



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ HASTALARINA BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN
HASTA GÜVENLİĞİNE VE TIBBİ HATALARA İLİŞKİN
TUTUMLARININ BELİRLENMESİ**

NURULLAH BAKIR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Esra Uğur

İSTANBUL-2023



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ HASTALARINA BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN
HASTA GÜVENLİĞİNE VE TIBBİ HATALARA İLİŞKİN
TUTUMLARININ BELİRLENMESİ**

NURULLAH BAKIR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Esra Uğur

İSTANBUL-2023

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı
Program: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Tez Başlığı: Cerrahi Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin
Hasta Güvenliğine ve Tıbbi Hatalara İlişkin
Tutumlarının Belirlenmesi
Öğrencinin Adı-Soyadı: Nurullah Bakır
Savunma Sınavı Tarihi: 03/07/2023

Bu tez çalışması jürimiz tarafından Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Üye (Jüri Başkanı)

Üye (Tez Danışmanı)

Doç. Dr. Esra Uğur

Acıbadem Mehmet Ali
Aydınlar Üniversitesi

Üye

Üye

Üye

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

29.05.2023

Nurullah Bakır

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince kıymetli bilgilerini ve deneyimlerini her zaman paylaştan, değerli bilgilerini katan, sabırlı ve hoşgörülü yaklaşımıyla üzerimde büyük emeği olan değerli danışman hocam Doç. Dr. Esra Uğur'a,

Desteğiyle her zaman yanımda olan çok kıymetli hocalarım Prof. Dr. Cihan Uras'a, Prof. Dr. Nuran Beşe'ye, Prof. Dr. Özlem Sönmez'e, Doç. Dr. Halil Kara'ya Doç. Dr. Akif Enes Arıkan'a Uzm. Dr. Seda Erdoğan'ya,

Bu yolda kader arkadaşım olan Hemşire İlknur Yiğit'e, desteklerine esirgemeyen hep yanımda olan yöneticilerime, çalışmaya katılmayı kabul eden bütün hemşire arkadaşlarıma, her an yanımda olan mesai arkadaşım aynı zamanda dostum Merve Özbayrak'a ve diğer mesai arkadaşlarıma,

Her zaman beraber çalışmaktan onur duyduğum Rabia Yıldız'a, hem Şengül Ceylan'a hem de Ayşegül Bakır Aydın'a, ayrıca Naciye Karakoç'a,

Yürüdüğüm her yolda yıllardır beni yalnız bırakmayan varlığıyla ve sevgisiyle bana güç veren, hayat arkadaşına ve onun ailesine,

Ve her zaman yanımda olan aileme, en içten duygularıyla teşekkür ederim.

.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
1 GİRİŞ VE AMAÇ	3
2 GENEL BİLGİLER	6
2.1 Hasta Güvenliği Kavramı	6
2.2 Hasta Güvenliği ile İlgili Kavramlar	8
2.3 Hasta Güvenliğinin Amacı ve Önemi.....	9
2.4 Hasta Güvenliğinin Tarihçesi	9
2.5 Hasta Güvenliğini Etkileyen Hatalar	10
2.6 Hasta Güvenliğini İyileştirme	11
2.7 Tıbbi Hata	11
2.8 Tıbbi Hataların Sınıflandırılması.....	12
2.9 Tıbbi Uygulama Hatalarının Sonuçları.....	15
2.10 Hasta Güvenliği Kültürü.....	15
2.11 Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri.....	17
2.12 Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Bireylerin Rolü	18
2.13 Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü.....	19
2.14 Cerrahi Birimler ve Tıbbi Hatalar.....	20
2.14.1 İlaç hataları	20
2.14.2 Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar	21
2.14.3 İletişim kaynaklı hatalar	22
2.14.4 Hasta izleminden kaynaklanan hatalar	23
2.14.5 Tıbbi cihaz ve malzeme kaynaklı hatalar	26
2.14.6 Transfüzyon hataları	26
2.14.7 Cerrahi süreç hataları	27
2.14.8 Tıbbi hataların önlenmesi	27
2.14.9 Hasta güvenliği kültürü geliştirilmesi	28
2.14.10 Hata bildirim sistemi geliştirilmesi	29
3 GEREÇ ve YÖNTEM	32
3.1 Araştırmanın Türü	32

3.2	Araştırma Soruları	32
3.3	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	32
3.4	Verilerin Toplanması	33
3.4.1	Tanıtıcı bilgiler formu	33
3.4.2	Tıbbi hatalarda tutum ölçeği - THTÖ	33
3.4.3	Hasta güvenliği tutum ölçeği - HGTÖ	34
3.5	Verilerin Toplanması ve değerlendirilmesi.....	34
3.6	Araştırmanın Etik Boyutu	35
3.7	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	36
4	BULGULAR	37
4.1	Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulgular	37
4.2	Hasta Güvenliği Tutum Ölçeğine İlişkin Verilen Yanıtlara İlişkin Bulgular.....	39
4.3	Tıbbi Hata Tutum Ölçeğine İlişkin Verilen Yanıtlara İlişkin Bulgular.....	39
5	TARTIŞMA.....	54
6	SONUÇ	60
7	KAYNAKLAR.....	63
8	EKLER.....	74
EK 1.	Tanıtıcı Bilgiler Formu	74
EK 2.	Etik Kurul Onayı.....	75
EK 3.	Kurum İzni.....	77
EK 4.	Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği.....	78
EK 5.	Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	80
EK 6.	Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı .	81
EK 7.	Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği İç Tutarlılıklarının Dağılımı	83
EK 8.	Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı .	84
EK 9.	Aydınlatılmış Onam Formu	85
EK 10.	Ölçek İzni	86
9	ÖZGEÇMİŞ	88

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HGK	Hasta Güvenliği Kültürü
HGTÖ	Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği
ICN	Uluslar Arası Hemşireler Birliği
IOM	Institute of Medicine
JCI	Joint Commission International
n	Örneklem Sayısı
p	İstatistiksel Olarak Anlamlılık Düzeyi
SPSS	Statistical Package for Social Science
SS	Standart Sapma
THTÖ	Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği
%	Yüzde

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Hasta güvenliğini etkileyen faktörler.....	10
Tablo 2. Tıbbi hataların olası nedenleri	13
Tablo 3. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımları	37
Tablo 4. Hasta güvenliği ve tıbbi hata durumlarının dağılımı	38
Tablo 5. Hasta güvenliği tutum ölçeği iç tutarlılıklarının dağılımı.....	39
Tablo 6. Tıbbi hatalarda tutum ölçeği iç tutarlılıklarının dağılımı.....	40
Tablo 7. Cinsiyete göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması	40
Tablo 8. Eğitim durumuna göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması	42
Tablo 9. Çalışma şekline göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması	43
Tablo 10. Hasta güvenliği tutum ölçeği ile yaş, cerrahi serviste çalışma süresi (yıl) ve haftalık çalışma saatinin ilişkisi	45
Tablo 11. Tıbbi hatalarda tutum ölçeği ile yaş, cerrahi serviste çalışma süresi (yıl) ve haftalık çalışma saatinin ilişkisi	46
Tablo 12. Hasta güvenliği ilgili eğitim alma durumuna göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması	46
Tablo 13. Hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir faaliyette bulunma durumuna göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması	47
Tablo 14. Tıbbi hataya maruz kalma durumuna göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	48
Tablo 15. Aile fertlerinden herhangi birinin tıbbi hataya maruz kalma durumuna göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması	50
Tablo 16. Hasta güvenliği tutum ölçeği ile tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin ilişkisi ..	52

ÖZET

Cerrahi Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Hasta Güvenliğine ve Tıbbi Hatalara İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi

Araştırma, cerrahi hastalarına bakım veren hemşirelerin hasta güvenliğine ve tıbbi hatalara ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği kullanıldı. Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde, özel bir hastanenin cerrahi hastalarına bakım veren 181 hemşire, örneklemini ise evrenin %70,1'ini kapsayan 127 hemşire oluşturdu. İstatistiksel analizler için NCSS programı kullanıldı. Verilerin analizi normal dağılım gösterip göstermeme durumuna göre Student T Test, Oneway Anova, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test ve Spearman's korelasyon testi ile hesaplandı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi. Hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde; %12,6'sının (n=16) lise, %30,7'sinin (n=39) ön lisans, %56,7'sinin (n=72) lisans ve üstü olduğu görüldü. Hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki genel olarak pozitif bir tutum sergiledikleri görüldü. Hemşirelerin, hasta güvenliği önlemlerinin etkin bir şekilde uygulanması ve hastaların güvenliğini sağlamak için gerekli adımları atmaya istekli oldukları; hataların oluşmasını engellemek ve hataları yönetmek konusunda olumlu bir yaklaşım sergiledikleri belirlendi. Hemşirelerin, hataları açıkça tanımlama, raporlama ve öğrenme süreçlerine aktif olarak katılmaya istekli olduklarını saptandı. Hasta güvenliği tutumu ile tıbbi hatalara ilişkin tutum arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlendi. Kurumda tıbbi hataların önlenmesi ve etkin yönetimini sağlamak için, hemşirelerde hasta güvenlik kültürünü geliştirmeye yönelik eğitimler, farkındalık programları ve bunu destekleyen bir yönetim anlayışı oluşturulmasının yararlı olacağı önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hasta güvenliği, Hasta güvenliği kültürü, Tıbbi hata, Hemşirelik bakımı, Cerrahi hastalıklar hemşireliği.

ABSTRACT

Determination of Attitudes of Nurses Caring for Surgical Patients towards Patient Safety and Medical Errors

This survey was made descriptive and correlational way in order to identify nurses' who take care of surgical patients attitudes to patients' security and medical errors. Introductory Information Form Medical Error Attitude Scale Patient Security Attitude Scale has been used for data acquisition. The population of survey consisted of 181 nurses who take care of surgical patients at a private hospital in İstanbul, and sample consisted of 181 nurses who contain %70,1 of population. For Statistical analysis, NCSS programme has been used. Analysis data has been evaluated by Student t test, Oneway Anova, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test ve Spearman's Correlation Test according to its normal or nonnormal distribution. The results evaluated by %95 of confidence interval, significance $p < 0.05$ level. When the educational statuses of nurses was analyzed, it was seen that, %12,6 of (n=16) high school, %30,7 of (n=39) two year degree, %56,7 of (n=72) bachelor's level and postgraduate. It was observed that nurses generally exhibited a positive attitude towards patient safety. Nurses are willing to take the necessary steps to effectively implement patient safety measures and ensure the safety of patients; It was determined that they showed a positive approach in preventing the occurrence of errors and managing errors. It was determined that the nurses were willing to actively participate in the processes of clearly identifying, reporting and learning errors. It was determined that there was a positive relationship between patient safety attitude and attitude towards medical errors. At the institutions, to prevent medical errors and to provide effective management of these errors, it is suggested that it will be useful to give education to nurses about developing patient safety culture and awareness programmes and provide supportive manner of rules on this issue.

Keywords: Patient safety, Patient safety culture, Medical error, Nursing care, Surgical illnesses nursing.

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmek ve hastalara zarar vermemek, bütün sağlık personellerinin tartişmasız önceliğidir. Sağlık sektörünün karmaşık yapısının hata olasılığını arttırmaması, yapılmış olan hataların kişilerin ölümüyle veya ciddi zarar görmesi ile sonuçlanabilir. Bu yüzden, hasta güvenliğinin sağlanabilmesi ve kurumda hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi büyük bir önem arz etmektedir (1,4).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin kişilere hizmet sunumu esnasında oluşacak zararların önlenmesi amacıyla, sağlık kurumlarının almış olduğu önlemlerin tamamı olarak tanımlanmıştır ve nitelikli sağlık hizmeti sunumunda önemli bir bileşendir. Kurumlarda oluşacak tıbbi hatalar ve bunlara bağlı olarak ölümlerin minimuma indirilmesini amaç edinen düzeltmelerin yapılması ve kuralların oluşturulması gerekmektedir (1,3,6).

Hasta güvenliği kültürü, kurumun hasta güvenliğine yönelik değer yargısı, kurallarını ve inançlarını kapsamaktadır. Hasta güvenliği kültürünün eksikliği, çalışanların hata olasılığını artırdığından hastaların hastanede yatış süresince, mortalite oranı ile yaralanmadaki artışa ve hayat kalitesine ise, azalmaya sebep olmaktadır (1, 3,5,111).

Dünya genelinde her sene ortalama olarak 235 Milyon ameliyat gerçekteşirilmektedir. Yapılmış olan ameliyat sayısının artış göstermesiyle beraber, hasta güvenliği riski ve beklenmeyen olaylar da artış göstermektedir. Cerrahi birimlerin stresli ortamda olması, kötü fiziki koşullar, aşırı iş yükü, hata sayısının fazla olması, hemşire sayısındaki yetersizlik, çalışanlar arasındaki yetersiz iletişim ve iş birliği vb. sebepler ile hasta güvenliği negatif yönde etkilenmektedir (7,8,9).

Ameliyat öncesinde, sonrasında ve esnasında, stresli bir durum ile baş etmeye çalışan cerrahi hastaların yirmi dört saat boyunca aralıksız bir şekilde bakımını ve sağlık personellerinin de koordinasyonunu sağlayan cerrahi hemşireler, hasta güvenliğinin sağlanabilmesinde kilit bir rolleri bulunmaktadır (7,8,9). Cerrahi

hemşirelerin bu rolleri uygulayabilmesinde, mesleki beceri ve bilgilerinin yanı sıra, hasta güvenliğindeki en büyük amaç, hasta yakınlarını ruhsal ve bedensel olarak etkileyen pozitif bir ortam yaratılmaktadır. Böylelikle, süreçte basit hataların hastaya zarar veren biçimde ortaya çıkmasını engelleyebilmek, hataların hastaya ulaşmasında önce belirlenmesi, düzeltilmesi ve raporlanmasını sağlayan önlemler almaktadır (8,9).

“Tıp Enstitüsü’nün” yayınlamış olduğu 2 raporda, sağlık hizmetinin çok önemli iki problemi olan tıbbi hatalar ve hasta güvenliğiyle, sağlık hizmetinin sağlanmasında kalite problemini gözler önüne sermektedir. Bu raporlara göre, ABD’de her sene 98.000 birey tıbbi hatalar sebebi ile, hayatını kaybetmiş olduğu ve tıbbi hataların büyük bir bölümünün de bireysel hatadan daha fazla, sistemdeki hatalardan kaynaklandığı belirtilmektedir. Aynı, devletlerde hekimler ve toplumda sağlık hizmeti aldıkları esnada, tıbbi hatalar ile karşılaşmış karşılaşmadığını araştıran bir çalışmada, tıbbi hata ile karşılaşma oranı hekimlerin %35, toplumdaysa %42 olarak tespit edilmiştir (9).

Hasta güvenliği bilincinin oluşturulması için, sağlık hizmetlerinin değerlere ve gereksinimlere öncelik vermesi, tercihlere saygı, süreklilik, açıklık, şeffaflık ve ekip çalışması gibi özellikleri taşımaları gerekmektedir (10,11).

Sağlık hizmetlerinin tüm aşamalarında, hasta güvenliğinin sağlanabilmesi ve tıbbi hataların önlenmesi için, sağlık sistemlerinin önceliği arasında bulunmaktadır. Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin kişilere verdiği olası zararın önlenmesi amacı ile, sağlık kuruluşları ve kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin bütünüdür (9).

Hasta güvenliğindeki en büyük amaç; hasta yakınlarını ve hastane çalışanlarını psikolojik, fiziki olarak pozitif yönde etkileyen bir ortam yaratarak güvenliği sağlanmaktadır. Burada ana hedef; hizmetlerin sunulması esnasında hata oluşmasını engelleyen, hatalar sebebi ile hastaya olası zararlardan koruyarak, hata olasılığını ortadan kaldıran bir sistemin kurulmasıdır. Hasta güvenliği hususunda iyileştirilmesi için, kurumda korkmadan, ceza almaktan çekinmesinden hataların bildirileceği şekilde

hasta güvenliği kültürünün yapılandırılması gereklidir. Kurumlarda hasta güvenliği uygulamasının geliştirilmesinin en yolu güvenlik kültürü oluşturmak olduğu belirtilmektedir (10,11).

Bu bilgiler ışığında araştırma; cerrahi hastalarına bakım veren hemşirelerin hasta güvenliğine ve tıbbi hatalara ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.



2 GENEL BİLGİLER

2.1 Hasta Güvenliği Kavramı

Hasta güvenliği, yüksek kalitede bir sağlık bakımı sunumunun merkezinde yer almaktadır. Sağlık hizmeti sunumunun karmaşıklığı ve insanın hata eğilimi, hasta güvenliğini sağlamada devam eden bir zorluktur. Corina ve arkadaşları (2019) eğer çalışmalarında hasta güvenliği dikkate alınmıyorsa; klinisyen bakım ve uygulamalarının etkisiz olabileceğini bildirmiştir (12).

Son yıllarda hasta güvenliği, birçok ülkede sağlık politikası ve sağlık uygulamalarında önemli bir konu haline gelmiştir. “Amerikan Tıp Enstitüsü” hasta güvenliğini “hastalara olan zararın önlenmesi” olarak belirtirken, “Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı” “sağlık hizmeti sunarken; hastalarda oluşabilecek zararı ve önlenemez ölüm oranlarını azaltarak bakımın sürekli ve daha güvenli hale getirilmesi” şeklinde tarif etmektedir (13). Hasta güvenliği, “hastalar için olumsuz sonuçlar doğurabilecek tüm olayların önlenmesidir”. Sağlık hizmetlerinin temel felsefesi “öncelikle zarar verme” Hasta güvenliğinin amacı hastalara fiziksel ve psikososyal olarak güven ortamı sağlanmasıdır (14).

Sağlık tüm ülkelerin önceliğinde yer almaktadır ve tıbbi hatalar sağlık çalışanlarıyla hastaları olumsuz etkiler. Temel insan hakları ve etik ilkelerden biri “önce zarar verme” ilkesi olup, sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta ve personelin güvenliğinin sağlanması, kaliteli sağlık hizmeti sunumunda birinci önceliktir. Ambulans hizmetleri hasta güvenliği yönünden yüksek riskli departmanlardır ve hızlı bir şekilde çalışmayı gerektirmektedir. Bu nedenle acil servislerde sağlık hizmetinin kalitesinde hasta güvenliği belirleyici olmaktadır. Hasta güvenliği, hasta bakımının temel ilkelerinden biridir ve sağlık hizmeti kalitesinin kritik bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Hasta güvenliği, “hastane bakım sürecinde olumsuz sonuçların veya yaralanmaların önlenmesi, olumsuz olayların iyileştirilmesi veya hafifletilmesi” şeklinde tarif edilmektedir. Hasta güvenliği kültüründeki yaygın kusurlar; zayıf

iletişim, liderlik, ekip çalışması ve güvenlik süreçleri hakkında yetersiz bilgi ve olumsuz olayların analizi ve raporlanmasındaki eksikliklerdir (15).

“Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı’na” (2000) göre; Hasta güvenliği, öncelikle sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında ortaya çıkan olumsuz sonuçların veya yaralanmaların önlenmesini ve iyileştirilmesini gerekli kılar.

Sağlık sektöründeki hatalar; hasta kimliklendirme, düşmelerin önlenmesi ve risk değerlendirmesi, hasta transfer süreçleri, acil durum kodları, hasta bilgilendirme, tıbbi cihazların güvenliğini sağlama, engelli hastalara yönelik uygulamalar, iletişim hatalarını çalışmaları, hata raporlama sistemleri, hatalı malzeme kullanımları ve enfeksiyonların önlenmesini kapsar (17).

IOM sağlar temel olarak, güvenli bakımı sağlamak için tüm çalışanlar işyerinde bir güvenlik kültürü taahhüt etmelidir. Avrupa Komisyonu sponsorluğunda düzenlenen bir konferansta DSÖ, dünya çapında her yıl yaklaşık 10 milyon insanın önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle yaralandığını veya öldüğünü açıkladı ve 2010'da “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” sloganı ile tıp uzmanlarını daha fazla odaklanmaya çağırdı. Bu konuda ve DSÖ daha fazlasını yapmak istiyor, eylem çağrısında bulundu (18).

Hasta güvenliği ile ilgili olarak hemşirelik bakım süreçlerin sıklıkla karşılaşılan hatalar: ilaç hataları, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlar, hasta düşmeleri, yetersiz takip bakımı, iletişim sorunları ve malzeme kullanım hataları şeklinde bildirilmektedir. IOM tarafından 2000 yılında yayınlanan raporda;

- “Sağlık hizmeti sunumunda yaşanan sorunlar, tıbbi uygulamalarda ortaya çıkan hatalar, hasta güvenliği ve sağlık hizmeti ilişkili kalite sorunları,
- Hasta güvenliğinin bu çerçevede bir kavram olarak değerlendirme ihtiyacı,
- Mevcut sağlık uygulamalarının gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi gerekliliği ele alınmıştır

Aynı zamanda 21. yüzyılda sağlıkta beklenen sorunların herkes için güvenilir, etkili, bireyselleştirilmiş, zamanında ve eşitlikçi bir yaklaşımla sağlık hizmeti sağlanması olduğu bildirilmiştir (19).

2.2 Hasta Güvenliği ile İlgili Kavramlar

Hasta güvenliği kavramının artan önemi ile birlikte hasta güvenliği uygulaması ve fikir birliğine varmak için hasta güvenliği kavramları şu şekilde tanımlanmıştır. Bunlar (20);

- Hasta: Kendi sağlıklarını veya toplulukların sağlığını geliştirmek, sürdürmek, izlemek veya iyileştirmek için aldıkları hizmetler olarak tanımlanan bir birey. Başka bir deyişle kişinin bu bakımı beklediği, aldığı veya aldığı söylenebilmektedir.
- Sağlık bakımı: Sağlığın yükseltilmesi, sürdürülmesi, izlenmesi veya iyileştirilmesi amacıyla bireylerin veya toplulukların aldığı hizmetleri içermektedir.
- Güvenlik kavramı: Toplumsal hayatta hukuk düzeninin kesintisiz yürütülmesi, bireyin korkusuzca yaşayabileceği durumdur. Güvenlik sistemleri, istemsiz hasar riskini kabul edilebilir düzeye indirmelidir. Kabul edilebilir düzey, tedavi edilmeyen veya farklı tedavi riskine karşı mevcut bilgiler, mevcut kaynaklar ve sağlanan bakımın toplu kavramlarını ifade etmektedir.
- Tehlike: Zarar verme potansiyeli olan bir durum şeklinde tanımlanır.
- Olay: Hastaya zarar veren bir durumdur.
- Hata: Planlandığı gibi bir eylem gerçekleştirilmiyor veya yanlış bir plan izlenmektedir.
- Zarar: Vücudun yapısı veya fonksiyonlarının, ve hastalık, yaralanma, ağrı, sakatlık gibi sağlığı olumsuz etkilemesidir.
- Ters olay: Haklı tedaviden kaynaklanan beklenmeyen hasar.
- İhlal: Bir işlemin işleyişinden, standardından veya kuralından kasıtlı bir sapmadır.

- Risk: Bir olayın meydana gelme olasılığıdır.

2.3 Hasta Güvenliğinin Amacı ve Önemi

“Uluslararası Hemşireler Birliği’nin (ICN)” hasta güvenliği ile ilgili yayınlanan durum açıklamasında, kaliteli bakım hizmeti süreçlerinde hasta güvenliğinin sağlanmasının önemli olduğu vurgulanmıştır. Hasta güvenliğinin birincil amacı, sağlık hizmeti alan ve sağlık hizmetini hastaya zarar vermeden sunan bireyleri ve sağlık profesyonellerini olumlu yönde etkileyen bir ortam yaratmaktır (21). “Uluslararası Birleşik Komisyon” (JCI) hasta güvenliği standartları aşağıdaki gibidir (22);

- Hasta kimliği doğrulamalarını arttırmak
- Sağlık hizmeti sunanlar arasındaki iletişimin etkinliğini arttırmak
- İlaç kullanımının güvenliği arttırmak
- Klinik alarm sistemleri ile ilgili zararı azaltmak
- Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyon riskini azaltmak
- Hasta grubundaki güvenlik risklerinin tespit edilmesi

Hemşirelerin hastalarla daha yakın ilişki içinde olmaları, hasta bakımında doğrudan yer almaları ve hastalarla uzun süreler birlikte olmalarından dolayı hasta güvenliğini oluşturma ve sürdürmede daha büyük bir rol oynadıkları bildirilmiştir (23).

2.4 Hasta Güvenliğinin Tarihçesi

İnsanlığın doğuşundan bu yana sağlık hizmetlerinin varlığı, hasta güvenliği kavramını da beraberinde getirmektedir. Tıbbi sorumluluğun ilk temelleri Antik Yunan'da Hipokrat ve takipçileri tarafından atılmış ve tıbbi kurallara uyulmaması bir hata olarak kabul edilmiştir. Yüzyıllar boyunca kusur, bugüne kadar hekimin sorumluluğunun temel ve değişmeyen bir parçası olarak kalmıştır. Hindistan'da, Manu ve Zerdüş't yasalarında, hekimin sorumluluğunun, hekimlerden oluşan bir jüri tarafından bulunan kusura bağlı olduğu görülmektedir. Eski Mısır'da doktor, deneyler ve uygulamalar nedeniyle tıbbın kurallarına uymadığı takdirde sorumlu tutuldu.

Burada kurallara uyulmaması bir hata olarak kabul edilir. Hammurabi Kanunları'nda, "Doktor bir hastayı öldürür veya tehlikeli bir şekilde yaralarsa, iki eli de kesilir." Denmektedir. Bu nedenle, güvenli uygulamalara önem verilmiştir. Geçmişten günümüze hasta güvenliğinin önemine dair tıbbi yazılar da bulunmaktadır. Bu eski tıbbi el yazmalarından birinde, doktorların tedavi sırasında ilaçları tanıtmaları için önerilerde bulunulmuştur (13). Ernest Codman ise 1955 yılında Hasta güvenliğine dikkat çekmiş, hasta sonuçlarını ölçme ve raporlamanın bakımın kalitesini artırmaya yardımcı olacağını bildirmiştir (14).

2.5 Hasta Güvenliğini Etkileyen Hatalar

Yeni teknolojilerin, ilaçların ve tedavilerin artan kullanımı nedeniyle sağlık hizmetleri daha verimli ancak aynı zamanda daha karmaşık hale gelmektedir. Bazı ülkeler, önemli sayıda hastanın sağlık hizmeti sırasında zarar gördüğünü veya kalıcı yaralanmalara, hastanede kalma süresinin uzamasına ve hatta ölüme neden olduğunu gösteren çalışmalar yayınlamıştır. Sağlık bakımı güvenliğinde sürekli ve önemli iyileştirmeler sağlamak için net politikalar, kurumsal liderlik, güvenliği artıracak veriler, vasıflı sağlık çalışanları ve bakımlarına aktif hasta katılımı gerekli olmaktadır (15). Tıbbi hataların en aza indirilmesi için hasta güvenliğini tehdit eden, iş ve yaşam kaybına neden olan hata kaynaklarının bilinmesi gereklidir. McBride ve Foureur (2006) Hasta güvenliğini etkileyen hataları, sistem hataları ve insan hataları olarak ikiye ayırır. İnsan kaynaklı hatalar çalışanların yetkinlikleriyle, sundukları hizmeti etkileyebilecek iş ve prosedürel faktörleri içermekte, sistem kaynaklı hatalar ise araç gereç, teknik donanım ve sağlık kuruluşunun kültürel özelliklerini tarif etmektedir (27).

Tablo 1. Hasta güvenliğini etkileyen faktörler (27)

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

2.6 Hasta Güvenliğini İyileştirme

IOM halkın sağlığını ve sağlık hizmetlerinin işleyişini geliştirmek ve hasta güvenliğini sağlamak için altı özel amaç benimsemektedir. Bunlar Güvenli, etkili, hasta merkezli, zamanında, verimli ve adil bir sağlık hizmeti sağlanmasıdır. Bu altı alanda büyük ilerlemeler kaydeden bir sağlık sistemi, hasta ihtiyaçlarını çok daha iyi karşılayabilecektir. Hastalar ancak daha güvenli ortamlarda daha güvenilir, duyarlı, entegre ve erişilebilir bakıma erişebilir, böylece kendini kanıtlamış tüm koruyucu, akut ve kronik hizmetleri alabilir. Aynı zamanda bu sayede sağlık profesyonellerinin de işlerini daha iyi yapabilecekleri ortamlarda çalışmaktan dolayı memnuniyetleri artacaktır. (28).

2.7 Tıbbi Hata

1990'lı yılların başına kadar tıbbi uygulama hatası sıklığı konusunda yeterli veri bulunmamakla birlikte, günümüzde tıbbi uygulama hatası nedeniyle ölen veya yaralanan çok sayıda hasta olduğu bilinmektedir. Tıbbi malpraktis, son yıllarda dünya çapında etik, yasal, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel açılardan tartışılan çok geniş bir konu haline gelmiştir. Tıbbi hatalar maddi olarak büyük kayıp oluşturmakta, bu tür hataların İngiltere'de yılda 6 milyar dolara ve ABD'de 17 ila 29 milyar dolara mal olduğu hesaplanmaktadır (29,30).

Literatürde tıbbi hata ve malpraktis terimlerine karşılık gelen birçok tanım olduğu görülmektedir. Tıbbi hata; Hasta sağlık hizmetinin yanlışlıkla kesilmesinden kaynaklanan beklenmeyen bir sonuç, ölüm riski, ciddi fiziksel veya zihinsel zarar ve hasar içeren istenmeyen veyahut da beklenmeyen olaylar olarak tanımlanır. Tıbbi hatalar, sağlık hizmeti veren ve Hastaya müdahale etmeye yetkili sağlık meslek mensuplarının önerileri ve/veya uygulamaları sonucunda hastalığın normal seyrine müdahale ederek, iyileşmenin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar her türlü durumu kapsar. Bir başka tanımda tıbbi malpraktis, “Bir sağlık mesleği mensubu tarafından hastaya zarar veya komplikasyona neden olan herhangi bir ihmal veya yürütme eylemi olarak” tanımlanır. Bu arada başka bir tanıma göre ise tıbbi hata, “Bir

sağlık mesleği mensubu tarafından hastalığın tedavisinin değil, bir sağlık meslek mensubunun neden olduğu zarar veya yaralanma olarak” tanımlanır. Benzer bir tanımda da; “Tıbbi hata veya tıbbi malpraktis, sağlık profesyonellerinin hatalı veya ihmalkâr bir şekilde kullanması, bilgi ve beceri eksikliği, tedavinin kötü yönetilmesi, yanlış veya uygun olmayan tedavi nedeniyle hastaya zarar veren herhangi bir uygulama olarak” tanımlanmaktadır (31).

Tıbbi hataların nedenleri, bireyden çok bireyin insan gücü, organizasyon ve teknik altyapısının yetersizliği ile ilişkili olarak ifade edilmektedir. “Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği (AORN)” cerrahi işlemlerin genellikle yanlış hastaya, vücudun yanlış tarafına, doğru işaretlenmiş anatomik bölgenin yanlış seviyesine yapılan tüm cerrahi işlemlerden oluştuğunu belirtir. Bu arada ilaç hataları, tıbbi hatalar arasında bir diğer yaygın hata türüdür. Bu hata türünde hastalara verilen ilaçların karıştırılması, uygulanan ilacın dozunun ayarlanamaması, yanlış teknik veya ekipman kullanımı gibi nedenler öne çıkmaktadır. Bir çalışma, ilaç hatalarının, tedavi maliyetinin yanı sıra morbidite ve mortaliteyi artırdığı için dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu vurgulanmıştır. Özata ve Altuncan (2010) uygunsuz ilaç kullanımının neden olduğu hastalık, sakat kalma ve ölüme neden olan riskli bir konu olduğunu ve hastane hastalarının tedavileri sırasında en sık karşılaştıkları hata gruplarından biri olduğunu bildirmektedir (32).

2.8 Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Reason’a göre (1998), hatalar aktif ve gizli hatalar olarak ikiye ayrılır. Aktif hatalar ve ihlaller olumsuz etkilerini hemen gösterir. Gizli hataların zararlı sonuçları ise, uzun süre görünmeyebilir. Gizli hatalar, tetikleyici faktörlerle birlikte ortaya çıkan ve sistem savunmalarına zarar veren kararlar ile eylemlerdir. Bunlar, gizli hatalar, kötü tasarım, yanlış kurulum, yanlış bakım, yanlış satın alma kararları ve yetersiz personel gibi sistem kusurlarını içerir. Gizli hataların ölçülmesi zordur çünkü bunlar geniş bir zaman ve mekan aralığında meydana gelirler ve doğrudan hasta bakımıyla ilgili daha önemli bir hataya neden olurlar. Örneğin, bir ilaç yanlış dozda uygulandığında, satıcı yanlısı düzeyde aktif hatalar meydana gelir. Bu ihtimalde, zaman ve mekân sınırlı

olduğu için aktif hataları bu durumda da değerlendirmek kolaydır. Tıbbi hatalar temel nedenlerine göre üç grupta incelenir. Bunlar (33);

- “İşlem hataları; bir işi başarmak için yapılan hatalı planlama veya uygulamayı içermektedir.
- İhmal kaynaklı hatalar; doğru işlemin yapılamaması nedeniyle oluşmaktadır.
- Uygulama hataları; işin tam olarak tamamlanamaması nedeniyle gelişmektedir.”

Diğer yandan McNutt ve arkadaşları (2002) tıbbi uygulama hatasının temel nedenlerini kişisel nedenler, kurumsal nedenler ve teknik nedenler olarak sınıflandırmışlardır. Bu sınıflandırma Tablo 2.2'de özetlenmiştir. Tanı hataları ise genel olarak radyoloji, biyokimya, patoloji gibi laboratuvar ve görüntüleme işlemlerinden kaynaklanan tanı veya görüntüleme birimlerinden kaynaklanan hatalar olarak ifade edilmektedir. Performans hataları, planlandığı gibi tamamlanmadığı için planlanan tedavi hedefine ulaşılamamasıdır (34).

Tablo 2. Tıbbi hataların olası nedenleri (34)

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

Tablo 2'ye bakarsak, merhamet yorgunluğunun belirtilerinin kişisel nedenlerle benzerliğine göre, merhamet yorgunluğunun tıbbi hataların muhtemel nedenlerinden biri olabileceği sonucuna varılabilir.

Tıbbi hatalar, sağlık bakım sunumunda herhangi bir faaliyet sırasında meydana gelebilmektedir. Tıbbi hizmet alanları ile ilgili olanlar; “ilaç hataları”, “cerrahi hatalar”, “tanı koymada hatalar”, “sistem yetersizliklerine bağlı hatalar”, “uygulama hataları” ve tek tek oluşabilecek "diğer" hatalar olarak da gruplandırılabilir (35).

Hastanelerde, polikliniklerde, eczanelerde, huzurevlerinde ve hasta dairelerinde tıbbi hatalar meydana gelebilir. Ayrıca sağlık hizmeti sunumunun herhangi bir aşamasında da tıbbi hatalar meydana gelebilir. Çalışmalarda tedavi hataları beş grupta ele alınmıştır (36,37):

- İlaç hataları: Yanlış dozaj, yanlış ilaç, ilaç etkileşimleri, alerjik reaksiyonlar vb. bu grup arasında sayılmaktadır.
- Cerrahi hatalar: Yanlış kişi- taraf- işlem bu gruba aittir ve engellenmelidir.
- Tanı hataları: Yanlış bir teşhis, tedavi ve testlerde hata oluşuma veya fazladan testlere yol açabilir. Test sonuçlarını yanlış yorumlamak yaygın bir tıbbi hatadır. Teşhisteki hatalar çoğunlukla deneyimsiz kişiler tarafından yapılan testler sonucunda ortaya çıkmaktadır.
- Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar: Bunlar sistemde meydana gelen ve tespit edilmesi çok zor olan hatalardır. Tıbbi cihazlardaki arızaların çok geniş kapsamlı sonuçları vardır. Ancak meydana geldiklerinde tespit edilebilirler. Ayrıca çoğu ilaçlama hatası sistemik olduğu için sistem hataları arasında sayılabilir.
- Diğer tıbbi hatalar: Hastane enfeksiyonları ve yanlış kan nakli gibi önemli konular da nu grup içinde sayılmaktadır.

Hemşirelik mesleğinde yapılan tıbbi hata araştırmaları, hemşirelerin bağımlı ve bağımsız rollerinin çeşitliliği ve hasta ile ilişkilerinin srekliği nedeniyle diğer mesleklere göre daha fazla tıbbi hata riski altında olduğunu göstermektedir. Hemşirelik uygulamasındaki hatalar; yaygın olarak uygulanan bakım standartlarının planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve kaydedilmesi ile iletişim eksikliğine bağlı müdahalelerinin eksikliğinden kaynaklanmaktadır (38).

Demir Zencir (2010) tarafından, hemşirelerin işlerinde yaptıkları tıbbi hataların hemşirelerin hastanedeki aşırı iş yükü, vardiya sistemi, hastaların sorunları, yaşadıkları duygusal stres ve çalışma koşulları ile ilgili olduğu bildirilmektedir (39).

2.9 Tıbbi Uygulama Hatalarının Sonuçları

Tıbbi hatalara çok boyutlu bakmadan sorunları doğru tespit etmek ve doğru çözümleri bulmak mümkün olmayacaktır. Cebeci (2005) tıbbi hataları tanımlama stratejilerinden birinin de oluşabilecek hataları tahmin etmek olduğunu bildirmiştir. Göl (2019) çalışmalarında tıbbi uygulamadaki hataların beş boyutta ele alındığını bildirmişlerdir. Buna göre (40,41);

- “Hukuki boyut: Hukuki açıdan, tıbbi uygulama hatası, hastanın kasten değil ağır ihmal sonucu zarar gördüğü, bilgisizlikten kaynaklanan, hastaya zarar veren ve önceden giderilmesi gereken durumlardır.
- Etik boyut: Etik ilkeler, fayda, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet ilkeleri olarak özetlenebilir. Sağlık hizmeti sunanlar, uygulanacak prosedürün hastaya zarar vermeyeceğinden ve hastanın yararına olduğundan emin olmalıdır. Başka bir deyişle, sağlık çalışanları yararları ve zararları tartmalıdır.
- Klinik boyut: Tıbbi uygulama hatası durumunda hem sağlık çalışanının bilgi, beceri ve deneyimi, hem de çalışma koşullarının dikkate alınması gerekmektedir.
- Sosyal boyut: Sosyal boyut, tıbbi güvensizlik, yüksek hata oranları ve hata önleme yaklaşımı olarak görülebilir. Tıbbi belirsizlik, tıp alanında her zaman öngörülemeyen sonuçlarla karşılaşma olasılığının olduğu ve eylemler nedeniyle bazı süreçlerin yanlış gidebileceği anlamına gelmektedir”.

2.10 Hasta Güvenliği Kültürü

Tıbbi hata vakalarını azaltmak, hatta ortadan kaldırmak için sağlık ekibinin her üyesinin ve hatta her bireyin hasta güvenliği kültürüne sahip olması gerekir. Hasta güvenliğini kapsamlı bir şekilde sağlamanın en önemli adımı, kurumlarda hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasıdır. Hasta güvenliği bilincinin artması ve konunun yaygınlaşmasıyla birlikte sağlık kurumları, hasta güvenliğini tam olarak sağlamak için kurumsal bir güvenlik kültürü oluşturmanın önemini kabul etmişlerdir (42).

“Avrupa Sağlık Hizmetlerinde Kalite Derneği” tarafından güvenlik kültürü 2006 senesinde, “Hasta bakımında hatayı en aza indirmeyi ve bakım süreçlerinden kaynaklanabilecek zararları önlemeyi amaçlayan, ortak inanç ve değerlere dayalı bütünleşik bireysel ve kurumsal davranış” olarak tanımlanmıştır (43). Güvenilir kurumlar ise tüm çalışanların aktif olarak güvenlikten sorumlu olduğu, uzmanlığa değer verildiği, güvenli ve kaliteli bakımın sağlanması için farklı rollerdeki çalışanların birbirine destek olduğu, herkesin net bir anlayışla sorumluluk aldığı, üretken olduğu ve hata yaptığını bildirdiği bir kültüre sahiptir (44).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde insanlara zarar gelmesini önlemektir. ABD'de her yıl 250.000 kişinin tıbbi hatalardan öldüğü tahmin edilmektedir ve bu da tıbbi hataları önlenebilir ölümlerin üçüncü önde gelen sebebi yapmaktadır. 2017 yılında yapılan bir ankete göre, katılımcıların beşte biri tıbbi hata yaşadıklarını bildirmiştir. Hatalar meydana geldiğinde, hastanın fiziksel ve duygusal sağlığı, finansal refahı veya aile ilişkileri üzerinde derin bir etkisi bulunmaktadır. Bir organizasyonun güvenlik kültürü, sağlık güvenlik yönetimine bağlılığını, tarzını ile yeterliliğini belirleyen bireysel ve grup değerlerinin, tutumlarının, algılarının, yetkinlikleriyle davranış kalıplarının ürünüdür. Güvenlik kültürü; meselenin sorumluları bulmak değil, sorunların ortaya çıkış nedenlerini ve çözümlerini bulmaya çalışmak olduğu vurgulanıyor. Sağlık kurumları, hasta güvenliğini artırmak için bu konuya önem verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Sağlık ortamlarında bir güvenlik kültürü oluşturmak, hastalara verilen zararı azaltmak için güvenlikle ilgili konularda bireysel ve ekip çalışması, etkileşimler, tutumlar veya algıların entegre edilmesiyle sağlanır. Sağlık çalışanları, doğrudan hastalarla ilgilenen ve hatalardan kaçınmaya çalışan tıp uzmanlarıdır. Hasta güvenliğini artırmada ve çözüm geliştirmede kilit rol oynamaktadırlar (45,46).

Kurumlarda hasta güvenliği kültürü oluşturmak, iyi liderlik, çalışanlar arasında girişimci bağlılığı olan, kaliteyi destekleyen, takım ruhuyla çalışabilen ve şirket teşvikleri ile çalışanları motive eden bir sistem oluşturmak önemlidir. Bu nedenle hasta güvenliği kültürü oluşturmak için, tesis bünyesinde hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, alınması gereken aksiyonların tanımlanması ve farkındalığın

artırılması, çalışan personelin hem başlangıçta hem de mesleğin devamında düzenli olarak eğitilmesi gerekmektedir. Ayrıca etkin bir hasta güvenliği kültürü için sadece çalışanlar veya tesis yöneticilerinin değil, hastalar da bu konuda bilgilendirilmesi gerekmektedir (45).

Hasta güvenliği kültürü, bir tesiste neyin ödüllendirildiğini veya desteklediğini, beklentilerin neler olduğunu ve davranışların kabulünü belirleyerek, ölçülebilir hasta güvenliği verileri oluşturur. Hastaneler hasta güvenliği kültürüne yönelik yapılacak değerlendirmeler ile (47);

- “Hasta güvenliği uygulamaları konusunda farkındalık yaratmakta,
- Tesisteki hasta güvenliği girişim ve uygulamalarını değerlendirmek ve iyileştirilmesi gereken alanlar için motivasyon sağlamak,
- Tesisin hasta güvenliği politikalarını değerlendirmek ve zaman içindeki değişimlerini izlemekte,
- İç ve dış karşılaştırmalar yapmak,
- Bu, yasal gerekliliklerin yerine getirilmesini sağlamaktadır.”

Ebelikte hasta güvenliği ve kişi merkezli bakım arasındaki ilişkiyi inceleyen bir incelemenin sonuçlarında iki alan tespit edilmiştir. Hasta güvenliği kültürü ve multidisipliner kapasite geliştirme. Hasta güvenliği kültürünün alt boyutları Değerler, inançlar, güven, saygılı iletişim, deneyimlerin paylaşılması, bakımın sürekliliği ve hasta güvenliği kültürünün bu temellere oturtulması gerektiği vurgulanmaktadır (48).

2.11 Hasta Güvenliği Kültürü Bileşenleri

“Hasta güvenliği kültürünün” bileşenleri bir çalışmada şu şekilde özetlenmiştir (49,50):

- Liderlik: Liderler, sağlık hizmetlerinin yüksek riskli bir ortam olduğunun farkında olmalı ve vizyona/misyona, insan becerilerine ve insan kaynaklarına öncelik vermelidir.

- Takım Çalışması: Yöneticiler, çalışanlar ve diğer çalışanlar arasında bir birliktelik ile işbirliği bulunmalı, ilişkiler açık, güvenli ve esnek olmalıdır.
- Kanıta dayalı uygulamalar: Hasta bakım uygulamaları kanıtlara dayandırılmalı, farklılıkları çoğaltmak için standart yaklaşım belirlenmelidir. İşlemler yüksek güvenilirlik sunulacak şekilde tasarlanmalıdır.
- İletişim: Görev tanımı ne olursa olsun, personelin hasta adına konuşma hak ve sorumluluğunun sahip olduğu bir ortam yaratılmalıdır.
- Öğrenme: Sağlık kuruluşunun hatalarından ders aldığı ve performansı iyileştirmenin yeni yollarını aradığı bir anlayış benimsenmelidir. Ayrıca, öğrenme tüm çalışanlar için değerli hale getirilmelidir.
- Hakkaniyete uygunluk: Hataları bireysel değil sistemsel olarak kabul eden ve bireyleri eylemlerinden sorumlu tutmaktan çekinmeyen bir kültür olmalıdır.
- Hasta-merkezli yaklaşım: Hasta bakımı, hasta ve ailesi temelinde ele alınmalıdır.

Bonner ve arkadaşları (2008) hasta güvenliğinin bazı kurumsal özelliklere sahip olduğunu bildirmektedir. Bunlar; yüksek derecede bağımsızlık ve birliktelik kültürü, kuruluşun potansiyel güvenlik tehditlerine ilişkin geliştirdiği kültür, eğitim, yüksek riskli durumlara ilişkin işbirliği geliştirme olarak sınıflandırılabilir. (51):

2.12 Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Bireylerin Rolü

Hastanın sağlık hizmeti sunumuna ilişkin yetersiz bilgi ve farkındalığı, katılım sonrası aynı kalitede hizmet alma endişesi, sağlık çalışanlarının yetersiz desteği ve sağlıkla ilgili etik konular hastanın aktif katılımını zorlaştırmaktadır. Hasta güvenliği ile ilgili sempozyumlar- kongreler yoluyla hasta güvenliğinin temini ve sürdürülmesi için sadece sağlık profesyonelleri değil, hasta ile yakınlarının da sürece aktif katılımının önemi anlaşılmaya başlanmıştır (52,53).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta katılımı ise; yapılan hataların belirlenmesine, hastane enfeksiyonlarının bulaşma riskinin azaltılmasına, sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasına, hasta için doğru tanı ile tedaviye karar

verilmesine, hastanın tedavi süresinin kısaltılmasına ve sağlık maliyetlerinin düşürülmesine yardımcı olur. Tüm bu durumlar pozitif etki yaparak böylece hasta güvenliğinin sağlanmasına yardımcı olur (54,55).

Çalışmalar, hastaların ve ailelerinin sağlık sürecine aktif katılımının hasta içi çatışmaları azalttığını, hasta-hekim iletişimini geliştirdiğini, tedaviye uyumu artırdığını, öz bakımı iyileştirdiğini, karar verme sürecini hızlandırdığını ve daha iyi sağlık sonuçları sağladığını göstermiştir (56).

2.13 Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü

Hasta güvenliğini sağlamak tüm sağlık çalışanlarının sorumluluğudur. Hasta güvenliği, kaliteli hasta bakımının temeli ve hemşirelik personeli için bir öncelik olarak tanımlanır. Hata raporlama ise, hata riskini azaltmaya ve önlemeye hizmet ettiği için hasta güvenliği kapsamında değerlendirilmektedir. Hemşireler, diğer sağlık profesyonellerine göre sağlığın her alanında daha aktif rol aldıkları için hasta güvenliğini sağlamada ve sürdürmede önemli bir sorumluluğa sahiptir (57,58).

“Sağlık Bakanlığı” tarafından yayınlanan “Hemşirelik Yönetmeliğinde” hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili görev ve sorumlulukları şu şekildedir (57,58);

- Hastalarla ilgili sağlık bakım sürecinin planlanması ve yönetimi, bu süreçte oluşabilecek tıbbi hatalara karşı önlem alınması,
- Hasta ve yakınlarının tedavi süreci ile ilgili eğitimlerinin planlanması ve uygulanması,
- Hastanın bakım ve tedavi sürecinde diğer sağlık profesyonelleri ile iletişim ve işbirliği içinde olunması,
- Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlarının gelişiminin önlenmesi
- Tedavi sürecinde kullanılan malzemelerin temizliği,
- Hastaların özelliklerine göre kullanılan ilaçların etkileri ve yan etkileri hakkında bilgi sahibi olunması, tedavi sürecinde hasta ve hasta yakınları ile terapötik iletişim kurulması,

- Hasta ve ailelerinin tedavi ve bakım sürecine katılımının desteklenmesi, hasta güvenliği ile ilgili beklenmeyen olayların bildirilmesi.

Bakım verenler, bakımlarının hasta üzerindeki olumlu ve olumsuz etkisini anlamak için görev ve sorumluluklarının farkında olmalı ve uygun eğitim almalıdır. Eğitimleri sırasında ise, çalışma alanlarında daha da gelişebilmeleri için mümkün olduğunca uzun süre teknolojik imkanlardan en üst düzeyde yararlanmalıdırlar. Hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli rol oynayan hemşirelerin hasta güvenliğinin sağlanması için, işe alınmasının doğrudan hastaya fayda sağladığı unutulmamalıdır. (57).

2.14 Cerrahi Birimler ve Tıbbi Hatalar

2.14.1 İlaç hataları

“Amerika Birleşik Devletleri İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi” ilaç hatalarını; üreticinin, sağlık meslek mensubunun veya hastanın kontrolünde olmasına rağmen, hastanın uygun olmayan bir ilacı almasıyla ilaca zarar vermesi ile sonuçlanan önlenebilir bir olay olarak tanımlamıştır (59).

İlacın hastaya verilmesinden sonuçlarının izlenmesine kadar olan süreçlerde yaygın olarak meydana gelen ilaç hataları sebep olduğu sakatlık, hastalık veya ölüm açısından riskli bir konudur ve tedavileri sırasında hastaneye başvuran hastaların en sık karşılaştıkları hatalar arasındadır (60).

İlaç yönetimi multidisipliner bir süreç olmasına rağmen, hemşirelerin sık sık uygulama yapması ve sürecin birçok aşamasının hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluk alanına girmesi nedeniyle ilaç hataları, hemşireler için en yaygın tıbbi hata türüdür. Hemşireler tarafından yapılan ilaç hataları yaygındır; İlacın doktor istemi dışında verilmesi, görünüm ve okunuş benzerliği nedeniyle yanlış ilaç verilmesi, ilaç dozunun yanlış değerlendirilmesi veya ilacın yanlış dozda verilmesi, ilaç kutusu ve paketindeki bilgilerin dikkate alınmaması, ilaç almayı unutmak (60,61).

Abbasinazari ve ark. (2013)'nın "Ortopedi, Genel Cerrahi ve Gastroenteroloji" Hemşirelerin kliniklerinde yaptıkları bir çalışmada en sık yapılan hatalar; yanlış hızda infüzyon/bolus, çoklu dozlama için flakon girişinin sterilize edilmemesi, ilaç hazırlanırken ve uygulanırken eldiven giyilmemesi, hastayı olası risklere karşı takip etmemek olduğunu tespit etmişlerdir. Flebit belirtileri, uygun çözücü kullanılmaması, yanlış dozda çözücü kullanımı, ilacın yanlış uygulama süresi, eksik hazırlanmış ilaç içerikleri ve ilaç intoleransı olduğu belirlenmiştir (61).

Madegowda ve ark.'nın cerrahi kliniklerde ilaç uygulama hataları üzerine yaptığı çalışmada; kesilen/bırakılacak ilaçların devamı (%55,8), ameliyat öncesi ilaçlara ameliyat sonrası dönemde devam edilmemesi (%50,8), ilaç ihmal (%32,5), düşük doz (%16,7), aşırı doz (%10,0) ve yanlış ilaç uygulaması (%10,0) birinci sırada olduğunu bulmuştur (62).

Öte yandan cerrahi birimler, kullanılan cerrahi prosedür ve cerrahi prosedüre bağlı olarak gelişme; İnsülin, heparin, epinefrin, kalsiyum klorür, yüksek konsantrasyonlu sodyum klorür, narkotik analjezikler gibi yüksek riskli ilaç kullanımlarının sıvı-elektrolit dengesizliği, emboli riski, kalp fonksiyonlarını sürdürmemesi, kan yüksekliği gibi nedenlerle yaygın olduğu ünitelerdir (63). Hemşirelerin yüksek riskli ilaçlar hakkındaki bilgilerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; Hemşirelerin yüksek riskli ilaçlarla ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu ve hastalara zarar veren bir faktör olduğu belirlenmiştir (64).

2.14.2 Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar

"Ulusal Tıp Enstitüsü" (65)'nün raporunda, "Aksi kanıtlanmadıkça, tüm hastane enfeksiyonları, temel enfeksiyon kontrol kurallarına uyulması halinde önlenebilecek tıbbi bir hatadır." denmektedir. Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar, hastanede kalış süresini uzatması, mortalite ve morbiditeyi artırması, hastanın yaşam kalitesini bozması, işgücü/verim kaybına neden olması ve maliyetleri artırması nedeniyle verilen hizmetin kalitesinin önemli bir göstergesi olmuştur (66).

“Dünya Sağlık Örgütü’nün” raporunda; Hastanede yatan hastaların %10’unun sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlardan etkilendiğini ve 7 yüksek gelirli ülkede ve 10 düşük ve orta gelirli ülkede hastanede yatan her 100 hastadan 1’inin herhangi bir zamanda bir enfeksiyon yaşayacağını tespit ediyor. Raporun ortaya koyduğu önemli gerçeklerden biri, hastane ortamında birçok antibiyotiğe dirençli hale gelen metisiline dirençli Staphylococcus aureus (MRSA) bakterisi ile enfekte olan hastaların, dirençli olmayan bakterilerle enfekte olan hastalara göre yüzde 64 ölüm şansı ile karşı karşıya kalmasıdır (67).

Tchouaket ve ark.’nın tıbbi ve cerrahi kliniklerde bakımla ilişkili advers olayların ekonomik yükünün advers olay yaşayan hastalarda geriye dönük olarak incelenmesinde; %23’ünün pnömoni nedeniyle hastanede yatış süresinin daha uzun olduğu, %47’sinin ise idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği ve bu da maliyetleri artırdığı belirlenmiştir (68).

Cerrahi bölümlerde sıklıkla görülen yara enfeksiyonları önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Hastaların ameliyat sonrası daha fazla antibiyotik almasına, tedavi maliyetlerinin artmasına ve hastanede kalış sürelerinin uzamasına neden olmaktadır (69).

Yüceer ve Bulut (2010) tarafından yapılan bir çalışmada; hemşirelerin hastane enfeksiyonlarıyla ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu ve nöroşirürji hastalarında sıklıkla görülen menenjit, ameliyat sonrası yara enfeksiyonları ve şant enfeksiyonlarını erken dönemde saptamak için hemşirelerin herhangi bir girişimde bulunmadığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada hemşireler yara yeri ile ilgili uygulamaların hemşirenin görevi olmadığını hissettiklerini bildirmişlerdir (70).

2.14.3 İletişim kaynaklı hatalar

Sağlık çalışanları arasındaki iletişimle ilgili hatalar, hasta güvenliğini tehlikeye atmakta ve ciddi sonuçları olan olumsuz olaylara yol açabilmektedir. “*Uluslararası Ortak Komisyon (JCI: Joint Commission International)*’un sık görülen istenmeyen olay

türlerine ilişkin raporunda”, iletişim hatalarının 2004'ten bu yana bildirilen, ölüm ve kalıcı yaralanma ile sonuçlanan beklenmedik olayların ilk üç nedeni arasında yer almaktadır (71,72).

2015 senesinde “Harvard Üniversitesi Sağlık Kurumlarında” yapılan bir araştırmada ; İletişim kaynaklı hataların %57'sinin sağlık çalışanları arasında, %55'inin sağlık çalışanları ile hastalar arasında gerçekleştiği tespit edilmiştir. Çalışmada sağlık çalışanları arasında hata nedenleri; İletişim bozukluğu, yetersiz kayıt tutma ve tıbbi kayıtları okuyamama. Sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki hatalar; yetersiz bilgi, hastanın şikayetine empatik yanıt vermeme, ilaç bilgisinin yetersiz olması, işlem basamaklarının tam olmaması, kesin olmayan sonuçlar ve yetersiz sözlü iletişim hata nedenleri olarak adlandırılmıştır (73). İletişim başarısızlığının cerrahi hata ve komplikasyonların en sık nedenlerinden biri olduğu, artan cerrahi ekip iletişiminin hata ve komplikasyonların önlenmesinde anahtar rol oynadığı vurgulanmıştır “Cerrahi birimlerde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL)” kullanımı; Cerrahi süreçteki bilgi kaybını en aza indirerek, disiplinler arası iletişimi geliştirerek ve operasyon için kullanılması gereken protokolleri kontrol ederek cerrahi hata ve komplikasyonları azaltmaya yardımcı olmaktadır (74,75). Perioperatif süreçle ilgili olarak, hasta tanımlama, cerrahi alan işaretleme, ameliyat öncesi hazırlıklar (*hastanın açıklık durumu, cilt hazırlığı, ameliyata özel işlem, ameliyatta kullanılacak malzeme vb.*), kontrol listeleri, antibiyotik, derin ven trombozu profilaksisi gibi konularda uyarı verilmesi ve hastanın risklerinin değerlendirilmesi, cerrahi hastalarının süreç boyunca karşılaşılabileceği bir veya birden fazla kazayı tespit etmede %40,6 oranında etkilidir (76,77). Lyons ve Popejoy (2014)'un yaptığı çalışmada cerrahi kontrol listesi kullanımı; Ameliyathanede morbidite ve mortaliteyi azalttığı, ekip çalışmasını iyileştirdiği ve ekip iletişimini ve uyumunu arttırdığı bulunmuştur (78).

2.14.4 Hasta izleminden kaynaklanan hatalar

Hastaların yeterince izlenmemesine bağlı tıbbi hata davalarının gelişmiş ülkelerde yaygın olduğu ve tıbbi hata olasılığını artırdığı bildirilmektedir. Ancak sağlık kuruluşlarında hemşire sayısının az olması nedeniyle hasta merkezli bakım pek

mümkün olamamakta ve hastalara yeterince zaman ayrılmadığı ve bakımın bireyin ihtiyaç duyduğu istenen bakımı sağlayamaması nedeniyle bakım sunumunun etkinliği düşmektedir (79-81).

Hasta takibi ile ilişkili yaygın advers olaylar; Hastanın düşmesi, kateterlerin, tüplerin, drenlerin yerinden çıkması veya tıkanması, plansız ekstübasyon ve cilt bütünlüğünün ihlal edilmesidir (81).

Hasta düşmeleri: Cerrahi ünitelerdeki etkenlerden kaynaklanan sebeplerle hastanede kalış süresini uzatan, maliyetleri artıran ve sıklıkla yetersiz bakım ve takip standartları nedeniyle bazen can kaybı gibi ciddi sonuçlara yol açan sağlık kuruluşlarında en sık görülen tıbbi hatalardan biridir (83). Hastaya özgü nedenlerden kaynaklanan düşme sebepleri ise, cerrahi stres, anestezi etkileri, sıvı-elektrolit dengesi ve kan basıncı değişiklikleri, ağrıdır (84). Vitor ve ark. (85), cerrahi kliniklerinde yatan hastaların %86,25'inin düşme riskinin olduğunu ve postoperatif dönemde bu riskin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Kronzer ve ark. (86)'nın Ameliyat öncesi ve sonrası düşme/yaralanma oranlarını ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, ameliyat sırasında düşmelerin genel popülasyonda bildirilen düşmelere göre daha sık olduğu saptanmıştır.

Cerrahi hastalarda yara bölgesinden drenaj sağlamak için yaygın olarak kullanılan drenaj tüpleri ile ilgili ciddi sorunlardan enflamasyon, doku parçaları, kan pıhtıları ve taşlar nedeniyle tüpte tıkanmadır. Tüp lümeninin yapıştırılması, ince bağırsak ve akciğer dokusunu iyileştirmek için vakumla çekme sırasında kullanılır. Aynı zamanda drenaj borularının bükülmesi drenajı engelleyen durumlardan biridir. Drenaj tüpüyle ilişkili bu şartlar, sıvı birikmesinin bir sonucu olarak enfeksiyona, organ ve doku fonksiyonlarının kaybına neden olur. Bu nedenle hemşirelerin ameliyat sonrası dönemde drenaj tüplerini düzenli olarak gözlemlemesi ve takip etmesi önemlidir (88,89).

Birçok nedenden dolayı basınç yaralanmaları nedeniyle cilt bütünlüğünün bozulması durumu ise, hastanede kalış günlerinin artması, tedavi ve bakım

maliyetlerinin artması, işgücü kaybı ve ölüm gibi istenmeyen durumlara yol açmaktadır. Basınç yaralanmaları da, yatacak hastalarla sınırlı olmadığı, hastanın ameliyathanedeki pozisyonuna ve anesteziye ve hastaya bağlı her türlü tıbbi cihaz ve cihazlara bağlı olarak sandalyeye bağlı hastalarda da gelişebileceği belirtilmektedir. Ameliyat sonrası dönemdeki bası yaraları, perioperatif bakımın kalitesinin önemli göstergelerinden biridir; Yoğun bakım sırasında beklenmeyen morbiditeye neden olabilen önemli ve maliyetli bir advers olaydır. Cerrahi kliniklerde sık görülen Evre I basınç yaralanmaları; 2 saatten uzun süren ameliyatlarda postoperatif ağrıya bağlı olarak hastanın pozisyonu ve hareketsizliğine bağlı olarak gelişmektedir (89).

Hasta izlemiyle ilgili olarak Storm-Veslot ve ark. (2014)'na göre, çok parametrelili vital bulguların periyodik olarak değerlendirilmesi, ciddi advers olaylar açısından risk altındaki hastaları belirlemek için önemlidir ve advers olayları önlemek için hemşirelik müdahalelerinin uygulanmasına izin vermektedir (90).

Bu arada tedavi ve bakım süreçlerinde fiziksel tespit, hastaların tıbbi cihaz ataşmanlarını çıkarmasını veya yataktan düşmesini önlemek, huzursuzluk ve saldırgan davranış nedeniyle kendine zarar vermemek ve yatacak hastalarda postürü korumak için kullanılabilir (80). Fiziksel kısıtlamaların kullanılması hasta güvenliğini sağlamaya yardımcı olsa da, “*Kontraktür gelişimi, dolaşım bozuklukları, sinir ve cilt yaralanmaları, kas atrofisi, basınç yaraları, ödem, boğulma ve asfiksiye bağlı ölüm, anksiyete, ajitasyon, konfüzyon*” gibi sorunlara neden olabilir.

Gürdoğan ve ark. (2016) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin tespit edici kullanımı konusunda iyi düzeyde bilgi sahibi olmalarına rağmen, hekimin talebi üzerine tespit sağlanır, tespit yöntemi hakkında bilgi kayıt altına alınır, tespit etkileri sıklıkla gözden geçirilir, değerlendirilir ve kayıt altına alınır ve personel eksiklikleri hastaları tespit etmek için gerekçe sağlamaktadır (91).

Hasta takibi ile ilgili en önemli konulardan biri hasta teslimidir. Hasta bakımında hasta güvenliğini sağlamada en önemli nokta; doğru, anlaşılır ve eksiksiz bilgilerin doğru kişiler tarafından doğru zamanda iletilmesidir. Hasta ve hasta bakımı ile ilgili

önemli bilgiler; Hastane birimleri arasında, vardiya değişiklikleri veya başka bir tesise transferler sırasında kaybolabilir veya yanlış iletilebilir (92).

Hastaların hasta bakımı sırasında en çok maruz kaldıkları advers olaylar arasında, hastanın yanlış konumlandırılması ve taşınması ve cihaz güvenliği gibi donanım sorunları da yer almaktadır. Yoğun bakım hastalarının yaklaşık yarısının nakil sırasında advers olaylar yaşadığı ve hastaların %15 ila %20'sinin advers olaylar nedeniyle yaşamı tehdit ettiği bulunmuştur (93).

2.14.5 Tıbbi cihaz ve malzeme kaynaklı hatalar

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte yapılan cihazlar, işlevsel, dayanıklı, güvenli ve sağlam olarak kabul edilirler. Ancak çoğu zaman çalışmayabilecekleri ve zaman zaman hatalı sonuçlar üretebilecekleri göz ardı edilir. Tıbbi cihazların kullanımı ile ilgili hatalar sadece cihazla ilgili değildir. Kullanıcının eğitim eksikliği veya deneyimsizliği de tıbbi cihaz hataları arasında belirgindir. Özellikle gelişmekte olan ülke hastanelerinde bilgi, beceri ve eğitim eksikliğinden dolayı yanlış cihaz kullanımı veya doğru cihazı yanlış kullanma gibi durumların oranının %50 civarında olduğu belirtilmiştir (94). Duarte ve ark. (2015)'nin araştırmaya katılan hemşirelerin yoğun bakım çalışanlarının günlük bakımlarında insan kaynaklı tıbbi hataları araştırdıkları çalışmada, infüzyon pompasının yanlış kullanılmasının ilaç iletim hatalarına yol açtığı, belirli bir süre için planlanan dozun cihazın kontrolünde meydana gelen hatalar nedeniyle kısa sürede iletildiği ve pompa alarmlarının genellikle göz ardı edildiği tespit edilmiştir (95). Zhu ve ark. (131)'nin cerrahi aletlerde paketleme hataları üzerine yaptığı çalışmada ise, cerrahi alet paketleme hataları %1,18'dir. Bu hatalar arasında ambalajdan bir aletin eksik olduğu tespit edilmiştir (96).

2.14.6 Transfüzyon hataları

Kan ve kan ürünleri, farklı işlevlere sahip birçok hücre ve yapıdan oluşan canlı dokular olduğundan, bunların transfüzyonu bir doku naklidir. Kan ve kan ürünleri transfüzyonu yapılırken yanlış uygulamalar, hastanın kişisel bilgilerinin yanlış

kaydedilmesi, kanın ısıtma koşullarının tutarsızlığı, teslim süresine uyulmaması, yanlış prob kullanılması, uygun olmayan sıvılarla uygulanmasıdır. Tüm bu negatif etkiler hayati tehlike oluşturan durumlara neden olabilmektedir (97).

Karim ve ark. (2014)'ları ABO tarafından yürütülen bir araştırma, ABO uyumsuzluk hatalarının %56'sının son hasta başı kontrolünde yapılan hatalardan kaynaklandığını buldu (87). Delican (2019)'ın cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerle yaptığı araştırmasında, kan transfüzyonu güvenliği çalışmasına katılan hemşirelerin genel bilgi ortalamalarının %49.7 ile istenilen düzeyde olmadığı saptandı. Araştırmanın sonuçları arasında, hemşirelerin kan transfüzyonu güvenliği ile ilgili en çok bilinen sorunu %66,7 ile kan transfüzyonu sırasındaki uygulamalar, en az bilinen sorun ise %38,9 ile kan transfüzyonu komplikasyonları olmuştur (98).

2.14.7 Cerrahi süreç hataları

“Dünya Sağlık Örgütü” hasta güvenliği raporunda; Her yıl dünya çapında bir milyondan fazla hastanın ameliyat veya komplikasyonları nedeniyle öldüğü belirtilmektedir. Rapora göre, güvenli olmayan cerrahi tedavi uygulamaları hastaların %25'inde komplikasyonlara neden olmaktadır (99).

Anderson ve ark. (2013)'nın sistematik incelemesinde, ameliyatsız hasta yönetimindeki hataların, ameliyattaki teknik hatalara göre daha olumsuz sonuçlara yol açtığı bulundu. Cerrahi bir işlem sırasında yapılan hataların incelendiği bir çalışmada, tekrarlayan hastaneye yatışlara, yeni cerrahi işlemlere ve enfeksiyon gelişimine neden olan en önemli tıbbi hatanın cerrahi alanda yabancı bir cisim unutmak olduğu tespit edilmiştir (100,101).

2.14.8 Tıbbi hataların önlenmesi

Tedavi hatalarına önleyici yaklaşım, ileride ortaya çıkabilecek, hastaya zarar verebilecek ve kötü sonuçlara yol açabilecek durumların oluşmasını engellemek için önlem almayı amaçlar. Önleyici yaklaşım, hata kaynakları ile ilgili süreçlere

odaklanan bir özelliğe sahiptir. Daha önce meydana gelen ve hasar ve arızalara neden olan olaylar ve yüksek riskli faaliyetler hakkındaki bilgilere dayanarak gerekli önlemlerin alınmasını sağlar. Hatalardan kaçınmada ise, risk yönetimi verilerinden yararlanmak için tesiste yapılan iç denetimlerde eksik performans gösteren süreçlerin ve diğer sağlık kuruluşlarının karşılaştığı durumların belirlenmesi de önemlidir. Tıbbi hataların önlenmesi için, kuruluşlarda hasta güvenliği kültürü (HGK) geliştirilmesi ve bu kültürün en temel bileşeni olan etkin bir hata raporlama ve raporlama sisteminin oluşturulması en temel faaliyetidir (103).

2.14.9 Hasta güvenliği kültürü geliştirilmesi

Temel amacı sağlığa zarar vermektense iyileştirmek olan hastaları sağlık hizmetlerinde tıbbi uygulama hatasından korumakla ilgili hasta güvenliği kavramı, Hipokrat'tan bu yana son yıllarda çok tartışılan bir konu haline gelmiştir. Güvenlik, en önemli temel insan ihtiyaçlarından biridir ve tüm sağlık tesisi yararlanıcıları, kuruluştan tıbbi güvenlik talep eder. Bu nedenle hasta güvenliği üzerinde yoğun olarak çalışılan önemli bir konudur (104).

“Tıp Enstitüsü” hasta güvenliğini, hizmet alan herkese zarar verebilecek öngörülebilir tüm tehlikeleri, onları kabul edilebilir bir risk düzeyinde tutmak için alınabilecek ihtiyati ve düzeltici faaliyetler olarak tanımlamaktadır (105).

ICN (106) hastaları tıbbi hatalardan korumanın, kaliteli sağlık bakımı için gerekli olduğunu ve hasta güvenliğini artırmayı amaçladığını belirtmektedir. Bu amaçla sağlık meslek mensuplarının istihdamını sağlayan altyapı, eğitim, meslekte yer edinme, daha iyi performans, enfeksiyonla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, tıbbi cihazların güvenliği, sağlıklı bakım ortamının sağlanması, sağlıklı klinik uygulamalar ve bilimsel bilgi, hasta güvenliğinde liderlik gelişimini, hizmetlerinin entegrasyonunu önermektedir.

JCI tarafından 1999'dan beri dünya çapında belirlenen hasta güvenliği hedeflerini uygulanmaktadır. Yıllık olarak gözden geçirilen hasta güvenliği hedefleri ülkeler

tarafından değerlendirilmekte ve sağlık politikalarının bir parçası olarak uygulanmaktadır (107). En son 2017 yılında yenilenen ve tüm dünya ülkeleri tarafından kabul edilen hasta güvenliği hedefleri arasında; hastaları doğru bir şekilde tanımlamak, etkili iletişimi geliştirmek, yüksek riskli ilaçların güvenliğini artırmak, güvenli ameliyatlara sağlamak, sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyon riskini azaltmak ve düşme nedeniyle hasta yaralanması riskini azaltmak yer almaktadır (108).

Sağlık hizmetlerinde tıbbi uygulama hatasının önlenmesinde kurum içinde güvenlik odaklı kültür geliştirilmesi önemlidir. Bunun için hasta güvenliğinin herkesin benimsemesi gereken bir konu olduğunu duyurmak, hasta güvenliği konusunda hastalar, personel ve yönetim arasında açık iletişimi teşvik etmek, hasta güvenliğini tehdit eden girişimleri belirlemek ve azaltmak için personele yetki vermek, hasta güvenliğine kaynak ayırmak ve hasta güvenliğine sürekli bağlılık sağlamak için eğitim en önemli faaliyet olarak gösterilmektedir (109). Bu sağlamak için hastane birimleri içinde ve arasında ekip çalışması ile yönetim desteği, amir/yönetici beklentileri, hasta güvenliği ile ilgili eylemler, organizasyonel öğrenme, genel güvenlik algısının artırılması, başarısızlıklar hakkında geri bildirim ve açık iletişim, hasta teslimleri ve sorulara müdahalede cezalandırıcı olmayan yaklaşım ön plana çıkmaktadır (110).

2.14.10 Hata bildirim sistemi geliştirilmesi

Hata bildirimlerinin temel amacı, yaşanan olaylardan ders alınarak hata ve benzeri tekrarların önüne geçilmesidir. Sağlık kuruluşlarında meydana gelen ve hasta güvenliğini tehlikeye atan hataların raporlanması, şüphesiz çalışanlar için güvenli bir raporlama sistemi kültürü ile mümkündür. Bu kültürü oluştururken, geri bildirim vermek ve hatalar hakkında açıkça iletişim kurmak önemlidir. Tıbbi hatalar hakkında açık iletişim, sağlık personeli, hastayı ve tedavi sürecini olumsuz etkileyebilecek bir durumun farkına varıldığında, durumu tereddütsüz bildirmek, oluşan hatalar ile bu konuda yapılan değişiklikler hakkında personeli bilgilendirmek ve hatalardan kaçınmanın yollarını çalışanlarla konuşmak anlamına gelmektedir (111). Cezalandırma ve işini kaybetme gibi korkular, sağlık çalışanlarının tıbbi hataları bildirmekten kaçınmasına ve etkin hata önleme girişimlerini engellemesine neden

olmaktadır. Hemşireler hastaya zarar veren bir olay olduğunda, kendisine isim takmaktan, diğer sağlık çalışanlarının olaya nasıl bakacağını bilememekten, hakkında olumsuz konuşulmasından, güvenilmemekten ve disiplinli olmaktan korktukları için olayı gizleme eğilimindedirler (112).

İncesu ve Orhan (2018) tarafından yürütülen retrospektif kesitsel çalışmada, sağlık uzmanlarının güvenlik raporlama sistemiyle iletişim kurmasını engelleyen korkulardan başlıcaları; kimliğinin gizli tutulmaması, çalıştığı birimin bilinmesi, giriş yaptığı bilgisayarın internet protokol numarasının belirlenmesi, yargı önüne çıkarılabileceği, güvenilir bir çalışan olarak damgalanacağı ve hatayı bildirdiği için zorbalığa maruz kalacağı yönünde olduğunu belirlemiştir. Bu nedenle sorgulanan kişinin kendisi değil, sistem olduğu açık şekilde belirtilmelidir.

Tıbbi hata durumunda değişim sağlamak için çalışanlar hataları bildirmeye teşvik edilmeli, raporlanan hatalar detaylı olarak incelenmeli ve nedenleri ile birlikte analiz edilmeli, gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalı ve sonrasında elde edilen tüm veriler çalışanlarla paylaşılmalıdır. Aksi takdirde hiçbir şeyin değişmeyeceği düşüncesiyle duyarsızlaşma olabilmektedir (113).

Hataların raporlanması ve analiz edilmesi, tıbbi hataları tespit etmek, hatalardan kaynaklanan hasta zararını önlemek ve azaltmak, hata tekrarlarını önlemek vb. için de önemlidir. Bu nedenle kurum içindeki herhangi bir çalışan rapor verebilmeli, hasta güvenliğini tehdit eden tüm bilinen, olası ve ramak kala olayları kapsayacak ve bilgi verenin gizliliğini sağlayacak bir raporlama sistemi tasarlanmalıdır (114).

Mitchell ve ark. (2016) advers olay bildiriminin istenilen düzeyde olmamasının nedenlerini rapor edilen vakaların kötü değerlendirilmesi (analiz ve öneriler), hekimlerin yetersiz katılımı, yetersiz eylemler, iyileştirme için yetersiz kaynaklar ve yetersiz yönetim desteği olarak tanımlamaktadır (114). Hatalara cezai bir yaklaşım; çalışanların hataları bildirirken hataları gizlemesine, değiştirmesine veya yanlış beyan etmesine neden olabilir. Hata bildirimlerinde adaletli yaklaşılması, suçlama kültürünün ortadan kaldırılması, çalışanların kişisel bilgilerinin gizli tutulması ve

Çalışanların bu konudaki güvenceleri ve yönetimin desteği çok önemlidir. Hasta güvenliği raporlama sisteminin kurulmasında raporlanacak olaylar, raporlama yapılırken uyulması gereken kurallar, analiz süreçleri ve bunların hesap verebilirliği, analiz sonuçlarının çalışanlarla paylaşılması ve izlenmesi açıkça tanımlanmalıdır. Ayrıca sistemin nasıl çalıştığına dair çalışanların görüş ve önerilerini almak da önemlidir (115).



3 GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü

Bu araştırma; cerrahi hastalarına bakım veren hemşirelerin hasta güvenliği ile tıbbi hatalara ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde gerçekleştirildi.

3.2 Araştırma Soruları

Araştırma soruları aşağıdaki gibidir:

1. Cerrahi hastalarına bakım veren hemşirelerin hasta güvenliği tutum düzeyleri nedir?
2. Cerrahi hastalarına bakım veren hemşirelerin tıbbi hatalara ilişkin tutum düzeyleri nedir?
3. Hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ile tıbbi hatalara ilişkin tutumları arasında bir ilişki var mıdır?

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul'da bulunan özel sağlık grubuna ait bir hastanede 01.10.2022 – 15.05.2023 tarihleri arasında görev yapan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 181 hemşire oluşturdu. Araştırmada bir örnekleme yöntemine gidilmedi, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışıldı. Yıllık izin, doğum izni nedeniyle kendisine ulaşamayan hemşireler ile araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler sonrasında 127 hemşire ile araştırma tamamlandı. Örneklem evrenin %70,1'ini oluşturdu. Araştırmanın dahil edilme kriterleri ve dışlanma kriteri aşağıda sunuldu.

Dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş üzeri,

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Cerrahi hastalarının bakım aldıkları servislerde ve alanlarda çalışan hemşireler olarak belirlendi.

Dışlanma kriteri ise,

- Cerrahi hastasının bakımında görev almamak olarak belirlendi.

3.4 Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında anket yöntemi kullanıldı. Veriler, Araştırmada “Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği-THTÖ”, “Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği-HGTÖ” ve “Tanıtıcı Bilgiler Formu” veri toplama aracılığı ile elde edildi.

3.4.1 Tanıtıcı bilgiler formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür değerlendirilerek hazırlandı. Form, katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları gibi sosyodemografik bilgileri yanı sıra hemşirelerin aldıkları hasta güvenliği eğitimi, daha önce hasta güvenliği ile ilgili bir faaliyette bulunma durumu, daha önce bir tıbbi hatayla karşılaşma durumu, kendisinin veya ailesinin tıbbi hataya maruz kalma durumları ve tıbbi hataların neler olabileceğine yönelik toplam 13 soruluk bir form kullanıldı (EK 1).

3.4.2 Tıbbi hatalarda tutum ölçeği - THTÖ

“Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği”, Güleç ve İntepeler tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 16 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutları, tıbbi hata algısı (1 ve 2. maddeler), tıbbi hataya yaklaşım (3, 8, 10, 11, 12, 13 ve 14. maddeler) ve tıbbi hata nedenleridir (4, 5, 6, 7, 9, 15 ve 16. maddeler). Ölçek 5’li likert tipinde (1: Hiç katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum, 5: Tamamen katılıyorum) sorulardan oluşturulmuştur. Ölçekte 10. ve 13. maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçek puanı, madde toplamları ile elde edilen ham puanın ölçek

madde sayısına bölünmesi ile hesaplanmakta ve değerlendirme 1-5 puan aralığında yapılmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 3 olarak belirlenmiştir. 3'ün altında puan alınması tıbbi hatalara karşı olumsuz tutum, 3 ve üzeri puan alınması olumlu tutum sergilediğini belirtmektedir. Ölçeğin tamamı için belirtilen puanlama ve değerlendirme, ölçeğin tüm alt boyutları için de aynı şekilde kabul edilmektedir (5). Orijinal ölçeğin "Cronbach Alfa" değeri 0,52 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ise "Tıbbi Hata Algısı" alt boyutu için $\alpha=0,487$ olarak, "Tıbbi Hataya Yaklaşım" alt boyutu için $\alpha=0,689$; "Tıbbi Hata Nedenleri" alt boyutu için $\alpha=0,434$ olup toplam "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin" "Cronbach Alfa" katsayı 0,652'dir.

3.4.3 Hasta güvenliği tutum ölçeği - HGTÖ

Ölçeğin orijinali Teksas Üniversitesinde Sexton ve arkadaşları tarafından ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Baykal ve arkadaşları tarafından Türkçe 'ye uyarlanarak, tüm birimlerde uygulanabilir yapıya dönüştürülen ölçek 6 alt boyuttan ve 46 maddeden oluşmaktadır ayrıca 5'li Likert yapıdadır. Ölçeğin 21, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 ve 45. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 46, en yüksek puan 230'dur. Ölçek puanları arttıkça çalışanların hasta güvenliğine yönelik olumlu tutum içerisinde olduğu anlaşılmaktadır (6). Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği "Cronbach Alfa" değerleri bu araştırmada İş Doyumu alt boyutu için $\alpha=0,917$ olarak, Ekip Çalışması alt boyutu için $\alpha=0,791$; Güvenlik İklimi alt boyutu için $\alpha=0,879$; Yönetim Anlayışı alt boyutu için $\alpha=0,847$; Stresi Tanımlama alt boyutu için $\alpha=0,813$; Çalışma Koşulları alt boyutu için $\alpha=0,709$; olup toplam Hasta Güvenliği Tutum Ölçeğinin "Cronbach Alfa" katsayı 0,919 olarak belirlendi.

3.5 Verilerin Toplanması ve değerlendirilmesi

Araştırma verileri yüz yüze anket yöntemiyle dolduruldu. Araştırmacı tarafından anket uygulanması öncesinde bilgilendirme yapılarak, katılımcıların soruları yanıtlandı ve onamları alındı, sonrasında anketi doldurmaları istendi. Gündüz mesai

saatleri içerisinde formlar hemşirelere teslim edildi, mesai saati bitmede ise doldurulmuş formlar geri alındı. Verilerin toplanması ortalama 20 dk. sürdü.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için “NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 Statistical Software (NCSS LLC, Kaysville, Utah, USA)” programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken, nicel değişkenler “ortalama, standart sapma, medyan, min ve max değerleriyle, nitel değişkenler frekans ve yüzde” gibi tanımlayıcı istatistiksel metotlar ile gösterildi. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı “Shapiro Wilks” test ve “Box Plot” grafiklerden yararlanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup değerlendirmelerinde “Student test”; üç grup ve üzerindeki karşılaştırmalarında “Oneway Anova test” ve farklılığa neden olan grubun tespitinde “Bonferroni test” kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki gruba göre değerlendirmelerinde “Mann Whitney U Test”; üç grup ve üzeri karşılaştırmalarında “Kruskal Wallis Test” ile farklılığa neden olan grubun tespitinde “Dunn Test” kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde “Spearman Korelasyon Analizi” kullanıldı. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.6 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanmasına ve verilerin toplanmasına başlanmadan önce “Acıbadem Üniversitesi” ve “Acıbadem Sağlık Kuruluşları Tıbbi Araştırma Etik Kurulunun” 02.09.2021 tarih ve 2021-16/24 karar numarası ile gerekli izin yazılı olarak alındı (EK 2). Araştırmanın yürütüldüğü kurumdan yazılı izin alındı ve araştırma uygulanırken her aşamada etik ilkelere bağlılığa özen gösterildi (EK 3).

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeğinin ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin kullanılması amacıyla ölçek sahiplerinden yazılı izin alındı (EK-4, EK-5). Ayrıca araştırmaya katılacak hemşirelere araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında açıklama yapılarak “Aydınlatılmış Onam Formu” ile yazılı onamları alındı.

3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, tek merkezde ve kısıtlı yöntemde çalışıldığı için tüm hemşirelere ve tüm bakım alanlarına genellenemez.



4 BULGULAR

Çalışma 01.10.2022 – 15.05.2023 tarihleri arasında Acıbadem Maslak Hastanesinde %78'i (n=99) kadın ve %22'si (n=28) erkek olmak üzere toplam 127 olguyla yapılmıştır. Çalışmaya katılan olguların yaşları 21 ile 43 arasında değişmekte olup, ortalama yaş $25,47\pm 3,70$ olarak saptandı.

4.1 Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 3'de tanımlayıcı özelliklerin dağılımları sunuldu. Tablo incelendiğinde hemşirelerin %74'ünün (n=94) bekar, %56,7'sinin (n=72) lisans ve üstü eğitim düzeyinde olduğu görüldü. Çalışmaya katılanların ortalama cerrahi serviste çalışma süresi $2,77\pm 2,49$ olarak saptandı. Hemşirelerin %46,5'inin (n=59) yatan hasta servislerinde ve %52'sinin (n=66) dönüşümlü vardiyalarda çalıştığı görüldü. Çalışmaya katılan hemşirelerin haftalık çalışma saati ise, $51,21\pm 4,07$ olarak saptandı.

Tablo 3. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımları

Tanımlayıcı özellikler		n (%)
Cinsiyet	Kadın	99 (78,0)
	Erkek	28 (22,0)
Yaş	<i>Ort±Ss</i>	25,47±3,70
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	24 (21-43)
Medeni durum	Evli	33 (26,0)
	Bekar	94 (74,0)
Eğitim durumu	Lise	16 (12,6)
	Ön lisans	39 (30,7)
	Lisans ve üstü	72 (56,7)
Cerrahi serviste çalışma süresi (yıl)	<i>Ort±Ss</i>	2,77±2,49
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	2 (0,1-12)
Çalıştığı birim	Yatan hasta servisleri	59 (46,5)
	Ameliyathane, derlenme ünitesi	20 (15,7)
	Günübirlik birimler (IVF, endoskopi, multidisipliner bakım ünitesi)	32 (25,2)
	Yoğun bakım üniteleri	16 (12,6)
Çalışma şekli	Gündüz	54 (42,5)
	Dönüşümlü vardiyalar	66 (52,0)
	Gece	7 (5,5)
Haftalık çalışma saati	<i>Ort±Ss</i>	51,21±4,07
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (24-64)

Tablo 4’de Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hata Durumlarının Dağılımı sunuldu. Tablo incelendiğinde olguların %95,3’ünün (n=121) hasta güvenliği ilgili eğitim aldığı %25,2’sinin (n=32) hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir faaliyette bulunduğu görüldü. Olguların %23,6’sının (n=30) tıbbi hataya maruz %7,1’inin (n=9) aile fertlerinden herhangi birinin tıbbi hataya maruz kaldığı belirlendi.

Çalışmaya katılan olguların tıbbi hataların meydana gelme sebepleri incelendiğinde; %89’unun (n=113) hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması, %96,9’unun (n=123) uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres, %85,8’inin (n=109) iletişim bozuklukları, %67,7’sinin (n=86) ekip çalışmasının olmaması, %53,5’inin (n=68) sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması, %65,4’ünün (n=83) mesleki eğitimin yetersiz olması, %81,1’inin (n=103) özensiz çalışma ve %3,1’inin diğer sebeplerden kaynaklı olduğu görüldü.

Tablo 4. Hasta güvenliği ve tıbbi hata durumlarının dağılımı

		n (%)
Hasta güvenliği ilgili eğitim alma durumu	Hayır	6 (4,7)
	Evet	121 (95,3)
Hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir faaliyette bulunma durumu	Hayır	95 (74,8)
	Evet	32 (25,2)
Tıbbi hataya maruz kalma durumu	Hayır	97 (76,4)
	Evet	30 (23,6)
Aile fertlerinden herhangi birinin tıbbi hataya maruz kalma	Hayır	118 (92,9)
	Evet	9 (7,1)
Tıbbi hataların meydana gelme sebebi/ sebepleri	Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması	113 (89,0)
	Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres	123 (96,9)
	İletişim bozuklukları	109 (85,8)
	Ekip çalışmasının olmaması	86 (67,7)
	Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması	68 (53,5)
	Mesleki eğitimin yetersiz olması	83 (65,4)
	Özensiz çalışma	103 (81,1)
Diğer	4 (3,1)	

4.2 Hasta Güvenliği Tutum Ölçeğine İlişkin Verilen Yanıtlara İlişkin Bulgular

Tablo 5’te “Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği İç Tutarlılıklarının Dağılımı” sunuldu. Tablo incelendiğinde araştırmaya katılan olguların Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “İş Doyumu” alt boyutundan aldıkları puanlar 11 ile 55 arasında değişmekte olup, ortalama $43,54 \pm 7,83$ puan; “Ekip Çalışması” alt boyutundan aldıkları puanlar 19 ile 60 arasında değişmekte olup, ortalama $50,43 \pm 5,93$ puan; “Güvenlik İklimi” alt boyutundan aldıkları puanlar 5 ile 25 arasında değişmekte olup, ortalama puan $22,01 \pm 2,89$; “Yönetim Anlayışı” alt boyutundan aldıkları puanlar 19 ile 35 arasında değişmekte olup, ortalama puan $30,97 \pm 3,89$; “Stresi Tanımlama” alt boyutundan aldıkları puanlar 5 ile 25 arasında değişmektedir. Bu arada ortalama puan $15,04 \pm 5,17$; “Çalışma Koşulları” alt boyutundan aldıkları puanlar 12 ile 30 arasında değişmekte olup, ortalama puan $21,33 \pm 5,08$ olarak belirlendi. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alt boyutlarından aldıkları toplam puanlar 85 ile 229 arasında değişmekte olup; ortalama puan $183,32 \pm 21,44$ ’tür.

Tablo 5. Hasta güvenliği tutum ölçeği iç tutarlılıklarının dağılımı

	Soru Sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Cronbach’s Alpha
İş Doyumu	11	43,54±7,83	43 (11-55)	0,917
Ekip Çalışması	12	50,43±5,93	51 (19-60)	0,791
Güvenlik İklimi	5	22,01±2,89	23 (5-25)	0,879
Yönetim Anlayışı	7	30,97±3,89	32 (19-35)	0,847
Stresi Tanımlama	5	15,04±5,17	15 (5-25)	0,813
Çalışma Koşulları	6	21,33±5,08	21 (12-30)	0,709
HGTÖ Toplam	46	183,32±21,44	184 (85-229)	0,919

4.3 Tıbbi Hata Tutum Ölçeğine İlişkin Verilen Yanıtlara İlişkin Bulgular

Tablo 6’da Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği İç Tutarlılıklarının Dağılımı sunuldu. Tablo incelendiğinde araştırmaya katılan olguların Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği “Tıbbi Hata Algısı” alt boyutundan aldıkları puanlar 1 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalama $3,27 \pm 0,72$ puan; “Tıbbi Hataya Yaklaşım” alt boyutundan aldıkları puanlar 2,1 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalama $3,65 \pm 0,41$ puan; “Tıbbi Hata Nedenleri”

alt boyutundan aldıkları puanlar 2,1 ile 4,4 arasında değişmekte olup, ortalama puan $3,50 \pm 0,34$ olarak belirlenmiştir Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği alt boyutlarından aldıkları toplam puanlar 2,7 ile 4,8 arasında değişmekte olup; ortalama puan $3,64 \pm 0,31$ 'tü.

Tablo 6. Tıbbi hatalarda tutum ölçeği iç tutarlılıklarının dağılımı

	Soru Sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Cronbach's Alpha
Tıbbi Hata Algısı	2	3,27±0,72	3 (1-5)	0,487
Tıbbi Hataya Yaklaşım	7	3,65±0,41	3,7 (2,1-5)	0,689
Tıbbi Hata Nedenleri	7	3,50±0,34	3,4 (2,1-4,4)	0,434
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Toplam	16	3,64±0,31	3,6 (2,7-4,8)	0,652

Tablo 7’de de Cinsiyete Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması sunuldu. Tablo incelendiğinde erkeklerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “İş Doyumu” alt boyut puanı, kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,038$; $p<0,05$).

Cinsiyete göre olguların Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “Ekip çalışması”, “Güvenlik İklimi”, “Yönetim Anlayışı”, “Stresi Tanımlama”, “Çalışma Koşulları” alt boyut puanlarının ve HGTÖ toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Cinsiyete göre olguların Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği alt boyut puanlarının ve toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 7. Cinsiyete göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Puanlar		Cinsiyet		p
		Kadın (n=99)	Erkek (n=28)	
Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği				
İş Doyumu	<i>Ort±Ss</i>	42,78±7,83	46,25±7,31	<i>0,038*</i>
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	43 (11-55)	47,5 (28-55)	
Ekip Çalışması	<i>Ort±Ss</i>	50,21±6,06	51,21±5,47	<i>0,432</i>
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	51 (19-60)	52 (41-59)	

Tablo 7. Cinsiyete göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devam)

Puanlar		Cinsiyet		p
Güvenlik İklimi	<i>Ort±Ss</i>	21,85±3,00	22,57±2,44	^b 0,299
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	22 (5-25)	23 (16-25)	
Yönetim Anlayışı	<i>Ort±Ss</i>	30,84±3,81	31,43±4,18	^b 0,289
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	32 (19-35)	32,5 (21-35)	
Stresi Tanımlama	<i>Ort±Ss</i>	14,76±5,10	16,04±5,41	^a 0,250
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	15 (5-25)	15,5 (7-25)	
Çalışma Koşulları	<i>Ort±Ss</i>	21,10±4,94	22,14±5,56	^a 0,340
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	21 (12-30)	20,5 (14-30)	
HGTÖ Toplam	<i>Ort±Ss</i>	181,54±21,11	189,64±21,77	^a 0,077
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	183 (85-225)	190,5 (152-229)	
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği				
Tıbbi Hata Algısı	<i>Ort±Ss</i>	3,30±0,70	3,16±0,81	^b 0,176
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3 (1-5)	3 (1,5-5)	
Tıbbi Hataya Yaklaşım	<i>Ort±Ss</i>	3,66±0,42	3,64±0,38	^b 0,808
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,7 (2,1-5)	3,6 (3-4,4)	
Tıbbi Hata Nedenleri	<i>Ort±Ss</i>	3,51±0,34	3,47±0,32	^b 0,692
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,6 (2,1-4,4)	3,4 (3-3,9)	
THTÖ Toplam	<i>Ort±Ss</i>	3,67±0,30	3,56±0,34	^a 0,100
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,7 (2,7-4,8)	3,5 (3-4,4)	

^aStudent t-Test

^bMann-Whitney U-Test

*p<0,05

Tablo 8 de Eğitim Durumuna Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması sunuldu. Tablo incelendiğinde eğitim durumuna göre olguların Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “İş Doyumu”, “Ekip çalışması”, “Güvenlik İklimi” ve “Yönetim Anlayışı” alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05).

Eğitim durumuna göre olguların Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “Stresi Tanımlama” alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,015; p<0,05). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; önlisans mezunu olan olguların puanı, lisans ve üstü mezunu olanlardan anlamlı yüksekti (p=0,023; p<0,05).

Eğitim durumuna göre olguların Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “Çalışma Koşulları” alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı

($p=0,034$; $p<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; önlisans mezunu olan olguların puanı, lise mezunu olanlardan anlamlı yüksekti ($p=0,031$; $p<0,05$).

Eğitim durumuna göre olguların Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,022$; $p<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; önlisans mezunu olan olguların puanı, lisans ve üstü mezunu olanlardan anlamlı yüksekti ($p=0,028$; $p<0,05$).

Eğitim durumuna göre olguların Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği alt boyut puanlarının ve toplam puanın istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 8. Eğitim durumuna göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Puanlar		Eğitim durumu			<i>p</i>
		Lise (n=16)	Ön lisans (n=39)	Lisans ve üstü (n=72)	
Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği					
İş Doyumu	<i>Ort±Ss</i>	42,31±9,99	44,97±6,60	43,04±7,91	^c 0,372
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	43 (20-55)	46 (25-55)	43 (11-55)	
Ekip Çalışması	<i>Ort±Ss</i>	50,31±5,61	51,59±5,01	49,83±6,42	^c 0,331
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50,5 (41-59)	52 (40-60)	50 (19-60)	
Güvenlik İklimi	<i>Ort±Ss</i>	22,25±2,32	22,77±2,07	21,54±3,30	^d 0,129
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	23 (19-25)	23 (20-25)	22 (5-25)	
Yönetim Anlayışı	<i>Ort±Ss</i>	30,56±4,52	31,82±3,46	30,60±3,95	^d 0,303
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	32 (21-35)	33 (21-35)	31 (19-35)	
Stresi Tanımlama	<i>Ort±Ss</i>	13,69±5,87	17,00±4,97	14,28±4,89	^c 0,015*
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	12,5 (5-25)	17 (5-25)	14 (5-25)	
Çalışma Koşulları	<i>Ort±Ss</i>	19,56±4,05	22,97±4,94	20,83±5,18	^c 0,034*
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	20 (13-26)	23 (13-30)	21 (12-30)	
HGTÖ Toplam	<i>Ort±Ss</i>	178,69±20	191,13±17,28	180,13±22,87	^c 0,022*
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	183 (143-222)	194 (141-223)	180 (85-229)	
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği					
Tıbbi Hata Algısı	<i>Ort±Ss</i>	3,31±0,68	3,10±0,74	3,35±0,71	^d 0,156
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3 (2,5-5)	3 (1-5)	3 (1,5-5)	

Tablo 8. Eğitim durumuna göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devam)

Puanlar		Eğitim durumu			p
		Lise (n=16)	Ön lisans (n=39)	Lisans ve üstü (n=72)	
Tıbbi Hataya Yaklaşım	<i>Ort±Ss</i>	3,63±0,58	3,57±0,42	3,70±0,35	^d 0,105
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,7 (2,1-4,4)	3,4 (3-5)	3,7 (2,9-4,7)	
Tıbbi Hata Nedenleri	<i>Ort±Ss</i>	3,44±0,46	3,42±0,35	3,56±0,29	^d 0,090
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,4 (2,1-4)	3,3 (3-4,4)	3,6 (2,9-4,4)	
THTÖ Toplam	<i>Ort±Ss</i>	3,54±0,40	3,59±0,32	3,70±0,28	^c 0,077
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,6 (2,7-4,4)	3,5 (3,1-4,8)	3,7 (3,1-4,4)	

^cOne Way Anova Test & Bonferroni Test

^dKruskal Wallis Test

*p<0,05

Tablo 9’de Çalışma Şekline Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması sunuldu. Tablo incelendiğinde çalışma şekline göre olguların Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği alt boyut puanlarının ve toplam puanın istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05).

Tablo 9. Çalışma şekline göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Puanlar		Çalışma şekli			p
		Gündüz (n=54)	Dönüşümlü vardiyalar (n=66)	Gece (n=7)	
Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği					
İş Doyumu	<i>Ort±Ss</i>	42,04±9,11	44,64±6,57	44,86±7,03	0,285
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	42 (11-55)	43 (25-55)	44 (32-53)	
Ekip Çalışması	<i>Ort±Ss</i>	49,59±6,86	51,09±5,06	50,71±5,88	0,702
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50,5 (19-60)	51,5 (38-60)	50 (43-59)	
Güvenlik İklimi	<i>Ort±Ss</i>	22,13±3,34	21,97±2,47	21,43±3,21	0,641
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	23 (5-25)	22 (16-25)	21 (16-25)	
Yönetim Anlayışı	<i>Ort±Ss</i>	31,13±3,93	30,98±3,89	29,57±3,78	0,459
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	32,5 (21-35)	32 (19-35)	28 (25-35)	
Stresi Tanımlama	<i>Ort±Ss</i>	14,46±5,06	15,38±5,33	16,29±4,57	0,543
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	15 (5-25)	15 (5-25)	17 (10-23)	
Çalışma Koşulları	<i>Ort±Ss</i>	21,06±5,09	21,59±5,19	21,00±4,47	0,766
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	21 (13-30)	21,5 (12-30)	20 (17-30)	

Tablo 9. Çalışma şekline göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devam)

Puanlar		Çalışma şekli			^d p
		Gündüz (n=54)	Dönüşümlü vardiyalar (n=66)	Gece (n=7)	
HGTÖ Toplam	<i>Ort±Ss</i>	180,41±24,13	185,65±19,12	183,86±20,39	0,496
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	183,5 (85-225)	185 (140-229)	184 (153-218)	
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği					
Tıbbi Hata Algısı	<i>Ort±Ss</i>	3,41±0,68	3,18±0,76	3,07±0,61	0,154
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,5 (2-5)	3 (1-5)	3 (2-4)	
Tıbbi Hataya Yaklaşım	<i>Ort±Ss</i>	3,70±0,42	3,61±0,39	3,67±0,53	0,326
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,7 (2,1-4,6)	3,6 (2,9-5)	3,7 (3-4,7)	
Tıbbi Hata Nedenleri	<i>Ort±Ss</i>	3,52±0,34	3,48±0,33	3,55±0,41	0,579
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,6 (2,1-4,1)	3,4 (2,9-4,4)	3,4 (3-4,3)	
THTÖ Toplam	<i>Ort±Ss</i>	3,70±0,29	3,61±0,33	3,54±0,24	0,051
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,8 (2,7-4,4)	3,6 (3,1-4,8)	3,6 (3,2-3,8)	

^dKruskal Wallis Test

*p<0,05

Tablo 10’de Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ile Yaş, Cerrahi Serviste Çalışma Süresi (Yıl) ve Haftalık Çalışma Saatinin İlişkisi sunuldu. Tablo incelendiğinde yaş ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alt boyut puanlarının ve toplam puanın istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği belirlendi (p>0,05).

Olguların cerrahi serviste çalışma süresi (yıl) ile “İş doyumu” alt boyut puanı arasında negatif yönlü (cerrahi serviste çalışma süresi (yıl) arttıkça, “İş Doyumu” alt boyut puanı azalan) istatistiksel olarak çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptandı (r=-0,186; p=0,036; p<0,05).

Olguların cerrahi serviste çalışma süresi (yıl) ile “Ekip çalışması” alt boyut puanı arasında negatif yönlü (cerrahi serviste çalışma süresi (yıl) arttıkça, “Ekip çalışması” alt boyut puanı azalan) istatistiksel olarak zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptandı (r=-0,215; p=0,015; p<0,05).

Cerrahi serviste çalışma süresi (yıl) ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “Güvenlik İklimi”, “Yönetim Anlayışı”, “Stresi Tanımlama” ve “Çalışma Koşulları” alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Olguların cerrahi serviste çalışma süresi (yıl) ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği puanı arasında negatif yönlü (cerrahi serviste çalışma süresi (yıl) arttıkça, Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği puanı azalan) istatistiksel olarak zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,203$; $p=0,022$; $p<0,05$).

Haftalık çalışma saati ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alt boyut puanlarının ve toplam puanın istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 10. Hasta güvenliği tutum ölçeği ile yaş, cerrahi serviste çalışma süresi (yıl) ve haftalık çalışma saatinin ilişkisi

Puanlar		Yaş	Cerrahi serviste çalışma süresi (yıl)	Haftalık çalışma saati
İş Doyumu	r	-0,127	-0,186	-0,042
	p	0,155	0,036*	0,636
Ekip Çalışması	r	-0,133	-0,215	-0,108
	p	0,137	0,015*	0,225
Güvenlik İklimi	r	-0,021	-0,131	0,028
	p	0,812	0,141	0,756
Yönetim Anlayışı	r	-0,031	-0,028	0,081
	p	0,730	0,753	0,365
Stresi Tanımlama	r	-0,144	-0,085	0,082
	p	0,107	0,340	0,361
Çalışma Koşulları	r	-0,102	-0,124	0,004
	p	0,253	0,164	0,966
HGTÖ Toplam	r	-0,160	-0,203	0,000
	p	0,072	0,022*	0,998

r:Spearman Correlation Test * $p<0,05$

Tablo 11’da Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ile Yaş, Cerrahi Serviste Çalışma Süresi (Yıl) ve Haftalık Çalışma Saatinin İlişkisi sunuldu. Tablo incelendiğinde Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği alt boyut puanlarının ve toplam puanın; yaş, cerrahi serviste çalışma süresi (yıl) ve haftalık çalışma saati ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 11. Tıbbi hatalarda tutum ölçeği ile yaş, cerrahi serviste çalışma süresi (yıl) ve haftalık çalışma saatinin ilişkisi

Puanlar		Yaş	Cerrahi serviste çalışma süresi (yıl)	Haftalık çalışma saati
Tıbbi Hata Algısı	r	0,046	-0,147	0,001
	p	0,604	0,099	0,987
Tıbbi Hataya Yaklaşım	r	-0,060	-0,135	0,005
	p	0,502	0,131	0,954
Tıbbi Hata Nedenleri	r	-0,010	-0,088	0,026
	p	0,909	0,327	0,768
THTÖ Toplam	r	0,011	-0,061	-0,033
	p	0,902	0,493	0,709

r:Spearman Correlation Test

Tablo 12’de Hasta Güvenliği İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması sunuldu. Tablo incelendiğinde hasta güvenliği ilgili eğitim alma durumuna göre olguların Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği alt boyut puanlarının ve toplam puanın istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 12. Hasta güvenliği ilgili eğitim alma durumuna göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Puanlar		Hasta güvenliği ilgili eğitim alma durumu		^b p
		Hayır (n=6)	Evet (n=121)	
Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği				
İş Doyumu	Ort±Ss	42,83±5,19	43,58±7,95	0,535
	Medyan (Min-Maks)	41,5 (38-51)	43 (11-55)	
Ekip Çalışması	Ort±Ss	50,00±2,76	50,45±6,05	0,652
	Medyan (Min-Maks)	51 (45-52)	51 (19-60)	
Güvenlik İklimi	Ort±Ss	21,00±2,19	22,06±2,92	0,218
	Medyan (Min-Maks)	20 (19-25)	23 (5-25)	
Yönetim Anlayışı	Ort±Ss	30,17±3,31	31,01±3,92	0,461
	Medyan (Min-Maks)	29,5 (26-35)	32 (19-35)	
Stresi Tanımlama	Ort±Ss	12,00±2,28	15,19±5,23	0,077
	Medyan (Min-Maks)	12,5 (8-14)	15 (5-25)	
Çalışma Koşulları	Ort±Ss	20,00±5,06	21,40±5,09	0,535
	Medyan (Min-Maks)	19,5 (15-27)	21 (12-30)	

Tablo 12. Hasta güvenliği ilgili eğitim alma durumuna göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devam)

Puanlar		Hasta güvenliği ilgili eğitim alma durumu		^b p
		Hayır (n=6)	Evet (n=121)	
Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği				
HGTÖ Toplam	<i>Ort±Ss</i>	176,00±13,37	183,69±21,74	0,237
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	176 (160-199)	185 (85-229)	
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği				
Tıbbi Hata Algısı	<i>Ort±Ss</i>	3,67±0,52	3,25±0,73	0,089
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	4 (3-4)	3 (1-5)	
Tıbbi Hataya Yaklaşım	<i>Ort±Ss</i>	3,69±0,28	3,65±0,41	0,723
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,6 (3,3-4)	3,7 (2,1-5)	
Tıbbi Hata Nedenleri	<i>Ort±Ss</i>	3,43±0,24	3,50±0,34	0,476
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,4 (3,1-3,7)	3,4 (2,1-4,4)	
THTÖ Toplam	<i>Ort±Ss</i>	3,68±0,24	3,64±0,32	0,580
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,7 (3,3-3,9)	3,6 (2,7-4,8)	

^bMann-Whitney U-Test

Tablo 13’de Hasta Güvenliği ile İlgili Herhangi Bir Faaliyette Bulunma Durumuna Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması sunuldu. Tablo incelendiğinde hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir faaliyette bulunma durumuna göre olguların Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği alt boyut puanlarının ve toplam puanın istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 13. Hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir faaliyette bulunma durumuna göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Puanlar		Hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir faaliyette bulunma durumu		p
		Hayır (n=95)	Evet (n=32)	
Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği				
İş Doyumu	<i>Ort±Ss</i>	43,97±8,21	42,28±6,50	^a0,293
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	44 (11-55)	42 (30-55)	
Ekip Çalışması	<i>Ort±Ss</i>	50,92±6,06	49,00±5,35	^a0,114
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	52 (19-60)	48,5 (37-60)	
Güvenlik İklimi	<i>Ort±Ss</i>	22,15±3,00	21,59±2,54	^b0,199
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	23 (5-25)	21 (17-25)	
Yönetim Anlayışı	<i>Ort±Ss</i>	31,06±4,05	30,69±3,40	^b0,363
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	32 (19-35)	31 (22-35)	

Tablo 13. Hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir faaliyette bulunma durumuna göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devam)

Puanlar		Hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir faaliyette bulunma durumu		p
		Hayır (n=95)	Evet (n=32)	
Stresi Tanımlama	<i>Ort±Ss</i>	14,80±5,35	15,75±4,59	^a 0,371
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	15 (5-25)	15 (8-25)	
Çalışma Koşulları	<i>Ort±Ss</i>	21,27±5,18	21,50±4,83	^a 0,828
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	21 (12-30)	20,5 (13-30)	
HGTÖ Toplam	<i>Ort±Ss</i>	184,17±21,95	180,81±19,96	^a 0,446
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	185 (85-225)	179 (143-229)	
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği				
Tıbbi Hata Algısı	<i>Ort±Ss</i>	3,34±0,72	3,08±0,72	^b 0,227
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3 (2-5)	3 (1-5)	
Tıbbi Hataya Yaklaşım	<i>Ort±Ss</i>	3,68±0,42	3,58±0,36	^b 0,257
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,7 (2,1-5)	3,6 (2,9-4,3)	
Tıbbi Hata Nedenleri	<i>Ort±Ss</i>	3,52±0,34	3,44±0,33	^b 0,128
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,6 (2,1-4,4)	3,4 (2,9-4,4)	
THTÖ Toplam	<i>Ort±Ss</i>	3,65±0,31	3,62±0,32	^a 0,661
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,6 (2,7-4,8)	3,7 (3,1-4,3)	

^aStudent t-Test

^bMann-Whitney U-Test

Tablo 14’de Tıbbi Hataya Maruz Kalma Durumuna Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması sunuldu. Tablo incelendiğinde tıbbi hataya maruz kalma durumuna göre olguların Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği alt boyut puanlarının ve toplam puanın istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 14. Tıbbi hataya maruz kalma durumuna göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Puanlar		Tıbbi hataya maruz kalma durumu		p
		Hayır (n=97)	Evet (n=30)	
Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği				
İş Doyumu	<i>Ort±Ss</i>	44,06±7,85	41,87±7,63	^a 0,180
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	44 (11-55)	43 (20-55)	
Ekip Çalışması	<i>Ort±Ss</i>	50,88±6,01	49,00±5,53	^a 0,130
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	51 (19-60)	48 (40-59)	

Tablo 14. Tıbbi hataya maruz kalma durumuna göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması (Devam)

Puanlar		Tıbbi hataya maruz kalma durumu		p
		Hayır (n=97)	Evet (n=30)	
Güvenlik İklimi	<i>Ort±Ss</i>	21,98±3,01	22,10±2,52	^b 0,936
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	23 (5-25)	22 (16-25)	
Yönetim Anlayışı	<i>Ort±Ss</i>	31,11±3,79	30,50±4,24	^b 0,601
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	32 (19-35)	31 (21-35)	
Stresi Tanımlama	<i>Ort±Ss</i>	14,92±5,44	15,43±4,23	^a 0,635
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	15 (5-25)	16,5 (5-25)	
Çalışma Koşulları	<i>Ort±Ss</i>	21,27±5,31	21,53±4,34	^a 0,804
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	21 (12-30)	22 (13-30)	
HGTÖ Toplam	<i>Ort±Ss</i>	184,22±21,76	180,43±20,45	^a 0,400
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	185 (85-229)	179 (141-222)	
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği				
Tıbbi Hata Algısı	<i>Ort±Ss</i>	3,27±0,74	3,27±0,68	^b 0,960
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3 (1-5)	3 (2-5)	
Tıbbi Hataya Yaklaşım	<i>Ort±Ss</i>	3,67±0,44	3,61±0,29	^b 0,434
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,7 (2,1-5)	3,6 (3,1-4,3)	
Tıbbi Hata Nedenleri	<i>Ort±Ss</i>	3,51±0,36	3,48±0,27	^b 0,701
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,6 (2,1-4,4)	3,4 (3-3,9)	
THTÖ Toplam	<i>Ort±Ss</i>	3,66±0,32	3,59±0,30	^a 0,295
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,7 (2,7-4,8)	3,6 (3,2-4,3)	

^aStudent t-Test

^bMann-Whitney U-Test

Tablo 15’te Aile Fertlerinden Herhangi Birinin Tıbbi Hataya Maruz Kalma Durumuna Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ve Tıbbi Hata Tutum Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması sunuldu. Tablo incelendiğinde aile fertlerinden herhangi birinin tıbbi hataya maruz kalma durumuna göre olguların Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği alt boyut puanlarının ve toplam puanın istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05).

Tablo 15. Aile fertlerinden herhangi birinin tıbbi hataya maruz kalma durumuna göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Puanlar		Aile fertlerinden herhangi birinin tıbbi hataya maruz kalma		^b p
		Hayır (n=118)	Evet (n=9)	
Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği				
İş Doymu	<i>Ort±Ss</i>	44,01±7,34	37,44±11,46	0,112
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	43 (11-55)	42 (20-55)	
Ekip Çalışması	<i>Ort±Ss</i>	50,70±5,86	46,89±6,09	0,066
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	51 (19-60)	46 (39-56)	
Güvenlik İklimi	<i>Ort±Ss</i>	22,03±2,93	21,78±2,54	0,667
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	23 (5-25)	21 (18-25)	
Yönetim Anlayışı	<i>Ort±Ss</i>	31,09±3,73	29,33±5,61	0,410
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	32 (19-35)	33 (21-35)	
Stresi Tanımlama	<i>Ort±Ss</i>	14,85±5,21	17,56±4,10	0,117
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	15 (5-25)	17 (11-25)	
Çalışma Koşulları	<i>Ort±Ss</i>	21,26±5,16	22,22±4,09	0,575
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	21 (12-30)	23 (17-29)	
HGTÖ Toplam	<i>Ort±Ss</i>	183,94±20,81	175,22±28,81	0,310
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	185 (85-229)	177 (141-222)	
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği				
Tıbbi Hata Algısı	<i>Ort±Ss</i>	3,30±0,71	2,94±0,81	0,142
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3 (1-5)	3 (2-4,5)	
Tıbbi Hataya Yaklaşım	<i>Ort±Ss</i>	3,65±0,41	3,65±0,40	0,705
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,7 (2,1-5)	3,6 (3,1-4,6)	
Tıbbi Hata Nedenleri	<i>Ort±Ss</i>	3,50±0,34	3,56±0,30	0,701
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,4 (2,1-4,4)	3,6 (3,1-4,1)	
THTÖ Toplam	<i>Ort±Ss</i>	3,65±0,32	3,53±0,24	0,166
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3,7 (2,7-4,8)	3,5 (3,2-4)	

^bMann-Whitney U-Test

Tablo 16’ da Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin ilişkisi sunuldu. Tablo incelendiğinde olguların Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği “Tıbbi Hata Algısı” alt boyut puanı ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “İş doymu”, “Ekip Çalışması”, “Güvenlik İklimi” ve “Yönetim Anlayışı” alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği belirlendi (p>0,05).

Olguların Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği “Tıbbi Hata Algısı” alt boyut puanı ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “Stresi Tanımlama” alt boyut puanı arasında negatif

yönlü (Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği “Tıbbi Hata Algısı” puanı arttıkça, Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “Stresi Tanımlama” puanı azalan) istatistiksel olarak zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,274$; $p=0,002$; $p<0,01$).

Olguların Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği “Tıbbi Hata Algısı” alt boyut puanı ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “Çalışma Koşulları” alt boyut puanı arasında negatif yönlü (Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği “Tıbbi Hata Algısı” puanı arttıkça, Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “Çalışma Koşulları” puanı azalan) istatistiksel olarak orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,415$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği “Tıbbi Hata Algısı” alt boyut puanı ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Olguların Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği “Tıbbi Hataya Yaklaşım” alt boyut puanı ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “İş Doyumu” alt boyut puanı arasında pozitif yönlü (Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği “Tıbbi Hataya Yaklaşım” puanı arttıkça, Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “İş Doyumu” puanı artan) istatistiksel olarak çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($r=0,175$; $p=0,049$; $p<0,05$).

Olguların Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği “Tıbbi Hataya Yaklaşım” alt boyut puanı ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “Ekip Çalışması” alt boyut puanının istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Olguların Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği “Tıbbi Hataya Yaklaşım” alt boyut puanı ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “Güvenlik İklimi” alt boyut puanı arasında pozitif yönlü (Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği “Tıbbi Hataya Yaklaşım” puanı arttıkça, Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “Güvenlik İklimi” puanı artan) istatistiksel olarak çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($r=0,177$; $p=0,046$; $p<0,05$).

Olguların Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği “Tıbbi Hataya Yaklaşım” alt boyut puanı ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “Yönetim Anlayışı”, “Stresi Tanımlama”, “Çalışma

Koşulları” alt boyut puanları ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ile Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği, “Tıbbi Hata Nedenleri” alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Olguların Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam puanı ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “İş doyumu”, “Ekip Çalışması”, “Güvenlik İklimi” ve “Yönetim Anlayışı” alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Olguların Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam puanı ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “Stresi Tanımlama” alt boyut puanı arasında negatif yönlü (Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam puanı arttıkça, Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “Stresi Tanımlama” puanı azalan) istatistiksel olarak zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,202$; $p=0,023$; $p<0,05$).

Olguların Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam puanı ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “Çalışma Koşulları” alt boyut puanı arasında negatif yönlü (Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam puanı arttıkça, Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği “Çalışma Koşulları” puanı azalan) istatistiksel olarak çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,183$; $p=0,040$; $p<0,05$).

Olguların Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği toplam puanı ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 16. Hasta güvenliği tutum ölçeği ile tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin ilişkisi

Puanlar		Tıbbi Hata Algısı	Tıbbi Hataya Yaklaşım	Tıbbi Hata Nedenleri	THTÖ Toplam
İş Doyumu	r	0,073	0,175	0,143	0,081
	p	0,416	0,049*	0,109	0,368
Ekip Çalışması	r	0,029	0,014	0,021	0,026
	p	0,750	0,872	0,812	0,770

Tablo 16. Hasta güvenliği tutum ölçeği ile tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin ilişkisi (devam)

Puanlar		Tıbbi Hata Algısı	Tıbbi Hataya Yaklaşım	Tıbbi Hata Nedenleri	THTÖ Toplam
Güvenlik İklimi	<i>r</i>	0,112	0,177	0,153	0,096
	<i>p</i>	0,211	0,046*	0,085	0,285
Yönetim Anlayışı	<i>r</i>	0,022	0,106	0,102	0,020
	<i>p</i>	0,809	0,236	0,254	0,826
Stresi Tanımlama	<i>r</i>	-0,274	-0,122	-0,041	-0,202
	<i>p</i>	0,002**	0,172	0,647	0,023*
Çalışma Koşulları	<i>r</i>	-0,415	-0,171	-0,077	-0,183
	<i>p</i>	0,001**	0,055	0,387	0,040*
HGTÖ Toplam	<i>r</i>	-0,150	0,010	0,043	-0,047
	<i>p</i>	0,093	0,908	0,632	0,602

r:Spearman Correlation Test

**p*<0,05

***p*<0,01

5 TARTIŞMA

Bu araştırmada, cerrahi hastalarına bakım veren hemşirelerin hasta güvenliğine ve tıbbi hatalara ilişkin tutumlarının belirlendiği bulgular ilgili literatür doğrultusunda aşağıda tartışıldı.

Elde edilen bulgular doğrultusunda, hemşirelerin yaş ortalamalarının genç erişkin grupta, 21-43 yaş arasında daha çok kadın cinsiyette ve bekar olduğu belirlenmiştir. Eğitim mesleki durum açısından bakıldığında daha çok lisans mezunu ve 0-5 yıl arasında çalışma süresine sahip olanlardan oluştuğu görüldü.

Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği hemşirenin cinsiyeti de dahil olmak üzere çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık konulardır. Cinsiyetin kendisi doğrudan tıbbi hatalara neden olmayabilir veya hasta güvenliğini etkilemese de, hemşirenin cinsiyetine göre değişebilen bazı hususlar nedeniyle potansiyel etkisi olabilir. Bazı araştırmalar, kadınların daha empatik ve besleyici iletişim tarzları sergileme eğilimindeyken, erkeklerin daha iddialı veya doğrudan bir yaklaşım benimseyebileceğini göstermektedir. İletişim tarzlarındaki bu farklılıklar potansiyel olarak hasta etkileşimlerini ve dolayısıyla hasta güvenliğini etkileyebilir (116). Ayrıca farklı cinsiyetler arasındaki farklılıklar, bireylerin çevresindeki kişi ve durumlara karşı farklı ön yargılar geliştirmelerine de neden olabilir. Bu önyargılar, hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarını nasıl algıladıklarını ve onlarla nasıl etkileşim kurduklarını etkileyerek hasta güvenliğini ve tıbbi hata olasılığını potansiyel olarak etkileyebilir (117). Bu araştırmada “Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği” puanları cinsiyete göre farklılık göstermemekle birlikte İş Doyumu alt boyut puanı, kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumları arasında cinsiyete göre herhangi bir farklılık görülmedi. Bu durumun araştırmaya dahil edilen hemşirelerin çoğunun kadın oluşundan kaynaklanabileceği düşünüldü.

Hemşirelerin eğitimi, tıbbi hatalar ve hasta güvenliği üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. İyi eğitilmiş ve yetkin bir hemşire işgücünün, yüksek kaliteli bakım sağlayarak ve tıbbi hataları azalttığı saptanmıştır (118). Koehn ve arkadaşlarının yaptığı bir

çalışmada; Hemşirelik eğitimi, uygun klinik yargılarda bulunmalarını sağlayarak eleştirel düşünme becerilerini geliştirdiği ve tıbbi hataları hastalara zarar vermeden önce tespit edildiği gözlenmiştir. Yüksek Lisans veya Doktora derecesi gibi ileri hemşirelik eğitimi, hemşireleri liderlik ve yönetim rollerine hazırladığı, güçlü liderlik becerileri, sağlık kuruluşları içinde bir güvenlik kültürü oluşturmaya, hataları önlemek için politikalar ile protokoller uygulamaya, raporlama ve hatalardan ders çıkarmaya yönelik destekleyici bir ortam geliştirmeye katkıda bulunduğu saptanmıştır (119).

Dilemek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin eğitim seviyesi ile tıbbi hata tutumları arasında bir ilişki saptanmamıştır (120). Burgarner Kuzey Caroline Hastanesinde yaptığı çalışmada, 196 tane gerçekleştirmiş tıbbi hatanın incelenmesi sonucunda hataların 8'inin lise mezunu, 123'ünün ön lisans mezunu, 59'unun lisans mezunu, 6'sının yüksek lisans ve üstü eğitim seviyesine sahip hemşirelerce yapılmıştır. Buna göre her eğitim seviyesinde tıbbi hataların olabileceği ancak yine de eğitim seviyesinin düşük olmasının tıbbi hatayı tetikleyebileceği sonucuna ulaşmıştır (121). Gök ve Sarı'nın yaptığı çalışmada, tıbbi hataya yaklaşım alt ölçeklerinde eğitimin etkili olduğunu, lisans ve lisansüstü hemşirelerin puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (122). Yine Yaprak ve İntepeler de eğitimin etkili olduğu sonucuna ulaşmıştır(123). Güven ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise lisans olan mezunu hemşirelerin tıbbi hata tutumları lise mezunu ve ön lisans mezunu hemşirelere göre daha olumlu olduğu bulmuşlardır. (124). Kıymaz ve Koç'un yapmış oldukları çalışmada yüksek lisans mezunu hemşirelerin tıbbi tutumlarının lise, ön lisans ve lisans mezunu hemşirelerden daha olumlu olduğu bulmuşlardır (125). Aktan ve Atay'ın yaptığı çalışmada ise, hemşirelerin eğitim seviyesi arttıkça THTÖ toplam puanlarının da arttığı görülmüş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur (126). Bu araştırmada eğitim durumuna göre olguların “Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği” alt boyut puanlarının ve toplam puanın istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi. “Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği” puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Ancak diğer çalışmalardan farklı olarak ön lisans mezunu olan olguların puanı, lisans ve üstü mezunu olanlardan anlamlı yüksekti. Bu durumun ön lisans mezunu hemşirelerin çalışma deneyimlerinin lisans mezunlarından fazla olması ve kurumda daha uzun süredir çalışıyor olmanın

etkisiyle kurumun hasta güvenliğini destekleyen kültürünü içselleştirmelerinden kaynaklanabileceği düşünüldü.

Hemşirelik mesleğinin doğası gereği gerek uzun çalışma saatleri gerekse de gece uzun saatler nöbet tutma, tıbbi hata yapma eğilimini artırabileceğinden hasta güvenliği için tehlike oluşturabilir. Amerika da 393 hemşire üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, 12 saatten fazla nöbet tutan ve haftada 40 saatten fazla mesai yapan hemşirelerin hata yapma ihtimalinin arttığı ve hasta güvenliğini tehlikeye atabildiği sonucuna varılmıştır. Ayrıca, hemşirelerin çalışma saatleri artıkça hastada meydana gelebilecek olumlu veya olumsuz durumları fark etmede azalma, ilaç hazırlama ve uygulama hataları, klinik karar vermede hatalar, enfeksiyonunda basınç yaralarının oluşmasında artış görülmüştür (127). Göz ve Kayahan'ın (2011) yaptığı çalışmalarda haftalık çalışma saatine göre hasta güvenliğine ilişkin anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Türk'ün (2015) ameliyathane hemşireleri üzerinde hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını incelediği çalışmada, hemşirelerin çalışma saatlerine göre Güvenlik Ölçeği alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (128). Bu çalışmadaki çalışma şekline göre HGTÖ ve THTÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$). Bu durumun araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamalarının düşük olması ve çoğunlukla dönüşümlü vardiyalarda çalışıyor olmasıyla ilişkili olabileceği düşünüldü.

Bireylerin yaş ortalamaları ve meslek deneyim süreleri çevrelerine yönelik algılarını ve mesleki stres yaratan durumlara verdikleri yanıtı etkileyebilir. Balık'ın (2014) yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin sadece stresi tanımlama boyutuna ilişkin verilen puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmış, ve genç hemşirelerin, daha büyük yaştaki hemşirelere nazaran stresi tanımlama puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (129). Marinho vd.'nin (2014) bir üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmada çalışma ortamı algısının çalışmaya katılanların yaşlarına göre farklılık gösterdiği bulunmuş ve genç çalışanların bu boyuta yaşlılara göre olumlu değerlendirdikleri ortaya konmuştur (130). Tunçer'in (2016) çalışmasında yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve iş doyumunu alt boyutlarında yaş ile istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. (131). Şahin vd.'nin (2015) ameliyathane

hemşirelerinin üzerinde uyguladığı çalışmada tutum ölçeği ortalama puanlarının katılımcıların yaşlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (132). Elsous vd.'nin (2017) Filistin'de yaşayan ve çalışan hemşireler üzerinde yaptığı çalışmalarında “yönetim anlayışı” alt boyutunda hemşirelerin yaşlarına göre anlamlı farklılık olduğu saptanmış ve 35 yaş üzerindeki hemşirelerin daha genç hemşirelere oranla daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur (133). Bu araştırmada ise yaşa göre “Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği” puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin arasında büyük oranda yaş farklılıkları bulunmaması, hasta güvenliği ve tıbbi hatalarla ilişkili benzer görüşte olmalarına neden olmuş olabilir.

Hemşirelerin mesleki deneyimleri ve çalışma süreleri arttıkça elde ettikleri deneyimler hasta güvenliği ve ilişkili faktörler bakış açısını etkileyebilir. Mesleki çalışma süresi arttıkça hemşirelerin ekip çalışmasına daha yatkın olduğu bildirilmektedir. Aljadhey vd.'nin (2016) yaptıkları çalışmada da iş doyumu ve stresi tanımlama alt boyutlarında çalışma yıllarına göre anlamlı farklılık bulunmuştur (134). Aydemir'in (2015) çalışmasında ise sadece stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyut ortanca puan değerlerinin hemşirelerin acil servisteki çalışma yılı yönünden farklılık gösterdiği ancak çalışma yılına göre farklılık olmadığı belirlenmiştir (135). Elsous vd.'nin (2017) yaptıkları çalışmada ekip çalışması, iş doyumu ve hastane yönetiminin anlayışı alt boyutlarında çalışma yılları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur(133). Balık'ın (2014) yaptığı çalışmada ise toplam çalışma süresine göre hiçbir boyutta anlamlı bir farklılık tespit saptanmamıştır(129). Tunçer'in (2016) çalışmasında ise, çalışma koşulları dışındaki diğer alt boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu tespit edilmiştir. Buna göre iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ile stresi tanımlama alt boyutlarında on yıl ve üzeri çalışanların diğerlerinden daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. (131). Bu araştırmada cerrahi serviste çalışma süresine göre, “Hasta güvenliği kültürü ölçeği” puanları arasında farklılık olmadığı ancak “İş doyumu” alt boyut puanı arasında ise negatif yönlü istatistiksel olarak çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Bu durum hemşirelerin cerrahi serviste çalışma sürelerinin az olması ile açıklanabilir. Ayrıca kurumun hasta güvenliği ve tıbbi hatalarla ilişkili süreçlerinin net şekilde

tanımlanmış olması bireyler arasında bu konularda ortak bir bakış açısı gelişmesine neden olmuş olabilir.

Eğitim bireylerde öğrenme yoluyla kalıcı davranış değişikliği geliştirme süreci olduğundan hasta güvenliği ile ilişkili alınan eğitimlerin bireylerin hasta güvenliği ve tıbbi hatalara yönelik tutumlarını etkilemesi beklenmektedir. Olaf vd.'nin (2017) Hollanda'da öğrenci hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada, hasta güvenliği hakkında verdikleri kurstan sonra hasta güvenliği puanları kurstan önceki puanlara göre anlamlı düzeyde artış görülmüştür (136). Bu çalışmada hasta güvenliği ilgili eğitim alma durumuna göre olguların "Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği" ve "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği" alt boyut puanlarının ve toplam puanın istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$). Tutum ölçümleri duyuşsal alana yönelik bir değişimi gösterdiğinden eğitimin niteliği, sıklığı ve yöntemleri davranış değişikliğini oluşturabilmede kritik öneme sahiptir. Örneklem grubunun sonuçlarını yorumlarken aldıkları eğitimlerin niteliğinin incelenmesi yararlı olacaktır.

Nuckols vd., (2008) tıbbi hataların bildirim sistemlerine nasıl raporlandığını inceler. Tıbbi hataya maruz kalmanın, hasta güvenliği tutumu ve tıbbi hata tutumu puanları üzerindeki etkisini ele almaktadır (137). Blendon vd. (2002), tıbbi hatalarla ilgili hekimlerin ve halkın görüşlerini incelemektedir. Tıbbi hataya maruz kalmanın, hasta güvenliği tutumu ve tıbbi hata tutumu puanları üzerindeki etkisini değerlendirmektedir (138). Waterman vd., (2007) tıbbi hata maruz kalma durumunun hekimler üzerindeki duygusal etkisini ele almaktadır. Hasta güvenliği tutumu ve tıbbi hata tutumu puanları, tıbbi hata maruz kalma durumuyla ilişkilendirilebileceğini dile getirmişler (139). Hasta güvenliğine yönelik yapılan çeşitli çalışmalarda aile fertlerinden birinin tıbbi hataya maruz kalma durumunun, hasta güvenliği tutumu ve tıbbi hata tutumu puanları üzerinde etkili olabileceğini bildirilmiştir (140-145). Bu çalışmada hemşirelerin kendilerinin veya ailelerinden birinin tıbbi hataya maruz kalma durumlarına göre "Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği" ve "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği" alt boyut puanlarının ve toplam puanın istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$). Bu sonuç grubun içerisinde kendisinde veya aile

fertlerinde olumsuz bir deneyim yaşıyanların oranının düşük olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Bireylerin hasta güvenliğine ilişkin algıları hasta güvenliğini tehlikeye atan durumlarda göstereceği davranışlar açısından yol gösterici olabilir. Hasta güvenliği ve tıbbi hatalarla ilişkili çeşitli çalışmalarda hasta güvenliği tutumunun tıbbi hatalara ilişkin tutumu etkilediğini gösteren sonuçlar elde edilmiştir (146-151). Bu araştırmada da benzer şekilde hemşirelerin Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalara ilişkin tutumlarının birbiri ile ilişkili olduğu ve hasta güvenliğine ilişkin olumlu tutumun tıbbi hatalarla ilgili izlenecek yola ilişkin tutumları olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.



6 SONUÇ

Hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki tutumları incelendiğinde, genel olarak pozitif bir tutum sergiledikleri görülmüştür. Hemşireler, hasta güvenliği önlemlerinin etkin bir şekilde uygulanması ve hastaların güvenliğini sağlamak için gerekli adımları atmaya istekli olduklarını belirtmişlerdir. Bu durum, hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki farkındalığının ve bilincinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Tıbbi hatalara ilişkin tutumlar incelendiğinde, hemşirelerin hataların oluşmasını engellemek ve hataları yönetmek konusunda olumlu bir yaklaşım sergiledikleri görülmüştür. Hemşireler, hataları açıkça tanımlama, raporlama ve öğrenme süreçlerine aktif olarak katılmaya istekli olduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca, tıbbi hataların nedenlerini anlamak ve hatalardan ders çıkarmak için sürekli bir gelişim ve eğitim arayışında olduklarını da belirtmişlerdir.

İlişki analizleri, hasta güvenliği tutumu ile tıbbi hatalara ilişkin tutum arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Yani, hasta güvenliği konusunda olumlu bir tutuma sahip olan hemşirelerin aynı zamanda tıbbi hatalara karşı da olumlu bir yaklaşım sergiledikleri gözlenmiştir. Bu bulgu, hasta güvenliği uygulamalarının ve tıbbi hata önlemlerinin birbirini tamamlayıcı olduğunu ve birlikte ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Sonuç olarak, cerrahi hastalarına bakım veren hemşirelerin hasta güvenliğine ve tıbbi hatalara ilişkin tutumlarının genel olarak olumlu olduğu görülmüştür. Hemşireler, hasta güvenliği önlemlerine yönelik farkındalık ve bilinci yüksek tutmaktadırlar.

Öneriler

Cerrahi hastalara bakım veren hemşirelerin hasta güvenliği konusunda daha fazla farkındalık kazanmalarını sağlamak için uygun eğitim programları geliştirilmelidir. Bu eğitimler, hasta güvenliği önlemlerini vurgulayarak hataların önlenmesi ve güvenli bir sağlık ortamının oluşturulması konusunda hemşirelerin bilgi ve becerilerini

güçlendirebilir. Hazırlanacak eğitim programlarında tutumu geliştirmeye yönelik yenilikçi ve hemşirelerin geçmiş deneyimlerini temel alan bir yaklaşıma yer verilmesi yararlı olacaktır.

Hemşireler arasında etkili iletişim ve işbirliği sağlanması, hasta güvenliğinin artırılmasında kritik bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, hemşireler arası iletişimi desteklemek için ekipler arası iletişim ve işbirliği eğitimlerine odaklanılmalıdır. Ayrıca, hemşireler arasında açık ve dürüst iletişimi teşvik eden bir çalışma ortamının oluşturulması da önemlidir.

Hemşirelerin tıbbi hataları açıkça tanımlamaları ve raporlamaları teşvik edilmelidir. Hata raporlama sistemleri güçlendirilmeli ve anonimlik ve güvenlik sağlanmalıdır. Ayrıca, tıbbi hatalardan ders çıkarılması ve sürekli öğrenme kültürünün teşvik edilmesi için düzenli olarak hata analizi ve değerlendirme süreçleri uygulanmalıdır.

Hastane yönetimi, cerrahi hastalarına bakım veren hemşirelerin hasta güvenliğine ve tıbbi hatalara ilişkin tutumlarını düzenli olarak değerlendirmeli ve geri bildirim sağlamalıdır. Bu geri bildirimler, hemşirelerin güvenlik konusundaki performanslarını iyileştirmelerine yardımcı olabilir. Ayrıca, hasta güvenliği politikalarının ve prosedürlerinin düzenli olarak gözden geçirilerek güncellenmesi gerekmektedir.

Hemşirelerin hasta güvenliği ve tıbbi hatalara ilişkin tutumlarını geliştirmek için farkındalık ve bilinçlendirme kampanyaları düzenlenmelidir. Bu kampanyalar, hemşirelere hasta güvenliği konusunda önemli bilgileri sağlamak ve onları güncel uygulamalarla tanıştırmak için etkili iletişim araçları ve materyaller kullanılmalıdır.

Hemşireler arası iletişim ve işbirliğini geliştirmek, hasta güvenliği ve tıbbi hatalara ilişkin tutumları olumlu yönde etkileyebilir. Bu nedenle, ekipler arası iletişim ve işbirliği eğitimleri düzenlenmeli, etkili iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve multidisipliner çalışmanın teşvik edilmesi sağlanmalıdır.

Hemşirelerin tıbbi hataları açıkça tanımlayıp raporlamalarını teşvik etmek için hata raporlama sistemleri güçlendirilmelidir. Ayrıca, hata raporlama sistemi üzerinden hemşirelere geribildirim sağlanmalı ve hatalardan ders çıkarma süreçleri desteklenmelidir.



7 KAYNAKLAR

1. Durgun, H., Kaya, H. 2017. The attitudes of emergency department nurses towards patient safety. *International emergency nursing*.
2. Elsous, A., Akbari Sari, A., Aljeesh, Y., Radwan, M. 2017. Nursing perceptions of patient safety climate in the Gaza Strip, Palestine. *International nursing review*. 64(3), 446-454.
3. Elsous, A., Akbarisari, A., Rashidian, A., Aljeesh, Y., Radwan, M., Zaydeh, H. A. 2017. Psychometric properties of an Arabic safety attitude questionnaire (short form 2006). *Oman medical journal*. 32(2), 115.
4. Hwang, J. I. 2015. What are hospital nurses' strengths and weaknesses in patient safety competence? Findings from three Korean hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*. 27(3), 232-238.
5. Toso, G. L., Golle, L., Magnago, T. S. B. D. S., Herr, G. E. G., Loro, M. M., Aozane, F., Kolankiewicz, A. C. B. 2016. Patient safety culture in hospitals within the nursing perspective. *Revista gaucha de enfermagem*. 37(4).
6. Rockville, W., Famolaro, T., Yount, N. D., Hare, R., Thornton, S., Sorra, J. 2016. Medical office survey on patient safety culture 2016 user comparative database report. Agency for Healthcare Research and Quality.
7. Ongün, P., İntepeler, S. S. 2017. Operating room professionals' attitudes towards patient safety and the influencing factors. *Pakistan journal of medical sciences*. 33(5), 1210.
8. <https://www.who.int/>, Erişim tarihi: 12.12.2022.
9. Kurutkan MN. Ölümcül Hataları Engelleme Programı, sayfa 57-64, Sage Yayıncılık, Ankara, 2009.
10. Güven R. Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı, sayfa 411-422, 5.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Bildirileri, Antalya, 2007.
11. Önler E. Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, İstanbul, 2010.
12. Corina I, Abram M, Halperin D. The Patient's Role in Patient Safety. *Obstetrics and Gynecology Clinics*.2019; 46(2):215-25.
13. Varol Ş. Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Hasta ve Çalışan Güvenliği Konusundaki Görüşlerinin Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2012.
14. Nordin A. Patient safety culture in hospital settings: measurements, health care staff perceptions and suggestions for improvement, Karlstads Universitet, Doctoral Dissertation, Karlstad, 2015.
15. Corina I, Abram M, Halperin D. The Patient's Role in Patient Safety. *Obstetrics and Gynecology Clinics*.2019; 46(2):215-25.
16. Akalın HE. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği, *Yoğun Bakım Dergisi*, 2005; 5(3):141-6.

17. Rigobello MCG, de Carvalho REFL, Guerreiro JM, Motta APG, Atila E, Gimenes FRE. The perception of the patient safety climate by professionals of the emergency department. *International Emergency Nursing*. 2017; 33:1-6.
18. Ramos RR, Calidgid CC. Patient safety culture among nurses at a tertiary government hospital in the Philippines. *Applied Nursing Research*.2018; 44:67-75.
19. Barsbay S, Parılı N, Barsbay Çakmak M. Healthcare Professionals' Attitudes Regarding Patient Safety in Clinics. *Journal of Current Researches on Health Sector*.2018; 8(2):67-78.
20. Sherman H, Castro G, Fletcher M, Hatlie M, Hibbert P, et al. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. *International Journal for Quality in Health Care*.2009; 21(1):2-8.
21. Korkmaz O. Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilerin tutumunu algılayışı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2012; 14(4):91.
22. Özdemir H. Cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algılarının belirlenmesi: Afyonkarahisar'da bir uygulama. Afyon Kocatepe, Sağlık bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2014. (Yrd. Doç Dr. Y CİĞERCİ)
23. Zümrüt Akgün Ş, Özdemir FK. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2015; 12(3):210-4.
24. Yıldız T, Eriten G, Erdem İ, Gökay NS, Kulaç M, Alp R. Mezuniyetin ve profesyonel sağlık personeli olarak çalışmanın hasta güvenliği bilinci üzerine etkileri, *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*,2012; 3:94-8.
25. Byers JF, White SV. Patient safety: principles and practice. springer publishing company, New York, 2004:5-6.
26. Fidancı BE, Yıldız D, Konukbay D, Akyol M, Akbayrak N, Hatipoğlu S. Assessment of the malpractice tendencies of nurses working in an educational and research hospital. *International Journal of Caring Sciences*.2014; 7(1):294-301.
27. McBride-Henry K, Foureur M. Medication administration errors: understanding the issues. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 2006; 23(3):33.
28. Moore KD, Coddington DC. Models of care that meet the standards of crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. *The Journal of Ambulatory Care Management*,2002; 25(1):12-21.
29. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Türlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2010; 8(2):100-111.
30. Slonim AD, LaFleur BJ, Ahmed W, Joseph JG. Hospital-reported medical errors in children. *Pediatrics*. 2003; 111(3):617-21.
31. Bozkurt Canpolat S. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Malpraktise Eğilim, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek lisans Programı Yüksek Lisans Tezi (yayınlanmış), Adana, 2017.
32. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Türlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2010; 8(2):100-111.

33. Işık O, Akbolat M, Çetin M, Çimen M. Hemşirelerin Bakış Açısıyla Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012; 11(4):421-430.
34. Beyea S. Wake-up call--standardization is crucial to eliminating medication errors.(Research Corner). AORN Journal. 2002; 75(5):1010-3.
35. Caymaz M. Sağlık personelinin tıbbi uygulama hataları üzerine bir araştırma. Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2015; 2(4):1-14.
36. Çakmak C, Konca M, Teleş M. Türkiye ulusal güvenlik raporlama sistemi (GRS) üzerinden tıbbi hataların değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2018; 21(3):423-48.
37. Uçar N, Yıldırım G, Eser D, Özçelik Z, Ayhan B, Gülsün Pamuk A, et al. Gece ve Gündüz Shiftlerinde, Sağlık Çalışanlarının Hata Bildirimlerinin Değerlendirilmesi. Journal of the Turkish Society of Intensive Care/Türk Yogun Bakım Derneği Dergisi, 2013; 11:93-100.
38. Andsoy II, Kar G, Öztürk Ö. Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine yönelik bir çalışma. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2014; 1(1):17-27.
39. Demir Zencirci A. Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar. Turkish Journal of Research ve Development in Nursing, 2010; 12(1):67-74.
40. Cebeci F, Gürsoy E, Tekingüzdüz S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 15(3):188-96.
41. Göl E. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde iş yükü, tıbbi hata tutumları ve iş kazaları arasındaki ilişki, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2019.
42. Nieva V, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. BMJ Quality ve Safety. 2003; 12(2):17-23.
43. Nieva V, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. BMJ Quality ve Safety. 2003; 12(2):17-23.
44. Ülkü HH, Türk G. Hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmeme nedenleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2017; 6(3):141-8.
45. Rigobello MCG, de Carvalho REFL, Guerreiro JM, Motta APG, Atila E, Gimenes FRE. The perception of the patient safety climate by professionals of the emergency department. International Emergency Nursing. 2017; 33:1-6.
46. Clancy CM, Farquhar MB, Sharp BAC. Patient safety in nursing practice. Journal of nursing care quality. 2005; 20(3):193-7.
47. Nieva V, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. BMJ Quality ve Safety. 2003; 12(2):17-23.
48. Severinsson E, Haruna M, Rönnerhag M, Berggren I. Patient safety, adverse healthcare events and near-misses in obstetric care—a systematic literature review. Open Journal of Nursing. 2015; 5:1110-22.
49. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature, Journal of Nursing Scholarship, 2010; 42(2):156-65.

50. Xuanyue M, Yanli N, Hao C, Pengli J, Mingming Z. Literature review regarding patient safety culture. *Journal of Evidence- Based Medicine*, 2013; 6(1):43-9.
51. Bonner AF, Castle NG, Perera S, Handler SM. Patient safety culture: A review of the nursing home literature and recommendations for practice. *The annals of long-term care: the official journal of the American Medical Directors Association*, 2008; 16(3):18.
52. Özkan O. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Odaklı Yaklaşım: Hasta Katılımı. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2017; 10(2):1759-70.
53. Lang S, Garrido MV, Heintze C. Patients' views of adverse events in primary and ambulatory care: a systematic review to assess methods and the content of what patients consider to be adverse events. *BMC family practice*. 2016; 17(1):6.
54. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*, Elsevier, 2010; 85(1):53-62.
55. Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Stuver SO, Schneider EC, Epstein AM, et al. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *International Journal for Quality in Health Care*. 2011; 23(3):269-77.
56. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*. 2013; 32(2):223-31.
57. Aksay K, Oorhan F, Kurutkan MN. Sağlık hizmetlerinde bir risk yönetimi tekniği olarak FMEA: Laboratuvar sürecine yönelik bir uygulama, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2012; 4(2):121-42.
58. Öztürk H, Çilingir D, Hindistan S. Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. *DEUHYO ED*. 2011; 4(4):153-158.
59. Hicks RW, Sikirica V, Nelson W, Schein JR, Cousins DD. Medication Errors İnvolving Patient-Controlled Analgesia. *Am J Health-Syst Pharm*, 2008; 65, 429-440.
60. Kim PC, Shan JJ, Angosta AD, Frakes K, Li C. Errors Associated with the Rights of Medication Administration at Hospital Settings. *J Hosp Health Care*, 2018; 1. DOI: 10.29011/JHHA-111.000011
61. Abbasiazari M, Hajhossein Talasaz A, Mousavi Z, Zare-Toranposhti S. Evaluating the Frequency of Errors in Preparation and Administration of Intravenous Medications in Orthopedic, General Surgery and Gastroenterology Wards of a Teaching Hospital in Tehran. *Iran J Pharm Res*. 2013 Winter; 12(1): 229-34.
62. Madegowda B, Hill PD, Anderson MA. Medication Errors in a Rural Hospital. *MEDSURG Nursing*. 2007; 16(3): 175-180.
63. Küçükakça G. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Yüksek Riskli İlaç Uygulamaları Konusundaki Bilgi Durumlarının ve İlaç Hatalarıyla İlgili Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) 2013. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

64. Hsaio GY, Chen IJ, Yu S, Wei IL, Fang YY, Tang FI. Nurses' Knowledge of High- Alert Medications: Instrument Development and Validation. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 66 (1): 177-190. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05164.x.
65. To Err is Human [İnternet] Erişim Tarihi: 15.04.2022. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182>.
66. Odabaşoğlu E. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hatalı Uygulama Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler. (Yüksek Lisans Tezi) 2013. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
67. WHO Patient Safety Fact File 2019. [İnternet] Erişim Tarihi: 05.07. 2022 Erişim Adresi: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety-fact-file.pdf?ua=1
68. Tchouaket E, Dubis CA, D'Amour D. The Economic Burden of Nurse-Sensitive Adverse Events in 22 Medical-Surgical Units: Retrospective and Matching Analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2017; 73(7): 1696–1711. doi:10.1111/jan.13260
69. Kalkan N, Karadağ M. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemede Güncel Yaklaşımlar ve Hemşirelere Yönelik Önleme Girişimleri Algoritması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 6(4): 280-289.
70. Yüceer S., Bulut H. Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hastane Enfeksiyonların Önlenmesine İlişkin Uygulamaları. *Dicle Tıp Dergisi* 2010; 37(4): 367-374.
71. Stewart KR. SBAR, Communication and Patient Safety: An Integrated Literature Review. [İnternet] Erişim Tarihi: 26.06.2022 Erişim Adresi: https://pdfs.semanticscholar.org/1b7b/8675642cc47131f8986f6cca445c4799e2ec.pdf?_ga=2.27823295.2029870063.1599311501-631317695.1599311501
72. The Joint Commission. Sentinel Event Data: Root Causes by Event Type. [İnternet] Erişim Tarihi: 26.06.2022 Erişim Adresi: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_Event_Type_2004-3Q_2015.pdf
73. CRICO. Malpractice Risks in Communication Failures 2015. [İnternet] Erişim Tarihi: 05.06.2022 Erişim Adresi: <https://www.rm.f.harvard.edu/Malpractice-Data/Annual-Benchmark-Reports/Risks-in-Communication-Failures>
74. Gökay P, Taştan S, Ayhan H, İyigün E, Can MF. Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımı: Sistematik İnceleme. *Gülhane Tıp Dergisi* 2016; 58: 136-142. doi: 10.5455/gulhane. 171680
75. Patient Safety Education Program-Canada. Module 12a: Interventional Care: Perioperative Care [İnternet] Erişim Tarihi: 05.06.2022 Erişim Adresi: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/PatientSafetyEducationProgram/Pages/default.aspx>.
76. Patient Safety Education Program-Canada. Module 12a: Interventional Care: Perioperative Care [İnternet] Erişim Tarihi: 01.05.2022 Erişim Adresi: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/PatientSafetyEducationProgram/Pages/default.aspx>.

77. Bozkurt S. Cerrahide Hasta Güvenliği: Cerrahi Ekibinin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini Uygularken Karşılaştığı Ramak Kala Olayların İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) 2019. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
78. Lyons VE, Popejoy LL. Meta-Analysis of Surgical Safety Checklist Effects on Teamwork, Communication, Morbidity, Mortality and Safety. *West J Nurs Res.* 2014; 36(2): 245-61.
79. Duarte SCM, Stip MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse Events and Safety in Nursing Care *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(1):136-46. doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120
80. Karaağaç M. Dijital Hastane Sistemlerinin Hemşirelerin Zihinsel İş Yükü Ve Tıbbi Hataya Eğilimlerine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi) 2019. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
81. Storm-Veslot MN, Verweij L, Lucas C, Ludikhuizen J, Goslings JC, Legemate DA, Vermehulen V. Clinical Relevance of Routinely Measured Vital Signs in Hospitalized Patients: A Systematic Review. *Journal of Nursing Scholarship*, 2014; 46: 39–49.
82. Duarte SCM, Stip MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse Events and Safety in Nursing Care *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(1):136-46. doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120
83. Barış VK, İntepeler ŞS. Hasta Düşmelerinin Önlenmesinde Teknoloji Kullanımı. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2017; 1(4): 29-36. doi:10.5222/SHYD.2017.029
84. Özlü ZK, Yayla A, Özer N, Gümüş K, Erdağı S, Kaya Z. Cerrahi Hastalarda Düşme Riski. *Kafkas J Med Sci* 2015; 5(3): 94–99. doi: 10.5505/kjms.2015.19870
85. Vitor AF, Moura LA, Fernandes APNL, Botarelli FR, Araújo JNM, Vitorino ICC. Risk for Falls in Patients in the Postoperative Period. *Cogitare Enferm.* 2015; 20(1):29-37.
86. Kronzer VL, Wildes TM, Stark SL, Avidan MS. Review of Perioperative Falls. *Br J Anaesth.* 2016; 117(6): 720-32. doi: 10.1093/bja/aew377
87. Luo K, Shi W, Chen Y, Wang Bo, Yao J, Yang X. A Method for Monitoring the Working States of Drainage Tubes Based on the Principle of Capacitance Sensing. *Sensors* 2020; 20, 2087; doi:10.3390/s20072087.
88. Agency for Healthcare Research and Quality. Preventing Pressure Ulcers in Hospitals. [Internet] Erişim Tarihi: 28.05.2022 Erişim Adresi: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/putoolkit.pdf>.
89. Crosewski NI, Lemos DS, Mauricio AB, Roehrs H, Meier MJ. Knowledge of Nursing Professionals Regarding Pressure Ulcers in Two Surgical Units. *Cogitare Enferm.* 2015; 20(1): 74-80.
90. Storm-Veslot MN, Verweij L, Lucas C, Ludikhuizen J, Goslings JC, Legemate DA, Vermehulen V. Clinical Relevance of Routinely Measured Vital Signs in Hospitalized Patients: A Systematic Review. *Journal of Nursing Scholarship*, 2014; 46: 39–49.
91. Gürdoğan EP, Uğur E, Kınıcı E, Aksoy B. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespite İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. *Yoğun Bakım Dergisi.* 2016; 7: 83-88.

92. Famolaro T, Yount N, Hare, R, et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2018 User Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSA 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. AHRQ Publication No. 18-0025-EF.
93. Parmentier-Decrucq E, Poissy J, Favory R, et al. Adverse Events During İntrahospital Transport of Critically İll Patients: İncidence and Risk Factors. *Ann Intensive Care*. 2013; 3: 10.
94. Baştürk H. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) 2019. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
95. Duarte SCM, Queiroz ABA, Büscher A, Stipp MAC. Human Error in Daily İntensive Nursing Care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015; 23(6): 1074-81.DOI: 10.1590/0104-1169.0479.2651
96. Zhu X, Yuan L, Li T, Cheng P. Errors in Packaging Surgical İnstruments Based on a Surgical İnstrument Tracking System: An Observational Study. *BMC Health Services Research* 2019; 19(1): 176.
97. Topal G, Şahin İ, Çalışkan E, Kılınçel Ö. Kan Transfüzyonu ve Reaksiyonları İle İlgili Sağlık Çalışanlarının Bilgi Düzeylerinin Araştırılması. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2019; 9(1): 1-5.
98. Karim F, Moiz B, Shamsuddin N, Naz S, Khurshid M. Root Cause Analysis of Non-İnfectious Transfusion Complications and the Lessons Learnt. *Transfusion and Apheresis Science* 2014; 50(1): 111-117.
99. Delican S. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kan Transfüzyonu Güvenliğine İlişkin Farkındalıklarının Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi) 2019. Zirve üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
100. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*. 2009; 1-10.
101. Anderson O, Davis R, Hanna GB, Vincent CA. Surgical Adverse Events: A Systematic Review. *Am J Surg*. 2013; 206(2): 253-62.
102. Modrzejewski A, Zamojska-Kościów E, Tracz E, Parafiniuk M. Surgical İnstrument Left Inside Abdomen. *Pol Przegl Chir*. 2018; 90(6): 40-42.
103. *Care*, 2018; 30(8): 618-62.
104. Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Versiyon 5, T.C. Sağlık Bakanlığı 2016. [İnternet] Erişim Tarihi: 05.05.2022 Erişim Adresi: <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,52460/guncel-standartlar.html>
- Çevik G. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumunun Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi) 2018. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
105. Li Y, Zhao Y, Hao Y, Jiao M.Ma H, Teng B, Yang K, Sun T, Wu Q, Qiao H, Perceptions of Patient Safety Culture Among Healthcare Employees in Tertiary Hospitals of Heilongjiang Province in Northern China: A Cross-Sectional Study. *International Journal for Quality in Health*.
106. ICN Nursing Policy [İnternet] Erişim Tarihi: 05.05.2022 Erişim Adresi: <https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities/patient-safety>

107. Korkmaz AÇ. Geçmişten Günümüze Hasta Güvenliği. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi 2018; ISSN: 2147-7892, 6 (1): 10-19.
108. Barsbay S, Parıltı N, Barsbay MÇ. Healthcare Professionals' Attitudes Regarding Patient Safety in Clinics. Journal of Current Researches on Health Sector, 2018; 8(2): 67-78.
109. Akalın E. Hasta güvenliği: Değişen Paradigma. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2014; 32: 64-67.
110. Famolaro T, Yount N, Hare, R, et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2018 User Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSA 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. AHRQ Publication No. 18-0025-EF.
111. Farokhzadian J, Nayeri ND, Borhani F. The Long Way Ahead to Achieve an Effective Patient Safety Culture: Challenges Perceived by Nurses. BMC Health Services Research. 2018; 18: 654-704.
112. Farokhzadian J, Nayeri ND, Borhani F. The Long Way Ahead to Achieve an Effective Patient Safety Culture: Challenges Perceived by Nurses. BMC Health Services Research. 2018; 18: 654-704.
113. İncesu E, Orhan F. Bir Kamu Hastanesi Güvenlik Raporlama Sistemi Verilerinin İncelenmesi: Retrospektif Bir Araştırma. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2018; 5(2): 79-86.
114. Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. Patient Safety Incident Reporting: A Qualitative Study of Thoughts and Perceptions of Experts 15 Years After 'To Err is Human'. BMJ Quality and Safety. 2016; 25: 92-99. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004405.
115. Çakmak C, Konca M, Teleş M. Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) Üzerinden Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2018;
116. Öğüt D. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin İş Stresi ve Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Arasındaki İlişki. A.C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2021 (Danışman: Prof. Dr. Ü Karabacak)
117. Aranda, M., Castillo-Mayén, M. D. R., & Montes-Berges, B. (2015). Has the traditional social perception on nurses changed? Attribution of stereotypes and gender roles. *Acción Psicológica*, 12(1), 103-112.
118. . HUGHES, Ronda (ed.). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. 2008.
119. Koehn, A. R., Ebright, P. R., & Draucker, C. B. (2016). Nurses' experiences with errors in nursing. *Nursing Outlook*, 64(6), 566-574.
120. Dilemek H, Korhan EA, Mercan S, Yılmaz DU. Determination of attitudes of nurse in medical errors and related factors. *International Journal of Caring Sciences*. 2017; 1(2): 794-801.
121. Bumgarner SM. The impact of formal nursing education and nursing experience on medication errors made by nurses in the hospital setting. Nursing Theses and Capstone Projects, GardnerWebb University, Degree of Master of Science in Nursing, 2008 (Approved by: Dr. J Carlton).

122. Gök D, Sarı HY. Pediatri hemşirelerinin tıbbi hatalardaki tutumları. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017; 2(1): 7-13.
123. Yaprak E, İntepeler SŞ. Factors affecting the attitudes of health care professionals toward medical errors in a public hospital in Turkey. International Journal of Caring Sciences. 2015; 8(3): 647-655.
124. Güven Ş. D, Şahan S, Ünsal A. Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumları. İzlek Akademik Dergi. 2019; 2 (2): 75-85.
125. Kıymaz D, Koç Z. Identification of factors which affect the tendency towards and attitudes of emergency unit nurses to make medical errors. Journal of Clinical Nursing. 2018; 27(5-6): 1160-1169.
126. Aktan U. Hemşirelerin Tıbbi Hatalarda Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ç.Ö.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale, 2019 (Danışman: Doç. Dr. S Atay).
127. Balas, M. C., Scott, L. D., & Rogers, A. E. (2004). The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. *Applied Nursing Research*, 17(4), 224-230.
128. Goz, F., & Kayahan, M. (2011). Evaluation of the patient safety culture: survey of nurses/Hemşirelerin calistiklari kurumlardaki hasta guvenligi kulturunu degerlendirmeleri. *Journal of Education and Research in Nursing*, 8(2), 44-51.
129. Balık H. Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014. (Danışman DOÇ. DR. H Kaya)
130. Marinho M. M, Radünz V, Barbosa SFF. Assessment of Safety Culture by Surgical Unit Nursing Teams. *Text Context Nursing*, Florianópolis 2014;23:581-90
131. Tunçer G. Bebek Dostu Kadın Doğum ve Çocuk Hastanelerinde Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Hasta Güvenliği Tutumlarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.
132. Şahin A, Ayhan F, Kursun S. Evaluation of Surgical Nurses' Attitudes Concerning Patient Safety. *International Journal of Human Sciences* 2015;12:1537-46
133. Elsous A, Sari AA, AlJeesh Y, Radwan M. Nursing Perceptions of Patient Safety Climate in the Gaza Strip, Palestine. *International Nursing Review* 2017
134. Aljadhey H, Al-Babtain B, Mahmoud MA, Alaqeel S, Ahmed Y. Culture of Safety among Nurses in a Tertiary Teaching Hospital in Saudi Arabia. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research* March 2016;15:639-44.
135. Aydemir A. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Tutumunu Etkileyen Faktörler. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2015.
136. Timmermans, O., De Vos, M., & Franck, E. (2017). The effectiveness of a course on patient safety management on the patient safety competencies by final year bachelor of nursing students in the Netherlands. *Health education and care*, 2(4).

137. Nuckols, T. K., Bell, D. S., Liu, H., Paddock, S. M., Hilborne, L. H., & Needleman, J. (2008). Rates and types of events reported to established incident reporting systems in two US hospitals. *Quality and Safety in Health Care*, 17(2), 83-87.
138. Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Brodie, M., Benson, J. M., Rosen, A. B., Schneider, E., & Altman, D. E. (2002). Views of practicing physicians and the public on medical errors. *New England Journal of Medicine*, 347(24), 1933-1940.
139. Waterman, A. D., Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W. C., Levinson, W., Fraser, V. J., & Gallagher, T. H. (2007). The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(8), 467-476.
140. Aggarwal, R., Mytton, O. T., Derbrew, M., Hananel, D., Heydenburg, M., Issenberg, B., ... & Darzi, A. (2010). Training and simulation for patient safety. *BMJ Quality & Safety*, 19(Suppl 2), i34-i43.
141. Ratanawongsa, N., Matta, G., & Lyles, C. R. (2017). A qualitative study of primary care physicians' experiences with gender bias in academic medicine. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-9.
142. Singh, H., Thomas, E. J., Khan, M. M., Petersen, L. A., & Petersen, N. J. (2010). Identifying diagnostic errors in primary care using an electronic screening algorithm. *Archives of Internal Medicine*, 170(13), 1165-1173.
143. Weissman, J. S., Schneider, E. C., Weingart, S. N., Epstein, A. M., David-Kasdan, J., Feibelmann, S., ... & Gatsonis, C. (2008). Comparing patient-reported hospital adverse events with medical record review: Do patients know something that hospitals do not?. *Annals of Internal Medicine*, 149(2), 100-108.
144. Sorra, J., Nieva, V., & Famolaro, T. (2004). Hospital survey on patient safety culture: 2004 user comparative database report. AHRQ Publication No. 04-0041.
145. Squires, M., Tourangeau, A., & Spence Laschinger, H. K. (2010). The link between leadership and safety outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 914-925.
146. Bai, G., Wang, J., Yang, L., Shi, Y., & Zhang, L. (2019). Attitudes of healthcare professionals towards patient safety: A cross-sectional survey in China. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-9.
147. Park, J. H., Lee, Y. J., Moon, A., & Song, Y. (2020). Factors influencing patient safety culture in general hospitals in South Korea: A cross-sectional study. *Journal of Patient Safety*, 16(4), e266-e272.
148. Ghareeb, A. A., & Gajewski, B. J. (2018). Factors influencing nurses' attitudes towards medication errors: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 152-166.
149. Wami, W. M., Mengesha, A. D., Regassa, B. F., Tadesse, M., & Mekonnen, T. H. (2019). Patient safety attitude and associated factors among nurses working in public hospitals of Wolaita zone, Southern Ethiopia. *PloS One*, 14(4), e0215534.

150. Kaya, S., & Barsbay, S. (2021). Evaluating the patient safety culture in emergency departments: A cross-sectional study. *Journal of Emergency Nursing*, 47(3), 434-443.
151. Rizk, S., El-Hage-Sleiman, A. M., El-Sakka, M., & Nehme, W. (2020). Nurses' patient safety attitude and its relation to safety behavior and perception of working conditions. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1894-1903.



8 EKLER

EK 1. Tanıtıcı Bilgiler Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
3. Medeni Durumunuz:
4. Eğitim Durumunuz: Lise Ön Lisans Lisans Lisansüstü/Uzman Diğer
5. Cerrahi Serviste Çalışma Süreniz.....
6. Çalıştığınız Birim:
7. Çalışma Şekliniz: Gündüz Dönüşümlü vardiyalar Gece
8. Haftalık Çalışma Saatiniz:
9. Hasta Güvenliği ile İlgili Eğitim Alma Durumunuz: Hayır Evet
10. Daha önce hasta güvenliği ile ilgili herhangi bir faaliyet (komite, komisyon, pozisyon) içerisinde yer aldınız mı? Hayır Evet
(Açıklayınız).....
11. Mesleki yaşamınız boyunca hastanın zarar görmesiyle sonuçlanan herhangi bir tıbbi hataya şahit oldunuz mu? Hayır Evet (Kısaca açıklayınız; ilaç hatası, hasta düşmesi vb.).....
.....
12. Siz ya da ailenizden birisi sağlık bakım hizmeti alırken herhangi bir tıbbi hataya maruz kaldı mı? Hayır Evet
(Açıklayınız)
13. Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
() Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması
() Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres
() İletişim bozuklukları
() Ekip çalışmasının olmaması
() Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması
() Mesleki eğitimin yetersiz olması
() Özensiz çalışma
() Diğer.....

EK 2. Etik Kurul Onayı



EK 2. Etik Kurul Onayı (devam)



EK 3. Kurum İzni



EK 4. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği

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

EK 4. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (devam)

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

EK 5. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği

Tıbbi Hatalarda Tutum	Tamamen katılıyorum.	Katılıyorum.	Kararsızım.	Katılmıyorum.	Hiç katılmıyorum.
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.					
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.					
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.					
4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.					
5. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.					
6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.					
7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.					
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.					
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.					
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınıyorum.					
11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.					
12. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.					
13. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.					
14. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.					
15. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenemez durumlardan kaynaklanmaktadır.					
16. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.					

EK 6. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

	Tamamen katılıyorum		Katılıyorum		Kısmen katılıyorum		Katılmıyorum		Kesinlikle katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Performansım hakkında geribildirim alırım (Bilgilendirilirim).	67	52,8	41	32,3	11	8,7	4	3,1	4	3,1
2. Hastane yönetimi işini iyi yapar.	37	29,1	60	47,2	19	15,0	6	4,7	5	3,9
3. Bu hastane, çalışmak için iyi bir yerdir.	35	27,6	59	46,5	28	22,0	3	2,4	2	1,6
4. Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	42	33,1	44	34,6	31	24,4	6	4,7	4	3,1
5. Bu hastane, problemlı doktor ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenir.	27	21,3	54	42,5	31	24,4	10	7,9	5	3,9
6. Bu birimde, hemşirelerin fikirlerine değer verilir.	34	26,8	46	36,2	37	29,1	7	5,5	3	2,4
7. Bu hastanede çalışmaktan gurur duyarım.	46	36,2	53	41,7	23	18,1	3	2,4	2	1,6
8. Bu birimdeki tıbbi ekipman- donanım yeterlidir.	71	55,9	36	28,3	16	12,6	2	1,6	2	1,6
9. Bu birimdeki personelin düzeyi, hasta sayısını karşılamak için yeterlidir.	31	24,4	34	26,8	33	26,0	23	18,1	6	4,7
10. Bu birimde karar verilirken, ilgili personelden elde edilen verilerden yararlanılır.	41	32,3	50	39,4	31	24,4	2	1,6	3	2,4
11. Hastanede, işimi etkileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.	39	30,7	68	53,5	13	10,2	6	4,7	1	0,8
12. Hastalara bakım verirken, ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardım eder.	65	51,2	52	40,9	8	6,3	1	0,8	1	0,8
13. Bu birimde çalışanlar, anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.	73	57,5	44	34,6	7	5,5	2	1,6	1	0,8
14. Bu birimde ahlaki(etik) değerler yüksektir.	73	57,5	42	33,1	10	7,9	2	1,6	0	0,0
15. Acil durumlarda diğer personelin ne yapacağını bilirim.	69	54,3	49	38,6	6	4,7	3	2,4	0	0,0
16. Bu birimde görüş farklılıkları hasta yararı (kimin haklı olduğundan çok hastalar için neyin iyi olduğu gibi) dikkate alınarak çözülür.	65	51,2	50	39,4	10	7,9	0	0,0	2	1,6
17. Gerçekten profesyonel olan çalışanlar, kişisel problemlerini işine yansıtmaz.	71	55,9	38	29,9	12	9,4	4	3,1	2	1,6
18. Bu hastanede, çalışanlar arasında ekip çalışması ve iş birliği desteklenir.	49	38,6	56	44,1	17	13,4	3	2,4	2	1,6
19. Hasta güvenliği ile ilgili sorun olduğunda, bun rapor etmem konusunda meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.	62	48,8	47	37,0	16	12,6	0	0,0	2	1,6
20. Bu birimde, diğerlerinin hatalarından öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.	55	43,3	45	35,4	22	17,3	3	2,4	2	1,6
21. Diğer personelin hastaya zarar verebilecek hatalar yaptığını gördüm.	34	26,8	19	15,0	19	15,0	28	22,0	27	21,3
22. Bu birimde, hasta güvenliği ile ilgili sorular sormak için uygun yolları (kanalları) bilirim.	54	42,5	57	44,9	7	5,5	6	4,7	3	2,4
23. Bu birimde, doktor ve hemşireler uyumlu bir ekip olarak çalışır.	49	38,6	52	40,9	20	15,7	3	2,4	3	2,4
24. Bu birimde olay raporlarıyla ilgili bilgiler, hasta bakımın güvenliğini sağlamada kullanılır.	56	44,1	61	48,0	9	7,1	0	0,0	1	0,8

EK 6. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı (devam)

	Tamamen katılıyorum		Katılıyorum		Kısmen katılıyorum		Katılmıyorum		Kesinlikle katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
25. Bu birimde, güvenli raporlama sistemlerinden, hasta güvenliğini geliştirmede yararlanılır.	61	48,0	54	42,5	11	8,7	0	0,0	1	0,8
26. Bu birimde, hasta güvenliği ile ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyulur.	64	50,4	55	43,3	7	5,5	0	0,0	1	0,8
27. Bu birimde, gerektiğinde tıbbi hataları nasıl rapor edeceğimi bilirim.	62	48,8	56	44,1	6	4,7	2	1,6	1	0,8
28. Hasta güvenliği, bu birimin önceliği olarak sürekli olarak önemsenir.	72	56,7	49	38,6	3	2,4	1	0,8	2	1,6
29. Bu birimde hasta olarak bulunmam durumunda kendimi güvende hissedirim.	78	61,4	41	32,3	6	4,7	1	0,8	1	0,8
30. Bu birimde, tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır.	71	55,9	47	37,0	9	7,1	0	0,0	0	0,0
31. Bu hastanede, yeni personelin işe oryantasyonu ve hizmet içi eğitim iyi yapılır.	79	62,2	36	28,3	8	6,3	1	0,8	3	2,4
32. Bu birimdeki tüm personel, hasta güvenliği ile ilgili sorumluluk alır.	74	58,3	41	32,3	11	8,7	1	0,8	0	0,0
33. Hastane yönetimi, hasta güvenliğiyle ilgili konularda taviz vermez.	68	53,5	49	38,6	10	7,9	0	0,0	0	0,0
34. Hastane yönetimi, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarını eksiksiz yürütmemi destekler.	73	57,5	39	30,7	13	10,2	1	0,8	1	0,8
35. Tanı ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.	59	46,5	36	28,3	22	17,3	7	5,5	3	2,4
36. Acil durumlardaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler.	38	29,9	39	30,7	18	14,2	14	11,0	18	14,2
37. Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler.	27	21,3	36	28,3	32	25,2	16	12,6	16	12,6
38. Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres, performansımı olumsuz etkiler.	19	15,0	17	13,4	35	27,6	26	20,5	30	23,6
39. Yorgun olduğumda, işimde daha az etkin olurum.	25	19,7	21	16,5	30	23,6	23	18,1	28	22,0
40. Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersem, bunu dile getirmem zordur.	15	11,8	15	11,8	22	17,3	32	25,2	43	33,9
41. Bu birimde, hizmetin aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır.	17	13,4	13	10,2	23	18,1	36	28,3	38	29,9
42. Çalışanlar, bu birimde oluşturulan kural ve prosedürleri (el yıkama, tedavi protokolleri/ klinik yollar gibi) sıklıkla önemsemezler.	17	13,4	7	5,5	16	12,6	36	28,3	51	40,2
43. İşimde hayal kırıklığı yaşıyorum.	18	14,2	12	9,4	28	22,0	28	22,0	41	32,3
44. Bu birimdeki doktorlar dahil tüm çalışanlar, işlerini iyi yaparlar.	41	32,3	30	23,6	29	22,8	13	10,2	14	11,0
45. İşimde kendimi tükenmiş hissedirim.	25	19,7	22	17,3	35	27,6	26	20,5	19	15,0
46. Bu birimde, hemşirelik eğitimi alanlar (öğrenciler) uygun şekilde desteklenir.	58	45,7	41	32,3	13	10,2	9	7,1	6	4,7

EK 7. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği İç Tutarlılıklarının Dağılımı

	Soru Sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Cronbach's Alpha
İş Doyumu	11	43,54±7,83	43 (11-55)	0,917
Ekip Çalışması	12	50,43±5,93	51 (19-60)	0,791
Güvenlik İklimi	5	22,01±2,89	23 (5-25)	0,879
Yönetim Anlayışı	7	30,97±3,89	32 (19-35)	0,847
Stresi Tanımlama	5	15,04±5,17	15 (5-25)	0,813
Çalışma Koşulları	6	21,33±5,08	21 (12-30)	0,709
HGTÖ Toplam	46	183,32±21,44	184 (85-229)	0,919



EK 8. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

	Tamamen katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Hiç katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.	20	15,7	17	13,4	24	18,9	45	35,4	21	16,5
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.	36	28,3	55	43,3	18	14,2	8	6,3	10	7,9
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.	56	44,1	49	38,6	8	6,3	8	6,3	6	4,7
4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	23	18,1	52	40,9	34	26,8	16	12,6	2	1,6
5. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	20	15,7	43	33,9	36	28,3	26	20,5	2	1,6
6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	22	17,3	58	45,7	27	21,3	16	12,6	4	3,1
7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.	32	25,2	62	48,8	21	16,5	8	6,3	4	3,1
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.	61	48,0	43	33,9	16	12,6	5	3,9	2	1,6
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.	62	48,8	38	29,9	11	8,7	9	7,1	7	5,5
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.	19	15,0	25	19,7	13	10,2	31	24,4	39	30,7
11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	55	43,3	43	33,9	11	8,7	10	7,9	8	6,3
12. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	55	43,3	48	37,8	11	8,7	3	2,4	10	7,9
13. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	24	18,9	27	21,3	20	15,7	32	25,2	24	18,9
14. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.	40	31,5	31	24,4	29	22,8	15	11,8	12	9,4
15. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenilebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	50	39,4	51	40,2	16	12,6	4	3,1	6	4,7
16. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.	86	67,7	33	26,0	7	5,5	0	0,0	1	0,8

EK 9. Aydınlatılmış Onam Formu



EK 10. Ölçek İzni



EK 10. Ölçek İzni (devam)



9 ÖZGEÇMİŞ



