıbbi hataların (venöz tromboembolizm, basınç ülserleri, hastane enfeksiyonları vb.) tedavisine harcanmaktadır (OECD, 2018).

DSÖ 2019 yılı raporunda hasta güvenliğini sağlamaya yönelik sunmuş olduğu tespitlerin bir kısmı şunlardır:

- ✓ Hasta güvenliğini artırmaya yönelik finansal destekler, tıbbi zararın tedavi maliyetlerinin oldukça altındadır. Mali yük gerektirmeyen hasta katılımı uygulamaları hasta güvenliği uygulamalarında anahtar role sahiptir.
- ✓ Güvenli olmayan ilaç hataları önlenabilir hatalar arasında ilk sıradadır. Bunlar arasında en çok yanlış ilaç dozları ve infüzyonlar, net olmayan talimatlar, kısaltmaların kullanımı, uygunsuz reçeteler sayılabilir.
- ✓ Tanısal hatalar tıbbi hata kaynaklı ölümlerin %10'u tüm tıbbi hataların da %6-17'sini oluşturmaktadır.
- ✓ Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar hala ölüm oranını %64 artırmaktadır. El hijyenini sağlayarak sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar %55 oranında azaltılabilmektedir.
- ✓ Güvenli olmayan cerrahi uygulamalar dünyada yedi milyon hastada komplikasyon gelişmesine bir milyon insanda da ölüm gerçekleşmesine neden olmaktadır.
- ✓ Güvenli olmayan radyasyon uygulamaları (radyasyon hataları, uzun süre radyasyona maruz kalma, yanlış hasta ve yanlış bölge vb.) hem hasta hem de sağlık çalışanı açısından riskler barındırmaktadır (WHO, 2019).

ICN, hasta güvenliğinin hemşirelik bakımında temel öneme sahip olduğunu savunmaktadır. Hasta güvenliğinin artırılmasının; sağlık profesyonellerinin işe alınması, eğitilmesi, performans iyileştirme/teşvik programlarının geliştirilmesi, tesis güvenliği ve risk yönetimi, enfeksiyon kontrolü, güvenli ilaç uygulamaları, malzeme/cihaz güvenliği, güvenli klinik uygulamalar, güvenli bakım ortamı gelişimini destekleyecek altyapıya odaklanan entegre bir bilimsel bilgi sisteminin olması gibi çok çeşitli eylemleri içerdiğine inanmaktadır (ICN,

2018).

WHO 2020 raporunda sağlık çalışanı güvenliğinin hasta güvenliğinin sağlanmasında öncelik olduğunu vurgulamaktadır. Çalışan güvenliğinin sağlanmasında temel beş hedef üzerinde durulmuştur. Bunlar;

1. Delici-kesici alet yaralanmalarını azaltma politikaları belirleyin.
2. İş stresi ve tükenmişlik sendromu ile mücadele edin.
3. Kişisel koruyucu ekipman teminini ve kullanımını artırın.
4. Sağlık çalışanına şiddete sıfır toleransını teşvik edin ve uygulayın.
5. İstenmeyen olayların raporlanmasını ve analizini sağlayın (WHO, 2020c).

Hemşireler hasta güvenliğini bakımın her alanında ele alırlar ve bakım kalitesini artırma, enfeksiyonları önleme ve kontrol etme, dirençli mikroorganizmalarla mücadele yoluyla hasta güvenliğini sağlamada kilit role sahiptir. Hastaların klinik seyri ve takibinin yapılması, istenmeyen olayların ve ramak kala olayların tespiti ve raporlanması, enfeksiyon önleme/kontrol/izlemede rehberlik rolü ve uygulamalara yansıtılması, el hijyeni gibi uygulamaların sağlanmasındaki rolü gibi çok sayıda işlevi sayesinde hastaların güvenli ortamda bakım almalarını sağlamaktadır. Covid-19 gibi salgınların kontrol altına alınmasında, el hijyeni, fiziksel mesafe ve yüzey dezenfeksiyonunun sağlanması gibi uygulamalar hemşirelerin enfeksiyonları önleme ve kontrol etmedeki rolünü ön plana çıkarmaktadır (ICN, 2018; Lynn, 2015; WHO, 2020c).

Ayrıca önlenebilir tıbbi zararların azaltılması için tüm paydaşların uyumlu, kalıcı, koordineli çalışması ve hasta güvenliğine yönelik sistemin güçlendirilmesi gerekmektedir (IHI, 2020). JCI, Ocak 2021'den geçerli olmak üzere hastaneler için hasta güvenliği hedefleri belirlemiştir. Bunlar;

- ✓ Hasta kimliği doğrulama araçlarını artırmak için prosedürler geliştirin.
- ✓ Hastaya bakım verenler arasında doğru/etkin iletişim kurulması için prosedürler geliştirin (Laboratuvarda kritik/panik değer bildirim sistemi gibi).
- ✓ İlaç güvenliğini sağlamaya yönelik, ilacın olduğu her aşama için prosedürler geliştirin.
- ✓ Klinik alarm/uyarı sistemlerini etkin kullanmaya yönelik prosedürler geliştirin. Özellikle otomasyon sistemleri üzerinden gönderilen uyarı sistemleri, personeli duyarsızlaştırma ve alarm sinyallerini kaçırmalarına neden olmaktadır. Etkin olmayan klinik alarm yönetiminde çalışanlar, uyarıyı görmezden gelme ve hatta devre dışı bırakma eğilimindedirler.
- ✓ Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyon riskini azaltmak için prosedürler geliştirin. Özellikle el hijyeni sağlamaya yönelik uyumu artırıcı projeler yapın.
- ✓ Hastaların (psikiyatri hastaları dışında da) kendine zarar verme (intihar) potansiyelini

belirleyin. Hastanenin fiziksel ortamını intihar/kendine zarar verme özellikleri açısından çevresel risk değerlendirmesi yapın (JCI, 2020a).

## 2.2. Hemşirelik ve Hasta Güvenliği

XIX. yüzyılda modern hemşireliğe duyulan gereksinim artmıştır. Ardından I. ve II. Dünya savaşları hemşirelik mesleğinin önemini ön plana çıkarmış ve toplum ilgisini artırmıştır (Şentürk, 2014). 1854 Kırım Savaşı'nda Florence Nightingale'in sağlık zararlarını azaltma çabaları hasta güvenliğinin sağlanmasında öncü kanıta dayalı uygulamalar olarak kabul edilmektedir (Clancy, Farquhar, & Sharp, 2005; Schmalbach, 2015; Sur et al., 2019).

Hemşirelik mesleğinde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaların yaygınlaşması; hemşirelik yetkinliğinin artması, hemşirelikte kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaşması, mesleki yeterliliğin bilimsel temellere oturması ve kurumsal (sistem) yapının hasta güvenliği perspektifinden güçlendirilmesi ile ilişkilidir. Güvenilir sistemler hemşirenin yetkin hizmetler sağlamasına fırsat verir (Sellman, 2016). Hemşirelik stratejileri, potansiyel zararların tanımlanması ve çevresel güvenliği tehdit eden riskleri belirleyerek iyiliği artırmayı hedefler (Lynn, 2015).

Hemşirelik sağlık sektörünün en büyük meslek grubudur ve sağlık mesleklerinin yaklaşık %59'unu oluşturmaktadır. Dünya 2020 yılını uluslararası hemşire yılı olarak kutlarken asıl vurgulanmak istenen, dünya sağlığında sürdürülebilir hedefler için hemşirelik iş gücü ile ilgili ulusal, bölgesel ve küresel eylemleri bilgilendirmeyi amaçlamaktadır (Clancy et al., 2005; WHO, 2020b). Hemşirelerin bakım sağlama ve iyileştirmedeki önemli rolü sadece hastanede ve ayakta tedavi tesisinde değil, aynı zamanda toplum temelli bakımı, hatta aile üyeleri tarafından gerçekleştirilen bakımı da kapsar (Hughes & Clancy, 2009).

DSÖ 2020 yılı hemşirelik durum raporunda; artan nüfus, artan hemşirelik ihtiyacı, öngörülen mezun hemşire sayısının azlığı, hemşireler arasında tükenmişlik sendromu, genç hemşire sayısının azlığı, emekliliğe yakın hemşire sayısının fazlalığı vb. sebeplerle 2030 yılında ciddi bir hemşire sayısı azlığına dikkat çekmektedir (Solutions, 2020; WHO, 2020b).

## 2.3. Dünyada ve Türkiye'de Hasta Güvenliği Tarihi

Hasta güvenliği konuları Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 1900'lü yıllarda ele alınmaya başlamıştır (Korkmaz, 2018). 1951'de Amerika'da sağlık hizmetlerinde ilk akreditasyon kuruluşu olarak JCI ve 1900'lü yıllarda IHI kuruldu, IOM tarafından hasta güvenliğinde sistem inşasını savunan rapor yayımlandı. 2000'li yıllarda JCI hasta güvenliği

standartlarını yayımladı ve altı tür tıbbi hata tanımladı. Aynı dönemde ABD’de yasal düzenleme ile hasta güvenliği ve kalitenin geliştirilmesi için hastanelerden veri toplama ve tıbbi hataların raporlanmasını istendi (STS, 2021).

Türkiye’de hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar Sağlık Bakanlığı’nın 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile başlamıştır (Çavmak & Çavmak, 2017; Sağlık Bakanlığı, 2008). Sağlık Bakanlığı sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde 2005 yılında kurumsal performans ve kaliteyi geliştirmek amacıyla kalite kriteri olarak başlattığı çalışmayı 2008 yılında sağlıkta hizmet standartları olarak geliştirmiş ve halen geliştirmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021). 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” yayımlanmış ve kurumlar bu çerçevede çalışmalarını dizayn etmişlerdir ("Sağlık Bakanlığı," 2011). Özel ve kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlıkta kalite standartlarının uygulanma düzeyini değerlendirmek amacıyla 2015 yılında “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” yayımlanmış ve sağlık kuruluşları her yıl değerlendirilmeye başlanmıştır ("Sağlık Bakanlığı," 2015).

#### 2.4. Hasta Güvenliği Kültürü Kavramı

Ciddi olumsuz olaylara yol açan hatalarda bireysel faktörler olduğu kadar, doğru bir analizde hataları önleyecek veya oluşma olasılığını azaltacak doğal sistem faktörleri olduğu görülmektedir (ICN, 2018). Hasta güvenliği kültürünün karakteristik özelliği; profesyoneller arasında uyum ve işbirliğinin olması etkin iletişim sistemleri kullanılması, uygulamaların kanıta dayalı olması, hataların bireysel başarısızlıktan ziyade sistem kaynaklı olduğu düşünülmesi, aynı zamanda bireylerin eylemlerinden sorumlu tutulması ve bakımın hasta merkezli olmasıdır (Nordin, 2015).

IOM raporu, modern tıpta zarar potansiyeline ilişkin daha güvenli bir sağlık sisteminin inşa edilmesinde kişi kaynaklı faktörleri sistem odaklı hale getirmesi noktasında dönüm noktası olmuştur (IHI, 2020; Iian & Fowler, 2005). Hataları önleme, hatalardan ders alma ve sağlık profesyonelleri ve hastaları içeren bir güvenlik kültürü oluşturma, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini artırmayı amaçlayan önemli girişimlerdir (IHI, 2020; Nordin, 2015).

IHI tarafından yayınlanan “Hasta Güvenliği Ulusal Eylem Planı” hasta bakımında toplam sistem güvenliği, daha güvenli bakım oluşturmak ve paydaş işbirliği için gerekli gördüğü dört temel ve birbirine bağımlı öneriler sunmaktadır. Bunlar;

1. Kültür, Liderlik ve Yönetişim: Devlet yetkililerinin, yönetim mekanizmalarının ve politika yapıcıların, temel bir değer olarak güvenlik kavramına, mesleki yetkinliğe önem

verme ve güvenlik kültürlerinin gelişimini teşvik etme zorunluluğunun olması.

2. Hasta ve Aile Katılımı: Hasta ve aile katılımının yaygınlaşması; bakımın sürdürülmesi, sağlık çalışanları ile anlamlı ortaklıklar sağlamak, bakımın niteliğini bakım sağlayıcıları ve bakım ortamıyla tasarlamak ve birlikte üretmeyi kapsamaktadır.

3. İş Sağlığı ve Güvenliği: İş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması hasta güvenliğinin ilerletilmesi için ön koşuldur. Hem hastalara hem de çalışanlara zararları ortadan kaldırmak için birleşik, sistem tabanlı bir bakış açısı ve yaklaşım gerekmektedir (IHI, 2020).

4. Öğrenme Sistemi: Hatalardan öğrenme ve istenmeyen olay bildirim/raporlamaları için kurulan otomasyon sistemi; paylaşım, öğrenme ve iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesine ve teşvik edilmesine olanak tanınmalıdır. Sistem yerel, bölgesel ve ulusal sağlık kuruluşları içinde öğrenmeyi teşvik etmelidir.

Bu dört temel öneri başlıklarında Hasta Güvenliği Ulusal Eylem Planı farklı başlıklarda toplam 17 öneri sunmaktadır.

#### Kültür, Liderlik ve Yönetişim

1. Güvenliğin temel değer olduğundan emin olun.
2. Yetenekleri değerlendirin ve güvenlik kültürünü ilerletmek için kaynak planlaması yapın.
3. Şeffaflığı yaygınlaştırmak için güvenlikle ilgili bilgileri ve iyileştirmeleri paylaşın.
4. Yetkinliğe dayalı yönetim ve liderlik anlayışını benimseyin.

#### Hasta ve Aile Katılımı

5. Hastaların, ailelerinin ve bakım sağlayıcılarının katılımını sağlamak için tüm sağlık profesyonelinin yetkilendirin.
6. Hastaları, ailelerini ve bakım sağlayıcılarını bakıma ortak edin.
7. Hastaları, ailelerini ve bakım sağlayıcılarını güvenli bakım uygulamaları ve iyileştirme faaliyetlerine dahil edin.
8. Tüm hastalar, aileleri ve bakım sağlayıcılarına karşı adil olun.
9. Tüm hastalar, aileleri ve bakım sağlayıcılarına güven ve saygı kültürünü teşvik edin.

#### İş Sağlığı ve Güvenliği

10. İş sağlığı ve güvenliğini sağlamaya yönelik sistem geliştirin.
11. Çalışanların fiziksel ve psikolojik güvenlikleri için hesap verilebilir sistemler geliştirin.
12. İş sağlığı ve güvenliğini adil bir şekilde sağlayın ve teşvik etmek amacıyla kaynak planlaması yapın, programlar geliştirin.

#### Öğrenme Sistemleri

13. Hem kurumsal hem de kurumlar arası öğrenme sistemleri geliştirin
14. En iyi öğrenme sistemleri için mümkünse otomasyon sistemlerini kullanın.

15. Profesyonel güvenlik eğitimleri verin.
16. Bakım sürekliliği boyunca güvenlik odaklı hedefler belirleyin.
17. Güvenlik konusunda gerekirse kurumsal işbirliğine gidin (IHI, 2020).

Sağlık hizmet sunumundaki hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasına ek olarak WHO 20 yılı aşkın bir süredir “Güvenli Hastane” programlarını teşvik etmektedir. Güvenli hastane kavramı, hastanelerin acil durumlarda ve afetlerde temel hizmetleri sunmaya devam edebilmeleri için hastanelerin güvenliğini ve hazırlığını sağlamak olarak tanımlanabilir. Bunun için hastane personelinin iç ve dış acil durumlara hazırlanma ve müdahale etme kapasitesini artırmak için ekipler oluşturulmakta, eğitimler verilmekte ve tatbikatlar yapılmaktadır (WHO, 2015).

Hasta güvenliği kültürü klinisyen ve personelin çalışma alanlarında hasta güvenliğiyle ilgili “normal” davranış hakkındaki algılarını şekillendirir (Weaver et al., 2013).

Bir güvenlik kültürü geliştirmek, hasta güvenliğini ve bakım kalitesini iyileştirmeye yönelik birçok çabanın temel unsurudur. Yetersiz olsa da ölçme ve geribildirim güvenlik kültürünü etkin bir şekilde teşvik etmek anlamına gelir. Yöneticiler ve/veya multidisipliner bir ekip tarafından yapılan hastane gezilerinin birim temelli müdahalelere olumlu etkilerinin olacağını göstermiştir (Morello et al., 2013).

#### 2.4.1. Yönetim ve liderlik

Hastane yöneticileri ve liderleri, süreçleri etkinleştirerek ve detaylandırarak sağlık hizmeti organizasyonlarında bir güvenlik kültürünü ve hasta güvenliğini teşvik etmede kilit bir rol oynarlar (S. E. Lee & Dahinten, 2020). Sağlık kuruluşlarında güvenlik kültürünün güçlendirilmesinin, bakım kalitesinin sürekli iyileştirilmesi için önemli olduğu giderek daha fazla kabul görmektedir (DiCuccio, 2015; Fan et al., 2016). Güvenlik kültürü, sağlık hizmeti bağlamında, idarenin hasta güvenliğini yönetmedeki kararlılığını, tarzını ve yeterliliğini belirleyen bireysel ve grup davranışlarının değerlerinin, tutumlarının, algılarının, yeterliliklerinin ve standartlarının ürünü olarak tanımlanan çok boyutlu bir kavramdır (Nieva & Sorra, 2003; Reis, Paiva, & Sousa, 2018).

Amerika’da Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) tarafından oluşturulan “The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)-Hasta Güvenliği Kültürü Anketi”nin, hasta bakımını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen hastane personelinin kullanabileceği bir ölçüm aracı olduğunu ve yüzlerce hastane tarafından kullanıldığını belirtmiştir (Blegen et al., 2009; S. E. Lee & Dahinten, 2020; Sorra & Nieva, 2004). Bu ölçme aracının kullanıldığı bir çalışmada güvenlik

kültürünü etkileyen 11 faktörün 9 'unun hemşireler tarafından algılandığını tespit etmişlerdir. Yapılan bu çalışma sonucunda, güvenlik kültürünün en güçlü yanı personel yeterliliği olarak saptanırken ikinci sırada hastane yönetim desteği üçüncü olarak da istenmeyen olay/hata raporlamaların doğru yönetimi şeklinde saptanmıştır (S. E. Lee & Dahinten, 2020).

Hastane yönetimi, hasta güvenliğini destekleyen ve hasta güvenliğinin birinci öncelik olduğunu gösteren bir çalışma ortamı sağlar. Süpervizörler/yöneticiler, hasta güvenliğini artırmak için personel önerilerini dikkate alır, personeli hasta güvenliği prosedürlerini takip ettiği için takdir eder ve hasta güvenliği sorunlarını göz ardı etmez (AHRQ, 2016).

#### **2.4.2. Çalışan davranışı**

Sağlık çalışanları profesyonel olmayan uygulamaları ve hataları için cezalandırılmadığı, yapılan hatalardan öğrenmelerin gerçekleştiği ve lüzum halinde bilgi ve uygulama değişikliklerinin yapıldığı bir kurumda kendilerini güvende hissetmektedir (NPSF, 2015). AHRQ 2016 raporu, hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli hasta bakım bilgilerinin hastane birimlerine ve vardiya değişimleri sırasında aktarılmasının önemini vurgulamıştır. Aynı raporda hasta güvenliği kültürünü uygulayan hastanelerde çalışanlar; bir hastayı olumsuz yönde etkileyebilecek bir şey gördüklerinde özgürce konuşabilir ve daha fazla yetkiye sahip olanları sorgulamaktan çekinmez. Hatalarının ve istenmeyen olay bildirim raporlarının aleni açıklanmadığını ve bunların personel dosyasında tutulmadığını bilir. Personel birbirini destekler, birbirlerine saygılı davranır ve bir ekip olarak birlikte çalışır demektedir (AHRQ, 2016).

#### **2.4.3. Beklenmedik olay ve hata raporlama**

2005 yılında WHO tarafından yayınlanan kılavuz, ülkelerin sağlık hizmetlerini daha güvenli hale getirme çabalarını canlandırmak amacıyla olumsuz olay raporlama ve öğrenme sistemleri üzerine odaklanmıştır. Raporlama, sağlık sisteminin başarısızlıklarından ders alarak tehlikeleri ve riskleri belirlemeye yardımcı olabilir ve sistemin nerede bozulduğu hakkında bilgi verebilir. Bu, gelecekte hastaların yaralanma olasılığını azaltmak için iyileştirme çabalarını ve sistem değişikliklerini hedeflemeye yardımcı olabilir. Raporlamanın güvenli olması son derece önemlidir. Olayları bildiren kişiler cezalandırılmamalı veya raporlamadan kaynaklanan diğer kötü etkilere maruz kalmamalıdır (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000; WHO, 2005, 2020a).

Raporlama sistemi kurumsal olmasının yanı sıra ulusal düzeyde ele alınabilecek şekilde geliştirilmelidir. Neyi nasıl rapor edilmesi gerektiği ile ilgili standartlar oluşturulmalı, raporlanacak hatalar sınıflandırılmalıdır (AHRQ, 2016). Tevis ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık profesyonelleri olayların nasıl rapor edileceğine dair bilgi eksikliği (%38) yaşamaktadır. Mümkünse kurumsal raporlamalar kurum dışında bir organizasyon tarafından analiz edilmeli ve geri bildirimde bulunmalıdır. Hasta güvenliği kültürünü benimsemiş kurumlarda meydana gelen hatalar ve uygulanan değişiklikler hakkında personel bilgilendirilmeli hatta birlikte çözüm yolları aranmalıdır (AHRQ, 2016; Kohn et al., 2000; Tevis, Schmocker, & Wetterneck, 2020).

#### 2.4.4. Çalışanların eğitimi

Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde grup eğitimi ve ekip çalışmalarının etkili olduğu bilinmektedir (Weaver et al., 2013). Özen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, mesleğe yeni başlayan hemşirelerde tıbbi hata yapma eğiliminin yüksek olduğu, hasta güvenliği ve tıbbi hataya ilişkin eğitim alan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğu sonucu çıkmıştır. Bu sebeple hemşirelerin oryantasyon eğitimi ve hizmetiçi eğitimlerle güçlendirilmesi gerektiği düşünülmüştür (Özen, Onay, & Terzioğlu, 2019).

Sağlık hizmetinin ve hastaların teknolojik cihazlara bağımlı olmaları hasta güvenliğini tehdit eden istenmeyen olayları artırmaktadır. Bu durum, sağlık profesyonellerinin daha fazla beceri, cihaz kullanımı ve spesifik bilimsel bilgiye sahip olmalarını gerektirmektedir. Sağlık hizmet kalitesinin kalıcı olarak iyileştirilmesi için; etkili ve verimli çalışmayı esas alan, bilimsel bilgi ve kanıt tabanlı uygulamalara dayanan prosedürler, kurallar, rutinler, algoritmalar ve protokollerle çalışanların mesleki eğitimleri geliştirilmelidir (Da Costa et al., 2017; Reis, Martins, & Laguardia, 2013).

Hemşireler hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasında aktif rol almaktadır. Hemşirelik uygulamalarındaki bu rol ve görevlerin oryantasyon eğitimleri ve düzenli hizmet içi eğitimlerle vurgulanması gerekmektedir (Bostan & Köse, 2012; Çırpı, Doğan Merih, & Yaşar Kocabey, 2009).

#### 2.4.5. Bakım ortamı

Tüm sağlık personelinin kaliteli ve güvenli bir hizmet sunabilmeleri için çalışılan ortamın güvenli, güçlendirici ve doyumlu olması gerekmektedir. Ancak iş yükü, yetersiz hemşire sayısı, ekip içindeki iletişim sorunları, yetersiz malzeme ve idari destek azlığı sağlıksız bir



çalışma ortamının oluşmasına sebep olmaktadır. Bu durum hizmet kalitesinin düşmesini ve güvenli sağlık hizmetinin sunulmasını olumsuz etkilemektedir (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008; WHO, 2008).

Hasta güvenliği sonuçlarını ve bakım süreçlerinin kalitesini belirleyen kritik bir faktör de çevresel koşulların uygunluğudur. Bunlar; çalışanlar arası iletişim ve çalışma ortamındaki gürültü, aydınlatma, sıcaklık gibi ergonomik faktörlerdir (Patrick, 2014).

Güvenli bir bakım için hasta, aile ve bakım ortamındaki üstlenicilerle işbirliği yapılmalıdır. Ayrıca teknolojinin kullanıldığı bakım faaliyetlerinde cihazların güvenli ve optimize edilmiş olması gerekmektedir (NPSF, 2015).

#### 2.4.6. Sağlık okuryazarlığı ve hasta uyumu

Ülke politikaları sağlığın iyileştirilmesinde daha geniş bir paydaş yelpazesinin katılımını artıran yapı ve süreç geliştirmelidir. Bu yelpazede hasta, hasta yakınları, vatandaşlar, sivil toplum kuruluşları ve dernekler sağlığın iyileştirilmesi için sorumluluk almalıdır (IHI, 2020; WHO, 2013). Hasta ve yakınının güçlendirilmesi hastaların tıbbi tedavilerinin sorumluluğunu almalarına ve öz yeterliliklerinin artmasına katkı sağlar. Bu doğrultuda sağlık okuryazarlığı oldukça önemlidir (A. Yılmaz, Kar, & Kaya, 2020).

DSÖ sağlık okuryazarlığını,

*“bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri”* olarak tanımlar (WHO, 1998).

Dahiliye polikliniğine başvuran hastalara yapılan bir çalışmada hastaların %77,89'unun yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmadığı tespit edilmiştir (Güven, 2017). Hastane kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalara yapılan bir çalışmada ise,

*“sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastalarda kalp-damar, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, KOAH, astım ve inme/felç hastalıklarının görülme sıklığı daha yüksektir”* sonucu çıkmıştır (Teleş, 2018).

Hasta uyumu ise hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uymasüdür (Sur et al., 2019). Özönük ve Yılmaz (2019)'ın çalışmasında Tip 2 diyabetli bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile tedaviye uyum puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0.017) (Özönük & Yılmaz, 2019). Öztaş ve Korkmaz Aslan (2019) yaşlı bireylerdeki ilaç uyumsuzluğu, ilaç kullanım davranışları ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışma sonucunda, ilaçları almayı unutma ve iyi hissettiğinde doktora sormadan ilacı bırakma gibi davranışların sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerde

görüldüğü ve bunun önemli bir risk faktörü olduğunu belirlemişlerdir (**Öztaş & Korkmaz Aslan**, 2019). Hasta uyum/uyumsuzluğu tanı ve tedavi sürecinde karşımıza çıkmaktadır. Tedavi sürecindeki uyumsuzluk; reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, reçete edilmeyen ilaçları kullanmak, randevuları kaçırmak, takiplere devam etmemek vb. davranışları içermektedir. Tanı aşamasındaki uyumsuzluk ise hastanın anamnezini doğru vermemesi olarak karşımıza çıkmaktadır (**Akdeniz & Yaman**, 2007; **S. Çakır; Misdrahi, Llorca, Lancon, & Bayle**, 2002).

## 2.5. Tıbbi Hata Kavramı

Sağlık hizmetleri insana/topluma fayda sağlamak amacıyla yapılırken, sağlık hizmetleri ile ilgili süreçlerin, teknolojilerin ve insan faktörlerinin karmaşık kombinasyonu nedeniyle hataların ve olumsuz olayların meydana gelmesi riski bulunmaktadır. Olumsuz bir olay, hastaya istenmeyen zararlar verir. İstenmeyen olaylar hastanın yaşadığı sağlık probleminden kaynaklı değil hastaya verilen bakım ve/veya hizmetlerle ilgili bir olaydır. Hasta güvenliğine yönelik yaygın tehditler/istenmeyen olaylar arasında ilaç hataları, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar, hasta düşmeleri, yanlış teşhis, akut durumların kötü klinik yönetimi, hatalı veya yanlış kullanılan ekipmanlar, yüksek dozda radyasyona maruz kalma ve uygun olmayan ilaç kullanımı sayılabilir (**Carson-Stevens et al.**, 2016; **ICN**, 2018; **WHO**, 2020a). IOM tıbbi hataları,

*“planlanan bir eylemin amaçlandığı gibi tamamlanamaması veya bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın kullanılması”* olarak tanımlar (**Ilan & Fowler**, 2005).

Sağlık bakım uygulamalarındaki asıl amaç; bakım sağlamak ve zarar vermemektir (**Clarkson et al.**, 2018). IOM raporu sonrası daha güvenli bir sağlık sistemi inşa etme çalışmaları başlamıştır. Gelişmiş ülkeler o dönemde bir yandan sağlık sistemindeki insan hatalarını ön plana çıkarmanın zayıflık olduğuna dikkat çekerken bir yandan da yapılan gözlemsel çalışmalarda “tıbbi hata” kavramının boyutunu değerlendirmeye başlamıştır (**WHO**, 2020a; **Wilson, Harrison, Gibberd, & Hamilton**, 1999).

Bilimsel ve teknolojik gelişmelerdeki hızlı değişimlerin tıp alanına yansımaları tıbbi hatanın sağlık profesyonelleri ve hastanelerle sınırlandırılmayacağını göstermiştir. Günümüzde, ilaçların, cihazların, malzemelerin ve demirbaşların üretim aşamasındaki hatalar hasta güvenliğini tehdit eden bir faktör olarak kabul edilmekte ve bu uygunsuzluklara yönelik iyileştirmeler yapılmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinde nanoteknolojik ilaçların kullanılması, gen terapisi yöntemi, kök hücre yöntemi, robotik cerrahi, damar içi uzaktan

kumandalı araçlar, immünoterapi tekniği ile kanser tedavisi, biyoprinting yöntemi ile suni organ üretilmesi vb. yöntemlerin uygulanmaya başlaması ile tıp bilimi farmakoloji, biyomedikal mühendisliği, fizik, kimya ve elektrik elektronik mühendisliği gibi diğer disiplinlerle temasını artırmıştır. Tüm bunlar, hasta güvenliği kavramının sınırlarını hastane dışına taşırmaktadır (Avcı & Aktan, 2015; Broadbent, Stafford, & MacDonald, 2009; Chuan, Samarasekera, & Pan, 2017; McNutt, Abrams, & Arons, 2002; Sur et al., 2019). Tıbbi komplikasyon; sağlık hizmetlerinde bir sakatlık ve hastalığı gidermek amacıyla gerçekleştirilen tedavilere bağlı olarak gelişen istenmeyen olaylardır. Tıbbi komplikasyonlar tıp otoritelerince de kabul edilmekte ve birer normal risk ve sapma olarak görülebilmektedir. Dolayısıyla sağlık profesyonelinin karar ve uygulamalarında, tıbbi komplikasyonların bilincinde olması mesleki sorumluluğun bir parçasıdır (Hakeri, 2014; Hancı, 2010).

Bir sağlık profesyoneli ile hasta arasındaki ilişki; özerklik, fayda sağlama, zarar vermeme ve adalet gibi ortak ahlaki ilkelere dayanmaktadır. Bir hastanın özerkliğine saygı duyulması, hastanın kendi refahını etkileyen kararlara dahil olması anlamına gelir (ACOG, 2011; Hoehner, 2003). Bilgilendirilmiş onam kavramı modern tıbbın etik uygulamasının bel kemiğidir. Hasta tarafından bir form üzerinde imzalanan kelimelerin aksine, gerçek bilgilendirilmiş onam, bir hastanın ve sağlık hizmeti sağlayıcısının bilgi alışverişinde bulunduğu ve hastanın durumunu ve önerilen tedavinin doğasını, risklerini, faydalarını, tedavi eksikliği dahil ve alternatiflerini tartıştığı bir süreçtir. Bilgilendirilmiş onam sürecinin güçlendirilmesi, etkin hasta-hekim iletişimi, gerçekçi hasta beklentileri, artan memnuniyet ve daha düşük tıbbi uygulama hatası ile ilişkilendirilmiştir (Chen et al., 2008; Iversen, Daltroy, Fossel, & Katz, 1998; Levinson, Roter, Mullooly, Dull, & Frankel, 1997). Bilgilendirilmiş onam gerekliliklerinin genişletilmesi, hasta ve işleme yönelik özgünleştirilmesi karar verme sürecinin ortaklaştırılmasını (hekim-hasta) sağlar. Bakımın sağlanmasındaki odağı hastalık sürecinin kendisinden uzaklaştırarak sağlık hizmeti kararlarını yönlendiren hasta ve aileye doğru kaydırır (Barry & Edgman-Levitan, 2012; Gerteis, Edgman-Levitan, Daley, & I. Delbanco, 1993; IOM, 2001).

### 2.5.1. Tıbbi hatanın nedenleri

Küresel olarak, 10 hastadan 4'ü sağlık hizmeti alırken primer ve ambulatuvar bakım ortamlarında zarar görmektedir. Zararın % 80'inin önlenemez olduğu bilinmektedir. En zararlı hatalardan bazıları tanı, reçete ve ilaç kullanımı ile ilgilidir (OECD, 2018).

Leape ve arkadaşları tıbbi hataları dört kategoriye ayırarak gruplandırmıştır.

1. Teşhis Hataları: Teşhis koymada gecikme veya yanlış teşhis koyma

2. Tedavi Hataları: Tedavi uygulamasında hata yapılması veya yanlış tedavi yapılması
3. Önleyici Hatalar: Profilaktik tedavi başarısızlığı
4. Diğer Hatalar: İletişim hataları, ekipman veya sistem hataları (**Leape, Lawthers, Brennan, & Johnson**, 1993).

Bu hataların altta yatan sebepleri incelendiğinde, eğitim ve oryantasyon eksiklikleri, iletişim yetersizlikleri, yorgunluk, güç ve kontrol çatışmaları gibi faktörler ortaya çıksa da bunların kök nedenleri olarak sistem tasarımıdaki eksiklikler gösterilmektedir (**TTB**, 2011).

Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı 2007 raporunda kronik yorgunluk ve uyku kalitesinin zayıf olmasının sağlık personeli arasında yaygın olduğunu belirtmiştir (**AHRQ**, 2007). Yeterli sayıda hemşire kadrosunun (hasta/hemşire oranı), eğitilmiş hemşirelerin (bakolarya düzeyinde), iyileştirilmiş hemşire çalışma ortamlarının mortalitenin düşmesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (**Aiken**, 2003; **Aiken et al.**, 2008; **Van Den Heede et al.**, 2009).

Hemşirelerin hata yapma olasılığını artıran sebepler:

Hemşire-hasta oranları: Hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça hemşirenin güvenli bakım sağlaması tehlikeye girmektedir. Kritik hasta bakımı, artan hasta kabul sayıları, hasta devir hızının artması, transferler, taburculuklar, personel yeterliliği ve uzmanlığı, hemşirelik ünitesinin fiziksel düzeni, teknoloji ve diğer kaynakların mevcudiyeti gibi hemşirelerin güvenli bakım kalitesini etkileyen birçok anahtar faktör vardır (**Needleman et al.**, 2011; **Sloane et al.**, 2018). Hemşire kadrosuna ilişkin iyileştirmelerin yapıldığı hastanelerde; daha az basınç ülseri ve idrar yolu enfeksiyonu, taburculuk sonrası tekrarlayan yatışların azalması, düşük mortalite, düşme oranında azalma ve etkili ağrı yönetimi gibi kalite göstergeleri olumlu bir yöne evrilmiştir (**Monteiro & Avelar**, 2015; **Needleman et al.**, 2011).

Hemşirelerin çalışma koşulları: Hemşirelerin artan iş yükü ve stresi mesleki tükenmişlik riskini artırmaktadır. Fiziki çalışma koşullarının uygunsuzluğuna ek olarak cihaz/ekipman arızaları ve eksiklikleri de hemşirelerde hata yapma olasılığını artırmaktadır. Uzun çalışma saatleri ve fazla mesai yorgunluk, dikkatsizlik, uyanıklığın azalması, zayıf karar verme yeteneği ve konsantrasyon eksikliğine neden olur. Yapılan çalışmalarda 12,5 saatten fazla çalışan hemşirelerin ilaç uygulama hatalarını üç kat daha fazla yaptığını göstermiştir. Hata yapan hemşireler, ekip arkadaşları ve yöneticileri tarafından rahatsız edici veya profesyonel olmayan davranışlara maruz kaldığı için hatanın ikincil kurbanı olmaktadır. Bu durum tükenmişlik yaşamalarına, işlerini hatta mesleği bırakmalarına yol açmaktadır (**Boamah, Spence Laschinger, Wong, & Clarke**, 2018; **Di Muzio et al.**, 2019; **Srulovici & Drach-Zahavy**, 2017). Yapılan bir meta-analiz çalışmada sağlık çalışanları arasında tükenmişliğin artmasının hasta güvenliği uygulamalarında %66,4'lük bir gerilemeye neden olduğu tespit edilmiştir (**Garcia et al.**, 2019).

Eksik Hemşirelik Bakımı: Hemşirelik uygulamalarının geç yapılması, bir kısmının yapılması veya hiç yapılmaması mesleki ihlal olarak değerlendirilmektedir. Gözden kaçan hemşirelik bakımı hataları hem hastalar hem de hemşireler için istenmeyen sonuçlar doğurmaktadır. Bakımın ihmal edilmesi, hemşireler için mesleki tatminsizlik, işe devamsızlık, ilaç hataları, enfeksiyonlar, düşmeler, basınç yaralanmaları, ventilatör ilişkili pnömoni, taburculuk sonrası yeniden hastane yatışlarının olması, sakatlık ve ölüm vb. sonuçları doğurmaktadır (**Bragadóttir, Kalisch, & Tryggvadóttir, 2017; Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009; Stacey et al., 2017**).

## 2.5.2. Tıbbi hataların sınıflandırılması

### 2.5.2.1. İlaç hataları

İlaç kullanımına ilişkin hem bilinen hem de bilinmeyen doğal riskler vardır (**ASHP, 2018**). Hastanede ilaç yönetiminde; yöneticiler, doktorlar, eczacılar ve hemşirelerden oluşan multidisipliner bir ekibin çalışması gerekmektedir (**Atabek Aştı & Karadağ, 2020**).

Amerikan Hastane Eczacıları Derneği (Amerikan Society of Hospital Pharmacists-ASHP) ilaç hatalarını 12 kategoride ele almaktadır. Bunlar; doktor istemine ilişkin hatalar, istemsiz ilaç uygulanması, ilaç hazırlama hatası, uygulama zamanı hatası, ilaç dozunu atlama, ilaç formu hatası, yanlış doz uygulama, yanlış yoldan ilaç uygulama hatası, doğru koşullarda saklanamayan ilaç hatası, izlem hatası, diğer hatalar olarak sıralanır (**ASHP, 2018**).

Hemşirelerin ilaç yönetiminde kilit bir rolü vardır. İlaç hataları muhtemelen dünya çapında en sık görülen hasta güvenliği olaylarıdır. Bu durum hastalara zarar vermekte, sağlık personeline sıkıntı oluşturmakta ve mali kayıplara neden olmaktadır (**Holmström, Laaksonen, & Airaksinen, 2015**). İlaç hataları çoğunlukla yanlış yoldan uygulama, yanlış dozda uygulama, birlikte verilen ilaçların etkileşime girmesi ve alerji hikayesini bilmeden hastaya ilaç uygulanması şeklindedir. Önemli olan ise bu hataların %35-56'sının önlenabilir olmasıdır (**TTB, 2011**). Çırpı ve ark. (2009) yaptığı çalışmada, ilaç uygulama hataları %47 oranıyla mesleki hatalar içinde birinci sırada yer almaktadır (**Çırpı et al., 2009**). Vural ve ark. (2014) ilacın yanlış zamanda uygulanmasını (%41) en sık karşılaşılan uygulama hataları olarak tespit etmişlerdir (**Vural, Çiftçi, & Vural, 2014**). İsveç'te 11 yıl içerisinde hemşirelerin sorumlu tutulduğu 585 adet ilaç hata vakası incelendiğinde; yanlış doz (%41), yanlış hasta (%13), ilaç suistimali (%12) olduğu tespit edilmiştir. İlaç hatalarına katkıda bulunan bireysel faktörlerin ise; ihmal, unutkanlık veya dikkat eksikliği (%68), uygun protokole uymamak (%25), bilgi eksikliği (%13) ve talimatın dışında uygulama (%12)

olduğu tespit edilmiştir. Sistemsel faktörler olarak; aşırı rol yüklenmesi (%36), belirsiz iletişim veya orderlar (%30) ve kurumsal prosedür ve talimatlar hakkında bilgi eksikliğidir (%30) (Björkstén, Bergqvist, Andersén-Karlsson, Benson, & Ulfvarson, 2016).

### 2.5.2.2. Hastane enfeksiyonları

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (The Centers for Disease Control and Prevention-CDC), sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonları

*“hastaların başka koşullar için bakım ve tedavi alırken kaptıkları enfeksiyonlar”* olarak tanımlar (CDC, 2014).

Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon (SHİE) gelişimi, hastane ortamı ile sınırlı değildir. Bu nedenle SHİE; hastaneler, uzun süreli bakım tesisleri, rehabilitasyon tesisleri, diyaliz merkezleri ve hatta hastanın evi dahil olmak üzere daha geniş bir yelpazede ortaya çıkmaktadır (Calfee, 2020). 2011 ve 2015 SHİE verileri kıyaslandığında %4 den %3,2 ‘ye düşüş olduğu tespit edilmiştir. ABD’ de ilk 10 ölüm nedeninden biri SHİE’dir. ABD ve Avrupa hastanelerine kabul edilen her 14 ila 20 hastadan yaklaşık birinde sağlık hizmetiyle ilişkili bir enfeksiyon geliştiği belirlenmiştir. SHİE, sağlık hizmeti alımıyla ilişkili en yaygın komplikasyonlardan biri olmakla birlikte bu enfeksiyonların çoğunun önlenabilir olduğu bilinmektedir. SHİE gelişen hastaların uzun süreli hastanede kalması ek tıbbi müdahaleler ve antibiyotik tedavisi alması sakatlık ve işlev kaybı gelişmesi ve buna bağlı gelir kaybı yaşanması gibi bir dizi başka olumsuz sonuçları olmaktadır (Klevens et al., 2007).

Hemşireler, SHİE’leri önlemek için kanıta dayalı işlemleri uygulayarak hastalar arası bulaşı azaltmakta aynı zamanda personeller arası çapraz bulaşı da engellemektedir. SHİE’leri önleme stratejileri olarak; el hijyeni, kişisel koruyucu ekipman kullanımı, sterilizasyon/dezenfeksiyon gibi aseptik uygulamalara dikkat etmek, izolasyon önlemlerini almak ve uygulamak, bundles (enfeksiyon kontrol demetleri) kullanımı önerilmektedir (Alp et al., 2019; Cimiotti, Aiken, Sloane, & Wu, 2012; Türe & Alp, 2016).

### 2.5.2.3. Hasta izlemi ve malzeme güvenliği

Hemşirelik bakımının dokümantasyonu, hastadan toplanan verileri, bakım planını, hemşirelik tanısını, istenen sonuçların ve müdahalelerin tanımlanmasının yanı sıra hastanın bakıma yanıtının bir değerlendirmesini içermelidir (Hughes & Clancy, 2009). Hemşirelik uygulamaları kayıtlarının yeterli nitelikte, eksiksiz ve doğru tutulması hasta güvenliği uygulamalarında ve hukuki açıdan önemli kanıtlardır (Müller-Staub et al., 2008). Birçok

gelişmiş ülkede hemşirelerin malpraktis dava konuları arasında, hasta izlem yetersizliği ve değerlendirilme eksikliği, uygun olmayan ya da yanlış malzeme kullanımı yer almaktadır. Hekim orderlarında hasta izlem talimatlarının ve izlem sıklığının belirtilmemiş olması, hemşirelerin yaptığı izlemleri tarih ve saat dahil olarak kaydetmemesi en sık hata nedenleridir (**Altunkan, 2009; Larson & Elliott, 2009; Mete & Ulusoy, 2006**).

Elektirikli cihaz ve bileşenlerinin doğru kullanımı, düzenli bakımının yapılması, hastalar ve sağlık personelinin potansiyel yaralanma ve yangın riskini azaltır (**Kennedy, 2014**). Alarm veren otomasyon ve cihaz uyarı sistemleri hasta ve çalışan güvenliği çerçevesinde uyarı yabancılaşması ve ortam gürültüsü açısından değerlendirilmeli, yabancılaşmaya yol açacak gereksiz uyarılar kaldırılmalı, duyulmayan alarm ve alarm veren cihazın arızalı olması gibi durumlarda klinik mühendislik desteği alınmalıdır (**Force, 2007; JCI, 2013; Logan, 2012**). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin %28 oranında malzeme güvenliği ve izlem yetersizliği konularında hata yaptığı tespit edilmiştir (**İşçi, 2015**). Acil servis hemşireleriyle yapılan bir çalışmada tıbbi hataların %11'inin malzeme yetersizliği olduğu tespit edilmiştir (**Cebeci, 2010**).

#### **2.5.2.4. Düşmeler**

WHO verilerine göre; düşmeler kaza veya kasıtsız yaralanma sonucu meydana gelen ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Ayrıca her yıl tahminen 646.000 kişi düşmelere bağlı hayatını kaybetmekte ve bu ölümlerin %80'den fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Her yıl tıbbi müdahale gerektirecek 37,3 milyon düşme gerçekleşmekte ve en çok 65 yaşın üzerindeki düşmeler ölümlerle sonuçlanmaktadır (**WHO, 2018**). Düşmeler hastada yarattığı komplikasyonlar ve ciddi sonuçlarla birlikte hastanede kalış süresinin uzamasına ve tedavi maliyetinin artmasına yol açmaktadır (**Barış & İntepeler, 2017; Oyur Çelik & Zıngal, 2016; Wong et al., 2011**).

Düşme, çoğu zaman her birey için olası bir durumdur. Düşme riskini artıran faktörleri bireysel ve çevresel faktörler olarak gruplandırmak mümkündür. Düşmeye yol açan bireysel faktörler; yaş, cinsiyet, hastalıklar, ilaçlar, düşme öyküsü, inkontinans sayılmaktadır (**Abreu, Reiners, Azevedo, Silva, & Abreu, 2014; Berke & Eti Aslan, 2010; WHO, 2017**). Düşmeye yol açan çevresel faktörler; hasta yatakları, zemin, aydınlatma, ayakkabılar, personele ilişkin yetersizlikler olarak sıralanabilir (**Bell, Collins, Dalsey, & Sublet, 2010; JCI, 2015; Oliver, Healey, & Haines, 2010**).

### 2.5.2.5. İletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar

Sağlık kurumlarındaki etkili iletişimin kurum, sağlık çalışanları, hasta ve yakınları üzerine pek çok yararları bulunmaktadır (Sur et al., 2019). Hastaneler kurallara, olasılıklara beklentilere ve hasta bakımı için çoklu mesleki iletişimlere dayanan çok sayıda karmaşık sistemden oluşan kuruluşlardır. Bu karmaşık bakım sistemlerinde hemşire, hasta güvenliğinin sağlanmasında birincil rol oynamaktadır (Mesmer-Magnus & DeChurch, 2009). İletişim, sağlık hizmetlerinin sunumunda sıklıkla ortaya çıkan tıbbi hatalara doğrudan neden olması bakımından önemlidir. Hastanelerde iletişim süreci, hastalar, sağlık profesyonelleri, idari ve diğer çalışanlar arasında gerçekleştirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012). JCI, advers olayların %65'inin kötü iletişim nedeniyle meydana geldiğini belirtmiştir (JCI, 2014). Sağlık kurumlarında yaygın olan iletişim sorunları, sözel ya da telefonla istem alma, kısaltma/sembol kullanma, kritik test sonuçlarını iletme vb. durumlar hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Güvenli ve etkili hasta bakımı için sağlık personeli arasında bilgi paylaşımının yeterli olması beklenmektedir. Ancak sağlık kurumlarında; bölümler arası hasta transferi, acil servisler, ameliyathaneler ve vardiyalardaki hasta teslimleri sırasında bilgi paylaşım ile ilgili yetersizlikler olduğu görülmektedir (Payne, Stein, Leong, & Dressler, 2012; Redfern, Brown, & Vincent, 2009; Toccafondi et al., 2012).

Tıbbi hataların insan sağlığı ve ülke ekonomisi üzerinde çok önemli etkileri de bulunmaktadır ve tıbbi hatalarla mücadele yolu ile bunların azaltılması gerekmektedir. Tıbbi hataların azaltılması için şu kritik faktörlere dikkat edilmelidir:

- ✓ Hataları azaltmak için paydaşlarla işbirliği geliştirmek
- ✓ Suçlamayı ortadan kaldırmak
- ✓ Açık iletişime dikkat etmek
- ✓ Kültürü değiştirmek
- ✓ Çalışanları eğitmek
- ✓ Hata verilerini analiz etmek
- ✓ Sistemi yeniden tasarlamak (McFadden, Towell, & Stock, 2004).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırmanın amacı; hasta güvenliği kültürünün, hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin hemşirelerde tıbbi hataya eğilime etkisini belirlemektir. Çalışma tasarımı; tanımlayıcı ve kesitsel türdedir.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı**

Araştırma Gaziantep İli Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım, Dahili ve Cerrahi Kliniklerinde yapıldı. Araştırmanın verileri Aralık 2020 – Mart 2021 tarihleri arasında toplandı. Hastane 2020 Ocak ayında 760 yatak kapasitesine sahipken pandemi sürecinde yatak kapasitesi 840'a çıkarılmıştır. Yoğun bakımlar 172, dahili birimler 384, cerrahi birimler 284 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede çalışan toplam hemşire sayısı 750'dir.

Araştırmanın yapıldığı hastanede, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları uygulanmaktadır. Hasta güvenliği çerçevesinde; hasta güvenliği komitesi, istenmeyen olay bildirim sistemi, hasta görüş-öneri-memnuniyetinin değerlendirilmesi, radyasyon güvenliği, laboratuvar güvenliği, düşmelerin önlenmesi, tesis güvenliği, bina turları, acil durum kodları, cerrahi güvenlik, enfeksiyonların önlenmesi, ilaç güvenliği çalışmaları yürütülmektedir.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini verilerin toplanması sırasında Gaziantep İli Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 750 hemşire oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeyerek araştırma kriterlerine uyan araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm hemşirelere örnekleme alındı. Bu çerçevede araştırmaya kurumda bir yılını tamamlamamış, acil servis-ameliyathane-polikliniklerde çalışan (HTHEÖ parametrelerinde, hasta takibinin 72-96 saat yapıldığı durumlara yönelik sorular olduğundan), geçici görevle gelen, doğum izni, süt izni, ücretsiz izin, askerlik izni kullanan, araştırmaya katılmak istemeyen 383 hemşire çalışmaya dahil edilmedi. 367 hemşireye form uygulandı. 47 hemşire veri toplama formunu eksik doldurduğu için örneklemden çıkarıldı. Araştırma 320 hemşire ile tamamlandı.

### 3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmacının çalışmanın yapıldığı hastanenin kalite direktörü olması nedeni ile formlar katılımcılara sorumlu hemşireler aracılığı ile dağıtıldı ve araştırmanın dışında olan biri tarafından toplandı.

#### 3.4.1. Veri toplama araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında; Hemşire Tanıtıcı Özellikleri Formu (EK-1), Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (EK-2), Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (EK-3) kullanıldı.

##### 3.4.1.1. Hemşire Tanıtıcı Özellikleri Formu (EK-1)

Bu form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlandı (Cebeci, Gürsoy, & Tekingündüz, 2012; Dikmen Demir, Yorgun, & Yeşilçam, 2014; Er & Altuntaş, 2016; Intepeler, Soydemir, & Güleç, 2014; Karaca & Arslan, 2014; Rızalar, Büyük, Şahin, Tülin, & Uzunkaya, 2016). Formda sosyodemografik ve çalışma/iş/meslek yaşamına yönelik sorular yer almaktadır. Sosyodemografik özellikler olarak; katılımcının yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu ile ilgili dört soru yer almaktadır. Meslek/çalışma yaşamına yönelik olarak sekiz soru bulunmaktadır. Bu bölümde katılımcıların çalıştığı bölüm, mesleki çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, haftalık çalışma saati, bakım verilen hasta sayısı/vardiya, aynı birimde çalışma yılı, çalışma saatleri/şekli soruları bulunmaktadır.

##### 3.4.1.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ) (EK-2)

Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi için Türkmen ve ark. (2010) tarafından geliştirilen HGKÖ kullanıldı. Hemşirelik grubunda geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmış olan bu ölçek 51 maddeden oluşmaktadır. Türkmen ve ark. tarafından HGKÖ'nin toplam Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,97, alt boyutlarının ise 0,83-0,92 arasında bulunmuştur. HGKÖ; yönetim ve liderlik (17 madde), çalışan davranışı (14 madde), beklenmedik olay ve hata raporlama (5 madde), çalışanların eğitimi (7 madde) ve bakım ortamı (8 madde) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. HGKÖ, dörtlü likert tipi bir ölçme aracıdır. Ölçeğin maddeleri, "1 Tamamen katılmıyorum", "2 Katılmıyorum", "3 Katılıyorum", "4 Tamamen katılıyorum" şeklinde "1"den "4"e kadar değişen puanların

sonuçlarına dayanılarak değerlendirilmektedir. Ölçek puanının yorumlanmasında ise puan ortalamasının 4'e doğru yükselmesi olumlu hasta güvenliği kültürünü, 1'e doğru azalması ise olumsuz hasta güvenliği kültürünün varlığını göstermektedir (Türkmen, Altuntaş, Baykal, & Seren, 2011).

Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayıları; Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ): 0,96, Yönetim ve Liderlik: 0,91, Çalışan Davranışı: 0,92, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama: 0,86, Çalışanların Eğitimi: 0,91, Bakım Ortamı: 0,87 olarak bulundu.

### 3.4.1.3. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ) (EK-3)

Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini ölçmek amacıyla 2010 yılında Özata ve Altuncan tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 49 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri Özata ve Altuncan tarafından 0,95 olarak bulunmuş. 5'li likert tipi olan ölçeğin maddeleri; 1: hiç, 2: çok nadir, 3: zaman zaman, 4: genellikle, 5: her zaman şeklinde puanlandırılmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 245, en düşük puan ise 49'dur. Ölçek, ilaç ve transfüzyon uygulamaları (18 madde), düşmeler (5 madde), hastane enfeksiyonları (12 madde), iletişim (5 madde), hasta izlemi ve malzeme güvenliği (9 madde), olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Alınan toplam puandaki yükselme hemşirenin tıbbi hata yapmaya eğiliminin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hata yapmaya eğiliminin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Özata & Altuncan, 2010).

Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayıları; HTHEÖ: 0,98, İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon: 0,96, Hastane Enfeksiyonları: 0,93, Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği: 0,93, Düşmeler: 0,90, İletişim: 0,91 olarak bulundu.

## 3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Tıbbi hataya eğilim

Bağımsız Değişken: Hasta güvenliği kültürü, hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri

## 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 paket programı kullanıldı. Verilerin analizinde, demografik özellikleri tanımlamak için sayı yüzde dağılımı ve tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin kategorizasyonu ortalama puanlar

temel alınarak oluşturuldu. Kategorizasyon virgülden sonraki hanenin 5'ten büyük ya da küçük olmasına göre belirlendi (Örneğin; yaş ortalaması  $29,30 \pm 7,05$  yıl; kategorizasyonu ise 29 yaş ve altı/29 yaş üstü). Haftalık çalışma saati değişkeni ise, yasal olarak haftalık çalışma saatinin 40 saat olması nedeniyle 40 saat/40 saat üzeri şeklinde kategorize edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğuna Kolmogorov Simirnov normallik testi ile bakıldı. Normal dağılmayan verilerde; hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin hemşirelerde tıbbi hataya eğilime etkisi Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi kullanıldı. Hasta güvenliği kültürü ölçeği ile hemşirelerde tıbbi hataya eğilim ölçeği arasındaki ilişki Spearman Korelasyon analizi kullanılarak bakıldı. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde  $p < 0,05$  değeri baz alındı.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Bu araştırmanın tek hastanede yapılması çalışmanın sınırlılığdır.

### **3.8. Araştırmada Etik Kurallar**

Araştırmanın etik uygunluğu SANKO Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu tarafından 01/09/2020 tarih, 2020/12 no'lu toplantısında değerlendirildi; karar-3 numarası ile etik açıdan uygun bulundu (Bkz. Ek-4). Araştırmanın uygulanabilmesi için Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 26.11.2021 tarih 61 sayılı Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu toplantı kararı (Bkz. Ek-5) 02.12.2020 tarih 130045428 barkod numaralı resmi yazı ile izin alındı (Bkz. Ek-6).

Araştırmada kullanılan "HTHEÖ" ve "HGKÖ" nün kullanımına ilişkin ilgili kişilerden e-posta yoluyla izin alındı (Bkz. Ek 7-8). Araştırmaya katılan tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile izin alındı (Bkz. Ek 1). Çalışmaya katkı sunmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu ile ilgi açıklama çalışmaya katılan bütün hemşirelere yapıldı. Çalışmadan elde edilecek bilgilerin araştırmacı tarafından saklanacağı ve gizli kalacağı ayrıca sadece araştırma/bilimsel amaçlar için kullanılacağı ile ilgili hemşirelere bilgi verildi. Katılımcılar tarafından doldurulan form ve ölçekler beş yıl süreyle saklanacaktır

## BULGULAR

### 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

**Tablo 4. 1 Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (n=320).**

Değişkenler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	116	36,2
Kadın	204	63,8
<b>Yaş *29,30±7,36 (min-maks: 20,00-58,00)</b>		
29 yaş ve altı	223	69,7
30 yaş ve üstü	97	30,3
<b>Eğitim durumu</b>		
Lise	29	9,1
Ön lisans	36	11,2
Lisans	237	74,1
Yüksek lisans	18	5,6
<b>Medeni durum</b>		
Evli	132	41,2
Bekar	188	58,8
<b>Çalışılan birim</b>		
Dahili birim	91	28,4
Cerrahi birim	89	27,8
Yoğun bakım	140	43,8
<b>Meslekte çalışma yılı *6,79±7,29 (min-maks: 1,00-38,00)</b>		
6 yıl altı	203	63,4
7 yıl ve üzeri	117	36,6
<b>Kurumda çalışma yılı *5,05±5,80 (min-maks: 1,00-34,00)</b>		
5 yıl ve altı	241	75,3
6 yıl ve üzeri	79	24,7
<b>Birimde çalışma yılı *3,33±3,18 (min-maks: 1,00-22,00)</b>		
3 yıl ve altı	213	66,6
4 yıl ve üzeri	107	33,4
<b>Haftalık çalışma saati *45,54±8,56 (min-maks: 40,00-72,00)</b>		
40 saat	194	60,6
41 saat ve üzeri	126	39,4
<b>Çalışma şekli</b>		
8 saatlik gündüz mesaisi	50	15,6
24 saatlik gündüz/gece mesaisi	121	37,8
Gündüz mesai + 16/24 saatlik nöbetler	149	46,6
<b>Bakım verilen hasta sayısı/vardiya *7,75±6,58 (min-maks: 2,00-30,00)</b>		
7 hasta ve altı	185	57,8
8 hasta ve üzeri	135	42,2

\*Ortalama±standart sapma.

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de verildi. Hemşirelerin %63,8’inin kadın, %69,7’sinin 29 yaş ve altında olduğu, %74,1’inin lisans mezunu olduğu, %58,8’inin bekar olduğu, %43,8’inin yoğun bakımda çalıştığı, %63,4’ünün meslekte çalışma yılınının 6 yıl

altında, %75,3'ünün kurumda çalışma yılının 5 yıl ve altında, %66,6'sının birimde çalışma yılının 3 yıl ve altında olduğu, %60,6'sının haftalık 40 saat, %46,6'sının gündüz mesaisi + 16/24 saatlik nöbetler şeklinde çalıştığı, %57,8'inin günlük bakım verdiği hasta sayısının 7'nin altında olduğu bulundu (Tablo 4.1).

Hemşirelerin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde, yaş ortalamasının 29,30±7,36, meslekte çalışma yılı ortalamasının 6,79±7,29, kurumda çalışma yılı ortalamasının 5,05±5,80, birimde çalışma yılı ortalamasının 3,33±3,18, haftalık çalışma saati ortalamasının 45,54±8,56, bakım verilen hasta sayısı ortalamasının ise 7,75±6,58 olduğu saptandı (Tablo 4.1).

#### 4.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçekleri Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımları

**Tablo 4. 2 Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tıbbi Hataya Eğilim Ölçekleri Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımları (n=320).**

Ölçekler	Ort±ss	Ortanca (CAA*)	Min-Maks
<b>Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ)</b>	2,79±0,51	2,80 (0,55)	0,00-3,98
Yönetim ve Liderlik	2,69±0,51	2,70 (0,65)	1,00-4,00
Çalışan Davranışı	2,75±0,57	2,78 (0,57)	1,00-4,00
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	2,78±0,65	2,80 (0,60)	1,00-4,00
Çalışanların Eğitimi	2,86±0,63	3,00 (0,57)	1,00-4,00
Bakım Ortamı	2,86±0,62	2,87 (0,75)	1,00-4,00
<b>Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ)</b>	213,69±29,09	221,00 (46,00)	128,00-245,00
İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon	78,72±11,22	82,00 (19,00)	49,00-90,00
Hastane Enfeksiyonları	52,08±7,54	54,00 (10,00)	26,00-60,00
Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği	38,76±6,12	40,00 (11,00)	21,00-45,00
Düşmeler	22,05±3,26	23,00 (5,00)	11,00-25,00
İletişim	22,06±3,41	23,00 (5,00)	12,00-25,00

\*CAA: Çeyrekler Arası Aralık

Tablo 4.2'de hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve tıbbi hataya eğilim ölçekleri toplam ve alt boyut puan ortalamaları dağılımları verildi.

Hemşirelerin HGKÖ puan ortalaması 2,79±0,51, yönetim ve liderlik alt boyutu puan ortalaması 2,69±0,51, çalışan davranışı alt boyutu puan ortalaması 2,75±0,57, beklenemedik olay ve hata raporlama alt boyutu puan ortalaması 2,78±0,65, çalışanların eğitimi alt boyutu puan ortalaması 2,86±0,63, bakım ortamı alt boyutu puan ortalaması ise 2,86±0,62 olarak belirlendi. HTHEÖ puan ortalaması 213,69±29,09, ilaç uygulamaları ve transfüzyon alt boyutu puan ortalaması 78,72±11,22, hastane enfeksiyonları alt boyutu puan ortalaması 52,08±7,54, hasta izlemi/malzeme güvenliği alt boyutu puan ortalaması 38,76±6,12, düşmeler alt boyutu puan ortalaması 22,05±3,26 ve iletişim alt boyutu puan ortalaması 22,06±3,41 olarak bulundu (Tablo 4.2).

### 4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 4. 3 Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=320).**

	n	İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim	HTHEÖ Toplam
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
<b>Cinsiyet</b>							
Erkek	116	77,12±11,59	51,12±7,91	38,18±6,28	21,53±3,45	21,63±3,54	209,61±30,76
Kadın	204	79,62±10,94	52,63±7,29	39,09±6,02	22,34±3,13	22,31±3,32	216,01±27,91
<b>z/p</b>		-1,878/0,060	-1,569/0,117	-1,338/0,181	-2,194/0,028*	-1,868/0,062	-1,680/0,093
<b>Yaş</b>							
29 yaş ve altı	223	78,74±11,16	52,10±7,56	38,75±6,17	22,15±3,30	22,25±3,30	214,01±28,88
30 yaş ve üstü	97	78,67±11,42	52,05±7,53	38,78±6,05	21,81±3,19	21,64±3,64	212,96±29,71
<b>z/p</b>		-0,642/0,521	-0,139/0,889	-0,204/0,838	-1,106/0,269	-1,100/0,271	-0,318/0,750
<b>Eğitim durumu</b>							
Lise	29	81,06±10,18	53,20±6,23	39,51±5,18	22,00±3,55	22,13±3,54	217,93±26,30
Ön lisans	36	80,72±10,12	52,72±7,07	40,52±4,46	21,97±3,59	22,55±3,31	218,50±25,39
Lisans	237	78,06±11,54	51,85±7,85	38,43±6,37	22,10±3,17	22,00±3,42	212,47±29,98
Yüksek lisans	18	79,55±10,44	52,05±6,41	38,38±6,79	21,55±3,58	21,83±3,46	213,38±28,82
<b>KW/p</b>		3,635/0,304	0,416/0,937	2,832/0,418	0,319/0,956	1,050/0,789	1,497/0,683
<b>Medeni durum</b>							
Evli	132	78,63±11,40	51,89±7,72	38,74±6,05	21,87±3,27	21,82±3,44	212,97±29,88
Bekar	188	78,78±11,13	52,23±7,43	38,78±6,19	22,17±3,27	22,23±3,38	214,20±28,59
<b>z/p</b>		-0,122/0,903	-0,220/0,826	-0,091/0,928	-0,932/0,352	-1,293/0,196	-0,133/0,894

\*p<0,05, z: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi.

**Tablo 4. 3 Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam) (n=320).**

	n	İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim	HTHEÖ Toplam
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
<b>Çalışılan birim</b>							
Dahili birim (a)	91	75,57±11,42	49,87±7,63	36,87±6,22	21,20±3,34	21,29±3,35	204,83±29,66
Cerrahi birim (b)	89	79,60±11,02	52,02±7,75	38,67±6,08	21,64±3,52	21,70±3,62	213,65±29,74
Yoğun bakım (c)	140	80,20±10,89	53,56±7,02	40,05±5,79	22,86±2,86	22,80±3,18	219,48±26,96
<b>KW/p</b>		10,692/0,005* a<b=c**	15,070/0,001* a<c**	16,928/0,000* a<c**	16,196/0,000* a=b<c**	16,282/0,000* a<c**	14,797/0,001* a<c**
<b>Meslekte çalışma yılı</b>	203	78,78±11,12	52,19±7,65	38,81±6,22	22,12±3,36	22,23±3,34	214,16±29,00
6 yıl ve altı	117	78,60±11,45	51,89±7,37	38,67±5,97	21,92±3,11	21,77±3,52	212,88±29,34
7 yıl ve üzeri							
<b>z/p</b>		-0,412/0,680	-0,386/0,699	-0,160/0,873	-0,701/0,484	-1,095/0,273	-0,156/0,876
<b>Kurumda çalışma yılı</b>	241	78,51±11,37	52,03±7,73	38,62±6,24	21,97±3,36	22,09±3,36	213,24±29,36
5 yıl ve altı	79	79,35±10,83	52,24±6,97	39,20±5,76	22,29±2,95	22,00±3,58	215,08±28,37
6 yıl ve üzeri							
<b>z/p</b>		-0,970/0,332	-0,111/0,912	-0,764/0,445	-0,539/0,590	-0,012/0,991	-1,002/0,316
<b>Birimde çalışma yılı</b>	213	78,45±11,42	51,99±7,80	38,78±6,31	22,02±3,37	22,12±3,37	213,38±29,71
3 yıl ve altı	107	79,26±10,86	52,27±7,03	38,71±5,77	22,11±3,06	21,95±3,51	214,31±27,94
4 yıl ve üzeri							
<b>z/p</b>		-0,702/0,483	-0,127/0,899	-0,313/0,754	-0,135/0,893	-0,337/0,736	-0,383/0,702
<b>Haftalık çalışma saati</b>	194	79,82±11,20	52,55±7,35	39,11±6,04	22,31±3,12	22,17±3,39	215,97±28,93
40 saat	126	77,02±11,10	51,37±7,79	38,23±6,24	21,65±3,44	21,90±3,45	210,18±29,09
41 saat ve üzeri							
<b>z/p</b>		-2,550/0,011*	-1,132/0,258	-1,075/0,283	-1,703/0,088	-0,983/0,326	-1,639/0,101

\*p<0,05, \*\*Bonferroni düzeltme sonucunda elde edilen p değeri p<0,0167, z: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi.



**Tablo 4. 3 Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam) (n=320).**

	n	İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim	HTHEÖ Toplam
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
<b>Çalışma şekli</b>							
8 saatlik gündüz mesaisi	50	79,00±11,32	52,00±7,03	39,30±6,02	22,38±3,12	22,22±3,34	214,90±28,56
24 saatlik gündüz/gece mesaisi	121	78,43±10,79	52,48±7,09	38,80±5,97	22,09±3,17	22,08±3,44	213,90±28,16
Gündüz mesai + 16/24 saatlik nöbetler	149	78,85±11,60	51,79±8,07	38,55±6,30	21,91±3,40	22,00±3,43	213,12±30,17
<b>KW/p</b>		0,672/0,715	0,271/0,873	0,761/0,684	0,575/0,750	0,122/0,941	0,348/0,840
<b>Bakım verilen hasta sayısı/vardiya</b>							
7 hasta ve altı	185	80,06±10,76	53,21±7,43	39,51±5,92	22,54±3,07	22,56±3,27	217,89±27,70
8 hasta ve üzeri	135	76,88±11,61	50,54±7,45	37,73±6,27	21,38±3,41	21,39±3,49	207,94±30,04
<b>z/p</b>		-2,248/0,025*	-3,468/0,001*	-2,601/0,009*	-3,146/0,002*	-3,402/0,001*	-2,942/0,003*

\*p<0,05, z: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi.

Tablo 4.3'te hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldı.

Hemşirelerin cinsiyetine göre düşmeler alt boyutu ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ), kadın hemşirelerin ortalama puanlarının ( $216,01\pm 27,91$ ) erkek hemşirelerin ortalama puanlarından ( $209,61\pm 30,76$ ) daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin cinsiyetleri ile "ilaç uygulamaları" ve "transfüzyon", "hastane enfeksiyonları", "hasta izlemi/malzeme güvenliği", "iletişim" alt boyutları ve HTHEÖ ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.3).

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre HTHEÖ ve alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ( $p<0,05$ ). İlaç uygulamaları ve transfüzyon alt boyutunda, cerrahi birimlerde ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının dahili birimlerde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarına göre daha yüksek; düşmeler alt boyutunda, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının cerrahi ve dahili birimlerde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek; HTHEÖ ve hastane enfeksiyonları, hasta izlemi/malzeme güvenliği, iletişim alt boyutlarında ise yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının dahili birimlerde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.3).

Hemşirelerin haftalık çalışma saatlerine göre ilaç uygulamaları ve transfüzyon alt boyutu ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ), 41 saat ve üzeri çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının 40 saat çalışan hemşirelerin ortalama puanlarından daha düşük olduğu saptandı. Hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile hastane enfeksiyonları, hasta izlemi/malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim alt boyutları ve HTHEÖ ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.3).

Hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayılarına göre HTHEÖ ve alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). HTHEÖ ve tüm alt boyutlarında, bakım verilen hasta sayısı 7'nin altında olan hemşirelerin ortalama puanlarının bakım verilen hasta sayısı 8 ve üzerinde olan hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.3).

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinden yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslekte, kurumda ve birimde çalışma yılları ve çalışma şekli değişkenlerine göre HTHEÖ ve alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.3).

**Tablo 4. 4 Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyonlar (n=181).**

	<b>İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon</b>	<b>Hastane Enfeksiyonları</b>	<b>Hasta İzlemi Malzeme Güvenliği</b>	<b>Düşmeler</b>	<b>İletişim</b>	<b>HTHEÖ Toplam</b>
<b>Yaş</b>	rs: -0,013 p=0,812	rs: -0,029 p=0,602	rs: -0,036 p=0,516	rs: -0,089 p=0,112	rs: -0,075 p=0,182	rs: -0,020 p=0,721
<b>Meslekte çalışma yılı</b>	rs: 0,016 p=0,772	rs: -0,020 p=0,722	rs: -0,021 p=0,702	rs: -0,060 p=0,289	rs: -0,045 p=0,425	rs: 0,000 p=0,998
<b>Kurumda çalışma yılı</b>	rs: 0,034 p=0,541	rs: -0,013 p=0,818	rs: -0,015 p=0,787	rs: -0,042 p=0,456	rs: -0,017 p=0,763	rs: 0,014 p=0,803
<b>Birimde çalışma yılı</b>	rs: -0,013 p=0,811	rs: -0,067 p=0,235	rs: -0,091 p=0,103	rs: -0,097 p=0,084	rs: -0,102 p=0,068	rs: -0,055 p=0,325
<b>Haftalık çalışma saati</b>	rs: -0,138 p=0,014*	rs: -0,057 p=0,306	rs: -0,053 p=0,344	rs: -0,070 p=0,211	rs: -0,042 p=0,453	rs: -0,083 p=0,140
<b>Bakım verilen hasta sayısı/vardiya</b>	rs: -0,144 p=0,010**	rs: -0,191 p=0,001**	rs: -0,177 p=0,002**	rs: -0,236 p=0,000**	rs: -0,220 p=0,000**	rs: -0,187 p=0,001**

\*p<0,05, \*\*p<0,01, rs: Spearman Korelasyon Analizi.

Hemşirelerin bazı tanıtıcı özellikleri ile HTHEÖ ve alt boyutları ortalama puanları arasındaki korelasyonlar Tablo 4.4'te verildi.

Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile ilaç uygulamaları ve transfüzyon alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf korelasyon olduğu bulundu (rs: -0,138, p=0,014). Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile hastane enfeksiyonları, hasta izlemi/malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim alt boyutları ve HTHEÖ arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (p>0,05) (Tablo 4.4).

Hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısı ile HTHEÖ ve alt boyutları arasında negatif yönde çok zayıf korelasyon olduğu belirlendi (sırasıyla, rs: -0,187, p=0,001, rs: -0,144, p=0,010, rs: -0,191, p=0,001, rs: -0,177, p=0,002, rs: -0,236, p=0,000, rs: -0,220, p=0,000) (Tablo 4).

Hemşirelerin yaş, meslekte, kurumda ve birimde çalışma yılları değişkenleri ile HTHEÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (p>0,05) (Tablo 4.4).

#### 4.4. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçekleri Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımları Arasındaki Korelasyonlar

**Tablo 4. 5 Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tıbbi Hataya Eğilim Ölçekleri Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımları Arasındaki Korelasyonlar (n=320).**

	İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim	HTHEÖ Toplam
<b>Yönetim ve Liderlik</b>	$r_s: 0,417$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,425$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,412$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,463$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,493$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,442$ $p=0,000^{**}$
<b>Çalışan Davranışı</b>	$r_s: 0,450$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,412$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,400$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,416$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,428$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,445$ $p=0,000^{**}$
<b>Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama</b>	$r_s: 0,259$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,256$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,274$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,314$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,325$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,282$ $p=0,000^{**}$
<b>Çalışanların Eğitimi</b>	$r_s: 0,297$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,276$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,269$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,324$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,326$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,311$ $p=0,000^{**}$
<b>Bakım Ortamı</b>	$r_s: 0,251$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,234$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,261$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,305$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,258$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,267$ $p=0,000^{**}$
<b>HGKÖ</b>	$r_s: 0,381$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,382$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,378$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,429$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,424$ $p=0,000^{**}$	$r_s: 0,410$ $p=0,000^{**}$

\* $p<0,05$ , \*\* $p<0,01$ ,  $r_s$ : Spearman Korelasyon Analizi.

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları ile HTHEÖ ve alt boyutları ortalama puanları arasındaki korelasyonlar Tablo 4.5’te verildi.

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği, tıbbi hataya eğilim ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi gösteren Spearman korelasyon analizi bulgularına göre; yönetim ve liderlik alt boyutu ile HTHEÖ ve alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğu ( $r_s: 0,412-0,493$  arasında), çalışan davranışı alt boyutu ile HTHEÖ ve alt boyutları arasında pozitif yönde ve zayıf korelasyon olduğu ( $r_s: 0,400-0,450$  arasında) bulundu. Beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutu ile HTHEÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve zayıf korelasyon olduğu ( $r_s: 0,256-0,325$  arasında), çalışanların eğitimi alt boyutu puan ortalaması ile HTHEÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve zayıf korelasyon ( $r_s: 0,269-0,326$  arasında) olduğu saptandı. Bakım

ortamı alt boyutu puan ortalaması ile HTHEÖ ve hasta izlemi/malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim alt boyutları puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğu ( $r_s$ : 0,258-0,305 arasında), ilaç uygulamaları ve transfüzyon ve hastane enfeksiyonları alt boyutları puan ortalamaları ile pozitif yönde çok zayıf korelasyon olduğu (sırasıyla,  $r_s$ : 0,251,  $p=0,000$ ,  $r_s$ : 0,234,  $p=0,000$ ) bulundu (Tablo 4.5).

Hasta güvenliği kültürü ölçeği ile tıbbi hataya eğilim ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon olduğu belirlendi ( $r_s$ : 0,410,  $p=0,000$ ). Hasta güvenliği ölçeği ile HTHEÖ alt boyutları arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon olduğu bulundu ( $r_s$ : 0,378-0,429 arasında) (Tablo 4.5).



## 5. TARTIŞMA

Hasta güvenliği; sağlık hizmeti sunumundaki önlenabilir zararın meydana gelmesini, hata olasılığını azaltmak için sağlık bakım sisteminin ve sağlık profesyonellerinin alacağı önlemlerin bütünüdür. Uluslararası düzeyde hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde kalitenin ve akreditasyon çalışmalarının temelini oluşturur. Sağlık hizmetleri her ne kadar insana, topluma fayda sağlamak amacıyla yapılıyor olsa da bu süreçte olumsuz/istenmeyen olaylar ve tıbbi hatalar olmaktadır. Günümüzde güvenli bir sağlık hizmeti verilmesi için sağlık bakım kurumlarında iyi yapılandırılmış bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerekmektedir. Ayaktan, yatarak ve toplum temelli sağlık hizmetlerinin her aşamasında yer alan hemşireler hasta güvenliğinin sağlanması, hasta güvenliği kültürünün bileşenlerine katkı sağlaması ve tıbbi hataların önüne geçilmesinde kilit rol oynamaktadır. Bu nedenle hemşirelerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi gerekmektedir.

Araştırmanın bu bölümünde hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile hasta güvenliği kültürünün tıbbi hataya eğilime etkisi bulguları tartışılmıştır. Tartışma şu başlıklar halinde sunulmuştur.

1. Çalışmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ait bulgularının tartışılması
2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçekleri puan ortalamalarının tartışılması
3. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puan ortalamaları ile ilişkisinin tartışılması
4. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçekleri puan ortalamaları arasındaki ilişkisinin tartışılması

### 5.1. Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklere Ait Bulgularının Tartışılması

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin bazı sosyodemografik özellikleri; %63,8'inin kadın, yaş ortalaması  $29 \pm 7,36$ , %74,1'inin lisans mezunu olduğu bulundu (Tablo 4.1). Dikmen ve ark.'nın hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini değerlendirdikleri çalışmada hemşirelerin %94,4'ü kadın, %70,2'si ön lisans mezunu ve yaş ortalaması  $32,25 \pm 4,9$ 'dur (Dikmen Demir et al., 2014). Sayılan ve Boğa'nın (2018) çalışmasında katılımcıların %84,4'ü kadın, %53,3'ü lisans mezunu yaş ortalaması  $32,42 \pm 7,83$  olarak tespit edilmiştir (Sayılan Aydın & Boğa Mert, 2018). Her iki çalışmada çalışanların cinsiyeti büyük oranda kadın olarak tespit edilmişken, bu çalışmada dengeye daha yakın bir üstünlük oranıyla kadın oranının yüksek olduğu bulundu. Fakat diğer çalışmalara oranla bu çalışmada erkek hemşirelerin

sayısı daha fazladır. Çalışmalarda katılımcıların yaş ortalamasına bakıldığında bu çalışmanın daha düşük ortalamada olduğu, mezuniyet ile ilgili verimizin yüksek oranda lisans mezunu olduğu görüldü (Tablo 4.1). Bu durumun, pandemi döneminde artan sağlık çalışanı ihtiyacına binaen Sağlık Bakanlığı'mız tarafından atama sayısının artırılması olduğu düşünülmektedir. Hemşirelik eğitiminde erkek sayısının artırılması, lisans mezunu hemşireye mesleki yeterlilik ve atama hakkının tanınması dolayısıyla bu çalışmadaki verilerin elde edildiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin mesleki özellikleri olarak, %43,8'inin yoğun bakımda çalıştığı, meslekte çalışma süresi ortalama  $6,79 \pm 7,29$  yıl, haftalık çalışma süresi ortalama  $45,54 \pm 8,56$  saat, hemşirelerin günlük bakım verdiği hasta sayısı ortalaması  $7,75 \pm 6,58$  olduğu bulundu. Şahin ve Özdemir, İntepeler ve ark. ile Alan ve Khorshid 'un yapmış oldukları benzer çalışmalarda katılımcıların mesleki özellikleri incelendi (Alan & Khorshid, 2016; İntepeler et al., 2014; Şahin Akgün & Özdemir Kardaş, 2015). Bu çalışmalarla bu araştırma arasında hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ve meslekte çalışma yılları benzerlik göstermektedir. Ayrıca yapılan bu çalışmalarda yoğun bakımda çalışan hemşire sayılarının bu çalışmaya oranla düşük olduğu görülmektedir. Bu durum çalışma yapılan hastanede pandemi sebebiyle yoğun bakım yatak sayısının artırılmasına bağlanabilir. Diğer farklılık vardiyada bakım verilen ortalama hasta sayısıdır. Bu çalışmada bu veri daha düşük saptandı. Bu durum katılımcıların çalışma yerinin yoğun bakım olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

## **5.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçekleri Puan Ortalamalarının Tartışılması**

Sağlık bakım sunumu sırasında beklenmedik/istenmeyen olaylara yol açan tıbbi hataların önlenmesi, raporlanması, analiz edilmesi ve hataların hastada yarattığı sorunların ortadan kaldırılması veya azaltılmasına yönelik alınan önlemlerin tamamı, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlık profesyonellerinin eğitimi, ilaç güvenliği, cihaz güvenliği, enfeksiyonların önlenmesi vb. başlıklar hasta güvenliği kapsamındadır (Famolaro et al., 2018; ICN, 2006). Literatür, hasta güvenliğinin sağlık kuruluşlarında sağlanması ve devam ettirilebilmesi için olumlu bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerektiğini belirtmektedir (AHRQ, 2019; Famolaro et al., 2018; Y.-C. Lee, Shieh, Huang, Wang, & Wu, 2017).

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin toplam ve alt boyutlarının değerlendirilmesinde puan aralığı 1-4 arasındadır ve puan ortalamasının 4'e doğru yükselmesi olumlu hasta güvenliği kültürünü, 1'e doğru azalması ise olumsuz hasta güvenliği kültürünün varlığını

göstermektedir (**Türkmen** et al., 2011). Bu araştırmada toplam puan  $2,79\pm 0,51$  olarak saptandı. Alt ölçek puan ortalamaları sırasıyla; çalışanların eğitimi  $2,86\pm 0,63$ , bakım ortamı  $2,86\pm 0,62$ , beklenmedik olay ve hata raporlama  $2,78\pm 0,65$ , çalışan davranışı  $2,75\pm 0,57$ , yönetim ve liderlik  $2,69\pm 0,51$  olarak belirlendi. Saptanan bulgularda olumlu hasta güvenliği kültürüne doğru bir eğilim olduğu söylenebilir. Alt boyutlarda en az puan alan “yönetim ve liderlik”, en çok puan alan ise “çalışanların eğitimi” boyutudur.

Rızalar ve ark. (2016) tarafından yapılan, hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörlerin incelendiği tanımlayıcı çalışmada hemşireler en yüksek puanı “çalışan davranışı” alt ölçeğinden, en düşük puanı ise “bakım ortamı, beklenmedik olay ve hata rapor etme” alt ölçeklerinden almışlardır (**Rızalar** et al., 2016). Karaca ve Arslan’ın tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak tasarladığı benzer bir çalışmada hemşireler en yüksek puan ortalamasını “çalışanların eğitimi”, en düşük puan ortalamasını da “beklenmedik olay ve hata rapor etme” alt boyutlarından almışlardır (**Karaca & Arslan**, 2014). Türk ve arkadaşlarının hasta güvenliği kültürünün eğitim ve araştırma hastanesinde ölçüldüğü tanımlayıcı ve kesitsel tasarımda yaptığı çalışmada “beklenmedik olay ve hata raporlama” boyutu yüksek çıkarken, en düşük boyutun “yönetim ve liderlik” olduğu bulunmuştur (**Türk, Akgül, Seçkin, Tekingündüz, & Zekioglu**, 2018). Avustralya’da hasta güvenliği kültürü üzerine yapılmış çalışmaların beş yıllık retrospektif incelemesini yapan Willmott ve Mould (2018), güvenlik kültürünün en destekleyici parametresinin “yönetim ve liderlik” boyutu olduğunu tespit etmiştir (**Willmott & Mould**, 2018). Bu bulgu ile incelenen çalışmalar karşılaştırıldığında, kısmi olarak “çalışan eğitimi” alt boyutunda yüksek puan ortalamasıyla, “yönetim ve liderlik” boyutu düşük puan ortalamasıyla benzerlik göstermektedir. Diğer alt boyutlarda çalışmalar arası benzerlik görülmemiştir. Bu durum araştırma yapılan hastanede kurumsal olarak hasta güvenliği kültürünün yönetim ve çalışanlar tarafından anlaşılabilmesi, hasta güvenliği kültürünün kavramsal boyutunun uygulamadaki yerinin askıda kalması, kurumlarda hasta güvenliği kültürünün kurumun tüm paydaşları tarafından değil kalite yönetim birimi tarafından dile getiriliyor olması gibi nedenlerden dolayı alt boyut puanlarının değişkenlik gösterdiği düşünülmektedir. Gelişmiş ülkelerde hasta güvenlik kültürüne yönetim tarafından sahip çıkılıyor olması örnek alınması gereken güçlü unsurlardandır.

Sağlık hizmeti sunumunda yaşanan tıbbi hataların çalışanlar üzerinde; suçluluk, anksiyete, tükenmişlik sendromu, yaptığı işe karşı şüphecilik, motivasyonda azalma, tazminat ödeme, hapis cezası gibi olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir (**Avcı & Aktan**, 2015; **Grober & Bohnen**, 2005). Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin değerlendirilmesinde puan arttıkça tıbbi hataya eğilim azalmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 245 tir (**Özata &**



**Altunkan**, 2010). Bu araştırmada HTHEÖ toplam puan ortalaması  $213,69 \pm 29,09$  olarak saptandı. Alt ölçek puan ortalamaları sırasıyla; “ilaç uygulamaları ve transfüzyon”  $78,72 \pm 11,22$ , “hastane enfeksiyonları”  $52,08 \pm 7,54$ , “hasta izlemi ve malzeme güvenliği”  $38,76 \pm 6,12$ , “düşmeler”  $22,05 \pm 3,26$ , “iletişim”  $22,06 \pm 3,41$  olarak belirlendi (Tablo 4.2). İntepeler’in (2014) hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini etkileyen faktörleri incelediği kesitsel ve tanımlayıcı çalışmada HTHEÖ değerlendirmesinde puan ortalamasını almıştır (“1” puan en düşük “5” puan en yüksek). Puanın 5’e doğru yükselmesi tıbbi hataya eğilimin azalmakta, puan 1’e doğru düşmesi tıbbi hataya eğilimin arttığını göstermektedir. Bulgularında; “ilaç ve transfüzyon uygulamaları” boyutu 4,71 puan, “hastane enfeksiyonları” boyutu 4,67 puan, “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” boyutu 4,38 puan, “hasta düşmeleri” 4,52 puan, “iletişim” 4,60 puan, HTHEÖ toplam puanı 4,61 olarak saptanmıştır. Cebeci ve ark.’nın (2012) çalışmasında; “ilaç ve transfüzyon uygulamaları” boyutu  $4,80 \pm 0,33$  puan, “hastane enfeksiyonları” boyutu  $4,81 \pm 0,46$  puan, “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” boyutu  $4,63 \pm 0,59$  puan, “hasta düşmeleri”  $4,63 \pm 0,57$  puan, “iletişim”  $4,86 \pm 0,39$  puan olarak saptanmıştır. Dikmen ve ark.’nin (2014) çalışmasında ilaç ve transfüzyon uygulamaları boyutu  $86,56 \pm 3,54$  puan, hastane enfeksiyonları boyutu  $57,67 \pm 2,79$  puan, hasta izlemi ve malzeme güvenliği boyutu  $39,98 \pm 3,91$  puan, hasta düşmeleri  $23,22 \pm 2,04$  puan, iletişim  $23,00 \pm 2,17$  puan, HTHEÖ toplam puanı  $230,68 \pm 10,78$  olarak saptanmıştır (Cebeci et al., 2012; Dikmen Demir et al., 2014; İntepeler et al., 2014). Bu çalışmalarda bu çalışmada olduğu gibi hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri düşük çıkmıştır ve bu araştırma ile benzerlik göstermektedir. Bu bulgu, hemşirelik eğitimlerinde uygulamaya yönelik beceri kazandırma adımlarının gerekçeleri ile birlikte veriliyor olması, hastanelerde devam eden hizmet içi eğitimler, hasta hakları kavramının yaygınlaşması, sağlıkta kalite standartları gereği yapılan uygulamaların kaydediliyor olmasına bağlanabilir.

### **5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Puan Ortalamaları ile İlişkisinin Tartışılması**

Sağlık kurumlarında gerçekteşen olumsuz olaylar hastanın sağlık probleminden değil de verilen bakım ve/veya hizmetlerle ilgili bir durum ise tıbbi hatadan söz edilir. Hasta güvenliğini tehdit eden ve hemşirelerin karşılaştığı en yaygın tıbbi hatalar/olumsuz olaylar, ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, hastaların izlem değerlendirme ve kayıt yetersizliği, hasta ve yakının düşmesi, acil/akut durumların klinik yönetiminin zayıf olması, gereksiz radyasyon maruziyeti, cihaz ve malzemelerin kullanım bilgisinin yetersizliği, iletişim

hataları sayılabilir (Aşti, 2000; Frank & Danks, 2019; ICN, 2018; Kahrıman & Öztürk, 2016; WHO, 2020a).

Bu araştırmada hemşirelerin cinsiyetleri ile HTHEÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmazken, ölçeğin “düşmeler” alt boyutunda kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0,005$ ) (Tablo 4.3). Bu araştırmadan farklı olarak Karaveli'nin (2020) 415 hemşirelik öğrencisi ile yaptığı tanımlayıcı çalışmada hemşirelik öğrencilerinin cinsiyetleri ile tıbbi hataya eğilim arasında anlamlı fark tespit edilememiştir (Karaveli, 2020).

Yoğun bakımlarda takip edilen hasta grupları, eşlik eden kronik hastalıklar, hemodinamideki ani değişiklikler, özellikli/yüksek riskli ilaç kullanımı, özellikli tıbbi cihazların kullanımı vb. durumlar nedeniyle yakın izlem gerektirmektedir (Penoyer, 2010). Bu araştırmada yoğun bakım biriminde çalışan hemşirelerin HTHEÖ alt boyutlarının tamamında tıbbi hata eğilimleri dahili ve cerrahi birim hemşirelerine göre daha düşük bulundu ( $p<0,005$ ) (Tablo 4.3). Koralay'ın (2021) cerrahi hemşirelerinin tıbbi hataya eğilimleri, bilgileri, tutum ve görüşlerinin değerlendirilmesine yönelik karma yöntem araştırması yaptığı doktora tezinde cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin tıbbi hata eğilimlerini cerrahi klinik hemşirelerine göre daha yüksek bulmuştur (Koralay, 2021). Koralay'ın yaptığı çalışma ve bu çalışma farklılık göstermektedir. Bu durumun Covid 19 pandemisi sürecinde yoğun bakımda takip edilen hasta grubunun tek tip olması ve hemşirelerin belirli ilaçlar, belirli malzemeler, belirli cihazlara yönelik bilgi ve beceri düzeyinin geliştirilmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Hemşirelik uygulamaları içerisinde hasta güvenliğini tehdit eden en önemli tıbbi hatanın ilaç hataları olduğu belirtilmektedir (Cebeci et al., 2012). Bu çalışmada hemşirelerin “haftalık çalışma saati” ile HTHEÖ “ilaç uygulama ve transfüzyon” alt boyutu puan ortalamaları arasında negatif yönde çok zayıf korelasyon olduğu tespit edildi ( $p<0,005$ ) (Tablo 4.4). Bu çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde Er ve Altuntaş (2016), hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik 277 hemşireyle yaptığı tanımlayıcı çalışmada katılımcıların %74,8'inde uzun çalışma saatlerinin tıbbi hata eğilimini artırdığı gösterilmiştir (Er & Altuntaş, 2016).

Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerini artıran faktörler arasında bilgi eksikliği, zaman yetersizliği, iş yükündeki artış, gece çalışmak vb. durumlar sayılmaktadır (Wright, 2010). Bu araştırmada hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayıları ile HTHEÖ ve alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı fark tespit edildi. Bu çalışmada vardiya saatleri içerisinde bakım verdikleri hasta sayısı düştükçe hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri de anlamlı oranda düşük bulundu ( $p<0,005$ ) (Tablo 4.3). Benzer ilişki bakım verilen hasta sayıları ile HTHEÖ

ve alt boyutları puan ortalamaları arasında bakılan korelasyonda da görülmektedir. ( $p<0,005$ ) (Tablo 4.4). Şahin ve Özdemir (2015), 255 hemşireyle yaptığı tanımlayıcı çalışmada hemşirelerin hata yapma eğilimlerini incelemiştir. Bu çalışmada bu araştırmadan farklı olarak vardiyada bakılan hasta sayısı (15-20) daha yüksektir. Bu çalışmadan farklı olarak bu çalışmada hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin en fazla “ilaç uygulama ve transfüzyon” alt boyutunda olduğu tespit edilmiştir. (Şahin Akgün & Özdemir Kardaş, 2015). Aradaki farkın ilaç uygulama ve transfüzyon işlemi yapılan hasta sayısı ile doğrudan orantılı olduğu, bu nedenle Şahin ve Özdemir’in çalışmasında hasta sayısının fazla hemşire sayısının yetersiz olmasının bu alt boyutta tıbbi hata oranını arttırdığı söylenebilir. Bu çalışmaya katılan hemşirelerin yaşının HTHEÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği saptandı ( $p<0,005$ ) (Tablo 4.3). Alan ve Khorshid’in (2016) çalışmasında yaş arttıkça HTHEÖ’nin “ilaç ve transfüzyon uygulamaları”, “hastane enfeksiyonları”, “hasta izlemi ve malzeme güvenliği” ile “düşmeler” alt boyutlarında tıbbi hata eğiliminin azaldığı tespit edilmiştir (Alan & Khorshid, 2016). Ersun ve ark.’nın (2013) çocuk kliniği hemşirelerinde (n=123) kesitsel ve tanımlayıcı türde yaptığı çalışmada yaş faktörünün HTHEÖ ve alt boyutlarını etkilemediği saptanmıştır (Ersun, Başbakkal, Yardımcı, Muslu, & Beytut, 2013). Bu araştırma Ersun ve ark.’nın çalışması ile benzerlik, Alan ve Khorshid’in çalışmasıyla farklılık göstermektedir. Bu farkın çalışma grubunuzdaki deneyimi az olan (29 yaş altı) hemşire sayısının fazla olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Çalışma deneyimi az olan hemşireler hata yapmamak için daha dikkatli davranabilmektedir.

Hemşirelik mesleği eğitiminin lisans düzeyinde verilmesi mesleki profesyonelliği artırarak beraberinde tıbbi hata eğilimini azaltmaktadır (Alidina, 2013). Bu araştırmaya katılan hemşirelerin %74,1’i lisans mezunudur. Hemşirelerin eğitim durumuna göre HTHEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ancak “lisans ve yüksek lisans” eğitimine sahip katılımcıların “ilaç uygulamaları ve transfüzyon” alt boyutu ve HTHEÖ toplam puan ortalamasındaki puanlarının lise ve ön lisans mezunu hemşirelere göre düşük olması şaşırtıcı bir bulgu olarak tespit edildi ( $p<0,005$ ) (Tablo 4.3). Dikmen ve ark. (2014) da bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde eğitim durumunun tıbbi hataya eğilimi etkilemediğini tespit etmişlerdir (Dikmen Demir et al., 2014). Tural ve ark. (2021), pediatri hemşirelerinde (n=142) tıbbi hata ve hasta güvenliği kültürü tutumları üzerine tanımlayıcı kesitsel bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada hemşirelerin %70’inin lisans ve lisansüstü mezunu olduğu ve bu gruba ait hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri önlisans mezunu hemşirelere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Tural Büyük, Ünaldi Baydin, & Döral, 2021). Bu açıdan çalışma sonuçlarımızla farklılık göstermektedir. Bu bulgu, pandemi

sürecinde işe başlayan hemşirelerin bölüm oryantasyon sürelerinin kısa olması ve öğrenme süreçlerinde kıdemli hemşireleri rol model alması nedeniyle olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmaya katılan hemşirelerin medeni durumunun HTHEÖ toplam puan ve alt boyutlardaki parametreleri etkilemediği saptandı (Tablo 4.3). Çalışma sonucumuzdan farklı olarak İntepeler ve ark. (2014), çalışmasında bekar hemşirelerin evli hemşirelere göre “ilaç uygulamaları ve transfüzyon” boyutunda hata eğilimlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (İntepeler et al., 2014).

Azyabi ve ark. (2021) yaptığı çalışmada 2006-2020 yılları arasında sağlık organizasyonlarındaki hasta güvenliği kültürü ve etkilerinin araştırıldığı çalışmalar incelenmiş ve hemşirelerin meslekte ve birimde çalışma yılı ve deneyimlerinin artmasıyla pozitif hasta güvenliği kültürü oluştuğu, bu parametrelerin özellikle ilaç hatalarını azalttığı tespit edilmiştir (Azyabi, Karwowski, & Davahli, 2021). Bölükbaş ve ark. (2020), cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata algısını ölçen tanımlayıcı çalışmasında, meslekte çalışma süresi arttıkça tıbbi hata algısı puanının da yükseldiğini saptamıştır (Bölükbaş, Özyer, & Çilingir, 2020). Karacabay ve ark. (2020), cerrahi birim hemşirelerinin iş yükü algısı ile tıbbi hataya eğilim arasındaki ilişkiyi incelediği tanımlayıcı çalışmada, meslekte çalışma süresi arttıkça tıbbi hataya eğilimin azaldığını tespit etmişlerdir (Karacabay, Savcı, Çömez, & Çelik, 2020). Bu araştırmada ise diğer çalışmalardan farklı olarak hemşirelerin meslekte çalışma süresi ve birimdeki çalışma sürelerinin HTHEÖ toplam puan ve alt boyutlardaki parametreleri etkilemediği saptandı ( $p<0,005$ ) (Tablo 4.3). Bu farkın katılımcı grubun meslekte ve birimde çalışma yıllarının düşük olmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

İş yoğunluğu ve uzun çalışma saatleri dikkat dağınıklığına yol açmaktadır. Çalışma şekli, uykusuzluk, yorgunluk strese ve dikkatsizliğe yol açarak tıbbi hata eğilimini artırmaktadır (Bondevik, Hofoss, Huseb, & Deilkas, 2017; Botha, Gwin, & Purpora, 2015; Winning et al., 2018). Çetinkaya (2016), günde sekiz saatin üzerinde çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Çetinkaya, 2016). Tarhan ve ark.’nın (2020) acil servis hemşirelerinin ilaç uygulama hatalarını incelediği tanımlayıcı çalışmasında hemşirelerin çalışma şekli ile ilaç uygulama hataları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Dönüşümlü vardiyada çalışan hemşirelerde, gündüz çalışan hemşirelere göre yaklaşık 21 kat daha fazla ilaç uygulama hatası yapma olasılıklarının arttığı belirlenmiştir (Tarhan, Ersoy, Yılmaz, & Dalar, 2020). Bu araştırmada ise literatürden farklı olarak katılımcı grubun %84,4’ünün (Tablo 4.1) çalışma şekli gece mesaisi olmasına rağmen HTHEÖ toplam puan ve alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Bu

durumun katılımcıların çalışma sürelerinin düşük olması nedeniyle olabileceği değerlendirilmektedir.

#### **5.4. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçekleri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması**

Yönetim ve liderlik faktörlerinin, özellikle personelin güçlendirilmesinin, örgütsel bağlılığın ve yönetsel desteğin hasta güvenliği ve önlenebilir tıbbi hataların azaltılmasında önemli bir etkisi olduğunu belirtilmektedir (Alimohammadzadeh, Esmaili Joladi, Olya, Ghaiyoomi, & Zaferani Arani, 2017). Literatür incelemesinde, hasta güvenliği kültürünü destekleyen yönetim ve organizasyonlarda tıbbi hata oranlarının düştüğü tespit edilmiştir (Azyabi et al., 2021; Karacabay et al., 2020). Bu çalışmada da benzer şekilde hasta güvenliği kültürü “yönetim ve liderlik” alt boyutu ile HTHEÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğu saptandı ( $p < 0,005$ ) (Tablo 4.5). Bu doğrultuda organizasyonel kültür oluşumunda yönetimin desteğinin en önemli faktör olduğunun söylenebilir.

Hemşirelik becerilerinde kanıta dayalı uygulamalar bakım kalitesini ve hasta güvenliğini pozitif yönde etkilemektedir (Boström, Rudman, Ehrenberg, Gustavsson, & Wallin, 2013; Şadi, 2019). Bu araştırmada HGKÖ “çalışan davranışı” alt boyutu ile HTHEÖ ve alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğu bulundu ( $p < 0,005$ ) (Tablo 4.5). Hatam ve ark.’nın (2012) gerçekleştirdiği tanımlayıcı kesitsel çalışmada ( $n=413$ ), hasta güvenliği kültürünün belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada hemşirelerin, ceza korkusu ile hata raporlama yapmadıkları tıbbi hataları gizledikleri belirtilmiştir (Hatam, Keshtkar, Forouzan, & Bastani, 2012). Komplikasyonların önlenmesi ve iyileşme sürecinin hızlanması için; hasta ve yakınlarının doğru, zamanında, uygun ve yeterli bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının yanlış yönlendirilmesi nedeniyle gelişen istenmeyen olaylarda tıbbi hata olarak kabul edilmektedir (Reason, 2000; Yalçın, Arpa, Cengiz, & Doğan, 2015).

Sağlık hizmeti sunumu esnasında hastaların zarar görmesi ve/veya zarar görme olasılıklarını (ramak kala olay) sağlayan tıbbi hataları azaltmaya yönelik en etkili yöntem raporlama sistemleridir. Etkin değerlendirilen raporlamalar hastaların, çalışanların ve kurumun faydasına pozitif katkılar sunmaktadır (İntepeler & Dursun, 2012; Lawton & Parker, 2002; WHO, 2005). Mardon ve ark.’nın (2010) 179 hastanenin hasta güvenliği kültürü parametrelerini inceledikleri araştırmada, hata raporlama sisteminin aktif kullanıldığı sağlık kurumlarında tıbbi hata oranlarının düştüğü belirtilmiştir (Mardon, Khanna, Sorra, Dyer,

& **Famolaro**, 2010). Hastaya zarar veren bir olayın daha önce en az 300 kez ramak kala olay olarak sağlık çalışanlarının karşısına çıktığı belirtilmiştir. Buna rağmen sağlık profesyonelleri hata raporlamada isteksiz davranmaktadır (**İntepeler & Dursun**, 2012; **Lawton & Parker**, 2002; **WHO**, 2005). Bu araştırmada HGKÖ “beklenmedik olay ve hata raporlama” alt boyutu ile HTHEÖ ve alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğu bulundu ( $p<0,005$ ) (Tablo 4.5). Yılmaz ve Görüş’in (2015) yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği kültürünün belirlenmesi amacıyla 362 katılımcı ile yaptığı tanımlayıcı çalışmada katılımcıların %88’inin istenmeyen olay raporlaması yapmadığı tespit edilmiştir (Z. **Yılmaz & Görüş**, 2015). Alan ve Khorshid’in (2016) hemşirelerde tıbbi hataya eğilimin belirlenmesi amacıyla yaptıkları tanımlayıcı çalışmada ( $n=418$ ) hemşirelerin %50.7 si tıbbi hata ile karşılaştıklarını belirtmiştir (**Alan & Khorshid**, 2016).

Bu araştırmanın “çalışanların eğitimi” boyutunu ile tıbbi hataya eğilim arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğu tespit edildi ( $p<0,005$ ) (Tablo 4.5). Çiftlik ve ark. (2010), eğitim ve araştırma hastaneleri ile devlet hastanelerinde hasta güvenliği kültürü algı düzeyini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, sağlık personeline hasta güvenliğine yönelik eğitim vermiş ve eğitim sonrasında hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algı düzeyinin %59’dan %91,2’ye yükseldiğini belirlemiştir (**Çiftlik et al.**, 2010). Tural ve ark. (2021) çalışmasında katılımcıların hasta güvenliğine yönelik hizmet içi ve oryantasyon eğitimi almalarından dolayı tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olarak saptanmıştır (**Tural Büyük et al.**, 2021). Bu çalışmaların sonuçlarının bu araştırma sonuçlarımızla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Hizmet içi eğitimlerde ve oryantasyon eğitimlerinde hasta güvenliği eğitimi verilmesinin hasta güvenliği kültürü puanını artırırken tıbbi hataya eğilim puanını pozitif etkilediği düşünülmektedir.

Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimini etkileyen nedenler arasında ağır iş yükü, yetersiz sağlık personeli sayısı, uzun çalışma saatleri, deneyimsizlik, ihmal, bitkinlik, tükenmişlik ve stres gösterilmektedir (**Johari, Shamsuddin, Idris, & Hussin**, 2013; **Özata**, 2010). Bu araştırmada “bakım ortamı” alt boyutu ile HTHEÖ ve “hasta izlemi/malzeme güvenliği”, “düşmeler”, “iletişim” alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğu, “ilaç uygulamaları ve transfüzyon” ve “hastane enfeksiyonları” alt boyutları ile pozitif yönde çok zayıf korelasyon olduğu bulundu ( $p<0,005$ ) (Tablo 4.5). Yılmaz ve Görüş’in (2015) yapmış olduğu çalışmada hasta güvenliğini tehdit eden durumlar ağır iş yükü (% 55,8), stresli bir ortamda çalışma (% 22,3) ve özel, karmaşık bakıma ihtiyaç duyan hastalarla ilgilenme (% 21,9) olarak tespit edilmiştir (Z. **Yılmaz & Görüş**, 2015). İletişim yetersizliğinde başta ilaç hataları, tedavide gecikme, yanlış taraf cerrahisi olmak üzere birçok tıbbi hatanın nedenlerindedir (**Hassan**, 2018; **Stewart**, 2016). Erdağı ve Özer’in (2015) cerrahi

kliriklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarını, hasta güvenliği kültür algılarını ve tükenmişlik durumlarını incelediği tanımlayıcı çalışmada en yüksek puanın HGKÖ “bakım ortamı” alt boyutunda olduğunu saptamıştır (**Erdağı & zer, 2015**). Demirel ve ark. (2020) tanımlayıcı kesitsel olarak yaptıkları çalışmada (n=624) intörn öğrencilerin hasta güvenliği tutum ve kültürlerinin tıbbi hata durumlarına etkisini incelemiştir. Katılımcılar alışma ortamına dair olumsuz görüşe sahip olmalarına rağmen HGKÖ “bakım ortamı” boyutundan ortalamanın üzerinde puan almışlardır (2,88). Yüksek HGKÖ puanının, yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanımı ve cihazlara bağlı hataları azaltmadığı, düşme ve ilaç hatalarını azalttığı belirtilmiştir (**Demirel, Akgün, & Doğaner, 2020**). Çalışmaların bulgularının bu araştırma bulgularını desteklediğini düşünmekteyiz.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre hasta düşmeleri alt boyutundan daha yüksek puan aldığı,
- Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin “ilaç uygulamaları ve transfüzyo” ile “düşmeler” alt boyu puanının puanının dahili ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu,
- Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin “hastane enfeksiyonları”, “hasta izlemi/malzeme güvenliği”, “iletişim” alt boyutlarındaki puanının dahili birimlerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu,
- 41 saat ve üzeri çalışan hemşirelerin “ilaç uygulama ve transfüzyon” alt boyutundaki puanının 40 saat çalışan hemşirelere göre daha düşük olduğu,
- Hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısı arttıkça tıbbi hataya eğilim düzeylerinin arttığı,
- Hasta güvenliği kültürünün tüm unsurları (yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı) ile tıbbi hataya eğilim arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğu tespit edildi.

### 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Kurumlarda yöneticilerin hasta güvenliği kültürüne ait uygulamaları daha fazla benimsemeleri ve desteklemeleri gerekmektedir.
- İş doyumunun yüksek olduğu organizasyonlarda tıbbi hataya eğilim azalacağı için kurumlar, çalışan güvenliği ve memnuniyetini artırıcı faaliyetleri özümseyerek yapmalıdır.
- Tıbbi hataları bildirmedeki çekincelerden dolayı hemşirelerde tıbbi hata yapma araştırmalarında gözlemsel çalışmalara yer verilmelidir.
- Hemşirelik ve diğer tüm sağlık profesyonelleri lisans eğitimi müfredatında hasta güvenliği eğitimleri yaygınlaşmalı/zorunlu olmalıdır.



- Yoğun bakım hemşirelerinin bakım verdikleri hasta sayısı mevzuatla belirtilmiştir. Diğer hasta bakım alanlarında da hemşirelerin bakım vermeleri gereken hasta sayısı mevzuatla belirlenmelidir.
- Hemşirelerin uzun çalışma saatlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- Kurumların hizmet içi eğitimlerinin daha etkin olabilmesi adına hasta güvenliği eğitimleri vaka yönetimi, süreç yönetimi gibi örneklerle interaktif bir şekilde yapılmalıdır.
- Kuruma yeni başlayan tüm personellere oryantasyon eğitiminde hasta güvenliğinin temel unsurları anlatılmalıdır.
- Kliniğe yeni başlayan tüm personellerin bölüm oryantasyonunda birime özgü hasta güvenliği eğitimleri verilmelidir.
- Sağlık profesyonellerinin malzeme ve cihaz kullanımında sorumlulukları ve bilgi düzeyi artırılmalıdır.
- Beklenmedik olay ve hata raporlama sistemindeki mevcut kültür iyileştirilmeli ve sürekliliği sağlanmalıdır. Bunun için; hatalardan öğrenmeyi destekleyen, cezalandırıcı olmayan, istenmeyen olaylarda sistem kaynaklı sorunları bulmayı hedefleyen yönetim tutumları geliştirilmelidir.

## 7. KAYNAKLAR

**Abreu, H. C. d. A., Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. d. S., Silva, A. M. C. d., & Abreu, D. R. d. O. M.** (2014). Urinary Incontinence In The Prediction of Falls in Hospitalized Elderly. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(5), 851-856.

**ACOG.** (2011). ACOG Committee Opinion No. 490: Partnering With Patients To Improve Safety. *Obstet Gynecol*, 117(5), 1247-1249. doi:10.1097/AOG.0b013e31821d7d60

**AHRQ.** (2007). *AHRQ 2007 Annual Conference*. Retrieved from <https://psnet.ahrq.gov/issue/ahrq-2007-annual-conference>

**AHRQ.** (2016). *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture:*

*User's Guide* (15(16)-0049-EF). Retrieved from Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/index.html>

**AHRQ.** (2019). *Surveys on Patient Safety Culture (SOPS) Hospital Survey*. Retrieved from <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>

**Aiken, L. H.** (2003). Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1617-1623. doi:10.1001/jama.290.12.1617

**Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T.** (2008). Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229. doi:10.1097/01.nna.0000312773.42352.d7

**Akdeniz, M., & Yaman, H.** (2007). Hasta Uyumunu. *Akdeniz Üniversitesi Sendrom Dergisi*, 58-65.

**Alan, N., & Khorshid, L.** (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(1), 1-18.

**Alidina, K.** (2013). Professionalism In Post-Licensure Nurses In Developed Countries. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(5), 128.

**Alimohammadzadeh, K., Esmaili Joladi, S., Olya, M., Ghaiyoomi, A., & Zaferani Arani, H.** (2017). A Comparative Study On Effective Factors In Patient Safety Culture From The Nursing Staff Points Of View. *Journal of Health Management & Informatics*, 4(2), 57-61.

**Alp, E., Cookson, B., Erdem, H., Rello, J., Akhvlediani, T., Akkoyunlu, Y., . . . Wongsurakiat, P.** (2019). Infection Control Bundles In Intensive Care: An International Cross-Sectional Survey In Low- And Middle-Income Countries. *Journal of Hospital Infection*, 101(3), 248-256. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.07.022>

**Altuncan, H.** (2009). *Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

**ASHP.** (2018). *Preventing Medication Errors in Hospitals*. Retrieved from <https://www.ashp.org/-/media/assets/policy-guidelines/docs/guidelines/preventing-medication-errors-hospitals>

**Aştı, T.** (2000). Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2), 22-27.

**Atabek Aştı, T., & Karadağ, A.** (2020). *Hemşirelik Esasları Bilgiden Uygulamaya: Kavramlar - İlkeler - Beceriler*. İstanbul: Akademi Yayıncılık.

**Avcı, K., & Aktan, T.** (2015). Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 48-54.

**Azyabi, A., Karwowski, W., & Davahli, M. R.** (2021). Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2466. doi:10.3390/ijerph18052466

**Barış, V. K., & İntepeler, Ş. S.** (2017). Hasta Düşmelerinin Önlenmesinde Teknoloji Kullanımı. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 4(1), 29-39.

**Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S.** (2012). Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780-781. doi:10.1056/nejmp1109283

**Bell, J., Collins, J. W., Dalsey, E., & Sublet, V.** (2010). Slip, Trip And Fall Prevention For Healthcare Workers.

**Berke, D., & Eti Aslan, F.** (2010). Cerrahi Hastalarını Bekleyen Bir Risk: Düşmeler, Nedenleri ve Önlemler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 72-77.

**Björkstén, K. S., Bergqvist, M., Andersén-Karlsson, E., Benson, L., & Ulfvarson, J.** (2016). Medication Errors As Malpractice A Qualitative Content Analysis of 585 Medication Errors By Nurses In Sweden. *BMC Health Services Research*, 16(1). doi:10.1186/s12913-016-1695-9

**Blegen, M. A., Gearhart, S., O'Brien, R., Sehgal, N. L., & Alldredge, B. K.** (2009). AHRQ's Hospital Survey on Patient Safety Culture: Psychometric Analyses. *Journal of Patient Safety*, 5(3), 139-144. doi:10.1097/PTS.0b013e3181b53f6e

**Boamah, S. A., Spence Laschinger, H. K., Wong, C., & Clarke, S.** (2018). Effect Of Transformational Leadership On Job Satisfaction And Patient Safety Outcomes. *Nurs Outlook*, 66(2), 180-189. doi:10.1016/j.outlook.2017.10.004

**Bodur, S., & Filiz, E.** (2009). A Survey On Patient Safety Culture In Primary Healthcare Services In Turkey. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), 348-355.

**Bondevik, G. T., Hofoss, D., Huseb, B. S., & Deilkas, E. C. T.** (2017). Patient Safety Culture In Norwegian Nursing Homes. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-10.

**Bostan, S., & Köse, A.** (2012). Hemşirelerin Hasta ve Çalışan Güvenliği Konusunda Kurumsal Uygulamaları Değerlendirmesi Bir Üniversite Hastanesi Örneği. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 20(1), 10-15.

**Boström, A.-M., Rudman, A., Ehrenberg, A., Gustavsson, J. P., & Wallin, L.** (2013). Factors Associated With Evidence-Based Practice Among Registered Nurses in Sweden: A National Cross-Sectional Study. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1-12.

- Botha, E., Gwin, T., & Purpora, C.** (2015). The Effectiveness Of Mindfulness Based Programs In Reducing Stress Experienced By Nurses In Adult Hospital Settings: A Systematic Review Of Quantitative Evidence Protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 13(10), 21-29.
- Bölükbaş, N., Özyer, Y., & Çilingir, D.** (2020). The Effect of Workload Perception and Occupational Stress on Medical Error Attitudes of Nurses Working in Surgical Clinics. *Middle Black Sea Journal of Health Science*, 6-17. doi:10.19127/mbsjohs.624390
- Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., & Tryggvadóttir, G. B.** (2017). Correlates And Predictors Of Missed Nursing Care In Hospitals. *J Clin Nurs*, 26(11-12), 1524-1534. doi:10.1111/jocn.13449
- Broadbent, E., Stafford, R., & MacDonald, B.** (2009). Acceptance Of Healthcare Robots For The Older Population: Review And Future Directions. *International journal of social robotics*, 1(4), 319.
- Brunetto, Y., Xerri, M., Farr-Wharton, B., Shacklock, K., Farr-Wharton, R., & Trincherro, E.** (2016). Nurse Safety Outcomes: Old Problem, New Solution—The Differentiating Roles Of Nurses’ Psychological Capital And Managerial Support. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2794-2805.
- Calfee, D. P.** (2020). Prevention and Control of Health Care–Associated Infections. In *Goldman-Cecil Medicine* (pp. 2944): Elsevier.
- Carson-Stevens, A., Hibbert, P., Williams, H., Evans, H. P., Cooper, A., Rees, P., . . . Edwards, A.** (2016). Characterising The Nature Of Primary Care Patient Safety Incident Reports In The England and Wales National Reporting and Learning System: A Mixed-Methods Agenda-Setting Study For General Practice. *Health Services and Delivery Research*, 4(27), 1-76. doi:10.3310/hsdr04270
- CDC.** (2014). *Hospital Infections: Some Progress, but More Work Needed*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hai/dpks/hospital-infections/dpk-hai.html>
- Cebeci, F.** (2010). Hasta Güvenliğinde Acil Hemşirelerinin Rolü. *Türkiye Klinikleri*, 2(1), 57-63.
- Cebeci, F., Gürsoy, E., & Tekingündüz, S.** (2012). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 188-196.
- Chen, J. Y., Tao, M. L., Tisnado, D., Malin, J., Ko, C., Timmer, M., . . . Kahn, K. L.** (2008). Impact of Physician–Patient Discussions on Patient Satisfaction. *Medical Care*, 46(11), 1157-1162. doi:10.1097/mlr.0b013e31817924bc
- Chuan, H. S., Samarasekera, D., & Pan, T.** (2017). The Future of Medicine. Retrieved from <https://medicine.nus.edu.sg/newsletters/issue-22/in-vivo/the-future-of-medicine/>
- Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Wu, E. S.** (2012). Nurse Staffing, Burnout And Health Care–Associated Infection. *American Journal of Infection Control*, 40(6), 486-490. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.02.029>
- Clancy, C. M., Farquhar, M. B., & Sharp, B. A. C.** (2005). Patient Safety in Nursing Practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), 193-197. Retrieved from [https://journals.lww.com/jncqjournal/Fulltext/2005/07000/Patient\\_Safety\\_in\\_Nursing\\_Practice.1.aspx](https://journals.lww.com/jncqjournal/Fulltext/2005/07000/Patient_Safety_in_Nursing_Practice.1.aspx)

- Clarkson, J., Dean, J., Ward, J., Komashie, A., & Bashford, T.** (2018). A Systems Approach To Healthcare: From Thinking To -Practice. *Future Healthcare Journal*, 5(3), 151-155. doi:10.7861/futurehosp.5-3-151
- Cloete, L.** (2015). Reducing Medication Errors In Nursing Practice. *Cancer Nursing Practice*, 14(1).
- Cooper, M. D.** (2000). Towards a Model of Safety Culture. *Safety science*, 36(2), 111-136.
- Çakır, A., & Tütüncü, Ö.** (2009). İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı. *Uluslararası sağlıkta performans ve kalite kongresi kitabı*, 2, 189-204.
- Çakır, S.** *Hastalarda İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi.* (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi,
- Çavmak, Ş., & Çavmak, D.** (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Çetinkaya, P.** (2016). *Hemşirelikte Tıbbi Uygulama Hataları ve Hukuki Sonuçları: Seçkin Yayıncılık.*
- Çiftlik, E. E., Kesmezacar, Ö., Kurt, M., Kesgin, V., Özkan, S., Çoban, D., & Abalı, Y.** (2010). *Eğitim ve Araştırma Hastaneleri İle Devlet Hastanelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılaması.* Paper presented at the II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara.
- Çırpı, F., Doğan Merih, Y., & Yaşar Kocabey, M.** (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi.
- Da Costa, T. D., Santos, V. E. P., Junior, M. A. F., Vitor, A. F., De Oliveira Salvador, P. T. C., & Alves, K. Y. A.** (2017). Evaluation Procedures In Health: Perspective of Nursing Care In Patient Safety. *Appl Nurs Res*, 35, 71-76. doi:10.1016/j.apnr.2017.02.015
- Dellefield, M. E., Castle, N. G., McGilton, K. S., & Spilsbury, K.** (2015). The Relationship Between Registered Nurses and Nursing Home Quality: An Integrative Review (2008-2014). *Nurs Econ*, 33(2), 95-108, 116.
- Demirel, G., Akgün, Ö., & Doğaner, A.** (2020). İntörn Öğrencilerin Hasta Güvenliği Tutum ve Kültürlerinin Tıbbi Hata Durumlarına Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*(2), 276-283.
- Di Muzio, M., Dionisi, S., Di Simone, E., Cianfrocca, C., Di Muzio, F., Fabbian, F., . . . Giannetta, N.** (2019). Can Nurses' Shift Work Jeopardize The Patient Safety? A Systematic Review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 23(10), 4507-4519. doi:10.26355/eurrev\_201905\_17963
- DiCuccio, M. H.** (2015). The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 11(3), 135-142. doi:10.1097/pts.0000000000000058
- Dikmen Demir, Y., Yorgun, S., & Yeşilçam, N.** (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 44-56.
- Er, F., & Altuntaş, S.** (2016). Determination of Nurses’ Viewpoints About Medical Errors and Their Causes. *Journal of Health and Nursing Managment*, 3(3), 132-139.

- Erdağı, S., & Özer, N.** (2015). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının, Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 18(2). doi:10.17049/ahsbd.90265
- Ersun, A., Başbakkal, Z., Yardımcı, F., Muslu, G., & Beytut, D.** (2013). Çocuk Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(2), 33-46.
- Famolaro, T., Yount, N., Hare, R., & Rockville, M.** (2018). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2018 User Database Report*. Retrieved from <https://psnet.ahrq.gov/issue/hospital-survey-patient-safety-culture-2018-user-database-report>
- Fan, C. J., Pawlik, T. M., Daniels, T., Vernon, N., Banks, K., Westby, P., . . . Makary, M. A.** (2016). Association of Safety Culture With Surgical Site Infection Outcomes. *Journal of the American College of Surgeons*, 222(2), 122-128. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2015.11.008
- Force, C.** (2007). Impact Of Clinical Alarms On Patient Safety: A Report From The American College of Clinical Engineering Healthcare Technology Foundation. *Journal of Clinical Engineering*, 32, 22-33.
- Frank, L., & Danks, J.** (2019). Perianesthesia Nursing Malpractice: Reducing the Risk of Litigation. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(3), 463-468.
- Garcia, C., Abreu, L., Ramos, J., Castro, C., Smiderle, F., Santos, J., & Bezerra, I.** (2019). Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina*, 55(9), 553. doi:10.3390/medicina55090553
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., & I. Delbanco, T.** (1993). *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Grober, E. D., & Bohnen, J. M.** (2005). Defining Medical Error. *canadian Journal of Surgery*, 48(1), 39.
- Guarnieri, M.** (1992). Landmarks in the history of safety. *Journal of Safety Research*, 23(3), 151-158. doi:[https://doi.org/10.1016/0022-4375\(92\)90018-5](https://doi.org/10.1016/0022-4375(92)90018-5)
- Güven, A.** (2017). *Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Güvenliği İlişkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı,
- Hakeri, H.** (2014). Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı. *Bulletin of Thoracic Surgery/Toraks Cerrahisi Bülteni*, 5(1).
- Hancı, İ. H.** (2010). *Tıbbi Girişimler Nedeni ile Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu*. Ankara: Seçkin Matbaası.
- Hassan, I.** (2018). Avoiding Medication Errors Through Effective Communication In Healthcare Environment. *Movement, Health & Exercise*, 7(1), 113-126.
- Hatam, N., Keshtkar, V., Forouzan, F., & Bastani, P.** (2012). Patient Safety Culture Status In Teaching Hospitals: A Case Of Shiraz University of Medical Sciences. *MEJSR*, 12(7), 970-975.

**Hoehner, P. J.** (2003). Ethical Aspects Of Informed Consent In Obstetric Anesthesia New Challenges And Solutions. *J Clin Anesth*, 15(8), 587-600. doi:10.1016/s0952-8180(02)00505-6

**Holmström, A.-R., Laaksonen, R., & Airaksinen, M.** (2015). How to Make Medication Error Reporting Systems Work – Factors Associated With Their Successful Development and Implementation. *Health Policy*, 119(8), 1046-1054. doi:10.1016/j.healthpol.2015.03.002

**Hughes, R. G.** (2008). Patient Safety And Quality: An Evidence-Based Handbook For Nurses.

**Hughes, R. G., & Clancy, C. M.** (2009). Nurses' Role in Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(1), 1-4. doi:10.1097/NCQ.0b013e31818f55c7

**ICN.** (2006). *Why is Safe Staffing Important? Safe Staffing Saves Lives. International Nurses Day.* Retrieved from Geneva:

**ICN.** (2018). *ICN Strategic Priorities-Patient Safety (CH -1201).* Retrieved from International Council of Nurses: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05\\_Patient\\_Safety\\_0.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Patient_Safety_0.pdf)

**IHI.** (2013). *Progress Report 2013 Defining Moments (MA 02138).* Retrieved from Institute for Healthcare Improvement: [http://209.166.136.165/about/Documents/IHI\\_ProgressReport\\_2013.pdf](http://209.166.136.165/about/Documents/IHI_ProgressReport_2013.pdf)

**IHI.** (2020). *Implementation Resource Guide A National Action Plan to Advance Patient Safety.* Retrieved from Institute for Healthcare Improvement: <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/National-Steering-Committee-Patient-Safety/Pages/National-Action-Plan-to-Advance-Patient-Safety.aspx>

**Ilan, R., & Fowler, R.** (2005). Brief History Of Patient Safety Culture And Science. *J Crit Care*, 20(1), 2-5. doi:10.1016/j.jcrc.2005.02.003

**İntepeler, Ş., & Dursun, M.** (2012). Medication Error And Medication Error Reporting Systems. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 15(2), 129-135.

**İntepeler, Ş., Soydemir, D., & Güleç, D.** (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(1), 1-18.

**IOM.** (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. In A. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in (Ed.), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.* Washington (DC): National Academies Press (US).

**IOM.** (2004). Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. In A. Page (Ed.), *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses.* Washington (DC): National Academies Press (US).

**İşçi, N.** (2015). *Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Düzeyinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Üzerine Etkisi.* ( Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı,

**Iversen, M. D., Daltroy, L. H., Fossel, A. H., & Katz, J. N.** (1998). The Prognostic Importance Of Patient Pre-Operative Expectations Of Surgery For Lumbar Spinal Stenosis. *Patient Educ Couns*, 34(2), 169-178. doi:10.1016/s0738-3991(97)00109-2

- JCI.** (2013). *Medical Device Alarm Safety In Sospitals (Sentinel Event Alert No. 50)*. Retrieved from
- JCI.** (2014). *Joint Commission International Accreditation Standarts for Hospitals*. Retrieved from <https://www.jcrinc.com/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets>
- JCI.** (2015). *Hospital National Patient Safety Goals*. Retrieved from [https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/assetmanager/2015\\_npsg\\_happdf.pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/assetmanager/2015_npsg_happdf.pdf)
- JCI.** (2020a). National Patient Safety Goals Effective January 2021 for the Hospital Program. In (pp. 14). The Joint Commission.
- JCI.** (2020b). National Patient Safety Goals Effective January 2021 for the Nursing Care Center Program. In (pp. 7). The Joint Commission.
- Johari, H., Shamsuddin, F., Idris, N., & Hussin, A.** (2013). Medication Errors Among Nurses in Government Hospital. *J Nurs Health Sci, 1*, 18-23.
- Kahrıman, İ., & Öztürk, H.** (2016). Evaluating Medical Errors Made By Nurses During Their Diagnosis, Treatment And Care Practices. *Journal of clinical nursing, 25*(19-20), 2884-2894.
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S.** (2009). Missed Nursing Care: A Concept Analysis. *J Adv Nurs, 65*(7), 1509-1517. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x
- Karaca, A., & Arslan, H.** (2014). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1*(1), 9-18.
- Karacabay, K., Savcı, A., Çömez, S., & Çelik, N.** (2020). Cerrahi Hemşirelerinin İş Yükü Algıları İle Tıbbi Hata Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. doi:10.26559/mersinsbd.686481
- Karaveli, S.** (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Ve Tıbbi Hatalar Konusundaki Tutumu. *Sağlık Akademisi Kastamonu, 3-4*. doi:10.25279/sak.672087
- Kennedy, L.** (2014). Implementing AQRN Recommended Practices For A Safe Environment Of Care, Part II. *AQRN, 100*(3), 280-293. doi:10.1016/j.aorn.2014.05.013
- Klevens, R. M., Edwards, J. R., Richards, C. L., Horan, T. C., Gaynes, R. P., Pollock, D. A., & Cardo, D. M.** (2007). Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals, 2002. *Public Health Reports, 122*(2), 160-166. doi:10.1177/003335490712200205
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S.** (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. In L. T. Kohn, J. M. Corrigan, & M. S. Donaldson (Eds.). Washington (DC): National Academies Press (US).
- Koralay, G.** (2021). *Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Bilgi, Eğilim, Tutum ve Görüşleri: Karma Yöntem Çalışması*. (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hemşireliği Programı,
- Korkmaz, A. Ç.** (2018). Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 6*(1), 10-19.



- Korkmaz, A. Ç., & Argon, G.** (2018). Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi. *Journal of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 5(24), 1695-1706.
- Larson, K., & Elliott, R.** (2009). Understanding Malpractice: A Guide For Nephrology Nurses. *Nephrol Nurs J*, 36(4), 375-377.
- Lawton, R., & Parker, D.** (2002). Barriers To Incident Reporting In a Healthcare System. *BMJ Quality & Safety*, 11(1), 15-18.
- Leape, L. L., Lawthers, A. G., Brennan, T. A., & Johnson, W. G.** (1993). Preventing Medical Injury. *QRB Qual Rev Bull*, 19(5), 144-149. doi:10.1016/s0097-5990(16)30608-x
- Lee, S. E., & Dahinten, V. S.** (2020). The Enabling, Enacting, and Elaborating Factors of Safety Culture Associated With Patient Safety: A Multilevel Analysis. *J Nurs Scholarsh*, 52(5), 544-552. doi:10.1111/jnu.12585
- Lee, Y.-C., Shieh, J.-I., Huang, C.-H., Wang, C. Y., & Wu, H.-H.** (2017). Analyzing Patient Safety Culture From Viewpoints of Physicians and Nurses—A Case of a Regional Teaching Hospital in Taiwan. *The Journal for Healthcare Quality (JHQ)*, 39(5), 294-306. doi:10.1097/jhq.0000000000000065
- Leone, R. M., & Adams, R. J.** (2016). Safety Standards: Implementing Fall Prevention Interventions And Sustaining Lower Fall Rates By Promoting The Culture Of Safety On An Inpatient Rehabilitation Unit. *Rehabilitation Nursing*, 41(1), 26-32.
- Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M.** (1997). Physician-Patient Communication. The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons. *Jama*, 277(7), 553-559. doi:10.1001/jama.277.7.553
- Logan, M. K.** (2012). A Roundtable Discussion: Toward a Cleaner Future. *Biomedical Instrumentation & Technology*, 46(sp12), 8-13.
- Lynn, P.** (2015). *Taylor Klinik Hemşirelik Becerileri : Bir Hemşirelik Süreci Yaklaşımı* (H. Bektaş, Trans. 3. Baskı ed.). İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Mardon, R. E., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N., & Famolaro, T.** (2010). Exploring Relationships Between Hospital Patient Safety Culture And Adverse Events. *J Patient Saf*, 6(4), 226-232. doi:10.1097/PTS.0b013e3181fd1a00
- Maxfield, D., Grenny, J., McMillan, R., & Patterson, K.** (2014). The Seven Crucial Conversations in Healthcare. American Association of Critical Care Nurses.
- Mayo, A. M., & Duncan, D.** (2004). Nurse Perceptions Of Medication Errors: What we Need To Know For Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(3), 209-217.
- McFadden, K. L., Towell, E. R., & Stock, G. N.** (2004). Critical Success Factors For Controlling and Managing Hospital Errors. *Quality Management Journal*, 11(1), 61-74.
- McNutt, R. A., Abrams, R., & Arons, D. C.** (2002). Patient Safety Efforts Should Focus On Medical Errors. *Jama*, 287(15), 1997-2001. doi:10.1001/jama.287.15.1997
- Mesmer-Magnus, J. R., & DeChurch, L. A.** (2009). Information Sharing And Team Performance: A Meta-Analysis. *Journal of applied psychology*, 94(2), 535.

**Mete, S., & Ulusoy, E.** (2006). *Hemşirelikte İlaç Uygulama Hataları*. Paper presented at the Hemşirelik Forum Dergisi.

**Misdrahi, D., Llorca, P., Lancon, C., & Bayle, F.** (2002). Compliance In Schizophrenia: Predictive Factors, Therapeutical Considerations And Research Implications. *L'encephale*, 28(3 Pt 1), 266-272.

**Monteiro, C., & Avelar, A. F. M. P.,** Mavilde Da Luz Gonçalves. (2015). Interruptions Of Nurses' Activities And Patient Safety: An Integrative Literature Review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 169-179. doi:10.1590/0104-1169.0251.2539

**Morello, R. T., Lowthian, J. A., Barker, A. L., McGinnes, R., Dunt, D., & Brand, C.** (2013). Strategies For Improving Patient Safety Culture In Hospitals: A Systematic Review. *BMJ Qual Saf*, 22(1), 11-18. doi:10.1136/bmjqs-2011-000582

**Müller-Staub, M., Lunney, M., Lavin, M. A., Needham, I., Odenbreit, M., & Van Achterberg, T.** (2008). Testing The Q-DIO As An Instrument To Measure The Documented Quality Of Nursing Diagnoses, Interventions And Outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif*, 19(1), 20-27. doi:10.1111/j.1744-618X.2007.00075.x

**Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., & Harris, M.** (2011). Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045. doi:10.1056/nejmsa1001025

**Nieva, V., & Sorra, J.** (2003). Safety Culture Assessment: A Tool For Improving Patient Safety In Healthcare Organizations. *BMJ Quality & Safety*, 12(suppl 2), ii17-ii23.

**Nordin, A.** (2015). *Patient Safety Culture In Hospital Settings - Measurements, Health Care Staff*

*Perceptions And Suggestions For Improvement*. Karlstad University Studies,

**NPSF.** (2015). *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human*. Retrieved from <http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.aspx>

**OECD.** (2018). *The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care*

*Flying blind* Retrieved from Organisation for Economic Co-operation and Development: <https://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>

**Oliveira, R. M., Leitao, I. M. T. d. A., Aguiar, L. L., Oliveira, A. C. d. S., Gazos, D. M., Silva, L. M. S. d., . . . Sampaio, R. L.** (2015). Evaluating The Intervening Factors In Patient Safety: Focusing On Hospital Nursing Staff. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 104-113.

**Oliver, D., Healey, F., & Haines, T. P.** (2010). Preventing Falls And Fall-Related Injuries In Hospitals. *Clinics in geriatric medicine*, 26(4), 645-692.

**Oyur Çelik, G., & Zıngal, H.** (2016). Beyin Cerrahisi Kliniğinde Yatan Hastaların Düşme Risklerinin Ve Alınan Önlemlerin Belirlenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 7-11.

- Özata, M.** (2010). Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 100-111.
- Özata, M., & Altunkan, H.** (2010). *Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması*. Paper presented at the TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı.
- Özen, N., Onay, T., & Terzioğlu, F.** (2019). Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi 6, 1-10.
- Özonuk, E., & Yılmaz, M.** (2019). Tip 2 Diabetes Mellitus Tanılı Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ve Tedavi Uyumu Arasındaki İlişki. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(2), 96-103.
- Öztaş, Ö., & Korkmaz Aslan, G.** (2019). Yaşlı Bireylerin İlaç Uyumsuzluğu ile İlişkili İlaç Kullanım Davranışları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(3), 132-140.
- Parry, A. M., Barriball, K. L., & While, A. E.** (2015). Factors Contributing To Registered Nurse Medication Administration Error: A Narrative Review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 403-420.
- Patrick, W.** (2014). *Patient Safety Culture : Theory, Methods and Application*. Farnham, Surrey, UK: CRC Press.
- Payne, C. E., Stein, J. M., Leong, T., & Dressler, D. D.** (2012). Avoiding Handover Fumbles: A Controlled Trial Of a Structured Handover Tool Versus Traditional Handover Methods. *BMJ Quality & Safety*, 21(11), 925-932.
- Penoyer, D. A.** (2010). Nurse Staffing And Patient Outcomes In Critical Care: A Concise Review. *Critical care medicine*, 38(7), 1521-1528.
- Pinheiro dos Santos, C. M., Coelho Lopes, R. G., Leite Ferreira da Rocha, M. L. T., Pinheiro dos Santos, B., Gonçalves de Sousa, M., & Costa Nascimento, C.** (2019). Patient Safety Culture: Health Professional's Perspective. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 13.
- Pizzi, L. T., Goldfarb, N. I., & Nash, D. B.** (2001). Promoting a Culture Of Safety. *Making health care safer: A critical analysis of patient safety practices*, 447.
- PNSP.** (2014). *Disponivel Brasilia* Retrieved from [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
- Pronovost, P. J., Weast, B., Holzmueller, C. G., Rosenstein, B. J., Kidwell, R. P., Haller, K. B., . . . Rubin, H. R.** (2003). Evaluation Of The Culture of Safety: Survey Of Clinicians And Managers In An Academic Medical Center. *BMJ Quality & Safety*, 12(6), 405-410.
- Reason, J.** (2000). Human Error: Models And Management. *Bmj*, 320(7237), 768-770.
- Redfern, E., Brown, R., & Vincent, C.** (2009). Improving Communication In The Emergency Department. *Emergency Medicine Journal*, 26(9), 658-661.

- Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J.** (2013). A Segurança Do Paciente Como Dimensão Aa Qualidade Do Cuidado De Saúde: Um Olhar Sobre a Literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2029-2036. doi:10.1590/s1413-81232013000700018
- Reis, C. T., Paiva, S. G., & Sousa, P.** (2018). The Patient Safety Culture: A Systematic Review By Characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture Dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(9), 660-677. doi:10.1093/intqhc/mzy080
- Rızalar, S., Büyük, E. T., Şahin, R., Tülin, A., & Uzunkaya, G.** (2016). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 9-15.
- Rogers, A. E., Hwang, W.-T., Scott, L. D., Aiken, L. H., & Dinges, D. F.** (2004). The Working Hours of Hospital Staff Nurses And Patient Safety. *Health affairs*, 23(4), 202-212.
- Sağlık Bakanlığı**, 27897 (2011 2011/04/06).
- Sağlık Bakanlığı**, 29399, 29399 Stat. (2015).
- Sağlık Bakanlığı**, T. C. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı* (749). Retrieved from Ankara: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/turkiyeSDP.pdf>
- Sağlık Bakanlığı**, T. C. (2012). *SKS Işığında Sağlıkta Kalite*. Ankara Pozitif Matbaa Pozitif Matbaa.
- Sağlık Bakanlığı**, T. C. (2021). *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane 6.0*. Ankara Tam Pozitif Reklamcılık: Tam Pozitif Reklamcılık.
- Sayılan Aydın, A., & Boğa Mert, S.** (2018). Hemşirelerin İş Stresi, İş Yükü, İş Kontrolü ve Sosyal Destek Düzeyi İle Tıbbi Hataya Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 20(1), 11-22.
- Schmalbach, C. E.** (2015). Patient Safety/Quality Improvement (PS/QI) Florence Nightingale Prevails. In: SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
- Sellman, D.** (2016). *İyi Bir Hemşire Olmak*. İstanbul: Nobel Tıp.
- Sloane, D. M., Smith, H. L., McHugh, M. D., & Aiken, L. H.** (2018). Effect of Changes in Hospital Nursing Resources on Improvements in Patient Safety and Quality of Care. *Medical Care*, 56(12), 1001-1008. doi:10.1097/mlr.0000000000001002
- Smith, D. R., Muto, T., Sairenchi, T., Ishikawa, Y., Sayama, S., Yoshida, A., & Townley-Jones, M.** (2010). Hospital Safety Climate, Psychosocial Risk Factors And Needlestick Injuries In Japan. *Industrial health*, 48(1), 85-95.
- Solutions, N. N.** (2020). *National Healthcare Retention & RN Staffing Report*. Retrieved from [https://www.nsinursingsolutions.com/Documents/Library/NSI\\_National\\_Health\\_Care\\_Retention\\_Report.pdf](https://www.nsinursingsolutions.com/Documents/Library/NSI_National_Health_Care_Retention_Report.pdf)
- Sorra, J., & Nieva, V.** (2004). Hospital Survey On Patient Safety Culture. *Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality*.

**Srulovici, E., & Drach-Zahavy, A.** (2017). Nurses' Personal And Ward Accountability And Missed Nursing Care: A Cross-Sectional Study. *Int J Nurs Stud*, 75, 163-171. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003

**Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., . . . Trevena, L.** (2017). Decision Aids For People Facing Health Treatment Or Screening Decisions. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4), Cd001431. doi:10.1002/14651858.CD001431.pub5

**Stewart, K. R.** (2016). *SBAR, Communication And Patient Safety: An Integrated Literature Review*. (Honors Theses). University of Tennessee at Chattanooga, Retrieved from <https://scholar.utc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1070&context=honors-theses>

**STS.** (2021). Patient Safety Organizations and Online Resources. Retrieved from <https://www.sts.org/quality-safety/patient-safety>

**Sur, H., Palteki, T., & Yazıcı, G.** (2019). *Hasta Güvenliği*. Ankara: Palme Yayınevi.

**Şadi, E.** (2019). *Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

**Şahin Akgün, Z., & Özdemir Kardaş, F.** (2015). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 210-214.

**Şentürk, S. E.** (2014). *Hemşirelik Tarihi* (Vol. 2. Baskı ). İstanbul: Nobel Tıp.

**Tarhan, M., Ersoy, E., Yılmaz, A. G., & Dalar, L.** (2020). Acil Hemşirelerinin İlaç Uygulama Hatalarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 63-72.

**Teleş, M.** (2018). *Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicileri ve Hasta Sonuçlarına Etkisi: Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalar Üzerinde Bir Araştırma*. (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi,

**Tevis, S. E., Schmocker, R. K., & Wetterneck, T. B.** (2020). Adverse Event Reporting: Harnessing Residents to Improve Patient Safety. *J Patient Saf*, 16(4), 294-298. doi:10.1097/pts.0000000000000333

**Toccafondi, G., Albolino, S., Tartaglia, R., Guidi, S., Molisso, A., Venneri, F., . . . Librenti, M.** (2012). The Collaborative Communication Model For Patient Handover At The Interface Between High-Acuity and Low-Acuity Care. *BMJ Quality & Safety*, 21(Suppl 1), i58-i66.

**Topçu, I., Türkmen, A. S., Şahiner, N. C., Savaşer, S., & Şen, H.** (2017). Physicians' And Nurses' Medical Errors Associated With Communication Failures. *J Pak Med Assoc*, 67(4), 600-604.

**TTB.** (2011). *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya*. Retrieved from Ankara: [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10\\_hastaguenlik.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguenlik.pdf)

**Tural Büyük, E., Ünalı Baydın, N., & Döral, Ö.** (2021). Pediatric Nurses' Attitudes Regarding Malpractice Tendencies And Patient Safety Culture: A Case of Turkey. *International Journal of Health Services Research and Policy*. doi:10.33457/ijhsrp.839774

**Türe, Z., & Alp, E.** (2016). Infection Control Bundles For The Prevention Of Hospital Infections. *Mediterranean Journal of Infection Microbes and Antimicrobials*, 5.

- Türk, I., Akgül, S., Seçkin, M., Tekingündüz, S., & Zekioğlu, A.** (2018). Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Araştırma: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 25-34.
- Türkmen, E., Altuntaş, S., Baykal, Ü., & Seren, Ş.** (2011). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(4), 38-46.
- Tütüncü, Ö., & Küçükusta, D.** (2006). Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşireliğe Yönelik Bir Uygulama. *Hastane Yönetimi Dergisi*, 10 (2), 61-68.
- Vaismoradi, M., Griffiths, P., Turunen, H., & Jordan, S.** (2016). Transformational Leadership In Nursing And Medication Safety Education: A Discussion Paper. *Journal of nursing management*, 24(7), 970-980.
- Van Den Heede, K., Lesaffre, E., Diya, L., Vleugels, A., Clarke, S. P., Aiken, L. H., & Sermeus, W.** (2009). The Relationship Between Inpatient Cardiac Surgery Mortality And Nurse Numbers And Educational Level: Analysis of Administrative Data. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 796-803. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.12.018
- Vural, F., Çiftçi, S., & Vural, B.** (2014). Sık Karşılaşılan İlaç Uygulama Hataları ve İlaç Güvenliği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*(4), 271-275.
- Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M.** (2013). Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy. *Annals of Internal Medicine*, 158(5\_Part\_2), 369. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002
- WHO.** (1998). *Life In The 21st Century a Vision For All*. Retrieved from Geneva: [https://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)
- WHO.** (2005). World Alliance For Patient Safety: WHO Draft Guidelines For Adverse Event Reporting And Learning Systems: From Information To Action. In. Geneva: World Health Organization.
- WHO.** (2008). Summary Of The Evidence On Patient Safety : Implications For Research. In (Ashish Jha ed.). Geneva: World Health Organization.
- WHO.** (2013). *Health 2020: A European Policy Framework and Strategy For The 21 st Century*. Retrieved from World Health Organization: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf)
- WHO.** (2015). *Comprehensive Safe Hospital Framework*. Retrieved from World Health Organization: [https://www.who.int/hac/techguidance/comprehensive\\_safe\\_hospital\\_framework.pdf?ua=1](https://www.who.int/hac/techguidance/comprehensive_safe_hospital_framework.pdf?ua=1)
- WHO.** (2017). *Patient Safety: Making Health Care Safer*. Retrieved from Geneva: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>
- WHO.** (2018). *Falls*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- WHO.** (2019). *Patient Safety Fact File*. Retrieved from World Health Organization [https://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/patient-safety-fact-file.pdf?ua=1](https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient-safety-fact-file.pdf?ua=1)

**WHO.** (2020a). *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems Technical Report And Guidance*. Retrieved from World Health Organization: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>

**WHO.** (2020b). *State Of The Nursing World 2020*. Retrieved from World Health Organization: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>

**WHO.** (2020c). *World Patient Safety Day Goals 2020-21 Health Worker Safety: A Priority for Patient Safety*. Retrieved from World Health Organization: <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2020>

**Willmott, J., & Mould, J.** (2018). Health Professionals' Perception Of Patient Safety Culture In Acute Hospitals: An Integrative Review. *Aust Health Rev*, 42(4), 387-394. doi:10.1071/ah16274

**Wilson, R. M., Harrison, B. T., Gibberd, R. W., & Hamilton, J. D.** (1999). An Analysis Of The Causes Of Adverse Events From The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*, 170(9), 411-415. doi:10.5694/j.1326-5377.1999.tb127814.x

**Winning, A. M., Merandi, J. M., Lewe, D., Stepney, L. M., Liao, N. N., Fortney, C. A., & Gerhardt, C. A.** (2018). The Emotional Impact Of Errors Or Adverse Events On Healthcare Providers In The NICU: The Protective Role of Coworker Support. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 172-180.

**Wong, C. A., Recktenwald, A. J., Jones, M. L., Waterman, B. M., Bollini, M. L., & Dunagan, W. C.** (2011). The Cost of Serious Fall-Related Injuries at Three Midwestern Hospitals. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37(2), 81-87. doi:[https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(11\)37010-9](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(11)37010-9)

**Wright, K.** (2010). Do Calculation Errors By Nurses Cause Medication Errors In Clinical Practice? A Literature Review. *Nurse education today*, 30(1), 85-97.

**Yalçın, S., Arpa, Y., Cengiz, A., & Doğan, S.** (2015). Hemşirelerin Hastaların Taburculuk Eğitim Gereksinimlerine Yönelik Görüşleri İle Hastaların Eğitim Gereksinimlerine Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 204-209.

**Yılmaz, A., Kar, A., & Kaya, M.** (2020). Hasta Güçlendirme ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *İşletme Bilimi Dergisi*, 97-114. doi:10.22139/jobs.682555

**Yılmaz, Z., & Göriş, S.** (2015). Determination Of the Patient Safety Culture Among Nurses Working At Intensive Care Units. *Pakistan journal of medical sciences*, 31(3), 597.

## 8. EKLER





## EK-1 Hemşire Tanıtıcı Özellikleri Formu

Değerli Meslektaşım,

Katılacağınız bu anket, SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında yürütülmekte olan “Hasta Güvenliği Kültürünün ve Hemşirelik Mesleği ile İlgili Faktörlerin Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilime Etkisi” başlıklı yüksek lisans tez çalışması için yapılmaktadır. Bu çalışmada, hemşirelerde tıbbi hataya eğilimde kurumların hasta güvenliği kültürü ve hemşirelikle ilgili diğer faktörlerin etkisi incelenecektir. Sizlerden edinilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır ve bilgiler gizli tutulacaktır. Katkılarınız bizim için önemlidir. Şimdiden değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetiniz: 1) Erkek 2) Kadın
2. Yaşınız: .....
3. Eğitim Durumunuz: 1) Lise 2) Ön lisans 3) Lisans 4) Lisans Üstü
4. Medeni Durum: 1) Evli 2) Bekar
5. Çalıştığınız Birim: 1) Dahili Birim 2) Cerrahi Birim 3) Yoğun Bakım
6. Meslekte Toplam Çalışma Süreniz: .....yıl
7. Kurumda Toplam Çalışma Süreniz: ..... yıl
8. Aynı Birimde Çalışma Yılıınız: .....yıl
9. Haftalık Çalışma Saatiniz: .....saat/hafta
10. Çalışma Şekliniz: 1) 8 saatlik gündüz mesaisi 2) 24 saatlik gece/gündüz çalışması  
3) Gündüz mesai+16/24 saatlik nöbetler
11. Bakım Verdiğiniz Hasta Sayısı/Vardiya: ..... kişi

## EK-2 Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği

Hasta güvenliği kùltürüne yönelik oluşturulan aşağıdaki ifadeleri, KURUMUNUZDAKI genel uygulamaları dikkate alarak değerlendiriniz ve size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

Madde No	Hasta Güvenliği Kriterleri	Kesinlikle katılmıyor	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<b>A. YÖNETİM VE LİDERLİK</b>					
1	Tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.	1	2	3	4
2	Sunulan tüm hizmetler, hasta güvenliği açısından değerlendirilir.	1	2	3	4
3	Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır.	1	2	3	4
4	Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır.	1	2	3	4
5	İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (isim benzerliği nedeniyle karıştırılabilir ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır.	1	2	3	4
6	Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır.	1	2	3	4
7	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömoni oranları, düşmeler vb göstergelerden yararlanılır.	1	2	3	4
8	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb göstergelerden yararlanılır.	1	2	3	4
9	Tüm alışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir.	1	2	3	4
10	Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate alınır.	1	2	3	4
11	Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.	1	2	3	4
12	Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme) alışılır.	1	2	3	4
13	Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.	1	2	3	4
14	Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreci kullanılır.	1	2	3	4

**EK-2 Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği (Devam)**

<b>Madde No</b>	<b>Hasta Güvenliği Kriterleri</b>	<b>Kesinlikle katılmıyor</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle katılıyorum</b>
15	Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.	1	2	3	4
16	Tùm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.	1	2	3	4
17	Tùm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.	1	2	3	4
<b>B. ÇALIŞAN DAVRANIŞI</b>					
1	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir.	1	2	3	4
2	Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder.	1	2	3	4
3	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandırmada meslektaşları tarafından cesaretlendirilir.	1	2	3	4
4	Çalışanlar, hatalar oluştuğuunda hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır.	1	2	3	4
5	Çalışanlar, hasta güvenliği konusundaki kurumsal hedefleri bilir.	1	2	3	4
6	Çalışanlar, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır.	1	2	3	4
7	Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır.	1	2	3	4
8	Çalışanlar, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır.	1	2	3	4
9	Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır.	1	2	3	4
10	Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır.	1	2	3	4
11	Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır.	1	2	3	4
12	Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır.	1	2	3	4
13	Tùm çalışanlar (tùm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (risk ve güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme vb) katılır.	1	2	3	4
14	Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalın infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.	1	2	3	4

**EK-2 Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği (Devam)**

Madde No	Hasta Güvenliği Kriterleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<b>C. BEKLENMEDİK OLAY VE HATA RAPORLAMA</b>					
1	Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.	1	2	3	4
2	Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.	1	2	3	4
3	Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.	1	2	3	4
4	Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.	1	2	3	4
5	Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.	1	2	3	4
<b>D. ÇALIŞANLARIN EğİTİMİ</b>					
1	Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir.	1	2	3	4
2	Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır.	1	2	3	4
3	Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.	1	2	3	4
4	Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin ( kayıtlar, beklenmedik olay-hataları tanımlama ve raporlama süreçleri, vb) eğitimler düzenli olarak verilir.	1	2	3	4
5	Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.	1	2	3	4
6	Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.	1	2	3	4
7	Hasta güvenliği eğitim programlarında, isim vermeden gerçek olay raporlarından yararlanılır.	1	2	3	4

**EK-2 Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği (Devam)**

Madde No	Hasta Güvenliği Kriterleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<b>E. BAKIM ORTAMI</b>					
1	Kurumumuzun fiziksel yapısı, hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.	1	2	3	4
2	Mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde, hasta güvenliği kriterleri göz önüne alınır.	1	2	3	4
3	Kurumumuzun tümünde kullanılan malzeme, cihaz ve teknolojiler standardize edilmiştir.	1	2	3	4
4	Kurumumuzda tüm tıbbi kayıtlar elektronik ortamda tutulur.	1	2	3	4
5	Tıbbi malzeme ve ilaçlar için barkodlama sistemleri kullanılır.	1	2	3	4
6	Kurumumuzda kullanılan tüm alet ve ekipmanın bakımı (kalibrasyonu, ayarı) düzenli olarak yapılır.	1	2	3	4
7	Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır	1	2	3	4
8	Kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınır.	1	2	3	4

**EK-3 Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği**

MADDE NO	TIBBİ HATAYA EĞİLİM KRİTERLERİ	HİÇ (1)	ÇOK NADİR(2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİKLE(4)	HER ZAMAN(5)
<b>A. İLAÇ TRANSFÜZYON UYGULAMALARI</b>						
1	İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum	1	2	3	4	5
2	Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum	1	2	3	4	5
3	İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım	1	2	3	4	5
4	Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim	1	2	3	4	5
5	İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim	1	2	3	4	5
6	İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim	1	2	3	4	5
7	İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm	1	2	3	4	5
8	İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim	1	2	3	4	5
9	IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim	1	2	3	4	5
10	İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım	1	2	3	4	5
11	İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim	1	2	3	4	5
12	İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim	1	2	3	4	5
13	Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim	1	2	3	4	5
14	Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim	1	2	3	4	5
15	Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim	1	2	3	4	5
16	Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim	1	2	3	4	5
17	Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim	1	2	3	4	5
18	Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim	1	2	3	4	5

**EK-3 Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (Devam)**


MADDE NO	TIBBİ HATAYA EĞİLİM KRİTERLERİ	HİÇ (1)	ÇOK NADİR(2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİK LE(4)	HER ZAMAN(5)
<b>B. HASTANE ENFEKSİYONLARI</b>						
1	Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim	1	2	3	4	5
2	IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim	1	2	3	4	5
3	Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim	1	2	3	4	5
4	İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim	1	2	3	4	5
5	İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim	1	2	3	4	5
6	Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştirim	1	2	3	4	5
7	Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim	1	2	3	4	5
8	Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim	1	2	3	4	5
9	Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım	1	2	3	4	5
10	Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim	1	2	3	4	5
11	Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım	1	2	3	4	5
12	Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim	1	2	3	4	5
<b>C. HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ</b>						
1	Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım	1	2	3	4	5
2	Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım	1	2	3	4	5
3	Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım	1	2	3	4	5
4	Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim	1	2	3	4	5
5	Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim	1	2	3	4	5
6	Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım	1	2	3	4	5
7	Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim	1	2	3	4	5
8	Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım	1	2	3	4	5
9	Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim	1	2	3	4	5

**EK-3 Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (Devam)**

MADDE NO	TIBBİ HATAYA EĞİLİM KRİTERLERİ	HİÇ (1)	ÇOK NADİR(2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİK LE(4)	HER ZAMAN(5)
<b>D. DÜŞMELER</b>						
1	Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm	1	2	3	4	5
2	Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım	1	2	3	4	5
3	Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim	1	2	3	4	5
4	Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim	1	2	3	4	5
5	Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım	1	2	3	4	5
<b>E. İLETİŞİM</b>						
1	Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim	1	2	3	4	5
2	Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim	1	2	3	4	5
3	Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim	1	2	3	4	5
4	Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu) kontrolü uygulamasına dikkat ederim	1	2	3	4	5
5	Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrularım	1	2	3	4	5



## EK-4 Etik Kurul İzni

	<b>GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU TOPLANTI TUTANAĞI</b>
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

TOPLANTI			
NUMARASI	TARİHİ	SAATİ	YERİ
2020/12	01.09.2020	10.00	Online

### TOPLANTIDA ALINAN KARARLAR

**KARAR-3:** Dr. Öğr. Üyesi Meryem KILIÇ'ın "Hasta Güvenliği Kültürünün ve Hemşirelik Mesleği ile İlgili Faktörlerin Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilime Etkisi" konulu araştırma dosyasının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler dikkate alınarak incelenmesi sonucunda etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

KATILIMCI ONAYI	
AD-SOYAD	İMZA
1. Prof. Dr. Şahin A. SIRMALI (Başkan)	
2. Prof. Dr. Nimet OVAYOLU (Başkan Yrd.)	
3. Prof. Dr. Nevin ERGUN	İZİNLİ
4. Prof. Dr. Mehtap ÖZKUR	
5. Dr. Öğr. Üyesi Betül KOCAMER ŞİMŞEK	
6. Dr. Öğr. Üyesi Duygu GÖK YURTSEVEN	ÜCRETSİZ İZİNLİ
7. Dr. Öğr. Üyesi Deniz MIHÇIOĞLU	
8. Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT	
9. Dr. Öğr. Üyesi Burçin ALTINBAŞ	

## EK-5 İl Sağlık Müdürlüğü Komisyon Kararı

T.C.  
GAZİANTEP VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Tarih ve Sayı : 26.11.2020 / 61

Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu Toplantı Kararları

Başvuru Sahibi :

Asiye TUNCAY

Çalışma Adları :

"Hasta Güvenliği Kültürünün ve Hemşirelik Mesleği İle İlgili Faktörlerin Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilime Etkisi"

(Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesinde)

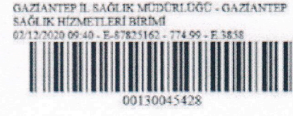
Komisyon Kararı :

Gerçekleşecek olan araştırmalarda çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, araştırmaya dahil olan kişilerin verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşmaması, yapılacak çalışmalarda tesislerin işleyişi ve güvenliğe zarar verilmemesi ve çalışan personellerin onayı çerçevesinde, çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından yürütülmesi kaydı ile devam etmekte olan veri toplamaya yönelik yapılacak anket çalışmasını belirtilen sağlık tesisinde yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

## EK-6 Kurum Çalışma İzni



T.C.  
GAZİANTEP VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 87825162-774.99  
Konu : Asiye TUNCAY'ın Araştırma İzni Hk.

DR. ERSİN ARSLAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Bilimsel Araştırma İzni için başvuruda bulunan SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Asiye TUNCAY, "**Hasta Güvenliği Kültürünün ve Hemşirelik Mesleği İle İlgili Faktörlerin Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilime Etkisi**" konulu veri toplamaya yönelik yapılacak anket çalışmasını Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Uzm.Dr. Mehmet Emin BİNDAL  
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:  
Asiye TUNCAY'ın Uygunluk Yazısı Hk.

Kayaönü Mahallesi, 42035. Sk., 27500 Şehitkamil/Gaziantep  
Telefon: Faks No:  
e-Posta:halime.yakut@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü  
Belge Doğrulama Kodu: aa60fb3b-1152-4c30-a73a-f9af48450b1b Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>  
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Halime YAKUT  
MEMUR  
Telefon No:(0 342) 220 96 14

## EK-7 Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği Kullanım İzinleri

"Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği" İzni Hakkında Inbox x



**Asiye Yasar**

Jun 3, 2020, 11:35 AM



Merhaba Sayın Ülkü Hocam, Gaziantep SANKO Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Danışman hoc



**Emine Türkmen** <EMTURKMEN@ku.edu.tr>

Jun 4, 2020, 12:21 PM



to ulkubay@yahoo.com, Seyda, SERAP, me, ulku.baykal@istanbul.edu.tr

Turkish > English [Translate message](#)

[Turn off for: Turkish](#)

Sayın Yaşar,

Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği'ni kaynak göstererek kullanabilirsiniz.

Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği ve ilgili iki makalemizi ve Ölek formunu ekte gönderiyorum. Bilimsel ürününüzü bizimle paylaşmanızdan memnuniyet duyarım.

Kolaylıklar dilerim.

Yazarlar adına, Emine Türkmen

"Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği" İzni Hakkında Inbox x



**Asiye Yasar**

Wed, Jun 3, 2020, 11:42 AM



Merhaba Sayın Serap Hocam, Gaziantep SANKO Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Danışman ho



**SERAP ALTUNTAŞ** <saltuntas@bandirma.edu.tr>

Thu, Jun 4, 2020, 11:25 AM



to emturkmen, seydaseren, ulkubay, me

Turkish > English [Translate message](#)

[Turn off for: Turkish](#)

Sayın Asiye TUNCAY,

Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği'ni kaynak göstermek koşulu ile kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dileriz.....

Asiye Yasar <asiyeyasar@gmail.com>, 3 Haz 2020 Çar, 11:44 tarihinde şunu yazdı:

\*\*\*

--

**Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ**

**Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi**  
**Sağlık Bilimleri Fakültesi**  
**Hemşirelik Bölümü**

**GSM: 0 537 823 50 88**  
**Tel: 0 266 717 01 17 / 45 20**



**BANDIRMA**  
**ÖNYEDİ EYLÜL**  
**ÜNİVERSİTESİ**

# EK-8 Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İni Hakkında Inbox x



**Asiye Yasar**

Merhaba Sayın Musa Hocam, Gaziantep SANKO Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Danışman hoc

Wed, Jun 3, 2020, 11:08 AM



**Prof. Dr. Musa ÖZATA** <museozata@gmail.com>

to me

Tue, Jun 9, 2020, 10:51 AM



Turkish > English [Translate message](#)

[Turn off for: Turkish](#)

Ölçeği kullanabilirsiniz. Gerekli bilgileri ekte yolluyorum. İyi çalışmalar.

Asiye Yasar <asiyeyasar@gmail.com>, 3 Haz 2020 Çar, 11:10 tarihinde şunu yazdı:

...

2 Attachments



## EK-9 Tez İntihal Raporu

	<p style="text-align: center;"><b>T.C.</b> <b>SANKO ÜNİVERSİTESİ</b> <b>LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ</b> <b>NİHAİ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : Asiye Anabilim Dalı : Hemşirelik AD  
Soyadı : TUNCA Y Programı : Hemşirelik Tezli (Hemşirelik Esasları)  
Öğrenci No : 191101002 Statüsü : Yüksek Lisans

### II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Meryem KILIÇ  
Tez Adı : Hasta Güvenliği Kültürünün ve Hemşirelik Mesleği İle İlgili Faktörlerin Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilime Etkisi

### III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ

	<u>Benzerlik Oranı (%)</u>	<u>Tarih</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Sınavı Öncesi	16	08.06.2021
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunma Sınavı Sonrası	16	28.06.2021

Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 52 sayfalık kısmına ilişkin, TURNITIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % 16 'dır.

Uygulanan filtrelemeler:

- Tez Ön Sayfaları (onay, etik beyan, teşekkür, özet ve izin sayfaları) hariç,
- Kaynaklar hariç,
- Ekler hariç,
- Beş kelimededen daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

### ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR

Miyese ŞAYF

Enstitü Sekreter V.

28 / 06 / 2021

#### ACIKLAMA

\*Enstitü söz konusu teze ilişkin intihal yazılım programı (TURNITIN) raporunu alarak tez danışmanına ve jüri üyelerine gönderir.

\*Rapordaki verilerde gerçek bir intihalın tespiti halinde gerekçesi ile birlikte karar verilmek üzere tez, Enstitü Yönetim Kuruluna gönderilir.

**EK-10 Özgeçmiş****ÖZGEÇMİŞ****KİŞİSEL BİLGİLER**

Adı Soyadı : Asiye TUNCAY

Doğum tarihi ve yeri :

**KRONOLOJİK ŞEKİLDE EĞİTİM BİLGİLERİ**

1985-1990 İskenderun 50. Yıl İlkokulu  
1990-1993 İskenderun Namık Kemal Ortaokulu  
1993-1997 İskenderun Sağlık Meslek Lisesi  
1998-2002 İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi  
2019- Halen SANKO Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı

**İŞ DENEYİMİ**

Zaman Dilimi	Yer	Kurum
2017-Halen	Kalite Yönetim Direktörü	
2015-2017	Kalite Birimi	
2014-2015	Hemşire	
2008-2014	Eğitim Hemşiresi	
2007-2008	Hemşire	
2005-2007	Hemşire	
2003-2005	Sorumlu Hemşire	
2001-2003	Hemşire	

**BİLDİĞİ YABANCI DİL VE DÜZEYİ (VARSA)**

İngilizce Orta Düzey