

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE BAKIM DAVRANIŞLARI VE HASTA
GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Emine GÜNEŞ

ORCID Numarası: 0000-0003-2271-6774

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2023-İZMİR

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE BAKIM DAVRANIŞLARI VE HASTA
GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Emine GÜNEŞ

ORCID Numarası: 0000-0003-2271-6774

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞANLI

2023-İZMİR

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği) Tezli Yüksek Lisans Programında Emine GÜNEŞ tarafından yürütülmüş olan “Yoğun Bakım Hemşirelerinde Bakım Davranışları ve Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 13/06/2023

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞANLI, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Üye: Doç. Dr. Derya UZELLİ YILMAZ, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Pınar TEKTAŞ, İzmir Bakırçay Üniversitesi

ONAY: Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI

Enstitü Müdürü

2023-İZMİR

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir şekilde kullanıma açma iznini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır. Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

13/06/2023

Emine GÜNEŞ

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, “Yoğun Bakım Hemşirelerinde Bakım Davranışları ve Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı çalışmamın, Tez Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Deniz şANLI danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Kâtip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

13/06/2023

Emine GüNEş

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın gerçekleşmesi için beni destekleyen, yardımlarını esirgemeyen, çalışmamın yürütülmesinde sabır ve anlayışla yönlendiren, bu zorlu süreçte beni her daim destekleyen, akademik bilgilerinden yararlanma olanağını bana sunan, daima bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren değerli hocam ve tez danışmanım, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞANLI'ya çok değerli katkıları ve desteği için teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin katkı ve önerileri doğrultusunda şekillenmesini sağlayan İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Doç Dr. Derya UZELLİ YILMAZ'a ve İzmir Bakırçay Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Pınar TEKTAŞ'a saygılarımı sunarım.

Çalışmama gönüllü olarak katılan ve bilim dünyasına katkıda bulunan İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım hemşirelerine,

Tez çalışmam boyunca beni cesaretlendiren, sevgileri ve varlıkları ile hayatıma güzellikler katan tüm arkadaşlarıma,

Yaşamımın her döneminde desteğini ve sevgisini esirgemeyen, beni bugünlere getiren, her zaman yanımda hissettiğim, hiçbir zaman haklarını ödeyemeyeceğim, en büyük destekçilerim olan fedakâr canım annem Saadet GÜNEŞ'e, canım babam Ferhan GÜNEŞ'e, biricik kardeşim Hakkı GÜNEŞ'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Emine GÜNEŞ

ÖZET

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE BAKIM DAVRANIŞLARI VE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Emine GÜNEŞ

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği) Tezli Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2023

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yoğun bakım hemşirelerinde bakım davranışları ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmada ayrıca, yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışları ve hasta güvenliği kültürü düzeyleri, sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre bu düzeylerin değişme durumu ve bakım davranışlarının hasta güvenliği kültürlerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı türdedir. Araştırma, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) Ocak-Haziran 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve YBÜ’de en az üç aydır çalışan 185 hemşire örnekleme alınmıştır. Veri toplama aracı olarak Hasta Kişisel Bilgi Formu, Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24), Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ) kullanılmıştır. Veriler, bağımsız örneklem t testi, Mann Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis H testi, Pearson korelasyon analizi ve lineer regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hemşirelerin genel BDÖ-24 puan ortalamalarının 5.28 ± 0.53 olduğu ve eğitim durumu, çalıştığı YBÜ düzeyi, meslekte ve YBÜ’de çalışma süresi, çalışma şekli, aylık çalışma süresi ve yoğun bakım hemşireliği sertifikası alma durumu değişkenlerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Hemşirelerin genel HGKÖ puan ortalamaları 2.72 ± 0.54 olarak hesaplanmıştır. Üçüncü düzey YBÜ’de çalışanların birinci düzeyde çalışanlara ($F=4.248$; $p=0.016$) ve hasta güvenliği ile ilgili eğitim alanların almayanlara ($t=2.685$; $p=0.008$) göre HGKÖ’den daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Hemşirelerin BDÖ-24 puanları ile HGKÖ puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.261$, $p=0.000$). BDÖ-24 puanlarının HGKÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur ($F=13.348$, $p=0.000$).

Sonuç: Yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışları yüksek düzeyde, hasta güvenliği kültürleri orta düzeydedir. Bakım davranışları ile hasta güvenliği kültürleri pozitif ilişkilidir. Bakım davranışları hasta güvenliği kültürlerini etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği, hemşirelik bakımı, yoğun bakım hemşireliği, yoğun bakım üniteleri

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CARE BEHAVIORS AND PATIENT SAFETY CULTURE IN CRITICAL CARE NURSES

Emine GÜNEŞ

Izmir Katip Celebi University Graduate School of Health Sciences Master of
Science in Nursing Program with Thesis in Department of Nursing (Surgical
Nursing), Master's Thesis, Izmir, 2023

Objective: This study was aimed at investigating the relationship between intensive care nurses' care behaviors and their patient safety culture. In the study, it was also aimed to investigate the care behaviors and patient safety culture levels of intensive care nurses, effects of their sociodemographic and professional characteristics on these levels, and effects of their care behaviors on their patient safety cultures.

Materials and Methods: This descriptive, cross-sectional and correlational study was carried out in the intensive care units (ICU) of İzmir Atatürk Training and Research Hospital between January 2023 and June 2023. Of the nurses working in these units, 185 who volunteered to participate in the study and worked in the ICU for at least three months were included in the sample. The Patient Personal Information Form, Caring Behaviors Inventory-24 (CBI-24), Patient Safety Culture Scale (PSCS) were used as data collection tools. The data were analyzed using the independent samples t-test, Mann Whitney U test, one-way analysis of variance (ANOVA), Kruskal Wallis H test, Pearson correlation analysis and linear regression analysis.

Results: The mean score the nurses obtained from the overall CBI-24 was 5.28 ± 0.53 . Of the variables, education level, ICU level, length of service in the profession, length of service in the ICU, work schedule, monthly working time and having the intensive care nursing certificate had no effect on the mean score.

The mean score the nurses obtained from the overall PSCS was 2.72 ± 0.54 . Of the nurses, those working in the third level ICU and those who received training on patient safety obtained higher scores from the PSCS than did those working at the first level ICU ($F=4.248$; $p=0.016$) and those who did not receive training on patient safety ($t=2.685$; $p=0.008$) respectively.

There was a statistically significant positive correlation between the nurses' CBI-24 scores and their PSCS scores ($r=0.261$, $p=0.000$). It was determined that their CBI-24 scores had a statistically significant effect on their PSCS scores ($F=13.348$, $p=0.000$).

Keywords: Patient safety, nursing care, critical care nursing, intensive care units

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

| | |
|---|-----|
| KABUL VE ONAY SAYFASI | i |
| YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI..... | ii |
| ETİK BEYAN | iii |
| TEŞEKKÜR..... | iv |
| ÖZET..... | v |
| ABSTRACT | vii |
| İÇİNDEKİLER DİZİNİ | ix |
| KISALTMALAR DİZİNİ..... | xii |
| ŞEKİLLER DİZİNİ..... | xiv |
| TABLolar DİZİNİ | xv |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 3 |
| 1.3. Araştırma Soruları | 3 |
| 1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi | 4 |
| 1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları | 5 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 6 |
| 2.1. Bakım Davranışları..... | 6 |
| 2.1.1. Bakım Davranışları Kavramı | 6 |
| 2.1.2. Bakım Davranışlarını Geliştirme Stratejileri | 7 |
| 2.2. Hasta Güvenliği | 7 |
| 2.2.1. Hasta Güvenliği Kavramı | 7 |
| 2.2.2. Hasta Güvenliği Kültürü | 11 |
| 2.2.3. Tıbbi Hatalara Neden Olan Etmenler | 12 |
| 2.2.4. Tıbbi Hata Türleri | 15 |
| 2.2.5. Sık Bildirilen Tıbbi Hatalar | 16 |
| 2.2.6. Tıbbi Hata Nedenlerini Belirleme Araç ve Yöntemleri..... | 20 |
| 2.2.7. Hasta Güvenliği Bildirim Sistemleri..... | 23 |
| 2.2.8. Hasta Güvenliğini Geliştirme Stratejileri | 24 |
| 2.2.9. Hasta Güvenliği Kültürünü Geliştirme | 29 |
| 2.3. Yoğun Bakım..... | 31 |
| 2.3.1. Yoğun Bakım Ünitesi | 31 |

| | |
|--|----|
| 2.3.2. Yoğun Bakım Hemşireliği | 32 |
| 2.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bakım Davranışları ile Hasta Güvenliği Kültürleri | 35 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 37 |
| 3.1. Araştırmanın Türü | 37 |
| 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı | 37 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme | 37 |
| 3.3.1. Örneklem Büyüklüğü..... | 37 |
| 3.3.2. Örnekleme Alınma ve Örneklemeden Dışlanma Ölçütleri..... | 37 |
| 3.4. Araştırmanın Değişkenleri..... | 38 |
| 3.5. Veri Toplama Araçları..... | 38 |
| 3.5.1. Kişisel Bilgi Formu..... | 38 |
| 3.5.2. Bakım Davranışları Ölçeği-24 | 38 |
| 3.5.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği | 40 |
| 3.6. Araştırmanın Planı ve Takvimi..... | 41 |
| 3.7. Verilerin Toplanması..... | 42 |
| 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi..... | 42 |
| 3.9. Araştırmanın Bütçesi | 43 |
| 3.10. Araştırma Etiği | 43 |
| 4. BULGULAR | 44 |
| 4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular | 44 |
| 4.2. Hemşirelerin BDÖ-24 Puanlarına İlişkin Bulgular | 46 |
| 4.3. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular | 46 |
| 4.4. Hemşirelerin HGKÖ Puanlarına İlişkin Bulgular | 49 |
| 4.5. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular | 49 |
| 4.6. Hemşirelerin BDÖ-24 Puanları ile HGKÖ Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular | 53 |
| 4.7. Hemşirelerin BDÖ-24 Puanlarının HGKÖ Puanları Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular | 55 |
| 5. TARTIŞMA | 56 |
| 5.1. Hemşirelerin BDÖ-24 Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması | 56 |

| | |
|--|----|
| 5.2. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması | 58 |
| 5.3. Hemşirelerin HGKÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması | 60 |
| 5.4. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması | 62 |
| 5.5. Hemşirelerin BDÖ-24 Puanları ile HGKÖ Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması | 65 |
| 5.6. Hemşirelerin BDÖ-24 Puanlarının HGKÖ Puanları Üzerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması | 65 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 67 |
| 6.1. Sonuçlar | 67 |
| 6.2. Öneriler | 68 |
| KAYNAKLAR | 69 |
| EK-1. GÜÇ ANALİZİ | 76 |
| EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU | 77 |
| EK-3. BAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-24 | 79 |
| EK-4. BAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-24 İZİN YAZISI | 81 |
| EK-5. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ | 82 |
| EK-6. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI | 86 |
| EK-7. ETİK KURUL ONAY YAZISI | 87 |
| EK-8. KURUM İZİN YAZISI | 88 |
| ÖZGEÇMİŞ | 89 |

KISALTMALAR DİZİNİ

- AHRQ:** Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı)
- AORN:** Association of periOperative Registered Nurses (Perioperatif Hemşireler Derneği)
- APE Scale:** Adverse Patient Events Scale (İstenmeyen Hasta Olayları Ölçeği)
- BDÖ-24:** Bakım Davranışları Ölçeği-24 (Caring Behaviors Inventory-24)
- BDÖ-42:** Bakım Davranışları Ölçeği-42 (Caring Behaviors Inventory-42)
- CBAS:** Caring Behaviors Assessment Scale (Bakım Davranışları Değerlendirme Ölçeği)
- CBI-16:** Caring Behaviors Inventory-16 (Bakım Davranışları Ölçeği-16)
- CBI-24:** Caring Behaviors Inventory-24 (Bakım Davranışları Ölçeği-24)
- CBI-42:** Caring Behaviors Inventory-42 (Bakım Davranışları Ölçeği-42)
- CDC:** Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
- DVT:** Derin Ven Trombozu
- FMEA:** Failure Mode and Effects Analysis (Hata Türü ve Etkileri Analizi)
- HBRTÖ:** Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği
- HGKHA:** Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Hospital Survey on Patient Safety Culture)
- HGKÖ:** Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği
- HGTÖ:** Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği
- HSOPSC:** Hospital Survey on Patient Safety Culture (Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi)
- ICN:** International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
- IHI:** Institute for Healthcare Improvement (Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Enstitüsü)
- IOM:** Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
- JCI:** Joint Commission International (Uluslararası Ortak Komisyon)
- NIHR:** National Institute for Health Research (Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü)
- OECD:** Organisation for Economic Co-operation and Development (İktisadi İş Birliği ve Gelişme Teşkilatı)
- PE:** Pulmoner Embolizm
- RCA:** Root Cause Analysis (Kök Neden Analizi)

SAQ: Safety Attitudes Questionnaire (Güvenlik Tutumları Anketi)

SEA: Significant Event Audit (Anlamalı Olay Denetimi)

SHİE: Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyon

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

TJC: The Joint Commission (Ortak Komisyon)

VTE: Venöz Tromboemboli

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

YBH: Yoğun Bakım Hemşireliği

YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Şekil 1. Hasta Güvenliği Terminolojisini Tanımlayan Venn Diyagramı..... | 9 |
| Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinde İstenmeyen Olaylara Katkıda Bulunan Etmenler..... | 14 |
| Şekil 3. Araştırma Planı ve Takvimi | 41 |

TABLULAR DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Tablo 1. Tıbbi Hata Türleri | 16 |
| Tablo 2. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerinin Ortalamaları ve Oranları | 44 |
| Tablo 3. Hemşirelerin BDÖ-24 Puan Ortalamaları..... | 46 |
| Tablo 4. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılması | 46 |
| Tablo 5. Hemşirelerin Çalıştıkları YBÜ Düzeylerine Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılması | 47 |
| Tablo 6. Hemşirelerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılması | 47 |
| Tablo 7. Hemşirelerin YBÜ’de Çalışma Sürelerine Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılması | 47 |
| Tablo 8. Hemşirelerin Çalışma Şekillerine Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılması | 48 |
| Tablo 9. Hemşirelerin Aylık Çalışma Sürelerine Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılması | 48 |
| Tablo 10. Hemşirelerin YBH Sertifikası Alma Durumlarına Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılması | 48 |
| Tablo 11. Hemşirelerin HGKÖ Puan Ortalamaları | 49 |
| Tablo 12. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılması | 49 |
| Tablo 13. Hemşirelerin Çalıştıkları YBÜ Düzeylerine Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılması | 50 |
| Tablo 14. Hemşirelerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılması | 50 |
| Tablo 15. Hemşirelerin YBÜ’de Çalışma Sürelerine Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılması | 50 |
| Tablo 16. Hemşirelerin Çalışma Şekillerine Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılması | 51 |
| Tablo 17. Hemşirelerin Aylık Çalışma Sürelerine Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılması | 51 |
| Tablo 18. Hemşirelerin YBH Sertifikası Alma Durumlarına Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılması | 51 |

| | |
|---|----|
| Tablo 19. Hemşirelerin Hasta Güvenliği ile İlgili Eğitim Alma Durumlarına Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılması | 52 |
| Tablo 20. Hemşirelerin BDÖ-24 Puanları ile HGKÖ Puanları Arasındaki İlişki | 53 |
| Tablo 21. Hemşirelerin BDÖ-24 Puanlarının HGKÖ Puanları Üzerine Etkisi..... | 55 |

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kaliteli sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliğinin sağlanması temel bir öncelik olup nerede olursa olsun tüm bireylerin güvenli sağlık hizmeti alması gerekmektedir (1). Hasta güvenliğini ve zararını önleyen girişimleri tanımlayan birçok çalışma, morbidite ve mortalite gibi olumsuz bakım sonuçlarına odaklanmıştır. Hemşirelerin, bu gibi olumsuz hasta sonuçlarını azaltan gözetim ve koordinasyonda kritik bir önemi vardır (2). Uluslararası Hemşireler Konseyine (International Council of Nurses-ICN) (2012) göre hasta güvenliği, kaliteli sağlık hizmeti ve hemşirelik bakımı için esastır (3). Kaliteli sağlık hizmeti, istenen sağlık sonuçları olasılığını artırır ve etkinlik, güvenlik, birey merkezilik, zamanlılık, eşitlik, bakımın entegrasyonu ve verimlilik gibi ölçülebilir özelliklerle tutarlıdır (4).

Bakım davranışları, hemşirelik uygulamasının temeli olarak görülmektedir (5,6). Yoğun bakım hemşirelerinin yetkinlikleri; bilimsel kanıtlar, yeni teknolojiler, hastaların, ailelerin ve sağlık sisteminin gereksinimleri ve genel olarak sağlık ortamındaki değişikliklerin yansımalarıyla gelişmektedir (7).

Bilimsel, etik ve hümanistik bir hemşirelik bakımı, hastaya büyük katkılar sağlar (5). Yoğun bakım hemşiresi verdiği bakımla, yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) olumlu ortam oluşturulması, hastanın iyileşmenin hızlandırılması, iyilik durumunun yeniden sağlanması, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin artırılmasında anahtar rol oynar (8,9).

Yoğun bakım ortamının olumsuz etkileriyle baş edilerek kaliteli bakım sağlanabilmesi için klinisyen ve yönetici hemşirelerin bakım davranışlarına yönelmeleri gerekmektedir (6).

Dünya çapındaki çoğu sağlık hizmeti ortamında hasta güvenliği verileri, hasta güvenliğinin yokluğuna ilişkin verilerdir. Dünya Sağlık Örgütüne (World Health Organization-WHO) göre hasta güvenliği ciddi bir küresel toplum sağlığı sorunudur. Çalışmalar ve istatistikler, her 10 hastadan birinin hastanede tedavi görürken zarar gördüğünü bildirmektedir (10). Güncel bir raporda Amerika'da bireylerin %21'i, yaşamlarının bir noktasında hastanede tıbbi hata yaşadıklarını belirtmektedir (11).

Tıbbi hatalardan kaynaklanan yaralanmalar daha yaygın hale gelmesine karşın, güvenlik ve kalite sorunlarının büyük ölçüde sistemdeki sorunlardan kaynaklandığı, sağlık profesyonellerinin hatasından kaynaklanmadığı belirlenmiştir (12). Güvenlik kültürünü destekleyen bir kurum, personele, istenmeyen olayların bildirilmesine izin

verildiğini ve bildirilmesi durumunda hiçbir resmi veya gayriresmi ceza uygulanmayacağını belirtir (13). Hasta güvenliğindeki iyileştirmeler, sağlık hizmeti kurumlarının bir güvenlik kültürü benimsemesiyle elde edilir (14). Vikan ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan kapsamlı derlemede, çalışmaların %76'sında, artan hasta güvenliği kültürü puanları, azalan istenmeyen olay oranlarıyla ilişki göstermiştir (15). Bir çalışmada yoğun bakım hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü ile istenmeyen olaylar arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (16).

Sağlık ekibinin önemli bir parçası olan hemşire, sağlık hizmetinin her alanında etkin görev alması, toplumdaki her bireye hizmet vermesi, karmaşık durumlarda eleştirel düşünme ile sorunları çözmesi gibi nedenlerle hasta güvenliğinin sağlanması ve güvenlik kültürünün geliştirilmesinde kritik bir role ve temel bir sorumluluğa sahiptir. Özellikle hastaların kendi bakım gereksinimlerini karşılamada bağımlı oldukları sağlık bakım ortamlarında, hasta güvenliğiyle ilgili klinik uygulama standartlarının en uygun düzeyde tutulması önemlidir (17).

İstenmeyen olayların 2.6 milyonu ölümlerle sonuçlanmaktadır (1). Mevcut çalışmalar, İktisadi İş Birliği ve Gelişme Teşkilatı (Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD) ülkelerindeki hastane giderlerinin ve etkinliklerinin %15'nin hasta güvenliği ile ilgili sorunların tedavisine atfedilebileceğini düşündürmektedir. Hastaların ve bakım verenlerinin kapasite ve üretkenlik kaybı nedeniyle ekonomik zararın arttığı görülmüştür. İngiltere'de sık görülen istenmeyen olayların yıllık maliyeti 2.000 pratisyen hekim veya 3.500 hemşire ile eşdeğerdir (18).

Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü (National Institute for Health Research-NIHR) tarafından Hasta Güvenliği 2030 raporu yayınlanmıştır. Bu raporda, sağlık profesyonellerinin daha güvenli bakım vermelerinin sağlanmasının ve bu konudaki farkındalıklarının artırılmasının, hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öncelikli girişimler olduğuna dikkat çekilmiştir (19). WHO'nun (2021) Küresel Hasta Güvenliği Eylem Planı 2021-2030'da güvenli bakım sistemlerinin tasarımına ve sunulmasına katkıda bulunmak için her sağlık profesyoneline ilham verilmesi, beceri kazandırılması, onların eğitilmesi ve korunması bir strateji olarak sunulmuştur (20).

Bakımı daha güvenli hale getirme misyonu, sağlık profesyonellerini ve hastaları benzer şekilde birleştirir ve güvenlik, herhangi bir kalite girişiminin önemli bir bileşenidir (19). 21. yüzyıl için kaliteli bakımın bileşenlerini belirlemeye yönelik çalışmalar sonucunda Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM), kalitenin kavramsal

bileşenlerine odaklanmak gerektiğini belirtmiştir. Bu bileşenler; güvenli, hasta merkezli, etkili, verimli, zamanında, eşit ve kaliteli sunulan bakımdır. Bu nedenle güvenlik, kaliteli bakımın diğer tüm yönlerinin üzerine inşa edildiği temeldir (2). Hemşirelerin birincil sorumluluğu hastanın sağlığını, refahını ve güvenliğini geliştirmektir (21). Kanıta dayalı uygulamaların temel alındığı bakım, güvenli bakım verilebilmesi için esastır (2,21).

Yoğun bakım hemşirelerinin dahil olduğu örneklerde bakım davranışları ile hasta güvenliği kültürünün ilişkisini inceleyen uluslararası bir (22) ve ulusal bir (23) olmak üzere sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bununla birlikte yalnızca yoğun bakım hemşirelerinde yapılan çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın, YBÜ’de hemşirelik bakım kalitesi ve hasta güvenliği kültürünün ilişkisi konusunda personel bilincinin artırılmasını sağlayacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda sağlık kurumları içinde ve arasında karşılaştırmalar yapılmasını olanak tanıyacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, yoğun bakım hemşirelerinde bakım davranışları ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmada ayrıca, yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışları ve hasta güvenliği kültürü düzeyleri, sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre bu düzeylerin değişme durumu ve bakım davranışlarının hasta güvenliği kültürüne etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

Çalışmada aşağıda sorular yanıtlanacaktır:

- Yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışları ne düzeydedir?
- Yoğun bakım hemşirelerinin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre bakım davranışları düzeyleri farklılık göstermekte midir?
- Yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği kültürleri ne düzeydedir?
- Yoğun bakım hemşirelerinin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre hasta güvenliği kültürü düzeyleri farklılık göstermekte midir?
- Yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışları ile hasta güvenliği kültürleri arasında ilişki var mıdır?
- Yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışları, hasta güvenliği kültürlerini etkiler mi?

1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi

Hemşirelik girdisine duyarlı yüksek kaliteli bakım, bazı olumlu göstergeler üzerine odaklanmıştır. Bunlar; uygun öz bakımın başarılması, sağlığı geliştirme davranışlarının gösterilmesi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bakım alma algısı ve semptom yönetimidir. Buna karşılık günümüzde güvenlik başta olmak kalitenin kavramsal bileşenlerine odaklanılmaktadır (2).

Hızla gelişen sağlık alanında hemşirelik bakımının önemi her geçen gün artmaktadır (5). Kritik durumda olan hastalara bakım veren yoğun bakım hemşireleri, ileri teknolojileri kullanmakta ve karmaşık terapötik işlemler uygulamaktadırlar (6).

Bakım, olumlu hasta sonuçları elde edilmesinde çok önemli bir unsurdur. Bakımın, hasta memnuniyetini etkileyen önemli etmen olduğu bilinmektedir (5).

Bakım kalitesinin artırılabilmesi için öncelikle mevcut durumun belirlenmesi gerekir. Ülkemizde yoğun bakım hemşirelerinden oluşan bir örneklemede bakım davranışlarını inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bakım davranışlarının düzeyinin ve bunlarda farklılığa neden olan durumların belirlenmesi, bakım kalitesini artırmaya yönelik girişimlerin yapılmasına olanak tanıyacaktır.

Yetmiş İkinci Dünya Sağlık Asamblesine göre Hastanelerde güvenli olmayan bakım nedeniyle her yıl sağlık hizmetiyle ilişkili 134 milyon istenmeyen olay meydana geldiği bildirilmiştir (1).

Hata sürecinin keskin sonu olarak adlandırılan aktif başarısızlığa odaklanmanın, hataları azaltmada çok az katkısının olduğu artık bilinmektedir. Tıbbi hataya günümüzdeki yaklaşım, bireyi suçlamaktan sistemi değerlendirip değiştiren kültüre dönüşmüştür (24). Sağlık hizmetlerinin güvenliğini ve kalitesini artırmak için güvenlik kültürü geliştirilmelidir (2). Güvenlik kültürü, sağlık kurumunun tüm üyeleri tarafından sağlık hizmetinin oldukça karmaşık, hataya açık ve dolayısıyla yüksek riskli bir girişim olduğunun farkında olunmasını gerektirir (14). Suçlayıcı olmayan bir kültür, bireylere ceza korkusu olmadan açıklama ve tartışma fırsatı verir. Ancak bireyleri eylemlerinden sorumlu olmaktan kurtarmaz (25).

Uçakla yolculuk yaparken ölüm riskinin 1/3 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Karşılaştırıldığında, hastaların sağlık hizmeti alırken önlenemez bir tıbbi hata sonucu ölme riskinin 1/300 olduğu tahmin edilmektedir (10). İstenmeyen olaylardan kaynaklanan yaralanma ve diğer zararlar büyük olasılıkla dünyadaki en büyük 10 ölüm ve sakatlık nedeninden biridir. Bu yük ile ilgili endişeler tüberküloz ve sıtmayla karşılaştırılabilir. Kanıtlar, bu yükün düşük ve orta gelirli ülkelerin üzerine

düştüğünü göstermektedir (1). Hastaların, sağlık sisteminin ve toplumun maliyeti oldukça fazladır ve tıbbi hatalar sonucu oluşan hasta zararı bu maliyeti artırır. Politik ekonomik açıdan bakıldığında, hasta güvenliğindeki başarısızlığının maliyeti sağlık sistemlerine, hükümetlere ve sosyal kurumlara güven kaybına yol açar (18).

“Önce zarar verme” ilkesi yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunumunun merkezinde yer almalıdır (19). İstenmeyen olayların raporlanmasını sağlamak, kök nedenleri belirlemek ve tekrarlanmalarını önlemek için bu kültürün açıklanması gerekmektedir. Çalışma sonuçlarına bakıldığında hasta güvenliği kültürünün ülkeler arasında ve ülkemizde yapılan çalışmalarda değişiklik gösterdiği dikkati çekmektedir. Hasta güvenliği kültürünün tanınması, güçlü yönlerinin ve iyileştirilmesi gereken alanlarının belirlenmesini ve hasta güvenliğini tehlikeye atacak durumlara karşı gerekli önlemlerin alınmasını sağlayacaktır.

Hasta güvenliği, kaliteli sağlık hizmetinin temelini oluşturur (2). Kaliteli sağlık hizmeti, her şeyden önce güvenli sağlık hizmetidir (14). Yoğun bakım hemşirelerinde bakım kalitesinin güvenlik kültürü ile ilişkisini ortaya koyan veriler büyük ölçüde eksiktir. Bu çalışmanın bu konuda literatüre veri sağlayacağı düşünülmektedir.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Yıllık izin, doğum izni ve çalışılan birim değişikliği nedeniyle örneklem sınırlı olmuştur. Araştırma tek bir merkezde yürütüldüğü için konuyla ilgili genel bir yorumlama yapılması mümkün değildir. Araştırma İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinin YBÜ’lerinde çalışan hemşirelerle yapılmıştır. Dolayısıyla araştırmanın bulguları bu hemşirelerle sınırlıdır. Bulgular ayrıca Ocak-Haziran 2023 tarihleri arasında YBÜ’lerde çalışan hemşirelerin verileri ile sınırlıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bakım Davranışları

2.1.1. Bakım Davranışları Kavramı

Bakım, en az iki kişi arasında başlayan ve giderek gelişen bir ilişki ve etkileşimdir. Hastanın kendisini iyi hissetmesine yardım eden tüm işlemleri içine alır. Psikomotor beceriler ve süreçler ile birlikte empati duyma, şefkat gösterme ve desteklemeyi de kapsar. Aynı zamanda kişilerarası ilişkileri ve etik kavramını içerir (5). Kaliteli ve nitelikli hemşirelik bakımının temelinde, bireye varoluşunun tüm boyutlarını koruması, sürdürmesi veya geliştirmesi için yardımcı olmak yer alır (8).

Hemşirelik bakımı, sağlığın ve yeteneklerin korunması, geliştirilmesi ve uygulanması, hastalık/yaralanmaların önlenmesi, tanınması ve tedavi edilmesi yoluyla acıları hafifletme ve birey, aile ve toplum bakımında savunuculuk yapmadır. Hemşirelik kurumlarının oluşturduğu etik ve standartlara dayalıdır ve hastayı işlevsel bir sağlık durumuna döndürmeye odaklıdır (12).

Hemşirelik bakımı, hemşirelik süreci içerisinde klinik akıl yürütme ve eleştirel düşünme yoluyla planlanan ve yürütülen etkinliklerle yapılandırılır (12). Hemşirelik süreci, akıl yürütme ve eleştirel düşünme becerilerini kullanarak profesyonel hemşirelik uygulamalarını organize etmek için sistematik bir yöntemdir. Her adım, bir önceki adımın doğruluğuna bağlıdır ancak süreç doğrusal olmaktan çok dinamik ve daireseldir. Hastaların ve ailelerin devam eden değerlendirmesi, planda açıklanan girişimlere verdikleri yanıtlar, mevcut sonuç bilgilerinin eleştirel olarak gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi ve bir bakım süreci boyunca tanıların, girişimlerin ve beklenen sonuçların yeniden formüle edilmesidir. Profesyoneller arası ekip üyeleri, hastalar ve aileler/bakım verenler arasında yetenekli iletişim ve iş birliği, istenen sonuçları elde etmek için kritik öneme sahiptir (7).

Risk yöneticisi, kalite güvence uzmanı, vaka yöneticisi, klinik araştırma koordinatörü, hasta bakım yöneticisi ve diğer pek çok rol dahil olmak üzere hemşirenin rolleri ve sorumlulukları yıllar içinde değişmiş olsa da beceri, rol ve eğitim çeşitliliği hemşireyi kritik bir konuma yerleştirmektedir (2).

Uluslararası Ortak Komisyona (Joint Commission International-JCI) (2021) göre, hasta bakımının tüm aşamalarında, hastanın bakımından sorumlu olarak tanımlanmış nitelikli bir hemşire bulunmalıdır (13).

Tüm hastaların, operatif ve diğer invaziv işlemlerin uygulandığı tüm uygulama ortamlarında, yüksek kaliteli bakım alma hakkı bulunmaktadır. Perioperatif hemşire,

savunuculuk yoluyla hastayla profesyonel bir bağ kurar. Bu hasta-hemşire bağı, en iyi hasta sonuçlarını teşvik eden hemşirelik girişimleriyle daha da güçlendirilir. Hastanın fiziksel ve duygusal gereksinimleri, tüm sağlık ekibi tarafından güvenli ve etkin bir bakım verilmesini bekleyen hasta ve yakını tarafından, perioperatif hemşireye emanet edilir (21).

Cerrahi hemşiresinin, ameliyat açısından risk faktörleri, cerrahi girişim nedeniyle meydana gelen değişimler, olası hasta yaralanmaları ve bunların önlenmesi konusunda yaklaşımlarına yol gösterecek yeterli bilgiye sahip olması gerekir. Bu temel bilgi, hasta gereksinimlerini belirleme ve uygun hemşire girişimlerini başlatmada yeterli ve yetenekli olmasını sağlar (26).

2.1.2. Bakım Davranışlarını Geliştirme Stratejileri

Sağlık hizmetleri sunumunun Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-Hastaneye göre yapılması bakım kalitesi için temeldir (27).

Bakım davranışlarının mesleki eğitim kapsamına entegre edilmesi önerilmektedir. Bakım davranışlarına özgü bilgi, beceri ve tutum artırılmalıdır. Yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışları konusunda farkındalık kazanmaları, kurumun bakım davranışlarının uygulanmasına teşvik etmesi ve uygun çalışma ortamı ve koşulları sağlaması kaliteli bir bakım kültürü oluşturulmasına katkı verir (6).

Bakım davranışlarının genellikle sağlık kayıt sisteminde belgelenemediği bilinmektedir. Bunların kayıt altına alınmaması, izlenmesini, denetlenmesini ve görünür olmasını önlemektedir. Bu nedenle kayıt altına alınması önemlidir (6).

2.2. Hasta Güvenliği

2.2.1. Hasta Güvenliği Kavramı

2.2.1.1. Hasta Güvenliğinin Tanımı

Çağdaş hasta güvenliği hareketi, 1999 yılında IOM'un tıbbi hatalar hakkındaki "Her İnsan Hata Yapar: Daha Güvenli Bir Sağlık Sistemi İnşa Etme" adlı raporunun yayımlanmasıyla başlamıştır (28). Bu rapor, Amerika'da Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi Projesi kapsamında hazırlanan bir dizi raporun ilkidir. Amerika'da Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi Projesi, Haziran 1998'de, Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi Komitesi tarafından önümüzdeki on yıl boyunca kalitede iyileşme ile sonuçlanacak bir strateji geliştirme sorumluluğuyla başlatılmıştır. Bu rapor, genel kalite ile ilgili endişelerin bir alt kümesi olan hasta güvenliği ile ilgili sorunları ele almış ve sağlık hizmetlerindeki hataları azaltmak ve hasta güvenliğini iyileştirmek için ulusal bir gündem ortaya koymuştur (29). Raporun yayınlanmasından bu yana tıbbi hataların

azaltılması gereksinimine dikkatle odaklanılmıştır. Sağlık hizmetleri verenler ve genel olarak toplum, sağlık sisteminin olması gerektiği kadar güvenli olmadığını anlamıştır (14).

Çevrenin kalite üzerindeki etkisinin genel bir modeli iki ana boyutu kapsar. İlk boyut, kalite alanlarını tanımlamaktadır. Bunlar; güvenli bakım, mevcut tıbbi bilgi ve bireyselleştirme ile tutarlı uygulamadır. İkinci boyut, dağıtım sisteminde kalite iyileştirmesini sağlayabilecek dış çevredeki güçleri tanımlamaktadır. Bunlar iki geniş kategoride gruplandırılmıştır: düzenleyici/yasama etkinlikleri ve ekonomik ve diğer teşvikler. Kalitenin ilk alanı olan güvenlik, “kazayla yaralanmadan kurtulma” anlamına gelmektedir. Bu tanım hastanın bakış açısından ifade edilir. Sağlık hizmetleri olması gerektiği kadar güvenli değildir. Güvenlik, kalitenin yalnızca önlenbilir zararlardan kaçınmayı değil, aynı zamanda uygun bakımı sağlamayı, bunlardan yararlanabilecek bireylere etkili hizmetler sağlamayı ve etkisiz veya zararlı hizmetler sunmamayı içeren bir yönüdür (29).

Kaliteli sağlık hizmeti, hasta güvenliğinin altında yatan kapsayıcı bir şemsiye olarak görülmektedir. IOM, hasta güvenliğini kaliteli sağlık hizmeti sunumundan farksız olarak görmektedir. IOM tarafından hasta güvenliği, hastaların zarar görmesini önleme olarak tanımlanmıştır. Hasta güvenliği; (1) hataları önler; (2) ortaya çıkan hatalardan öğrenir ve (3) hastalar, sağlık profesyonelleri ve kurumları kapsayan bir güvenlik kültürü üzerine kurulmuştur (2). Tıbbi hataların sağlık sisteminde doğrudan bir kalite göstergesi olduğu bilinmektedir (30).

Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) Hasta Güvenliği Ağı, hasta güvenliğini, zararın önlenmesi tanımı genişletilerek, tıbbi bakımdan kaynaklanan kazara veya önlenbilir yaralanmaların olmaması şeklinde tanımlamıştır (2).

Hasta güvenliği, hasta üzerine odaklanır. Hastaya bakım verilmesi gereken durumlarda zarar verebilecek dış etmenleri göz önünde bulundurmamayı gerektirir. Hasta güvenliğinin kapsamında, sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanabilecek hataların önlenmesi, hatalar gerçekleştiğinde ise bunlardan ders alınarak bunların tekrar gerçekleşmemesi için uygun girişimlerin uygulanması yer alır (31).

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumu sırasında bireylerin zararlara maruz kalmalarını önlemek için sağlık kurumları ve bu kurumların çalışanlarının aldığı önlemleri kapsar (32).

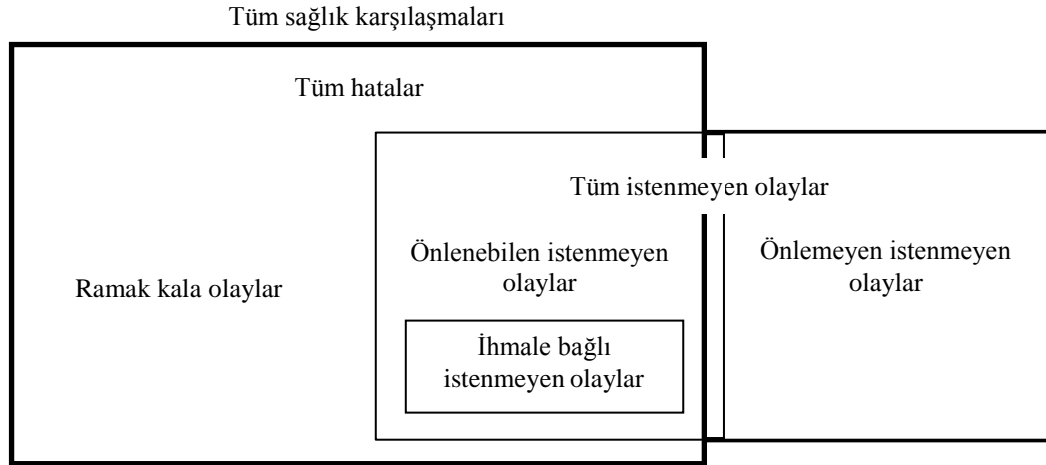
Hasta güvenliği ile ilgili bazı kavramlar şu şekilde tanımlanmıştır.

Hata (errors): Planlanan bir eylemin amaçlanan şekilde tamamlanamaması veya bir amaca ulaşmada yanlış bir planın kullanılmasıdır (29).

Tıbbi hata (medical error): İstenmeyen bir eylem (ihmal veya icrai [omission or commission]) veya amaçlanan sonuca ulaşamayan bir eylem, planlanan bir eylemin amaçlanan şekilde tamamlanamaması (uygulama hatası), bir amaca ulaşmada yanlış bir planın uygulanması (planlama hatası) veya bakım sürecinden sapma olarak tanımlanmaktadır (33).

İstenmeyen olay (advers event): Hastanın altta yatan hastalığı veya durumundan ziyade tıbbi yönetimin neden olduğu bir yaralanmadır (29).

Ramak kala olay (near miss event): Sonunda fiili sonuçlara dönüşmesi önlenen, potansiyel olarak önemli güvenlikle ilgili etkileri olan olaydır. Hastaya zarar verebilecek ancak şans, önleme veya hafifletme sonucunda zarar vermeyen bir icrai fiil veya ihmali fiil olarak tanımlanır. Ramak kala olaylar daha sonraki olası istenmeyen olayların ilk habercileridir (14).



Şekil 1. Hasta Güvenliği Terminolojisini Tanımlayan Venn Diyagramı (28)

Şekil 1’de hasta güvenliğindeki çeşitli terimleri tanımlayan bir venn diyagramı sunulmuştur. Hasta güvenliği literatürü, genellikle bir hatayı, “istenmeyen bir sonuca veya böyle bir sonuç için önemli bir potansiyele yol açan bir icrai fiil (yanlış bir şey yapmak) veya ihmal (doğru olanı yapmamak)” olarak tanımlamaktadır. Birçok hata istenmeyen olaylarla sonuçlanmamaktadır. Genel olarak daha ciddi olan hatalar “ramak kala olaylar” veya “yakın çağrılar” olarak tanımlanmaktadır. Hastalar herhangi bir hata olmaması durumunda da tıbbi bakımdan zarar görebilecekleri için hasta güvenliği literatürü önlenebilir istenmeyen olayları, önlenemeyen istenmeyen

olaylardan ayırmaktadır. Bazı hatalar profesyonel bakım standardının altına düşen bakımı içerir. Bunlara ihmal denir ve bazı sistemlerde yasal sorumluluk veya hastanın zararının tazmini görevi oluşturabilir. Önlenebilen istenmeyen olayların çoğu hatalar içermekle birlikte hepsinde hata yoktur (28).

2.2.1.2. Hasta Güvenliğinin Önemi

Bireyler tıbbi bakım aldığıında hatalar yapılabilir (11,34). Tıbbi hatalar sağlık hizmeti sunumunun herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilir (34).

Cerrahi hastanın bakımı sırasında birçok istenmeyen olay ve ramak kala hata meydana gelmektedir (35). Perioperatif ortam, hasta bakımının sağlanmasında benzersiz zorluklar sunan, yüksek riskli bir ortamdır (21).

Hasta güvenliği, tüm sağlık hizmeti verenler için önemli bir endişe olmaya devam etmektedir. Basında hala sağlık hizmeti alan ve veren herkesi şok eden başlıklar vardır. Bu hasta güvenliği olayları buz dağının yalnızca görünen kısmıdır ve hasta güvenliğine tehdit oluşturan mevcut ve potansiyel çok sayıda olay vardır (25). Hastaneye yatan yetişkin hastaların %30'u istenmeyen olaylardan etkilenmektedir (35).

Bu hatalar bazen hiçbir zararla sonuçlanmazken bazen de ek veya uzun süreli tedavi, duygusal sıkıntı, sakatlık veya ölümlerle sonuçlanabilir (11).

Önemli sayıda kanıt, tıbbi hataların önde gelen ölüm ve yaralanma nedeni olduğunu göstermektedir (29). Güvenli olmayan bakıma bağlı olarak istenmeyen olayların ortaya çıkması, tüm dünyada ölüm ve sakatlığın önde gelen 10 nedeninden biridir (10).

OECD tarafından, istenmeyen olaylar sonucunda oluşan hasta zararının, küresel hastalık yükünün 14. önde gelen nedeni olduğu tahmin edilmektedir. Bu, tüberküloz ve sıtma gibi hastalıklarla karşılaştırılabilir. Bazı OECD ülkelerinde, bu zarar yükü multipl skleroz ve bazı kanser türleri gibi kronik hastalıklara benzerdir (18). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezine (Centers for Disease Control and Prevention-

CDC) (2021) göre kasıtsız yaralanmalar (aşırı dozda uyuşturucu gibikasıtsız zehirlenme, kasıtsız motorlu taşıt trafiği, kasıtsız boğulma ve kasıtsız düşmeler) ilk 10 ölüm nedeni arasında dördüncü sırada yer almaktadır (36).

İyileştirilmiş hasta güvenliği önlemlerinin bir sonucu olarak, son 50 yılda ameliyata bağlı mortalitenin azaldığı bildirilmiştir. Bununla birlikte mortalite oranı, yüksek gelirli ülkelerle karşılaştırıldığında, düşük ve orta gelirli ülkelerde iki ila üç kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (37).

Önlemenin maliyeti, zarar maliyetinden çok daha düşüktür. ABD’de 2010-2015 yılları arasında hasta güvenliği sistematik olarak iyileştirerek 28 milyar dolar tasarruf sağlandığı tahmin edilmektedir (18).

Ekonomik yükü en fazla olan tıbbi hatalar arasında, ilaç hataları, SHİE, tanı hataları ve venöz tromboemboli (VTE) yer alır (18).

2.2.2. Hasta Güvenliği Kültürü

Güvenlik kültürü, bakım verme süreçlerinden kaynaklanabilecek hasta zararını sürekli olarak en aza indirmeye çalışan, paylaşılan inançlara ve değerlere dayalı, bireysel ve kurumsal davranış biçiminin bütünleşik bir modeli olarak tanımlanabilir (14).

Hasta güvenliği kültürünün, tıbbi hataların önlenmesi için sistematik bir yaklaşım benimsemesi ve raporlamasında şeffaf olması gerekmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili davranış biçimlerini kapsayan değerler, inançlar ve kuralların tamamı hasta güvenliği kültürünü oluşturur. Bu kültür, sosyal süreçler ve etkileşimler içinde korunur ve kendini gösterir. Ayrıca bilgi ve iletişim teknolojilerini barındıran çok kapsamlı bir yapıdır (31).

Sağlık kurumlarında çoğu zaman bir suçlama kültürü vardır. İşler ters gittiğinde bir kişi suçlanmakta ve bu kişiye disiplin cezası verilmektedir (38).

Bir kurumun kültürü gizlilik, savunmacı davranış, profesyonel korumacılık ve otoriteye uygunsuz saygıya dayanıyorsa, kültür, hasta güvenliğine ve kaliteli bakıma yönelik tehdit oluşturur. Bir klinisyenin hataları suçlamayı gerektiren başarısızlıklar olarak görme eğilimi, hemşire eğitiminin bilgiden çok kurallara odaklanması, sistemi iyileştirmek yerine bireyin cezalandırılması gibi etmenler güvenlik kültürünün gelişimini önler. Bu etmenlerin her biri, kurumların ve içindeki insanların gerçekçi olmayan klinik mükemmellik beklentilerine sahip olmalarından, insanların yanılabilirliğini kabul etmeyi reddetmelerinden ve etkili multidisipliner ekiplerin yararını göz ardı etmelerinden kaynaklanmaktadır (2).

Vincent’in (2010) aktardığına göre Leape ve arkadaşları (1998), risk ve hata ile ilgili bilgileri gizleyen bir suçlama kültürünün, hatalar hasta yaralanmalarına neden olmadan önce bunları önlemeyi veya hızla düzeltmeyi sağlayan güvenlik kültürüne dönüştürülmesi gerektiğini savunmuşlardır. Kültürü değiştirmekten bahsettiklerinde, hata ve güvenliğe yaklaşım şeklindeki köklü bir değişime inanç ve bağlılık ve kültür değişene kadar başka hiçbir şeyin mümkün olmayacağına dair kanaati yansıtmışlardır (38).

Bir kurumdaki herkes, kültüre bilinçli veya bilinçsiz olarak katkıda bulunur. Ortaya çıkan şey olumlu ve güvenlik bilincine sahip olabilir veya zamanla her türlü tehlikeli davranışın tolere edildiği ve hatta teşvik edildiği amansız bir olumsuzluğa sürüklenebilir. Güvenlik kültürünün sürdürülmesi, ilgili herkesin sürekli çalışmasını ve bağlılığını gerektirir (38).

Bir çalışmada tıbbi hatalar olduğunda suçlanmamak iyi bir hasta güvenliği kültürü ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (39).

Hırvatistan, Macaristan, İspanya ve İsveç dahil olmak üzere dört Avrupa ülkesinde hastanelerin güvenlik kültürünü hemşirelerin bakış açısıyla karşılaştırmak amacıyla dahiliye, cerrahi ve acil hemşireleriyle bir karma yöntem çalışması yapılmıştır. Çoğu boyut için güvenlik kültürü düzeyi İsveç'te yeterli ve diğer ülkelerde yeterli ile zayıf arasındadır. Anket ve nitel veriler arasında tutarsızlıklar belirlenmiştir. Tüm ülkeler Avrupa Birliğinin bir parçası olmasına karşın anketin birçok boyutunda iyileştirme gereklidir. Çok az boyut iyi olarak ölçülmüştür ve boyutların çoğu yetersiz olarak değerlendirilmiştir. Gözlemlenen hasta güvenliği uygulamaları veya görüşmeler olumlu bir güvenlik kültürü ile tutarsızdır. Güvenlik kültürü düzeyinin ülkeler arasında uyumsuz olduğu görülmektedir. Ülkeler arasındaki farklılıklar, ulusal kültür veya geçerli Avrupa Birliği sağlık politikasının izin verdiği sağlık sistemi yapılarındaki değişkenlikle ilgili olabilmektedir (40).

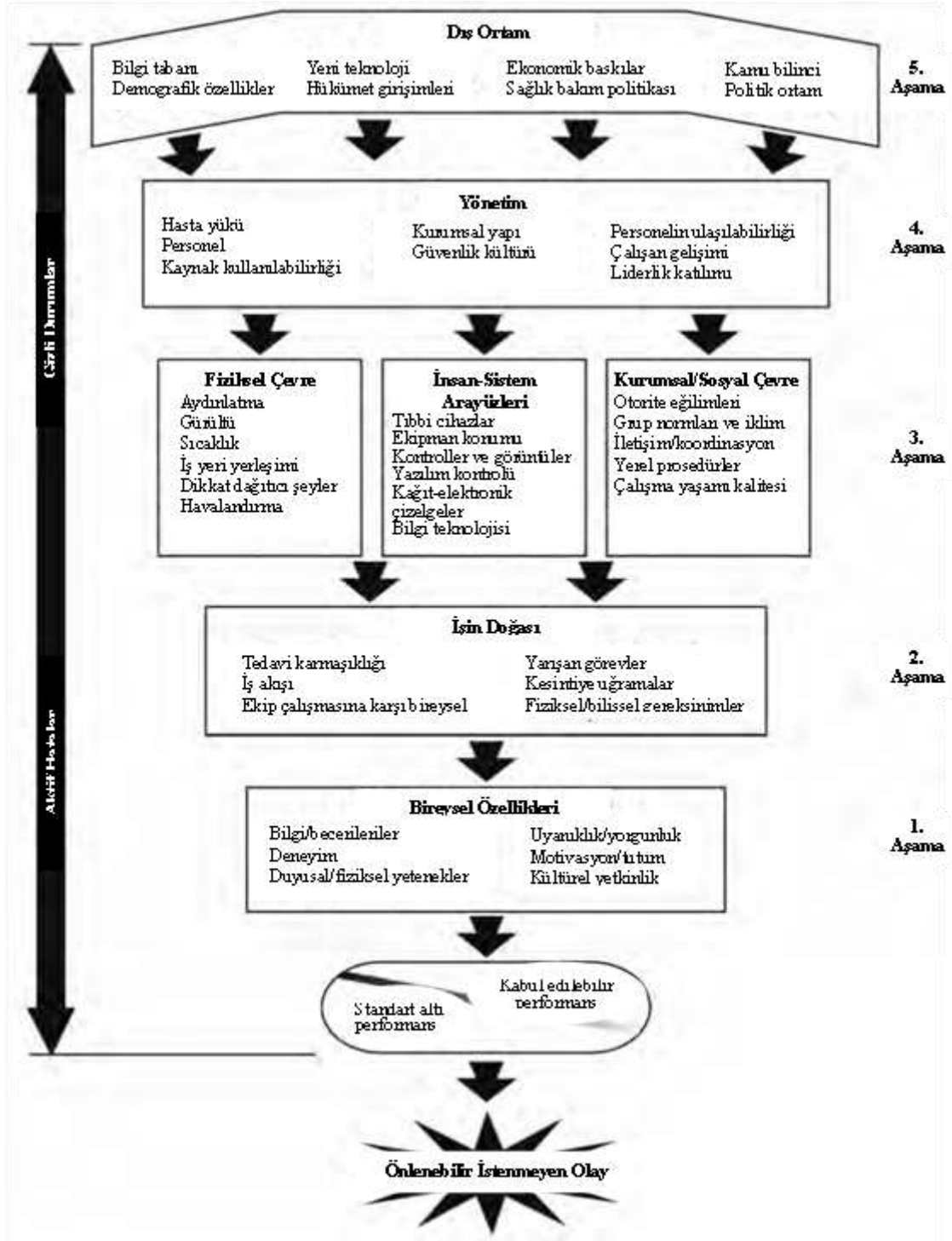
2.2.3. Tıbbi Hatalara Neden Olan Etmenler

Hastalar yaşlanmakta, daha karmaşık gereksinimlere sahip olmakta ve sıklıkla birden fazla kronik durumdan etkilenmektedirler. Bu hasta popülasyonuna yönelik yeni tedaviler ve bakım uygulamaları büyük bir potansiyele sahiptir ancak aynı zamanda yeni zorluklar da içermektedirler. Bakımın artan karmaşıklığı, hastalar için yeni hata ve zarar riskleri oluşturur. Giderek daha karmaşık hale gelen hasta popülasyonuna ek olarak, sağlık hizmetlerindeki daha geniş eğilimler güvenli bakımın sunulmasını zorlaştırmaktadır. Son yıllarda, OECD ülkelerinde ekonomik büyümenin azalmasıyla karşı karşıya kalırken sürdürülebilirliği sağlamak için bir zorunluluk olarak sağlık bütçeleri küçülmüştür. Ancak bu, uygun personel düzeyleri, tesis ve ekipmana yapılan yatırım gibi hasta güvenliği için çok önemli olan kaynaklara yapılan harcamaları sınırlamaktadır. Aynı zamanda artan antimikrobiyal direnç prevalansı, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon (SHİE) riskini önemli ölçüde artırır (19).

Yetersiz politikalar, uygulanamayan prosedürler, düşük kalite standartları, yetersiz eğitim, eksik personel, personelin uzmanlık alanına göre bulunmaması, ekip

alışmasının olmaması, yetersiz teknoloji ve ekipman, gerçekçi olmayan zaman baskısı, hasta güvenliğinde başarısız olmasının nedenleri arasındadır (25).

Perioperatif hastalar, azalan veya olmayan ağrı duyusu, ağrı duyusuna etki edememe ve anestezi alırken bireysel bakım kararlarını verememe nedeniyle yaralanmalara açıktır. Bu güvenlik açıkları, hastaların risklerini artırır ve sağlık profesyonellerinin her şeyden önce hasta güvenliğine değer vermesini gerektirir (21).



Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinde İstenmeyen Olaylara Katkıda Bulunan Etmenler (41)

Sağlık hizmetlerinde istenmeyen olaylara katkıda bulunan etmenler Şekil 2’de sunulmuştur (41).

Yetersiz personel, çalışma ortamı bileşeninin bir parçasıdır. Bir hemşire işini yaparken boğuştuğu aslında çok az hemşire olmasıdır. Yetersiz personel, aynı

zamanda denetim, iletişim ve iş yeri tasarımı gibi diğer bazı bileşenlerdeki sorunların bir sonucudur ve bu, personel alımına ve elde tutma sorunlarına yol açabilir ve çalışma ortamında yetersiz personele neden olabilir (24).

Yoğun bakım hemşirelerinin dahil olduğu bir çalışmada, regresyon analizi, hemşire başına düşen hasta sayısındaki artışın kötü/orta bakım kalitesinde artış ile sonuçlandığını göstermiştir. Hemşire başına düşen hasta sayısındaki artma, hemşirenin algıladığı zayıf/başarısız hasta güvenliğini 1.02 kat artırmıştır (42).

2.2.4. Tıbbi Hata Türleri

Bireylerin hataya nasıl katkıda bulunduğu göz önünde bulundururken aktif ve gizli hataları birbirinden ayırmak önemlidir. Aktif hatalar ön safta çalışanlar düzeyinde meydana gelir ve etkileri hemen hissedilir. Buna bazen keskin uç denir. Gizli hatalar genellikle ön safta çalışanların doğrudan kontrolünde değildir ve kötü tasarım, yanlış kurulum, kötü yönetimsel kararlar ve kötü yapılandırılmış kurumlar gibi durumları içerir. Bunlara kör uç denir (29).

Tıbbi hataların çeşitli türleri bulunmaktadır (28,29,43).

Tablo 1. Tıbbi Hata Türleri (43)

| | |
|------------------------|--|
| Tanı hataları | Tanı hatası veya tanıda gecikme Belirleyici testlerin çalışılmasındaki hatalar Güncel olmayan testlerin veya tedavilerin kullanılması İzleme veya test sonuçlarına uygun davranmama |
| Tedavi hataları | Cerrahi işlem, prosedür veya test uygulanmasında hatalar Tedavi uygulamasında hatalar İlaç kullanım yöntemi veya doz ile ilgili hatalar Normal olmayan bir test sonucuna yanıtta veya tedavide kaçınılmaz gecikme Uygunsuz bakım |
| Önleme hataları | Profilaktik tedavi sağlamada hata Tedavi izleminde veya takibinde yetersizlik |
| Diğer hatalar | İletişim hataları Ekipman hataları Diğer sistem hataları |

Leape ve arkadaşları (1993) tarafından tıbbi hata türleri açıklanmıştır (43). Bunlar Tablo 1’te sunulmuştur.

2.2.5. Sık Bildirilen Tıbbi Hatalar

Sık bildirilen tıbbi hatalar şunlardır: ilaç hataları, SHİE, VTE, güvenli olmayan cerrahi işlem, güvenli olmayan enjeksiyon, güvenli olmayan transfüzyon, tanı hataları, radyasyon hataları (10).

Perioperatif Hemşireler Derneği (Association of periOperative Registered Nurses-AORN), hasta sonuçları üzerindeki olumsuz etkilerin; enfeksiyon, yanlış bölge cerrahisi, yanık, kanama, sinir hasarı ve ölüm riski olabileceğini bildirmektedir (21).

2.2.5.1. İlaç Hataları

Dünyadaki her insan, hayatının bir noktasında hastalıkları önlemek veya tedavi etmek için ilaç kullanmaktadır. Ancak ilaçlar yanlış alındığında, yetersiz izlendiğinde veya bir hata, kaza veya iletişim sorunu yaşandığında ciddi zararlar vermektedir. Tüm ilaç hataları potansiyel olarak önlenebilirdir (44).

İlaç hataları, ilaç tedavisi prosedüründe hastaya zarar verebilecek istenmeyen bir başarısızlıktır. İlaç sürecinin tüm adımlarını etkileyebilir (10). İlaç Güvenliği Rehberine göre tıbbi hataların %18-20’sini ilaç güvenliği konusundaki hatalar

oluşturur (45). Bir sistematik derlemede hemşirelerin çok fazla ilaç hatası ile karşılaştıkları buna karşılık hata bildirimini yapmadıkları belirlenmiştir (46). Bu olayların yıllık toplam maliyeti, tahmini 42 milyar dolar ile en yüksek maliyetlerden biridir (10).

Uygun ilaç kullanımının sağlanması, çok sayıda kurumu ve çeşitli disiplinlerden profesyonelleri içeren karmaşık bir süreçtir. İlaç bilgisi, doğru ve eksiksiz hasta bilgilerine zamanında erişim ve bir zaman dilimi boyunca birbiriyle ilişkili bir dizi karar gerektirir. Hatalar bu ilaç kullanım sürecinin çeşitli noktalarında meydana gelebilir: reçete yazma: gereksinimi değerlendirme ve doğru ilacı seçme, tedavi planını bireyselleştirme, istenen tedavi yanıtı belirleme; dağıtım: istemi gözden geçirme, istemi işleme, ilacı hazırlama, ilacı zamanında teslim etme; yönetim: doğru hastaya doğru ilacı verme, ilacı belirtildiğinde verme, ilaç hakkında hastayı bilgilendirme, hastayı yönetime dahil edilme; izleme: hastanın yanıtını izleme ve belgeleme, istenmeyen ilaç olaylarını belirleme ve raporlama, ilaç seçimi, planı, sıklığı ve süresinin yeniden değerlendirme; sistemler ve yönetim kontrolü: bakım verenler arasında iş birliği ve iletişim, hastanın tam tedavi ilaç planını gözden geçirme ve yönetme (29).

İlaç hataları; hekim istemi, eczane istemi, dağıtım, uygulama veya uygulama sonrası aşamada oluşabilir (45). Hatalar en sık uygulama sırasında meydana gelir (44). Tedavi amaçlı istemlere bakıldığında; yanlış ilaç, yanlış doz, yanlış uygulama yolu, yanlış farmasötik form, kontrendike ilaç istemi, ilaç adlarını uygun olmayan şekilde kısaltma ve okunması zor olan el yazısı gibi hatalar yapıldığı görülmektedir (45).

İstem yapma, reçete yazma, hazırlama, dağıtım, uygulama ve izleme dahil olmak üzere ilaç sistemleri ve uygulamaları geliştirilerek büyük ölçüde azaltılabilir veya hatta önlenir (44). İlaç hatalarını azaltmak, bilgisayarlı sistemler, klinik süreçlerin basitleştirilmesi ve standardizasyonu, eğitim ve öğretim ve daha geniş kültürel ve kurumsal değişimi içeren çok yönlü bir yaklaşımı gerektirir. Bununla birlikte, etiketleme ve ambalaj tasarımı, hataya önemli bir katkıda bulunabilir ve aynı şekilde çözümün önemli bir parçası olabilir. Benzer ilaç adları veya ilaç adlarının karıştırılması önemli bir sorundur. El yazısının okunmaması, eksik ilaç adı bilgisi, yeni ürünler ve paketleme ve etiketlemedeki benzerlikler bu soruna katkıda bulunan etmenlerdir. Benzer ilaç adlarını içeren ilaç hataları hastaya ciddi zarar verebilir. Bu iki ilaç adını hızlı bir şekilde okumak, bunların nasıl karıştırılabileceğini ortaya çıkarabilir. Ancak etiketlerin benzerliklerden ziyade farklılıkları vurgulayacak şekilde

yeniden tasarlanması onları belirgin bir şekilde farklı kılar. Hastanın odasında barkodlama teknolojisine ve elektronik kayıtlara erişim sağlanarak ilaç hatası olasılıkları önemli ölçüde azaltılabilir (38).

İlaç hatalarını önlemek için hastalar tanımlanmalıdır. Tanımlarken en az iki yol kullanılmalıdır. Örneğin, hastanın adı ve doğum tarihi kullanılmalıdır. Bu, her hastanın doğru ilacı ve tedaviyi aldığından emin olmayı sağlamaktadır. Her işlemden önce, etiketlenmemiş ilaçlar (örneğin, enjektör ve ilaç kaplarında bulunan ilaçlar) etiketlenmelidir (47).

2.2.5.2. Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar

SHİE'lerin, hastanede veya başka bir sağlık kurumunda meydana gelen ve başvuru anında mevcut olmayan veya kuluçkada olan enfeksiyonlardır. Hastaları herhangi bir bakım ortamında etkileyebilir ve ayrıca taburcu olduktan sonra da ortaya çıkabilir (10). SHİE, tüm sağlık kurumlarını etkileyen bir hasta güvenliği sorunudur. CDC'ye göre, her yıl milyonlarca bireye bir sağlık kurumunda bakım, tedavi ve hizmet alırken enfeksiyon bulaştığı belirtilmiştir (47). Akut bakım ortamlarında, en az bir SHİE'si olan hastaların prevalansının yüksek gelirli ülkelerde %7 ve düşük ve orta gelirli ülkelerde %10 olduğu tahmin edilmektedir. YBÜ'ler dünya çapında en yüksek SHİE prevalansına sahiptir (10).

Genel olarak enfeksiyon bulaşması üç yolla gerçekleşir: temas, hava ve su. Çevre; enfeksiyon bulaşma olasılığını, temizliğin kolaylığını ve bütünlüğünü etkileyebilir (38). YBÜ'de çok sayıda invaziv girişimlerin uygulanması, kateterizasyonların uzun süreli yapılması, geniş spektrumlu antibiyotik kullanılması ve dirençli mikroorganizmaların kolonize olması SHİE'lerin görülme sıklığını artırmaktadır (34). SHİE'lerin en yaygın türleri pnömoni, cerrahi alan enfeksiyonları, idrar yolu enfeksiyonları, mide-bağırsak enfeksiyonları ve kan dolaşımı enfeksiyonlarıdır (10).

Ortak Komisyonun (The Joint Commission-TJC) Ulusal Hasta Güvenliği Hedeflerinde, SHİE'leri ele almanın en önemli yollarından birinin sağlık personelinin el hijyenini iyileştirmek olduğu belirtilmiştir. WHO veya CDC el hijyeni yönergelerine uyum, bulaşıcı ajanların personel tarafından hastalara bulaştırılmasını azaltacak ve böylece SHİE insidansını azaltacaktır (47).

JCI (2021) akreditasyon standartlarına göre, hastane, hastaları, ziyaretçileri ve personeli bulaşıcı hastalıklardan koruyan ve bağışıklığı baskılanmış hastaları benzersiz şekilde eğilimli oldukları enfeksiyonlara yakalanmaktan koruyan bariyer

önlemleri ve izolasyon prosedürleri sağlamalıdır. Hava yoluyla bulaşan enfeksiyonu olan ve negatif basınçlı odaların mevcut olmadığı ani bir hasta akışını yönetmek için bir süreç geliştirmeli ve uygulamalıdır (13).

Çevrenin yeniden tasarlanması etkili bir enfeksiyon kontrol stratejisi olabilir. Hastalara tek kişilik odalar sağlamanın çok önemli avantajları vardır ve her türlü enfeksiyon bulaşma şeklini etkiler. Tek kişilik odalar, hastaların hastaneye yatırıldıktan sonra ayrılmasını sağlar ve çapraz enfeksiyonu önler. Filtreleme, havalandırma ve hava akışı kontrolüne izin vererek havadan iletimi azaltır. Hasta taburcu edildikten sonra temizlenmesi ve dekontamine edilmesi çok daha kolaydır. El yıkama davranışını da etkileyebilir. Çünkü her odada bir lavabo ve alkol bazlı el antiseptiği bulunur ve bu durum hem personel hem de hastalar açısından istemsiz el yıkama olasılığını artırır (38).

2.2.5.3. Venöz Tromboemboli

VTE, hastaya zarar vermenin en yaygın ve önlenebilir nedenlerinden biridir. Hastaneye yatışa atfedilen komplikasyonların yaklaşık üçte birini oluşturur. Bu sorunun hem yılda 3.9 milyon vakanın meydana geldiği tahmin edilen yüksek gelirli ülkelerde hem de yılda 6 milyon vakanın meydana geldiği tahmin edilen düşük ve orta gelirli ülkelerde önemli bir etkisi vardır (10).

VTE, pulmoner embolizm (PE) ve derin ven trombozu (DVT) şeklinde görülür. Amerika'da yılda yaklaşık 600 bin PE olgusu görülmekte ve 200 bin kişi PE nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Yılda genel popülasyondaki her 1000 kişiden 1-2'sinde DVT ortaya çıkmaktadır (48).

Tıbbi hastalarda VTE profilaksisi önerilerine göre, YBÜ'ye alınan her hastada VTE risk değerlendirmesi yapılmalıdır. VTE riski orta-yüksek olan hastalarda düşük molekül ağırlıklı heparin veya düşük doz standart heparin uygulanmalıdır (48).

2.2.5.4. Düşmeler

Hasta düşmeleri tüm dünyada sağlık hizmeti verilen kurumlarda görülen başlıca hasta güvenliği sorunlarından biridir (49). Hastanede yatan her 1000 hastadan en az 3-6 hastanın düştüğü düşünülmektedir (50). YBÜ'de düşme oranı %14 olarak bildirilmektedir (49).

Düşmelere neden olan bireysel risk faktörleri, hipotansiyon, baş dönmesi, denge ve yürüme bozukluğu, nörolojik yetersizlik, kas güçsüzlüğü, beceri azalması, demans, görme bozukluğu, psikoaktif ilaç kullanımı, korku, düşme öyküsüdür. Çevresel risk faktörleri ise aydınlatmanın yetersiz olması, ıslak zemin, çevrede sabit

olmayan objeler bulunması, kapı eşiği, yatak, banyo veya tuvalette tutunacak destek yeri bulunmaması, ayakkabının uygun olmaması olarak sıralanmaktadır (49). Yoğun bakım hastaları, yaşlılık, bilişsel bozukluk, yüksek riskli ilaç kullanımı, yatağa bağımlı olma gibi etmenler nedeniyle düşme açısından yüksek risk taşımaktadır (34).

Düşmeler, yaralanma, işlev kaybı, yaşam kalitesinin azalması, hastanede yatış süresinin uzaması, tedavi maliyetinin artması ve ayrıca hasta ve hasta yakınlarında anksiyete ve korku gelişmesine yol açmaktadır (49).

Düşmeler öncelikli olarak yoğun bakım hemşirelerinin sorumluluğundadır. Hemşirelerin hasta güvenliğini tehdit eden düşmelere karşı risk tanılama, analiz etme ve önleme stratejileri geliştirme sorumlulukları vardır. Hemşirelerin bu konudaki farkındalıkları artırılmalıdır (34). Düşmeyi önlemek için en iyi strateji, hastayı etkili değerlendirmek ve hastadaki risk faktörlerini belirlemektir. Bu amaçla geliştirilmiş birçok ölçek ve skora sistemi bulunmaktadır. Hemşire bunlardan birini kullanarak risk tanınması yapılmalıdır (50).

Yoğun bakım hemşirelerinin dahil olduğu bir çalışmada birimin güçlü güvenlik kültürüne sahip olması, birimde daha düşük düşme oranlarıyla ilişkilendirilmiştir (51).

2.2.6. Tıbbi Hata Nedenlerini Belirleme Araç ve Yöntemleri

2.2.6.1. Kök Neden Analizi

Kök neden analizi (root cause analysis-RCA), istenmeyen bir olayı incelemenin, olayın nedenlerini belirlemenin ve tekrarını önlemek için önlem alınmanın bir yoludur (52). Tanımlanan bir olayın temel nedenlerini ortaya çıkarmak için yapılan bir kalite geliştirme yöntemidir. Bir sağlık kurumunda oluşan olayları derinlemesine inceleyerek gelecekte oluşacak olayların riskini azaltmak için tasarlanmış eyleme yönelik bir işlemdir (30). RCA'nın amacı; hataya/zarara yol açan olayların ana nedenini belirlemek, ilgili süreç ve sistemleri analiz etmek, riski azaltacak tasarımlar yapmak veya mevcut durumdaki geliştirilmesi gereken noktaları belirlemek, gelecekte buna benzer olayların yeniden ortaya çıkmasını önlemektir (32). Retrospektif ve multidisipliner bir yaklaşımla, olaydan geriye doğru gidilerek olayların sırasını belirlemek için tasarlanmıştır. Bir olayın gerçek nedenlerinin ortaya çıkmasına, böylece kurumların nedenleri öğrenip düzeltici eylemi uygulamaya koymasına olanak tanır (25). RCA'nın üç ilkesi bulunmaktadır: 1) olay: ne olduğunun belirlenmesi; 2) kök nedenler: bunun neden olduğunun belirlenmesi; 3) düzeltici eylem/öğrenme: bunun tekrar olmasını önlemek için neler yapılabileceğinin belirlenmesi (10,25). RCA, mevcut durumu analiz etmekten ziyade hatanın nedenini saptama ve gereken düzeltici

faaliyetleri yapma odaklı bir eylem planıdır. Bu eylem planı ile uygulamaların etkilerini ölçecek stratejiler belirlenir, olaylar kronolojik şekilde listelenir, uygun olduğunda pilot uygulama yapılır. Uygulamaları yerine getirecek sorumlular belirlenir (30). RCA aracılığıyla bir ekip, bir süreci ve hataya yol açabilecek varyasyonun nedenlerini anlamak için birlikte çalışır ve bu tür varyasyonların tekrarlanma olasılığını azaltacak süreç değişikliklerini belirler. RCA, bireysel performansa değil sistemlere ve süreçlere odaklanır. Amacı bireysel suçlama yapmak olmamalıdır (10).

2.2.6.2. Tetikleyiciler

Tetikleyiciler (triggers), istenmeyen ilaç olaylarını (adverse drug events) ölçer. İstenmeyen ilaç olaylarını doğru bir şekilde tanımlamanın ve bunların zaman içindeki oranlarını ölçmenin basit bir yolunu sağlar. Retrospektif bir analizdir. Kurumlar, bu aracı kullanarak iyileştirme alanlarını belirleyebilir ve istenmeyen ilaç olaylarını önlemek için uygulanan değişikliklerin ilaç sisteminin güvenliğini iyileştirip iyileştirmediğini saptayabilir. Araç, kurumların tıbbi çizelgelerde arayarak olası bir istenmeyen ilaç olayını tanımlayabilecekleri çeşitli tetikleyiciler veya ipuçları sunar. Kurumlar, bu ipuçlarını araştırarak istenmeyen ilaç olayları ile sonuçlanması olası yapıları keşfedebilir. Kurumlar bu bilgileri kullanarak yapıları değiştirmek ve olayları önlemek için sistemler geliştirebilir (52).

2.2.6.3. Anlamlı Olay Denetimi

Anlamlı olay denetimi (significant event audit-SEA), bakım kalitesi hakkında öğrenilebilecekleri ve iyileştirme sağlayacak değişiklikleri belirlemek için yararlı veya zararlı bölümlerin sistematik ve ayrıntılı bir şekilde analiz edildiği bir süreçtir. Basit bir ifadeyle kalitatif bir klinik denetim yöntemidir (10). Anlamlı olay denetimi için yapılandırılmış bir süreç dört adımı içerir. 1) Denetim için önemli olayları göz önünde bulundurma 2) Bu olaylar hakkında veri toplama (analiz için olayları tanımlama, vakaların ayrıntılarını kaydetme) 3) Olayları tartışmak için bir toplantı yapma (olayların etkilerini belirleme, vakaları tartışma, vakalarla ilgili karar verme, vakaları izleme) 4) Belgeler (25). Bu açıdan daha büyük ölçekli, ölçülebilir hasta veri setleriyle uğraşma eğiliminde olan ve ölçülebilen ve karşılaştırılabilen kriterler ve standartlar içeren geleneksel denetimlerden farklıdır. Bununla birlikte sağlık ekibi tarafından önemli olarak kabul edilen tek bir olayı araştırmak, gözden geçirmek ve öğrenmek için sistematik bir girişim içermelidir. İstenmeyen olayların ortaya çıkmasından önce saniiyelerle gerçekleştirilir ve bunların sıklığını ve/veya şiddetini azaltmayı amaçlar (10). Bu yöntem birim veya ekip düzeyinde gerçekleştirilir. Anlamlı bir olay;

istenmeyen bir olay veya iyi giden bir durum olabilir. Hatadan olduğu kadar mükemmellikten de öğrenmek mümkün olmalıdır (25).

2.2.6.4. Ramak Kala Olay Analizi

Ramak kala olaylar, istenmeyen olaylardan çok daha yaygın (7-100 kat daha siktir) olsa da bu tür olayları raporlama sistemleri çok daha az yaygındır. Veriler, hasta güvenliğiyle ilgili iki tür bilgi sağlar. Birincisi sağlık sistemindeki zayıflıklar ve eşit derecede önemli olan iyileşme süreçleri, ikincisi önemli hasta güvenliği bilgilerinin yeterince kullanılmayan kaynaklarıdır. Bazı istisnalar dışında, ramak kala olay verileri sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik öncelikleri belirlemek için toplu olarak incelenmelidir. Ramak kala olaylar ve istenmeyen olayların aynı nedensel sürekliliğin parçası olduğu düşünüldüğünden, her iki olay türü için de başarısızlık kök nedenleri ve bağlam değişkenleri için özdeş sınıflandırmalar olmalıdır. Ramak kala olay sistemlerinin geliştirilmesi, sistemler ilk kurulduğunda ve örneğin bir hastane birimi gibi bakım sağlayanların yararına tasarlandığında en iyi sonucu verir. Ramak kala olay sistemleri, klinik bakım ve kalite yönetimi bilgi sistemlerinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır (14).

2.2.6.5. Hata Türü ve Etkileri Analizi

Hata türü ve etkileri analizi (failure mode and effects analysis-FMEA), sürecin nerede ve nasıl başarısız olabileceğini belirlemek, sürecin değişmesi gereken bölümlerini tanımak, farklı hataların görece etkisini değerlendirmek için süreçlerin veya ekipmanların sistematik analizinde kullanılan proaktif bir araçtır. Bu araç prospektif olarak uygulanır. Bu aracın sonuçlarına dayanarak, süreçlerin veya ekipmanların başarısız olma olasılığını azaltmak için iyileştirmeler tasarlanabilir (10,52).

FMEA şu adımları içerir: Hata modları (Ne yanlış gidebilir?), hata nedenleri (Hata neden olur?), hata etkileri (Hatanın sonuçları ne olabilir?). Ekipler, hatalar ortaya çıktıktan sonra istenmeyen olaylara tepki göstermek yerine süreçleri proaktif şekilde düzelterek olası hataları incelemek ve bu tür hataları önlemek amacıyla FMEA kullanır. Önlemeye yapılan bu vurgu hem hastalara hem de personele zarar verme riskini azaltabilir. Yeni bir sürecin uygulanmadan önce değerlendirilmesinde ve önerilen bir değişikliğin mevcutta var olan bir sürece etkisinin değerlendirilmesinde FMEA yararlı olur (10).

2.2.7. Hasta Güvenliği Bildirim Sistemleri

Uluslararası bir akreditasyon kurumunca akredite edilen veya edilecek olan sağlık kurumlarında, uluslararası standartların bir gereği olarak, hasta güvenliği için tehdit oluşturan olaylar izlenir, kayıt altına alınır, analiz edilir ve iyileştirilir (32).

Geçtiğimiz on yıl boyunca, sağlık hizmetlerindeki tıbbi hatalar ve istenmeyen olaylar dünya genelinde hasta bakımında bir öncelik haline gelmiştir ve hasta bakımının güvenliğini artırmak için çok sayıda raporlama programı ortaya çıkmıştır (35). Raporlama, yüksek güvenilirliğe sahip bir kurumun temel bir bileşenidir. Güvenliği ve kaliteyi sağlamak raporlama olmadan mümkün değildir. Sistemin öğrenebilmesi, zarar ve hata raporları olmadan gerçekleşemez (52). Bununla birlikte raporlama kültürü kurumdan kuruma değişmekte, ortak bir yapı olmaktan ziyade kurumsal çabalar ile ilerlemektedir (32).

Bir raporlama sisteminin birincil amacı, açık iletişim kültürünü desteklemek ve her çalışanın kalite ve güvenlik iyileştirmelerine önemli bir katkıda bulunduğu kavramını teşvik etmektir. Bu, çalışanların moralinin iyi olmasına ve çalışanlar arasında güvenlik temelli bir tutumu sağlamaktadır. İkincil amacı olayların türleri, sayısı ve katkıda bulunan etmenlerin sayısı hakkında bilgi ve veri toplayarak büyük sistem kusurlarını veya sorunlu alanları belirlemeye yardımcı olmaktır (52). Hasta güvenliği raporlama sistemleri, sağlık sistemindeki başarısızlıklardan ders alarak hasta güvenliğini artırır (3).

Mevcut raporlama sistemlerinde benimsenen üç genel yaklaşım olduğu görülmektedir. Birinci yaklaşım, zorunlu raporlamayı içermektedir. Bu yaklaşım, hesap verebilirlik amacıyla sağlık kurumlarının rapor vermesini gerektiren mevzuat varlığında kullanılmaktadır. İkinci yaklaşım, kalite iyileştirme amacıyla gönüllü gizli raporlamadır. Üçüncü yaklaşım ise, denetimle birlikte zorunlu iç raporlamadır (29).

Güvenlik iyileştirmesine odaklanan raporlama sistemleri, gönüllü raporlama sistemleridir (29). Bunlar, tıbbi hataları belirleyen en önemli sistemdir (14). Bununla birlikte gönüllü raporlar bile hataların yalnızca küçük bir bölümünü saptayabilmektedir (28).

Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi Komitesi, hem zorunlu hem de gönüllü raporlama sistemlerine gereksinim olduğuna ve bunların ayrı ayrı işletilmesi gerektiğine inanmaktadır (29).

2.2.8. Hasta Güvenliğini Geliştirme Stratejileri

Herkes tarafından kabul edilmiş hasta güvenliği girişimlerinin kesin amacı daha güvenli bakımdır (14).

Hasta güvenliğinin sağlanması için Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik (2011) bulunmaktadır (53). Sağlık hizmeti sunumu bu yönetmelik çerçevesinde olmalıdır. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından SKS-Hastane oluşturulmuştur (27). Sağlık hizmetlerinin SKS-Hastane doğrultusunda sunulması hasta güvenliği için zorunluluktur.

ICN, hasta güvenliğinin artırılması için, sağlık profesyonellerinin işe alınması, tutulması ve eğitilmesi, performansın iyileştirilmesi, güvenli ilaç kullanımı, çevre güvenliği, enfeksiyon kontrolü, risk yönetimi gibi çok çeşitli eylemleri içerdiğine inanmaktadır (3).

OECD'ye göre (2017) hasta güvenliği için sağlam temellerin mevcut olması gerekir. Güvenliği artırmak için programlara ve girişimlere gereksinim vardır. Sınırlı kaynaklar kullanılarak zararın azaltıldığı ulusal değer temelli bir yaklaşım, mesleki eğitim ve öğretim, güvenlik standartları ve sağlam bir bilgi altyapısı gibi temel sistem düzeyinde girişimlere yatırım yapmakla başlamalıdır (18).

NIHR (2016) raporuna göre yönetim ve düzenlemenin uygun şekilde konuşlandırılması, geliştirilmiş veri ve bilgi kullanımı, daha güçlü liderlik ve gelişmiş eğitim ve öğretim, daha güvenli bakımı teşvik eder. Ayrıca, davranışsal iç görüler ve dijital sağlık dahil olmak üzere ortaya çıkan yaklaşımlar, hasta güvenliği araç setine yeni seçenekler ekleyecektir. Ancak, güvenliği artırmak için basit bir çözüm yoktur ve tek başına uygulanan tek bir girişim sorunu tam olarak çözemez (19).

2.2.8.1. Politika

Sağlık sistemi içinde birinci basamaktan uzun süreli bakıma kadar her basamakta hasta güvenliğine vurgu yapılmalıdır. Hasta güvenliğini artırmak ve sağlık hizmetlerinin yüksek güvenli bir sektör olmasını sağlamak için en üst düzeyde hükümet vizyonu ve liderliği gerekmektedir. Ulusal öncelikler belirlenmelidir. Geniş bir paydaş yelpazesi ile bir öncelik belirleme çalışması, fikir birliği oluşturabilir ve hasta zararını azaltmak için güvenlik stratejileri hakkında bilgi verebilir (18).

Hasta güvenliği sağlık kurumu için öncelikler listesinde üst sıralarda yer almalı, öncelikli olarak iyileştirilmesi gereken bir alan olarak kabul edilmelidir (25,32). Bunun yalnızca üst yönetim düzeyinde değil her düzeyde açık bir yürütme sorumluluğu ile birleştirilmesi gerekmektedir (25).

WHO (2021) her yerde sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda “hastalara sıfır önlenbilir zarar” ilkesinin bir kural haline getirilmesini önermektedir (20). Bir sistem yaklaşımı benimsenmelidir. Zararı azaltma yaklaşımı, sistem düzeyinde entegre edilmeli ve uygulanmalıdır (19).

İstenmeyen olayları önleme konusunda daha fazla yatırım yapılması gereklidir. Birçok istenmeyen olay, daha iyi politikalar ve uygulamalar ile sistematik olarak önlenbilir (18).

Hataların ve tehlikeli durumların raporlanması teşvik edilmeli, hataların bildirilmesi için cezalandırmadan kaçınılması sağlanmalı, yetki dağılımından bağımsız olarak iletişimin sürdüğü bir çalışma kültürü geliştirilmeli ve geri bildirim mekanizmaları uygulanmalıdır (29).

Bir diğer önemli hasta güvenliği ilkesi hatalardan öğrenmedir (28,29). Çalışanlara gerçek öyküler anlatmalıdır (41).

2.2.8.2. Hasta Güvenliği Programı

Ulusal bir hasta güvenliği programı olmalıdır (32). Tüm sağlık kurumları, bir güvenlik kültürü içinde eğitilmiş personel tarafından yürütülen kapsamlı hasta güvenliği programları oluşturmalıdır (14). ICN (2012) tarafından güvenlik programının oluşturulması için istenmeyen olayların zaman kaybetmeden ilgili kurumlara bildirilmesi önerilir (3). JCI’ya (2021) göre hastane lideri hastane genelinde bir güvenlik kültürü programı oluşturmalı ve desteklemelidir (13).

2.2.8.3. Bildirim Sistemleri

Suçlayıcı olmayan bir raporlama sistemi kurulmalı, hesap verebilirlik geliştirilmeli (25). Ulusal düzeyde bir bildirim sistemi benimsenmelidir (32).

2.2.8.4. Süreçlerin Tasarımı

Hastaları her gün zarar görmekten koruyan yüksek güvenliğli sağlık sistemleri ve sağlık kurumları oluşturulmalıdır (20). Kurum, hasta bakım hizmetlerinin sürekliliğini, hastanın güvenliğini, sağlık profesyonelleri arasında koordinasyonu ve hastanın bakımına ilişkin bilgilere erişimi sağlamaya yönelik süreçleri tasarlamalı ve yürütmelidir (13). Güvenli bakım sistemlerinin tasarımına ve sunulmasına katkıda bulunmak için her sağlık profesyoneline ilham verilmeli, beceri kazandırılmalı, eğitim ve koruma sağlanmalıdır. Her klinik sürecin güvenliği sağlanmalıdır (20).

İş süreçleri standartlaştırılmalıdır (29). Standardizasyon bir süreçteki adımların her seferinde doğru bir şekilde gerçekleştirilme olasılığını artırır (24). Hem hastalar

hem de personel için her şeyin öngörülebilir ve yerinde olması hatayı azaltır ve doğrudan hasta bakımı için zaman kazandırır. Hastanede yeni işe başlayan hemşireler izlenmeli ve yalnızca malzemeleri aramak için bile ne kadar zaman harcadıkları görülmelidir. Odalarda standart bir yerleşim düzeni oluşturulmalıdır. Örneğin eldivenler her odada aynı yerde bulunmalıdır. İlaç süreçleri ve sistemleri mümkün olduğu kadar standartlaştırılmalıdır (38).

Hatanın meydana gelmesinin önlenmesi veya doğru eylemin yapılması için, bir süreçteki adımlar basitleştirilmesi veya azaltılmalıdır (24,29).

Sağlık ekipmanı tasarımcıları birçok farklı gereksinimi ve bakış açısını göz önünde bulundurmaya zorludur ancak güvenlik her zaman ön plandadır (38).

İnsanlar, geniş bir yanıt verme kapasitesi, bu yanıtları bilgi girdilerine uygulama esnekliği ve beklenmedik durumlara yaratıcı ve etkili bir şekilde tepki verme yeteneğine sahiptir. Bununla birlikte insanların aynı anda birkaç şeye odaklanmada, ayrıntılı bilgileri hızlı bir şekilde hatırlamada ve hesaplamada zorluk yaşama dahil olmak üzere iyi bilinen sınırlılıkları vardır. Süreç tasarımında bu insan sınırlılıkları dikkate alınmalıdır. Güvenlik için işler tasarlanmalıdır. Hafızaya güvenmekten kaçınılmalıdır. Kısıtlamalar ve zorlama işlevleri kullanılmalıdır. Uyanıklığa güvenmekten kaçınılmalıdır (29).

Stratejiler bakım güvenliğini ve kalitesini iyileştirmektedir. İyileştirmedeki en önemli etmen, sağlık kurumlarının, sağlık sistemlerinin, bakım süreçlerinin ve hasta gereksinimlerinin karmaşıklığını anlamak ve hesaba katmaktır. Sağlık hizmetlerinin güvenliğini ve kalitesini iyileştirmede büyük fırsatlar ve zorluklar vardır. Ancak bunların çoğu, sağlık hizmeti kurumlarının ve süreçlerinin amaca yönelik olarak yeniden tasarlanmasını gerektirir. Bakımın karmaşıklığını ve belirli bir zamanda çeşitli etmenlerin nasıl bir araya geldiğini ve hatalara ve istenmeyen olaylara neden olduğunu kabul ederek, kurumlar, liderler ve klinisyenler kendilerini veri ve kanıt kullanmaya ve karmaşık zorluklar olduğunda bile bakımın güvenliğini ve kalitesini sürekli iyileştirmeye adayacaktır (2).

Beklenmeyeni tahmin etmek için proaktif bir yaklaşım benimsemelidir. Bakım süreçleri güvenliğe yönelik tehditlere karşı incelenmeli, kazalar meydana gelmeden önce yeniden tasarlanmalıdır (29).

2.2.8.5. Bilgi ve Veri Sistemi

Hasta güvenliğini destekleyecek kapsamlı veri standartlarının olmaması, bilgi teknolojilerine özel sektör yatırımını ve hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik diğer

çabaları önlemektedir (14). Riski azaltılmak, önlenebilir zarar düzeylerini azaltmak ve bakım güvenliğinde iyileştirmeler sağlanmak için sürekli bir bilgi ve bilgi akışı sağlanmalıdır (20). Doğru ve zamanında bilgiye erişim iyileştirmelidir (29).

Tüm toplum güvenli bakımı bekler ve hak eder. Tüm sağlık bakım ortamlarında hasta güvenliğini bir bakım standardı haline getirme çabalarını desteklemek için iyileştirilmiş bilgi ve veri sistemlerine gereksinim vardır. Hasta güvenliğini bir bakım standardı haline getirmek için ulusal bir sağlık bilgi altyapısı (sistemler, teknoloji, uygulamalar, standartlar ve politikaların temeli) gereklidir (14).

2.2.8.6. Liderlik

Güvenliği artırmak için uygulanabilecek stratejilerin başında liderlik stratejileri yer alır (41). Liderliği sağlamak için hasta güvenliği öncelikli bir kurumsal hedef haline getirilmelidir. Hasta güvenliği herkesin sorumluluğunda olmalıdır. Güvenlik için net görevlendirmeler yapılmalı ve beklentiler açıklanmalıdır. Hata analizi ve sistemlerin yeniden tasarımı için insan kaynakları ve mali kaynaklar sağlanmalıdır. Güvenli olmayan uygulayıcıları belirlemek ve bunlarla başa çıkmak için etkili mekanizmalar geliştirilmelidir (29). Hasta güvenliğini geliştirmek için yönetici sorumluluğu oluşturulmalıdır (25).

2.2.8.7. Çalışma Ortamı

Sağlık hizmetlerinin güvenliğini artırmak için sağlıklı çalışma ortamı geliştirilmelidir (2).

2.2.8.8. Ekip Çalışması

Hasta güvenliğini sağlama iş birliği önemlidir (2). Güvenli bir bakım ortamının bileşenleri arasında ekip çalışması yer almaktadır (21). Hasta güvenliğini sağlamak için ekip çalışması geliştirilmelidir (2). Etkili ekip işleyişini teşvik etmek için ekipler halinde çalışması beklenen kişiler ekipler halinde eğitilmelidir (29).

2.2.8.9. İletişim

Güvenli bir perioperatif ortamın bileşenlerinden biri etkili sözlü ve yazılı iletişimidir (21). Karmaşık iletişim, yanlış iletişim veya iletişim eksikliği tıbbi hatalarda önemli bir rol oynamaktadır. Doğrudan iletişim, iletişimin güvenilirliğini artırmakta ve iletişimle ilgili hataları azaltmaktadır (24). ICN, hasta güvenliğinin artırılması için, hastalar ve diğer sağlık profesyonelleri ile iletişimi geliştirmeyi önermektedir (3).

İletişimi geliştirmek için; günlük sohbetler, endişeyi belirtme ve dikkat çekme için ifade, geri bildirim veya tekrar etme, Durum (Situation)-Öykü (Background)-Değerlendirme (Assessment)-Öneri (Recommendation) (SBAR) tekniği kullanılmalıdır (41). Sözlü istemler yerine yazılı istemlerin kullanılması, dil, lehçeler ve yanlış anlamaya neden olabilecek diğer etmenlerle ilgili hataları azaltır (24).

2.2.8.10. Hasta Katılımı

Hastaların aktif katılımı kritik öneme sahiptir. Hasta katılımı gibi kurumsal düzeyde bir girişim, hasta güvenliği stratejisinin önemli bir parçasını oluşturur (18). Daha güvenli sağlık hizmetlerine giden yolda yardım ve destek için hasta ve aileleri dahil edilmeli ve güçlendirilmelidir (20). Hastalar kendi bakımlarına katılmalı ve soru sormaya ve güvenlik endişeleri hakkında konuşmaya teşvik edilmelidir (21). Hastalar, yardım aramanın zarar verebileceğinden korkmadan sağlık profesyonellerine başvurabilmelidir (14). Hastalar, güvenlik tasarımına ve bakım sürecine dahil edilmelidir (29). Hasta güvenliği programlarına hastaların ve ailelerinin katılımı sağlanmalı ve program onların sorularına yanıt vermelidir (14). Sağlık kurumları, hastaları ve personeli, yalnızca mağdur veya suçlu olarak değil çözümün bir parçası olarak güvenliğe dahil etmelidir (19).

2.2.8.11. Personel Sayısı

Güvenli bir bakım ortamı oluşturmak için, uygun personel düzeyleri sağlanmalıdır (21). ICN (2012) güvenli bakım sağlamada uygun sayı ile birlikte uygun beceride personel sağlanmasını önerir (3).

2.2.8.12. Eğitim

Tokyo Deklarasyonunda güvenli bakımı sağlamak için sürekli eğitim ve sağlık profesyonellerinin öğrenmesinin önemini vurgulanmaktadır (54). Güvenli bakımı sağlamak için eğitim ve araştırma desteklenmelidir (3). Yeni bilgi ve beceriler içe aktarılmalı, eğitimde reform yapılmalı ve kurumsal öğrenme geliştirilmeli, iyileştirme için değişim hızlandırılmalıdır (25). Mümkün olduğunda simülasyonlar kullanılmalıdır (29).

2.2.8.13. Kanıt Dayalı Bilgi

Girişimler sağlam kanıtlara dayanmalıdır. Bununla birlikte, kanıtlar eksik olduğunda veya hala ortaya çıkıyorsa, eylemsizlikten ziyade temkinli, gerekçeli kararlar alınmalıdır (19).

2.2.8.14. Cerrahi Bakım

AORN'a (2022) göre güvenli bir perioperatif ortam, güvenli bir bakım ortamı gerektirir (21). Güvenli bir bakım ortamının bileşenleri arasında hasta merkezli olma yer alır (2,21).

TJC (2021) yanlış hasta hatalarının, tanı ve tedavinin hemen hemen tüm aşamalarında meydana geldiğini belirtmektedir. Yanlış hasta, yanlış işlem ve yanlış bölge cerrahisi önlenabilir ve önlenmelidir. Doğru işlemi her zaman doğru hasta üzerinde, doğru bölgede gerçekleştirme hedefine ulaşmak için çoklu, tamamlayıcı stratejiler kullanan sağlam bir yaklaşım gereklidir. Bu hataları önleme için ilk olarak, tedavinin amaçlandığı kişi güvenilir bir şekilde tanımlanmalı, ikinci olarak tedavi o kişiyle eşleştirilmelidir. Kabul edilebilir tanımlayıcılar, kişinin adı, atanmış bir kimlik numarası, telefon numarası veya kişiye özel başka bir tanımlayıcı olabilir. Prosedür ekibinin tüm üyeleri arasındaki iletişimi geliştirmek için aktif katılım ve etkili yöntemlerin kullanılması başarı için önemlidir. Mümkün olduğu ölçüde hasta ve gerektiğinde ailesi sürece dahil edilir. Standart bir protokolün tutarlı bir şekilde uygulanması, güvenliği sağlamada en etkilidir. Yanlış bölge cerrahisi asla olmamalıdır ancak sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini tehlikeye atan süregelen bir sorundur. İşlem bölgesini işaretlemek hastaları korumanın bir yoludur. Bir prosedür için birden fazla olası bölge olduğunda hataları önlemek için alan işaretlemesi yapılır. Hastane genelinde tutarlı bir işaretleme süreci kullanıldığında hasta güvenliği artar (47).

Cerrahi aletlerin doğru şekilde temizlenmesi ve bakımı, güvenli bir perioperatif ortam için gereklidir (21).

Güvenli bir perioperatif ortamın bileşenlerinden biri, hastanın güvenli taşınması ve hareket ettirilmesidir (21). Herhangi bir nakil veya devir, sistemdeki güvenlik açığını temsil eder. Bir hasta taşındığı veya personel arasında hasta ile ilgili bilgi aktarıldığı anda, hata, enfeksiyon ve düşme riski artar. Geniş hasta odaları tasarlanarak, gerekli olan ekipman hastaya getirilebilir; hastayı özel bir kuruma nakletmeden küçük işlemler ve muayeneler yapılabilir. Her katta asansör bulundurulması hastalar kendi yataklarıyla hareket ettirilebilir ve böylece tekerlekli sandalye ile taşınmaları önlenir (38).

Güvenli bir perioperatif ortam için yangın güvenliği sağlanmalıdır (21).

2.2.9. Hasta Güvenliği Kültürünü Geliştirme

Hataları belirlemek, hataların nedenlerini ortaya çıkarmak ve hataların ciddi zararlara yol açmasını önlemek için bunların önemini vurgulandığı bir kurum kültürü

oluşturulması gerekmektedir. Tüm çalışanların bu kültürü benimsemeleri sağlanmalıdır (32).

Kültürel değişim, insanların sorunlar hakkında nasıl hissettikleri ve düşündükleri ile ilgilidir. Güvenlik kültürü geliştirmenin önemli bir yönü, her bireyin kendisini bireysel ve toplu olarak güvenlikten sorumlu hissetmesini sağlamaktır. Güvenlik tüm bireylerin sorumluluğundadır. Bireylerin düşüncelerini özgürce ifade edebilmeleri için fırsatlar yaratılmalıdır. Bu açıklık daha sonra tüm bireylerin istenmeyen olayları bildirmesine ve tartışmasına izin veren sistemlere aktarılmalıdır (25).

Başarısızlığa odaklanmak, hataları tahmin etmeye ve bu hataların birden çok kaynağını değerlendirmeye yönelik proaktif süreci desteklemez. Hasta güvenliği uzmanları, hataların kaynağını veya gelecekteki olası hataları belirlemek için, aktif hatadan geriye doğru giden yollara bakmak gerektiğini belirtmektedirler. Odak noktası, sistemin hataya nasıl katkıda bulunduğudır. Bunu yaparken, gizli hatalar, temel nedenler veya hata sürecinin kör ucu belirlenir ve ardından düzeltilir veya en aza indirilir. Gizli hatalar veya koşullar, aktif bir hatadan önce de belirlenebilir ve giderilebilir (24).

Kendini yüksek güvenli ve kaliteli bakıma adanmış kurumlar, bakımın keskin ucuna hemşireleri yerleştirmeyi ve sistemi iyileştirmeye odaklanırlar (2). Sağlık sistemleri ve kurumları, suçlama ve ceza yoluyla değil ilham verici bir vizyon ve olumlu pekiştirme yoluyla güvenliğe ve kaliteye gerçekten öncelik vermelidir (19). Kültür, ödüllendirme veya cezalandırmayı sınırlandırma ile hataların bildirilmesini sağlamalıdır. Raporlama korkusunu ortadan kaldırmak, cezalandırıcı olmayan bir kültürü güçlendirecek ve gerçek ve olası hata bildirimini destekleyecektir (24).

Güvenlik kültürüne dayalı bir ölçüm stratejisi, adil sistem olarak adlandırılabilir. Böyle bir strateji, birbirini tamamlayan iki durumu uygulamaya koyar. İlk olarak, sağlık profesyonellerinin istenmeyen olayları ve ramak kala olayları suçlama, aşağılama ve misillemeye karşı güvenli bir şekilde bildirebilecekleri bir sistemi tanımlar. İkinci olarak, bu tür açık ve eksiksiz raporlama, istenmeyen olayları ve ramak kala olayları güvenilir bir şekilde önleyen bir ortam, başa bir deyişle hastalar için güvenli bir bakım sunma sistemi yaratmanın anahtarıdır. Adil bir kültür, güvenli bir kültürün kilit unsurudur. Bir öğrenme ortamını destekleyecek veriler toplanacaksa çalışanlar, istenmeyen olayları ve ramak kala olayları, cezalandırma tehdidi

olmaksızın bildirmeye istekli olmalıdır. Adil bir kültür, hatalardan öğrenme gereksinimini ve disiplin cezası alma gereksinimini dengelemeye çalışır (14).

Sağlık profesyonelleri arasında bir hasta güvenliği kültürü oluşturmanın yanı sıra hatalardan ders çıkarmaya ve suçlama kültüründen kaçınmaya odaklanan bir kurum kültürü geliştirmek, hasta güvenliğini iyileştirmede kritik öneme sahiptir (55).

Üst yönetim hasta güvenliği konusunda duyarlı davranmalıdır. Hasta güvenliği ile ilgili politikalar oluşturulmalıdır. İstenmeyen olaylar izlenmeli ve kayıt altına alınmalıdır. Ramak kala olaylar incelenmeli ve bunlara yönelik önlemler alınmalıdır. Çalışanlara istenmeyen olaylar konusunda bilgi verilmelidir (30). Tüm çalışanlara hasta güvenliği konusunda eğitim verilmelidir (30,32). WHO'nun hasta güvenliği eğitim programı oluşturma önerisinde yer alan tüm eğitim içeriğinin programa dahil edilmesi, gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde yararlı olacaktır (55).

Sağlık profesyonelleri, kurum çapında bir hasta güvenliği kültürü oluşturma ve sürdürme amacıyla iş birliği yapmalıdır (21).

Yoğun bakım hemşirelerinde yapılan randomize kontrollü çalışmada, deney grubuna uygulanan girişim, iki günlük bir çalıştay, posterlerin asılması ve hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, güvenlik sorunları hakkında konuşma ve performansı ve hasta güvenliğini geliştirmek için ekip stratejileri ve araçları becerileri gibi konuları kapsayan broşürlerin dağıtılmasından oluşmuştur. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, deney grubunda hasta güvenliği kültürü son test puanı, anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca ön testten de daha yüksektir. Deney grubunda 12 boyuttan beşinde önemli gelişmeler gözlenmiştir. Ancak, hatalara cezai olmayan tepkiler ve rapor edilen olaylar gibi boyutlar önemli ölçüde iyileşmemiştir (56).

2.3. Yoğun Bakım

2.3.1. Yoğun Bakım Ünitesi

YBÜ'ler bakım gereksinimlerini karşılayamayan hastalara bakım girişimlerinin uygulandığı üniteler olup hastanenin özellikli birimlerindedir (8). Yüksek bağımlılık düzeyindeki kritik hastalara bakım verilen, bu hastaları izlenme ve tedavi etme sürecinde ileri teknolojinin kullanıldığı, çok sayıda farklı uzmanlıklara sahip ekip üyesinin iş birliği içinde çalışıldığı ve ünitenin bu özelliklerine bağlı olarak hemşirenin pek çok rolünü sergileyebildiği ortamlardır. YBÜ'lerde yaşamı tehdit altında olan hastalar 24 saat izlenir, gerekli olduğunda yaşam fonksiyonları desteklenir, yüksek teknolojiye sahip karmaşık cihazlar kullanılır ve uzman bir ekip

çalışır. Bu tanıma göre YBÜ’de kritik hasta, yüksek düzeyde gelişmiş teknik donanım ve hastayı iyileştirebilecek ve teknik donanımı kullanabilecek bilgi ve becerisi olan ekip üyeleri olmak üzere üç öge bulunmaktadır (9).

Kritik bakımda son yirmi yılda önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Bu değişiklik bir dizi etmeden etkilenmiştir ancak en önemlisi hastane ortamındaki akut hasta hasta sayısının artmasıdır. Artan komorbidite, yaşlanan nüfus, gelişmiş tedavi yöntemleri ve teknolojilerinin kullanımı, hasta gereksinimlerinin artan karmaşıklığı dahil olmak üzere bir dizi etmen hasta keskinliğini etkilemiştir. Keskinlik düzeylerindeki değişiklikler, sağlık profesyonellerinin giderek artan sayıda akut ve kritik durumdaki hastaya bakmakla ilgili zorluklarla karşı karşıya kalması anlamına gelmiştir. YBÜ yataklarına olan talep giderek artmıştır (57).

Sağlık Bakanlığının güncel verilerine göre ülkemizde YBÜ yatak sayısı toplamda 47.700, erişkinde 32.663’tür (58).

Çağdaş YBÜ hizmeti, kritik hastalara bakan tüm sağlık profesyonellerinin yeterli bilgi ve eğitime sahip olmasını sağlamak için iş gücü geliştirilmesini gerektirir (57).

2.3.2. Yoğun Bakım Hemşireliği

Hemşirelik, sağlık hizmetleri iş gücü içindeki en çok yönlü mesleklerden biridir. Nightingale’in hastalar için bakım verenlerden oluşan eğitimli bir iş gücü kavramını geliştirip teşvik etmesinden bu yana geçen 150 yıl içinde, sağlık hizmetleri geliştikçe ve değıştikçe çağdaş hemşirelik kendini birkaç kez yenilemiştir (59).

Tarihsel süreçte, tıp bilimi ve teknolojideki gelişmeler, savaşlar ve çeşitli toplumsal olaylar gibi çeşitli etmenler, yoğun bakım hizmetleri ile birlikte yoğun bakım hemşireliğinin (YBH) gelişimini etkilemiştir. Ayrıca, gelişmelere paralel olarak sağlık profesyonelleri arasında görev ve yetki devri olmuş, YBH özelleşmiş bir uzmanlık alanı olarak gelişmiştir. Yoğun bakım hemşirelerinin, hem kendi mesleki uygulamaları hem de sağlık ekibi içerisindeki rolleri bağlamında değışimlere ayak uydurmaları gerekmektedir (9).

2.3.2.1. Yoğun Bakım Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları

Yoğun bakım hemşiresi YBÜ’de hastalara 24 saat kesintisiz hizmet verir (8). Hemşirelik ve özelde yoğun bakım hemşireliği, doğası gereği dinamik, döngüsel ve bütüncül bir süreçtir (7).

Yoğun bakım hemşiresi hasta ve ailesinin YBÜ ile ilgi yaşantılarını olumlu yönde etkiler ve kriz durumundan güvenli bir şekilde çıkmasını sağlar (9).

Yoğun bakım hemşiresi yaşamı tehdit edici ve karmaşık sorunları olan hastaları tanımlama ve sürekli izleme, onlara koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici girişimleri uygulama ve kaliteli yoğun bakım hizmeti sunma, onlarla terapötik ilişki kurma gibi görevleri yerine getirir (9).

Yoğun bakım hemşiresi, hastayı tanırlar ve değerlendirir. Uygun tanımlama teknikleri kullanarak sistematik bir şekilde veri toplar. Hastanın genel durumundaki değişiklikleri izler. Hastanın öncelikli ve acil gereksinimlerini saptar. Hastalık sürecine göre bakım planı hazırlar. Hastanın hemşirelik girişimlerine yönelik yanıtını kaydeder. Bakımın etkinliğini değerlendirir. İstenilen sonuçlara ulaşmada iyi planlanmış bakımın önemi büyüktür (9).

Hemşireler, bakım planını eleştirel olarak değerlendirmek ve revize etmek için sürekli olarak birden fazla kaynaktan veri toplar, analiz eder ve yorumlar. Hastaların ve ailelerin gereksinimlerini, değerlerini, inançlarını ve tutumlarını anlamamanın, planın başarısının ayrılmaz bir parçası olduğunun farkındadır. Bu tür bilgileri aktif olarak arar, paylaşır ve plana dahil ederler (7).

Yoğun bakım hemşiresi, birey ve çevre arasındaki ilişkiyi güçlendirmeye yardım eder. Hastanın genel durumu ile ilgili olarak gerekli ekip üyeleri ile iletişim kurar. Diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği yapar. Bakım sürecine hasta ve ailesini katar. Hastanın ve ailenin kaynaklarını harekete geçirir. Bakım kalitesini geliştirici çalışmalara katılır (9).

Yoğun bakım hemşiresi kritik hasta yönetiminin sıralanan tüm süreçlerinde rol alır: YBÜ'ye kabul, sistematik değerlendirme, solunum değerlendirmesi, monitörizasyonu ve desteği, kardiyovasküler değerlendirme, monitörizasyon ve destek, nörolojik, renal, gastrointestinal, immünolojik ve hematolojik bakım, metabolik bozukluk, travma, sepsis, zehirlenme ve acil durum yönetimi, genel bakım, yaşam sonu bakım, YBÜ'den nakil ve taburculuk ve rehabilitasyon (57). Yoğun bakım hemşiresi; hatayı üniteye kabul etme, hastanın üniteye uyumunu sağlama, hastanın tüm sistemlerini tanımlama ve değerlendirme, ağrıyı tanımlama, bakım, pozisyon verme, uyku ve sedasyon sağlama, psikolojik, spiritüel ve kültürel destek, acil durum yönetimi gibi temel girişimleri yerine getirir (9). YBÜ'de hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırmak, rahatlığını sağlamak, anksiyetesini azaltmak için girişimlerde bulunulur (8).

AACN, akut ve kritik bakım hemşireliğini, gerçek veya potansiyel yaşamı tehdit eden sorunlara insan tepkilerini yöneten uzmanlık olarak tanımlar (7). Akut ve

kritik bakım hemşireliği, aşağıdakiler için uzmanlaşmış bilgi, beceri, yetenek ve deneyimlere dayanır:

- Yaşamı boyunca her yaştan hastanın fizyolojik ve psikososyal dengesini eski haline getirme, destekleme, teşvik etme ve sürdürme
- Anında ve kesin kanıta dayalı, hasta odaklı eylemde bulunmak için bilgileri özümseme ve önceliklendirme
- Güvenle tahmin etme ve yanıt verme ve hızla değişen hasta koşullarına uyum sağlama
- Yaşam kalitesi ve yaşam sonu kararlarının yanı sıra beklenmeyen tedaviyle başa çıkan hastaların ve ailelerin benzersiz gereksinimlerine yanıt verme
- Güvenli, saygılı, iyileştirici ve şefkatli bir ortam oluşturma ve sürdürme
- Kaynak açısında yoğun bir ortamda çalışan hemşirelerin mali sorumluluğunu kabul etme
- Yaşamı boyunca her yaştan hastayı eski haline getirme, rehabilite etme, iyileştirme, bakımını yapma veya hafifletmek için tasarlanmış sağlık girişimlerini kullanma (7)

Yoğun bakım hemşiresinin görev ve sorumlulukları Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte (2011) verilmiştir (60).

2.3.2.2. Yoğun Bakım Hemşiresinin Roller

Yoğun bakım hemşiresinin geleneksel rollerine bakıldığında, bakım verici, tedavi edici, eğitici, yönetici ve araştırmacı gibi rolleri olduğu görülmektedir. Ancak rolleri bunlarla sınırlı değildir. Bu geleneksel rollerin yanında, savunucu, danışman, koordinatör ve vaka yöneticisi gibi çağdaş hemşirelik rolleri de bulunmaktadır. (9).

Hemşirelik rolleri arasında bağımsızlığın en güçlü şekilde sergilendiği rol, bakım verici roldür. Hemşirenin bu bağımsız rolü, aldığı eğitim ve kazandığı klinik deneyimle gelişir. Hemşire bu rolünü bakım süreci boyunca hasta ve ailesi ile iş birliği yaparak gerçekleştirir (9).

Yoğun bakım hemşiresinin rollerinin net olması, YBÜ ekibi üyeleri arasındaki rol çatışmasını önler ve hemşirenin rolüne sahiplenmesine yardım eder (9).

2.3.2.3. Yoğun Bakım Hemşireliği Standartları

Standartlar, hizmetin güvenilirlik ve etkinliğini artırmak için üzerinde fikir birliğine varılmış en iyi uygulamalardır. Sağlıklı/hasta bireylerin ve toplumun sağlık

hizmetlerinden beklentileri bulunmaktadır. Standardizasyon bu beklentileri ile sunulan sağlık hizmeti arasındaki farkı azaltacak tek yoldur (9).

AACN akut ve kritik bakım hemşiresi için bakım standartları ve profesyonel performans standartlarını sunmuştur. Bakım standartları, ANA'nın "Hemşirelik: Kapsam ve Uygulama Standartları" üzerine kuruludur. Hemşirelik süreci çerçeve olarak kullanılır; tanılama, tanı, sonuçları belirleme, planlama, uygulama ve değerlendirmeyi içerir. Profesyonel performans standartları; uygulama kalitesi, mesleki uygulama değerlendirmesi, eğitim, iletişim, etik, iş birliği, kanıta dayalı uygulama, kaynak kullanımı, liderlik ve çevre sağlığı ile ilgili aktiviteler de dahil olmak üzere profesyonel rolde yetkin davranış düzeyini tanımlar (7).

2.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bakım Davranışları ile Hasta Güvenliği Kültürleri

Günümüzde sağlık sistemi, giderek daha yaşlı bir hasta popülasyonu, değişen hasta istek ve beklentileri, hızla genişleyen bilgi ve teknolojiler, bakım güvenliğinin ve kalitesinin iyileştirilmesine odaklanma dahil olmak üzere çok sayıda zorlukla karşı karşıyadır (12).

Hemşireler, bakımın her alanında hasta güvenliğini ele alır (3). Hastanın sağlık durumunu izlemek, terapötik tedavileri uygulamak ve sağlık hizmetlerinde boşlukları önlemek için hasta bakımını bütünleştirmek, hasta güvenliğini doğrudan etkileyen hemşirelik aktiviteleridir (61).

Hemşireler güvenli ve kaliteli hasta bakımı sağlamak için tüm sağlık profesyonellerinin katkılarını kabul eder ve onlarla iş birliği yaparlar (21). Hataları önlemede iletişimin önemi düşünüldüğünde tüm sağlık bakım ortamlarında birincil iletişim bağlantısı olarak hemşireliğin rolü ortaya çıkmaktadır (2). Cerrahi hemşiresi hasta savunuculuğu rolünü üstlenerek hasta güvenliğini sağlamasına rehberlik eder (26).

Hasta güvenliğini ve bakım kalitesini iyileştirmek için çok sektörlü ve çok uluslu sinerji, ortaklık ve dayanışmayı geliştirilmeli ve sürdürülmelidir (20).

Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi, tüm sağlık kurumlarında hasta güvenliği ile hasta memnuniyetinin sağlanmasını amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda SKS hazırlanmıştır. SKS-Hastane, hastanelerde kalitenin güvence altına alınması için WHO hasta güvenliği hedefleri ile ülkemizin gereksinimleri ve öncelikleri doğrultusunda, sıralanan hedeflerin gerçekleştirilmesi amacıyla oluşturulmuştur: hasta odaklılık, hasta güvenliği, etkinlik, etkililik, verimlilik, uygunluk, zamanlılık,

süreklilik, hakkaniyet, sağlıklı çalışma yaşamı. Sunulan hedefin kaliteli olabilmesi için bu hedeflere ulaşılması gerekmektedir. Güvenli hastane, sıralanan 10 hedef üzerine inşa edilen beş boyuttan (kurumsal hizmetler, sağlık hizmetleri, hasta ve çalışan odaklı hizmetler, destek hizmetleri, gösterge yönetimi) oluşmaktadır. Ayrıca hasta güvenliği temel ilkeleri ile tamamlanmaktadır (27).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır (62).

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülmüştür. Araştırma hastanenin YBÜ'lerinde yapılmıştır. Hastanede YBÜ olarak; anestezi, beyin cerrahi, cerrahi, covid, dahiliye, genel yoğun bakım, kalp damar cerrahi, koroner ve nöroloji YBÜ yer almaktadır. Bu YBÜ'lerin düzeyleri; genel YBÜ 1. düzey; beyin cerrahi, koroner ve nöroloji YBÜ 2. düzey; anestezi, cerrahi, covid, dahiliye ve kalp damar cerrahi YBÜ 3. düzeydir.

Araştırma Ocak-Haziran 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi YBÜ'lerinde araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında çalışan hemşirelerden meydana gelmiştir.

Araştırmanın örneklemini, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi YBÜ'lerinde araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında çalışan ve örnekleme alınma kriterlerini karşılayan hemşireler oluşturmuştur.

3.3.1. Örneklem Büyüklüğü

Araştırmada örneklem büyüklüğü hesaplamasına gidilmemiştir. Araştırmaya tam sayım örneklem yöntemi ile örneklemdaki tüm hemşireler alınmıştır.

YBÜ'lerde çalışan hemşire sayıları; anesteziye 50, beyin cerrahide 14, cerrahide 12, covidde 14, dahiliyede 27, genel yoğun bakımda 22, kalp damar cerrahide 25, koronerde 18 ve nörolojide 27 olmak üzere 209'dur. Araştırma 185 hemşire ile yürütülmüştür. Katılım oranı %88.51'dir.

Örneklem büyüklüğünün araştırma sorusu doğrultusunda yeterli olup olmadığı veri toplama sonrasında değerlendirilmiştir. Güç analizinde "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılmıştır. Çalışmanın gücü ölçekler arasındaki ilişki ve nedensellik üzerinden hesaplanmıştır. Hesaplanan post-hoc güce göre, 185 kişi, alfa 0.05, etki büyüklüğü 0.07 ile çalışmanın gücünün %95 olduğu belirlenmiştir (Ek-1).

3.3.2. Örneklem Alınma ve Örneklemden Dışlanma Ölçütleri

Örneklem Alınma Ölçütleri:

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma
- YBÜ'de en az 3 aydır çalışma

Örneklemeden Dışlanma Ölçütleri:

- YBÜ’de yönetici hemşire olarak çalışma
- YBÜ’de destek hemşire olarak çalışma

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişken: Eğitim durumu, çalıştığı YBÜ düzeyi, meslekte çalışma süresi, YBÜ’de çalışma süresi, çalışma şekli, aylık çalışma süresi, YBH sertifikası alma durumu, hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumu

Bağımlı Değişken: Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24) puanı, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ) puanı

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler toplama araçları şunlardır:

- Kişisel Bilgi Formu
- BDÖ-24
- HGKÖ

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Form (Ek-2), literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (17,22,23,63-76.). Formda; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalıştığı YBÜ, meslek/hastane/YBÜ’de çalışma süresi, çalışma şekli, aylık çalışma süresi, YBH sertifikası alma durumu, hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumu ve aldığı yere ilişkin bilgiler yer almaktadır. Form 12 adet sorudan oluşmaktadır. Meslek/hastane/YBÜ’de çalışma süresinin 0-3 yıl ve 3 yıl üstü olarak gruplanması, Benner’in Acemilikten Uzmanlığa Modeline göre yapılmıştır (77). Aylık çalışma süresinin 161-176 saat ve 177 saat ve üstü olarak gruplanması, RN4CAST Konsorsiyomunun güncel çalışmasına göre yapılmıştır (78).

3.5.2. Bakım Davranışları Ölçeği-24

Bu ölçek ilk olarak Wolf ve arkadaşları (1994) tarafından “Caring Behaviors Inventory-42 (CBI-42)” adıyla 42 maddelik bir ölçek şeklinde yayınlanmıştır (79). Bu çalışmada kullanılan ölçeğin orijinali olan “Caring Behaviors Inventory-24”, Wu ve arkadaşları (2006) tarafından yapılandırılmıştır. Ölçeğin ölçüt bağımlı geçerliği değerlendirilmiş ve $r=0.62$ olarak bulunmuştur. Hemşireler için yapılan test tekrar test güvenilirliğinde $r=0.82$ olarak hesaplanmıştır. İç tutarlılıkta Cronbach alfa katsayısı 0.96 olarak bulunmuştur (80). Ölçek daha sonra “Caring Behaviors Inventory-16

(CBI-16)” olarak Wolf ve arkadaşları (2017) tarafından revize edilmiş ve 16 madde içeren şekilde yayınlanmıştır (81).

CBI-42'nin, Gül (2015) tarafından Bakım Davranışları Ölçeği-42 (BDÖ-42) adıyla Türkçeye uyarlanmıştır (82). BDÖ-24'ün (Ek-3) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kurşun ve Kanan (2012) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bakım sürecini değerlendirmek amacıyla tasarlanan olan ölçek hemşirelerin kendileri veya hastalar tarafından değerlendirilmelerini sağlamak için kullanılmaktadır. Ayrıca, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde sunulan hemşirelik bakımını (eğitim, dinleme, karar vermede hastanın katılımı gibi bakım davranışları) da değerlendirmektedir. Ölçekte 24 madde ve dört alt boyut bulunmaktadır. Güvence alt boyutu 8 madde (madde 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24), bilgi-beceri alt boyutu 5 madde (madde 9, 10, 11, 12, 15), saygılı olma alt boyutu 6 madde (madde 1, 3, 5, 6, 13, 19) ve bağlılık alt boyutu 5 maddeden (madde 2, 4, 7, 8, 14) oluşmaktadır. Ölçek 6'lı likert tiptedir. Değerlendirme, 1=asla, 2=hemen hemen asla, 3=bazen, 4=genellikle, 5=çoğu zaman, 6=her zaman şeklindedir. Alt boyut puanları, alt boyutlarda bulunan maddelerin puanlarının toplanıp madde sayısına bölünmesi ile hesaplanmakta ve 1-6 arasında değerlendirilmektedir. Tüm ölçek puanı da ölçekte bulunan tüm maddelerin puanlarının toplanıp 24'e bölünmesi ile hesaplanmakta ve yine 1-6 arasında değerlendirilmektedir. Alt boyut ve tüm ölçek puanının artması, hemşirelerin veya hasta bakım kalitesini algılama düzeylerinin arttığı anlamını taşımaktadır. Ölçeğin kapsam geçerlik indeksinin 0.95 olduğu bulunmuştur. Yapı geçerliği doğrulayıcı faktör analizi ile değerlendirilmiş ve dört faktörlü yapısı doğrulanmıştır. Hemşirelerde, Cronbach alfa değeri, alt boyutlar için 0.81-0.94 arasında, tüm ölçek için 0.96 olarak saptanmıştır. Yine hemşirelerde, madde-toplam puan ölçek güvenilirliğinin 0.53-0.85 arasında olduğu gösterilmiştir (83). CBI-16 ise Türkçeye uyarlanmamıştır.

Ölçeğin kullanılabilmesi için Kurşun ve Kanan'dan izin alınmıştır (Ek-4).

Güvenirlik analizi, bir ölçekte bulunan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterme ve aynı konuyu ölçme durumlarını test etmek amacıyla uygulanmaktadır (84). Kullanılan testlerin ve bunların sonuçlarının güvenilir olması, ölçümlerin güvenilir olmasına bağlıdır. Ölçeğe ilişkin güvenilirlikler Cronbach alfa ile incelenmiştir. Cronbach alfa katsayısı alt boyutlarda, güvence için 0.877, bilgi-beceri için 0.788, saygılı olma için 0.842, bağlılık için 0.823 ve tüm ölçekte ise 0.946 olarak bulunmuştur. Güvenirlik analizinde Cronbach alfa değeri 0-1 arasında değişir. Bu değer 0.00-0.40 arasında olması ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40-0.60 arasında

olması düşük güvenilirlikte, 0.60-0.80 arasında olması oldukça güvenilir ve 0.80-1.00 arasında olması yüksek derecede güvenilir olduğu anlamına gelir (85). Buna göre bilgi-beceri alt boyutunun oldukça güvenilir, diğer tüm alt boyut ve genel ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu bulunmuştur.

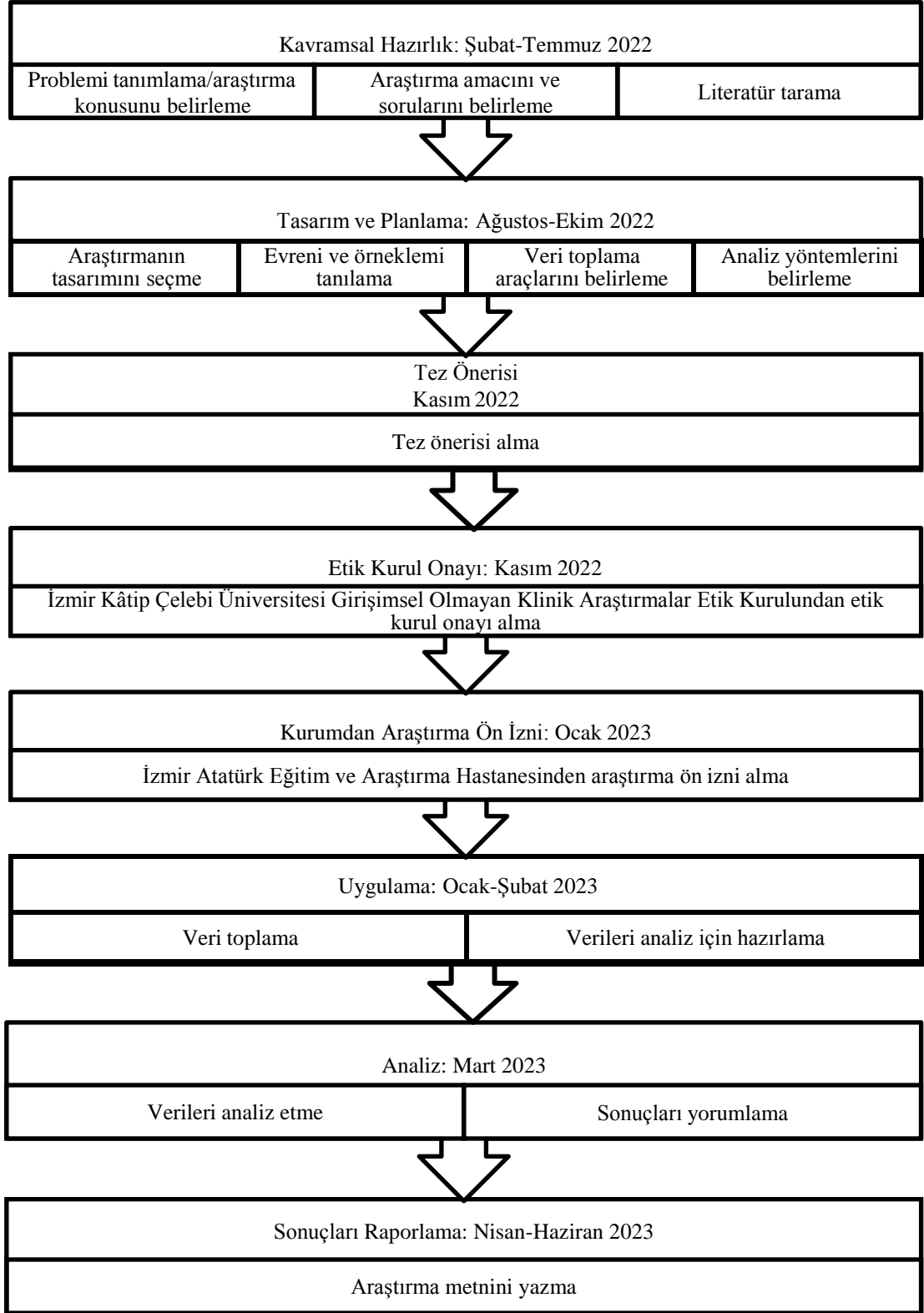
3.5.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

HGKÖ (Ek-5) Türkmen ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilmiştir. Hasta güvenliği kültürünü değerlendirir. 51 madde ve beş alt boyut içerir. Yönetim ve liderlik alt boyutu 17 madde (1-17), çalışan davranışı alt boyutu 14 madde (18-31), beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutu 5 madde (32-36), çalışanların eğitimi alt boyutu 7 madde (37-43) ve bakım ortamı alt boyutu 8 maddeden (44-51) oluşur. Ölçek 4'lü likert tipindedir ve 1=tamamen katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=katılıyorum, 4=tamamen katılıyorum şeklinde değerlendirilir. Alt boyut puanı hesaplanırken alt boyutta yer alan madde puanları toplanır; toplam, madde sayısına bölünür ve 1-4 arasında alt boyut puanı bulunur. Tüm ölçek puanı hesaplanırken beş alt boyutun ortalama puanı toplanır; toplam, 5'e bölünür ve 1-4 arasında ölçek puanı bulunur. Puan ortalamasının 4'e doğru gitmesi/artması olumlu hasta güvenliği kültürü, 1'e doğru gitmesi/azalması ise olumsuz hasta güvenliği kültürü olarak yorumlanır. Yapı geçerliliği, doğrulayıcı faktör analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm maddelerin kendi boyutuyla olan faktör yüklerine denk düşen yol katsayılarının 0.43-0.82 arasında olduğu belirlenmiştir. Test-tekrar test korelasyon katsayısının $r=0.47$ olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin toplam Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.97, alt boyutların ise 0.83-0.92 arasında olduğu saptanmıştır. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyonlarının $r=0.46-0.75$ arasında olduğu saptanmıştır (86).

Ölçeğin kullanılabilmesi amacıyla Türkmen ve arkadaşlarından izin alınmıştır (Ek-6).

Ölçeğin güvenilirliği Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir (84). Cronbach alfa katsayısı alt boyutlarda, yönetim ve liderlikte 0.917, çalışan davranışında 0.910, beklenmedik olay ve hata raporlamada 0.832, çalışanların eğitiminde 0.905, bakım ortamında 0.888 ve genel ölçekte 0.970 olarak hesaplanmıştır. Cronbach alfa değerinin 0.80-1.00 arasında olması ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu anlamına gelir (85). Buna göre ölçeğin tüm alt boyutları ve genelinin yüksek derecede güvenilir olduğu gösterilmiştir.

3.6. Araştırmanın Planı ve Takvimi



Şekil 3. Araştırma Planı ve Takvimi

Bu tez çalışması, Şubat 2022 tarihinde kavramsal hazırlık ile başlamıştır. Çalışmanın uygulama aşaması Ocak 2023 tarihinde başlamıştır. Çalışma Haziran 2023 tarihinde sonlanmıştır. Tüm aşamaları içeren araştırma planı ve takvimi Şekil 3'te sunulmuştur.

3.7. Verilerin Toplanması

Örnekleme alınan hemşirelerle araştırmacı tarafından bireysel olarak yüz yüze görüşülerek hemşirelerin veri toplama araçlarını doldurması sağlanmıştır. Tüm hemşirelere ulaşılabilmesi için gündüz ve gece farklı zamanlarda ünitelere gidilmiştir. Veri toplama araçları her bir hemşire tarafından 15-20 dakikada doldurulmuştur.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi (Statistical Package for Social Science-SPSS) 22.0 ile test edilmiştir. Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Verilerin normal dağılıp dağılmadığı merkezi eğilim ölçütleri olan ortalama, ortanca ve tepe değere bakılarak belirlenebilir. Belirlemenin bir diğer yolu dağılım şekli ölçütlerinin incelenmesidir. Burada dağılım eğrisine bakılır. Dağılım eğrisinin çarpıklık ve basıklık derecesi incelenir. Bu dereceleri değerlendirmede çarpıklık ve basıklık indeksleri yararlı olur. Dağılımın normal olup olmadığı grafik yöntemi ile de araştırılır. Burada histogram veya normal olasılık grafiği çizilir. Q-Q grafiği ve kutu grafiği diğer grafiklerdir. Normal dağılımı değerlendirmenin diğer yöntemi normal dağılım testleridir. Shapiro-Wilk testi ve Kolmororov-Smirnov testi yapılır (87,88). Araştırmada normal dağılıma uygunluğun incelenmesinde basıklık ve çarpıklık değerlerinden yararlanılmıştır. Öncelikli olarak basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiş, sonrasında Maholobis uzaklığı tüm ölçekler ve alt boyutlar için değerlendirilmiştir. Buna göre aykırı uç değer olan üç gözlem araştırmadan çıkarılarak araştırmanın analizleri 185 (188-3=185) veri üzerinden yapılmıştır.

Ölçek puanları normal dağılım varsayımını sağlamıştır. Bu sonuca göre niceliksel verilerin karşılaştırılması için, iki bağımsız grupta bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla bağımsız grupta tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde anlamlı farklılık gösteren grupları saptamak için ise Bonferroni çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Gruplarda örneklem sayısının az olduğu durumlarda ise parametrik olmayan testler tercih edilmiştir. Buna göre iki bağımsız grupta Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grupta ise Kruskal Wallis H testi

uygulanmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni etkileme düzeyi ise lineer regresyon analizi ile incelenmiştir (62).

3.9. Araştırmanın Bütçesi

Araştırma giderleri kapsamında, araştırma yeri veya araştırma yeri dışından hizmet alımı, gönüllülere verilen hizmet veya seyahat, anketör gibi diğer hizmetler bulunmamaktadır. Araştırma herhangi bir kurum/kuruluş tarafından desteklenmemektedir.

3.10. Araştırma Etiği

Araştırmanın tüm aşamalarında Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi ilkelerine uyulmuştur.

Araştırmanın uygulanabilmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Tarih: 24.11.2022, Karar No: 0544) onay alınmıştır (Ek-7).

Yine araştırmanın uygulanabilmesi için İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinden izin alınmıştır (Ek-8).

Araştırmanın veri toplama araçları olan BDÖ-24 Kurşun ve Kanan'dan (Ek-4), HGKÖ Türkmen ve arkadaşlarından (Ek-6) izin alınarak kullanılmıştır.

Örnekleme oluşturan hemşirelerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile olur alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 2. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerinin Ortalamaları ve Oranları

| Özellik | \bar{X} | <i>SD</i> |
|---|-----------|-----------|
| Yaş | 26.71 | 2.87 |
| Özellik | <i>n</i> | % |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 131 | 70.8 |
| Erkek | 54 | 29.2 |
| Eğitim durumu | | |
| Lise | 11 | 5.9 |
| Ön lisans | 14 | 7.6 |
| Lisans | 145 | 78.4 |
| Lisansüstü | 15 | 8.1 |
| Çalıştığı YBÜ | | |
| Anestezi YBÜ | 45 | 24.3 |
| Beyin cerrahi YBÜ | 13 | 7.0 |
| Cerrahi YBÜ | 12 | 6.5 |
| Covid YBÜ | 13 | 7.0 |
| Dahiliye YBÜ | 24 | 13.0 |
| Genel YBÜ | 19 | 10.3 |
| Kalp damar cerrahi YBÜ | 24 | 13.0 |
| Koroner YBÜ | 11 | 5.9 |
| Nöroloji YBÜ | 24 | 13.0 |
| Çalıştığı YBÜ düzeyi | | |
| 1. düzey | 19 | 10.3 |
| 2. düzey | 48 | 25.9 |
| 3. düzey | 118 | 63.8 |
| Meslekte çalışma süresi (\bar{X}SD=4.01±2.95) | | |
| 0-3 yıl | 110 | 59.5 |
| 3 yıl üstü | 75 | 40.5 |

| | | |
|---|-----|------|
| YBÜ’de çalışma süresi (\bar{X}SD=3.02±2.55) | | |
| 0-3 yıl | 140 | 75.7 |
| 3 yıl üstü | 45 | 24.3 |
| Çalışma şekli | | |
| Mesai ve nöbet | 172 | 93.0 |
| Yalnızca nöbet | 13 | 7.0 |
| Aylık çalışma süresi (\bar{X}SD=179.71±15.80) | | |
| 161-176 saat | 84 | 45.4 |
| 177 saat ve üstü | 101 | 54.6 |
| YBH sertifikası alma durumu | | |
| Evet | 72 | 38.9 |
| Hayır | 113 | 61.1 |
| Hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumu | | |
| Evet | 127 | 68.6 |
| Hayır | 58 | 31.4 |
| Hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma yeri* | | |
| Okuldaki eğitim | 83 | 44.9 |
| Hizmet içi eğitim programı | 76 | 41.1 |
| Bilimsel etkinlik | 18 | 9.7 |

N=185

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hemşirelerin demografik özellikleri Tablo 2’de verilmiştir. Buna göre yaş ortalamalarının 26.71 ± 2.87 ; %70.8’inin kadın, %78.4’ünün lisans ve %8.1’inin lisansüstü mezunu olduğu bulunmuştur. En yüksek oranda anestezi YBÜ’de (%24.3) çalıştıkları ve bunu aynı oranla (%13) dahiliye, kalp damar cerrahi ve nöroloji YBÜ’nün izlediği belirlenmiştir. 3. düzey YBÜ’de çalışma oranı %63.8’dir. Meslekte çalışma süreleri ortalama 4.01 ± 2.95 yıl olup %59.5’i 0-3 yıllık mesleki deneyime sahiptir. YBÜ’de çalışma süreleri ise ortalama 3.02 ± 2.55 yıl olarak hesaplanmış ve %75.7’sinin 0-3 yıldır YBÜ’de çalıştığı görülmüştür. Çalışma şekilleri incelendiğinde %93’ünün mesai ve nöbet şeklinde çalıştığı saptanmıştır. Aylık çalışma süreleri ortalama 179.71 ± 15.80 saat bulunmuştur. Yalnızca %38.9’unun YBH sertifikası aldığı belirlenmiştir. Hasta güvenliği ile ilgili eğitimi ise %68.6’sının aldığı, alma yerinin %44.9 oranında okuldaki eğitim olduğu saptanmıştır.

4.2. Hemşirelerin BDÖ-24 Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 3. Hemşirelerin BDÖ-24 Puan Ortalamaları

| Ölçek | $\bar{X} \pm SD$ | <i>Mdn</i> | Minimum- Maksimum |
|--------------|------------------|------------|----------------------|
| Güvence | 5.26±0.58 | 5.25 | 3.50-6.00 |
| Bilgi-beceri | 5.54±0.48 | 5.80 | 4.00-6.00 |
| Saygılı olma | 5.26±0.61 | 5.33 | 3.33-6.00 |
| Bağlılık | 5.08±0.66 | 5.00 | 3.00-6.00 |
| Tüm BDÖ-24 | 5.28±0.53 | 5.33 | 3.79-6.00 |

N=185

Hemşirelerin BDÖ-24 puan ortalamaları incelendiğinde, güvence alt boyutunda 5.26±0.58, bilgi-beceri alt boyutunda 5.54±0.48, saygılı olma alt boyutunda 5.26±0.61, bağlılık alt boyutunda 5.08±0.66 ve tüm BDÖ-24'te 5.28±0.53 puan olarak hesaplanmıştır (Tablo 3).

4.3. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılması

| Eğitim durumu | $\bar{X} \pm SD / Mdn$ | <i>KW</i> | <i>p</i> |
|---------------|------------------------|-----------|----------|
| Lise | 5.25±0.77/5.33 | 0.486 | 0.922 |
| Ön lisans | 5.39±0.27/5.37 | | |
| Lisans | 5.26±0.54/5.33 | | |
| Lisansüstü | 5.38±0.33/5.29 | | |

N=185

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre BDÖ-24 puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (*KW*=0.486, *p*=0.922), (Tablo 4).

Tablo 5. Hemşirelerin Çalıştıkları YBÜ Düzeylerine Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılması

| Çalıştığı YBÜ düzeyi | \bar{XSD}/ Mdn | <i>KW</i> | <i>p</i> |
|----------------------|------------------|-----------|----------|
| 1. düzey | 5.13±0.54/5.29 | 2.388 | 0.303 |
| 2. düzey | 5.23±0.59/5.15 | | |
| 3. düzey | 5.33±0.49/5.42 | | |

N=185

Hemşirelerin çalıştıkları YBÜ düzeylerine göre BDÖ-24 puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ortaya koyulmuştur (*KW*=2.388, *p*=0.303), (Tablo 5).

Tablo 6. Hemşirelerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılması

| Meslekte çalışma süresi | \bar{XSD} | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-------------------------|-------------|----------|----------|
| 0-3 yıl | 5.30±0.53 | 0.449 | 0.654 |
| 3 yıl üstü | 5.26±0.53 | | |

N=185

Meslekte çalışma süresi 0-3 yıl olan ve 3 yıl üstü olan hemşirelerin BDÖ-24 puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedikleri saptanmıştır (*t*=0.449, *p*=0.654), (Tablo 6).

Tablo 7. Hemşirelerin YBÜ’de Çalışma Sürelerine Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılması

| YBÜ’de çalışma süresi | \bar{XSD} | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-----------------------|-------------|----------|----------|
| 0-3 yıl | 5.28±0.52 | -0.222 | 0.824 |
| 3 yıl üstü | 5.3±0.55 | | |

N=185

Hemşirelerin YBÜ’de çalışma sürelerine göre BDÖ-24 puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (*t*=0.222, *p*=0.824), (Tablo 7).

Tablo 8. Hemşirelerin Çalışma Şekillerine Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılması

| Çalışma şekli | \bar{XSD}/ Mdn | <i>U</i> | <i>p</i> |
|----------------|------------------|----------|----------|
| Mesai ve nöbet | 5.30±0.52/5.37 | 883.500 | 0.208 |
| Yalnızca nöbet | 5.08±0.60/5.25 | | |

N=185

Hemşirelerin çalışma şekillerine göre BDÖ-24 puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ortaya koyulmuştur (*U*=883.500, *p*=0.208), (Tablo 8).

Tablo 9. Hemşirelerin Aylık Çalışma Sürelerine Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılması

| Aylık çalışma süresi | \bar{XSD} | <i>t</i> | <i>p</i> |
|----------------------|-------------|----------|----------|
| 161-176 saat | 5.25±0.55 | 0.767 | 0.444 |
| 177 saat ve üstü | 5.31±0.51 | | |

N=185

Hemşirelerin aylık çalışma süreleri açısından BDÖ-24 puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (*t*=0.767, *p*=0.444), (Tablo 9).

Tablo 10. Hemşirelerin YBH Sertifikası Alma Durumlarına Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılması

| YBH sertifikası alma durumu | \bar{XSD} | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-----------------------------|-------------|----------|----------|
| Evet | 5.34±0.46 | 1.175 | 0.242 |
| Hayır | 5.24±0.56 | | |

N=185

Hemşirelerin YBH sertifikası alma durumlarına göre BDÖ-24 puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (*t*=1.175, *p*=0.242), (Tablo 10).

4.4. Hemşirelerin HGKÖ Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 11. Hemşirelerin HGKÖ Puan Ortalamaları

| Ölçek | $\bar{X} \pm SD$ | <i>Mdn</i> | Minimum- Maksimum |
|------------------------------------|------------------|------------|----------------------|
| Yönetim ve liderlik | 2.87±0.53 | 2.88 | 1.18-4.00 |
| Çalışan davranışı | 2.73±0.56 | 2.79 | 1.00-4.00 |
| Beklenmedik olay ve hata raporlama | 2.58±0.69 | 2.60 | 1.00-4.00 |
| Çalışanların eğitimi | 2.54±0.72 | 2.57 | 1.00-4.00 |
| Bakım ortamı | 2.60±0.72 | 2.63 | 1.00-4.00 |
| Tüm HGKÖ | 2.72±0.54 | 2.69 | 1.06-4.00 |

N=185

Hemşirelerin HGKÖ puan ortalamaları Tablo 11’de sunulmuştur. Alt boyutlardaki puan ortalamaları, yönetim ve liderlik için 2.87±0.53, çalışan davranışı için 2.73±0.56, beklenmedik olay ve hata raporlama için 2.58±0.69, çalışanların eğitimi için 2.54±0.72, bakım ortamı için 2.60±0.72 ve tüm ölçek puan ortalamaları 2.72±0.54 olarak belirlenmiştir.

4.5. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 12. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

| Eğitim durumu | $\bar{X} \pm SD / Mdn$ | <i>KW</i> | <i>p</i> |
|---------------|------------------------|-----------|----------|
| Lise | 2.89±0.43/3.06 | 1.278 | 0.734 |
| Ön lisans | 2.67±0.40/2.69 | | |
| Lisans | 2.72±0.55/2.69 | | |
| Lisansüstü | 2.61±0.61/2.69 | | |

N=185

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre HGKÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (*KW*=1.278, *p*=0.734), (Tablo 12).

Tablo 13. Hemşirelerin Çalıştıkları YBÜ Düzeylerine Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

| Çalıştığı YBÜ düzeyi | $\bar{X}SD$ | <i>F</i> | <i>p</i> | Bonferroni |
|----------------------|-------------|----------|----------|------------|
| 1. düzey (1) | 2.39±0.34 | 4.248 | 0.016* | 1<3 |
| 2. düzey (2) | 2.71±0.54 | | | |
| 3. düzey (3) | 2.77±0.55 | | | |

N=185

**p*<0.05

Hemşirelerin çalıştıkları YBÜ düzeylerine göre HGKÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu gösterilmiştir (*F*=4.248, *p*=0.016). Farklılık gösteren grupları belirleyebilmek için çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Çalıştığı YBÜ düzeyi 3. düzey olanların, 1. düzey olanlara göre HGKÖ’de daha yüksek puana sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 13).

Tablo 14. Hemşirelerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

| Meslekte çalışma süresi | $\bar{X}SD$ | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-------------------------|-------------|----------|----------|
| 0-3 yıl | 2.72±0.52 | 0.110 | 0.913 |
| 3 yıl üstü | 2.71±0.58 | | |

N=185

Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre HGKÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (*t*=0.110, *p*=0.913), (Tablo 14).

Tablo 15. Hemşirelerin YBÜ’de Çalışma Sürelerine Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

| YBÜ’de çalışma süresi | $\bar{X}SD$ | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-----------------------|-------------|----------|----------|
| 0-3 yıl | 2.71±0.50 | -0.390 | 0.697 |
| 3 yıl üstü | 2.74±0.65 | | |

N=185

YBÜ’de çalışma süresi değişkenine göre hemşirelerin HGKÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı gösterilmiştir (*t*=-0.390, *p*=0.697), (Tablo 15).

Tablo 16. Hemşirelerin Çalışma Şekillerine Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

| Çalışma şekli | \bar{XSD}/Mdn | <i>U</i> | <i>p</i> |
|----------------|-----------------|----------|----------|
| Mesai ve nöbet | 2.72±0.56/2.69 | 1063.500 | 0.770 |
| Yalnızca nöbet | 2.68±0.25/2.67 | | |

N=185

Hemşirelerin çalışma şekillerine göre HGKÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ortaya çıkarılmıştır (*U*=1063.500, *p*=0.770), (Tablo 16).

Tablo 17. Hemşirelerin Aylık Çalışma Sürelerine Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

| Aylık çalışma süresi | \bar{XSD} | <i>t</i> | <i>p</i> |
|----------------------|-------------|----------|----------|
| 161-176 saat | 2.65±0.56 | -1.535 | 0.126 |
| 177 saat ve üstü | 2.77±0.52 | | |

N=185

Hemşirelerin 161-176 saat ve 177 saat ve üstü olmak üzere aylık çalışma süreleri karşılaştırıldığında HGKÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (*t*=-1.535, *p*=0.126), (Tablo 17).

Tablo 18. Hemşirelerin YBH Sertifikası Alma Durumlarına Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

| YBH sertifikası alma durumu | \bar{XSD} | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-----------------------------|-------------|----------|----------|
| Evet | 2.77±0.61 | 1.013 | 0.312 |
| Hayır | 2.68±0.49 | | |

N=185

Hemşirelerin YBH sertifikası alma durumlarına göre HGKÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (*t*=1.013, *p*=0.312), (Tablo 18).

Tablo 19. Hemşirelerin Hasta Güvenliği ile İlgili Eğitim Alma Durumlarına Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

| Hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumu | $\bar{X} \pm SD$ | t | p |
|---|------------------|-------|--------|
| Evet | 2.79±0.55 | 2.685 | 0.008* |
| Hayır | 2.56±0.5 | | |

$N=185$

* $p<0.05$

Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumlarına göre HGKÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($t=2.685$, $p=0.008$). Hasta güvenliği ile ilgili eğitim alanların HGKÖ puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 19).

4.6. Hemşirelerin BDÖ-24 Puanları ile HGKÖ Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Tablo 20. Hemşirelerin BDÖ-24 Puanları ile HGKÖ Puanları Arasındaki İlişki

| Ölçek | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----|
| 1. Güvence | <i>r</i> | 1 | | | | | | | | | | |
| | <i>p</i> | | | | | | | | | | | |
| 2. Bilgi-beceri | <i>r</i> | 0.686*** | 1 | | | | | | | | | |
| | <i>p</i> | 0.000 | | | | | | | | | | |
| 3. Saygılı olma | <i>r</i> | 0.803*** | 0.653*** | 1 | | | | | | | | |
| | <i>p</i> | 0.000 | 0.000 | | | | | | | | | |
| 4. Bağlılık | <i>r</i> | 0.748*** | 0.605*** | 0.862*** | 1 | | | | | | | |
| | <i>p</i> | 0.000 | 0.000 | 0.000 | | | | | | | | |
| 5. Tüm BDÖ-24 | <i>r</i> | 0.928*** | 0.791*** | 0.936*** | 0.903*** | 1 | | | | | | |
| | <i>p</i> | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | | | | | | | |
| 6. Yönetim ve liderlik | <i>r</i> | 0.298*** | 0.189** | 0.280*** | 0.218** | 0.284*** | 1 | | | | | |
| | <i>p</i> | 0.000 | 0.010 | 0.000 | 0.003 | 0.000 | | | | | | |
| 7. Çalışan davranışı | <i>r</i> | 0.244** | 0.123 | 0.207** | 0.216** | 0.230** | 0.742*** | 1 | | | | |
| | <i>p</i> | 0.001 | 0.096 | 0.005 | 0.003 | 0.002 | 0.000 | | | | | |
| 8. Beklenmedik olay ve hata raporlama | <i>r</i> | 0.275*** | 0.134 | 0.228** | 0.236** | 0.255*** | 0.730*** | 0.802*** | 1 | | | |
| | <i>p</i> | 0.000 | 0.068 | 0.002 | 0.001 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | | | | |
| 9. Çalışanların eğitimi | <i>r</i> | 0.223** | 0.095 | 0.193** | 0.185* | 0.205** | 0.676*** | 0.779*** | 0.837*** | 1 | | |
| | <i>p</i> | 0.002 | 0.197 | 0.008 | 0.012 | 0.005 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | | | |
| 10. Bakım ortamı | <i>r</i> | 0.219** | 0.104 | 0.102 | 0.122 | 0.162* | 0.634*** | 0.720*** | 0.730*** | 0.773*** | 1 | |
| | <i>p</i> | 0.003 | 0.158 | 0.169 | 0.098 | 0.027 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | | |
| 11. Tüm HGKÖ | <i>r</i> | 0.287*** | 0.152* | 0.235** | 0.221** | 0.261*** | 0.883*** | 0.918*** | 0.895*** | 0.890*** | 0.852*** | 1 |
| | <i>p</i> | 0.000 | 0.038 | 0.001 | 0.002 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | |

N=185

*0.01<=*p*<0.05 İstatistiksel anlamlılık (0.012-0.038)

**0.001<=*p*<0.01 Yüksek düzeyde istatistiksel anlamlılık (0.001-0.010)

****p*<0.001 Çok yüksek istatistiksel anlamlılık (0.000)

Tablo 20’de hemşirelerin BDÖ-24 puanları ile HGKÖ puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. Güvence alt boyut puanları ile yönetim ve liderlik ($r=0.298$, $p=0.000$), çalışan davranışı ($r=0.233$, $p=0.001$), beklenmedik olay ve hata raporlama ($r=0.275$, $p=0.000$), çalışanların eğitimi ($r=0.223$, $p=0.002$), bakım ortamı ($r=0.219$, $p=0.000$) alt boyut ve tüm HGKÖ ($r=0.287$, $p=0.000$) puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Bilgi-beceri alt boyut puanları ile yönetim ve liderlik alt boyut ($r=0.189$, $p=0.010$) ve tüm HGKÖ ($r=0.152$, $p=0.038$) puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık bilgi-beceri alt boyut puanları ile çalışan davranışı ($r=0.123$, $p=0.096$), beklenmedik olay ve hata raporlama ($r=0.134$, $p=0.068$), çalışanların eğitimi ($r=0.095$, $p=0.197$) ve bakım ortamı ($r=0.104$, $p=0.158$) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Tablo 20).

Saygılı olma alt boyut puanları ile yönetim ve liderlik ($r=0.280$, $p=0.000$), çalışan davranışı ($r=0.207$, $p=0.005$), beklenmedik olay ve hata raporlama ($r=0.228$, $p=0.002$), çalışanların eğitimi ($r=0.193$, $p=0.008$) alt boyut ve tüm HGKÖ ($r=0.235$, $p=0.000$) puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Ancak saygılı olma alt boyut puanları ile bakım ortamı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($r=0.102$, $p=0.169$), (Tablo 20).

Bağlılık alt boyut puanlarının, yönetim ve liderlik ($r=0.218$, $p=0.003$), çalışan davranışı ($r=0.216$, $p=0.003$), beklenmedik olay ve hata raporlama ($r=0.236$, $p=0.001$), çalışanların eğitimi ($r=0.185$, $p=0.012$) alt boyutu ve tüm HGKÖ ($r=0.221$, $p=0.000$) puanları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte bağlılık alt boyut puanlarının bakım ortamı alt boyut puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olmadığı gösterilmiştir ($r=0.122$, $p=0.098$), (Tablo 20).

Tüm BDÖ-24 puanları ile yönetim ve liderlik ($r=0.284$, $p=0.000$), çalışan davranışı ($r=0.230$, $p=0.002$), beklenmedik olay ve hata raporlama ($r=0.255$, $p=0.000$), çalışanların eğitimi ($r=0.205$, $p=0.005$), bakım ortamı ($r=0.162$, $p=0.027$) alt boyut ve tüm HGKÖ puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($r=0.261$, $p=0.000$), (Tablo 20).

4.7. Hemşirelerin BDÖ-24 Puanlarının HGKÖ Puanları Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

Tablo 21. Hemşirelerin BDÖ-24 Puanlarının HGKÖ Puanları Üzerine Etkisi

| | | Beta | St. H. | t | p | F | p | R ² | DW | VIF |
|---|--------------|--------|--------|--------|-------|--------|-------|----------------|------|------|
| 1 | Sabit | 1.301 | 0.389 | 3.343 | 0.001 | 13.348 | 0.000 | 0.068 | 1.73 | |
| | BDÖ-24 | 0.268 | 0.073 | 3.653 | 0.000 | | | | | 1.00 |
| 2 | Sabit | 1.546 | 0.449 | 3.441 | 0.001 | 4.275 | 0.000 | 0.066 | 1.71 | |
| | Güvence | 0.294 | 0.121 | 2.440 | 0.016 | | | | | 3.31 |
| | Bilgi-beceri | -0.103 | 0.113 | -0.914 | 0.362 | | | | | 2.00 |
| | Saygılı olma | 0.022 | 0.143 | 0.153 | 0.879 | | | | | 5.11 |
| | Bağlılık | 0.016 | 0.117 | 0.133 | 0.894 | | | | | 4.05 |

Hemşirelerin BDÖ-24 puanlarının HGKÖ puanları üzerindeki etkisini belirleyebilmek için iki regresyon analizi uygulanmıştır. İlk modelde yalnızca tüm ölçek puanları üzerinden, ikinci modelde ise ölçek alt boyut puanları üzerinden değerlendirme yapılmıştır (Tablo 21).

İlk modelde BDÖ-24 puanlarının HGKÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir (F=13.348, p=0.000). Bakım davranışları, hasta güvenliği kültüründe meydana gelen değişimin %6.8'ini açıklamıştır (R²=0.068). Ayrıca bakım davranışlarında meydana gelen 1 birimlik değişim, hasta güvenliği kültüründe 0.268 birimlik bir değişime neden olmuştur. Kurulan modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görülmüştür (DW=1.73), (Tablo 21).

İkinci modelde ise BDÖ-24 alt boyut puanlarının HGKÖ puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir (F=4.275, p=0.000). Bakım davranışları alt boyutları, hasta güvenliği kültüründe meydana gelen değişimin %6.6'sını açıklamıştır (R²=0.066). Ancak bakım davranışları alt boyutlarından yalnızca güvence alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Güvence alt boyutunda meydana gelen 1 birimlik değişim, hasta güvenliği kültüründe 0.294 birimlik bir değişime neden olmuştur. Kurulan modelde otokorelasyon sorunu olmadığı saptanmıştır (DW=1.72), (Tablo 21).

5. TARTIŞMA

5.1. Hemşirelerin BDÖ-24 Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Uzun süredir bakım davranışlarının hemşirelik uygulamasının temel bileşenlerinden biri olduğu üzerinde durulmaktadır. Yoğun bakım hemşireleri sürekli olarak ileri teknolojinin kullanıldığı ortamlarda kritik durumda olan hastalarla karşı karşıya kalmakta ve bu hastalara karmaşık terapötik işlemler uygulamaktadırlar. Hemşirelerin güvenli ve kaliteli bakım sağlayabilmeleri için klinisyen ve yönetici hemşirelerin bakım davranışlarına odaklanmaları gerekmektedir (6).

Bu çalışmada yoğun bakım hemşireleri BDÖ-24 güvence alt boyutundan 5.26 puan almışlardır. Diğer çalışmalarda hemşirelerin bu alt boyuttaki puanı, 4.74 (74), 4.85 (63), 4.98 (64), 5.05 (71), 5.15 (76), 5.27 (68), 5.39 (70), 5.40 (65), 5.40 (67) ve 5.70 (23) olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin bilgi-beceri alt boyutundan 5.54 puan aldıkları gösterilmiştir. Diğer çalışmalarda hemşirelerin bu alt boyut puanının, bu çalışmaya benzer şekilde, 4.56 (89), 5.13 (64), 5.26 (71), 5.27 (63), 5.41 (76), 5.50 (68), 5.51 (74), 5.54 (70), 5.54 (67), 5.60 (65) ve 5.78 (23) olduğu belirlenmiştir. YBH, ileri düzeyde bilgi, beceri ve özellikle teknolojik donanım kullanım becerisi gerektirir. Bu bağlamda zorluk yaşanan bir uzmanlık alanı olduğu söylenebilir (8). Bu çalışmadaki hemşireler en yüksek bu alt boyuttan puan almışlardır. Bu alt boyutta intravenöz uygulama gibi girişimleri bilme, araç-gereçleri beceri ile kullanma ve mesleki bilgi ve beceri sergileme maddeleri yer almaktadır. Hemşirelerin bilgiye ve somut olan teknik becerilere yönelik bakım kalitesi algılarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin saygılı olma alt boyut puanları, bu çalışmada 5.26, diğer çalışmalarda, 4.83 (63), 4.87 (64), 5.04 (76), 5.10 (68), 5.14 (71), 5.32 (70), 5.32 (67), 5.38 (74), 5.60 (65) ve 5.69 (23) olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin bağlılık alt boyutu puanlarına bakıldığında 5.08 olduğu görülmektedir. Diğer çalışmalarda bu alt boyuttan alınan puanlar, 4.75 (64), 4.90 (63), 4.90 (76), 4.93 (68), 4.94 (71), 5.18 (70), 5.26 (67), 5.30 (65), 5.34 (74) ve 5.63 (23) şeklinde sıralanmaktadır. Bu çalışmada hemşirelerin en düşük puan aldıkları alt boyut, bu alt boyuttur. Hastaya bilgi verme, zaman ayırma, onun gelişimine yardım etme, bakıma katılmasını sağlama ve ona karşı sabırlı olma maddeleri bu alt boyutta yer almaktadır. Çalışmanın yoğun bakım hemşireleri ile yapıldığı göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelerin hasta profili nedeniyle kritik hasta bakımında bu aktiviteleri daha az yaptıkları düşünülebilir. Hemşirelerin bu aktiviteler konusunda

farkındalıklarının artırılması ve hemşirelere bu aktiviteleri yapabilecekleri çalışma ortamı sunulması önemlidir. Yoğun bakım hemşiresi, hastayı fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan en iyi duruma getirmeyi amaçlar (9). YBÜ'lerde bütüncül bakım ön plandadır (8). Yoğun bakım hemşireleri, bütüncül bakım verebilmek için teknoloji kullanımını içeren bakım davranışları ile hümanistik bakım davranışları arasında bir denge sağlamalıdır (6).

Bu çalışmada hemşirelerin tüm BDÖ-24 puanları 5.28 olarak bulunmuştur. Yoğun bakım hemşirelerinin dahil olduğu çalışmalarda tüm BDÖ-24 puanı, 4.90 (63), 4.94 (64), 5.09 (71), 5.12 (76), 5.20 (68), 5.36 (70), 5.38 (67), 5.50 (65) ve 5.70 (23) olarak belirlenmiştir.

Yoğun bakım hemşirelerinin dahil olduğu bir çalışmada hemşirelerin CBI-16 puanları 4.21 (0-5 arasında) ve hemşire tarafından değerlendirilen hemşirelik bakım kalitesi 3.03 (0-3 arasında) ile yüksek olarak bulunmuştur. CBI-16 puanı, hemşire tarafından değerlendirilen hemşirelik bakım kalitesi ile pozitif ilişki göstermiştir (22).

Bakım Davranışları Değerlendirme Ölçeği (Caring Behaviors Assessment Scale-CBAS) kullanılarak yapılan bir çalışma, yoğun bakım hemşirelerinin çoğunun algılanan bakım davranışı puanlarının 296.96 (63-315 arasında) olarak yüksek olduğunu ortaya koymuştur (90).

Yoğun bakım hemşirelerinin dahil olduğu bir çalışmada Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği (HBRTÖ) puanı 61.07 (16-80 arasında) olarak belirlenmiştir (91).

Alanazi ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında yoğun bakım hemşirelerinin bakım kalitesi algıları RN4CAST Anketi kullanılarak değerlendirilmiş ve bakım kalitesini olumlu olarak değerlendiren hemşirelerin oranı hesaplanmıştır. Bu oran %51.6 ile %79.7 arasında bulunmuştur (51).

Cho ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında yoğun bakım hemşireleri dahil 3037 hemşirenin verileri ve 51 hastanenin kurumsal özellikleri analiz edilmiştir. Çalışmada bakım kalitesi hemşirelerin raporlarına dayanılarak değerlendirilmiştir. Hemşirelerin %65'inin çalışma ortamlarındaki bakım kalitesini orta veya düşük olarak bildirdiği belirlenmiştir (42).

Bir çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin dahil olduğu bir grup hemşirenin bakım davranışları, araştırmacılar tarafından geliştirilen ölçek ile, duygusal (psikososyal) boyut ve duyuşsal (teknik-mesleki) boyut açısından ölçülmüştür.

Puanlar, duygusal boyut için 40.75 (%81.5), duyuşsal boyut için 24.87 (%82.9) ve tüm ölçek için 100.36 (%80.3) olarak bulunmuştur (92).

Yapılan nitel bir çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin tümü, bakım kavramının, hemşireliğin temeli olduğunu ifade etmiştir. Hemşirelerin bakım kavramı algılarının daha fazla hijyen sağlama yönünde olduğu ortaya çıkarılmıştır. Çalışma sonucunda fiziksel (yara bakımı yapma, pozisyon verme, hijyen sağlama) ve psikolojik (varlığını fark etme, iletişim kurma) bakım olmak üzere iki ana tema oluşturulmuştur. Sonuç olarak bakım kavramının algılanmasının istendik düzeyde olmadığı görülmüştür (93).

Bu çalışmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışlarının yüksek-çok yüzey düzeyinde olduğu söylenebilir. Hemşirelerin hemşirelik aktiviteleri konusunda kendilerini yetkin bulmaları buna neden olmuş olabilir. Hastane, YBÜ ve hemşirelik hizmetleri yönetimlerinin YBÜ'lerde bakım kalitesinin yüksek olması için hemşireleri personel, cihaz, malzeme gibi konularda destekledikleri, kurumsal standartlar geliştirerek hemşirelik bakımının standartlar doğrultusunda verilmesini sağladıkları düşünülebilir.

Güvenli ve kaliteli bakımın sağlanmasına verilen önem, yoğun bakım hemşirelerinin çalıştığı iklimi etkileyerek sürekli değişen sağlık hizmeti ortamına katkıda bulunur. Hemşireliğin önündeki zorluk, hastalarının giderek karmaşıklaşan gereksinimlerine yanıt olarak esnek kalabilmektir. Bu gereksinimleri karşılamının önündeki engeller arasında, devam eden bir hemşire sıkıntısı, teknoloji patlaması ve tıbbi gelişmeler sayılabilir. Hastalar ve aileleri daha güvenli ve kaliteli bakım, hasta deneyimine daha fazla dikkat ve sağlık sisteminde daha fazla şeffaflık talep etmektedir. Karmaşık tıbbi ve hemşirelik sorunları olan hastalar daha bütünsel, koordineli ve hasta merkezli bakım beklemektedir. Yeni ilaç ve bakım alternatifleri ve devam eden tıbbi gelişmeler, hemşirelerin bilgi, beceri ve tutumlarını etkiler. Hemşireler, bu karmaşık hastaların gereksinim duyduğu bakımı verebilmelerini sağlayacak bilgi ve becerileri sürdürmek için kaliteli sürekli eğitime sahip olmalıdır (7).

5.2. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bir sistematik derlemenin sonucuna göre, hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarında anlamlı farklılığa yol açan bir dizi bireysel ve mesleki özellik

bulunmaktadır (17). Bu çalışmada bazı değişkenler açısından hemşirelerin tüm BDÖ-24 puanlarındaki farklılık incelenmiştir.

Bu çalışmada hemşirelerin eğitim durumlarına göre tüm BDÖ-24 puanlarının değişmediği gösterilmiştir. Diğer çalışmaların sonuçları bu çalışma ile benzerdir (23,63,67,68,74). Yine bir çalışmada hemşirelerin eğitim durumlarına göre bakım verici rollerine ilişkin tutumlarında farklılık olmadığı belirlenmiştir (91). Buna karşılık bir çalışmada hemşirelerin eğitim durumlarının algıladıkları bakım davranışları ile pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir (90).

Hemşirelerin 1, 2 veya 3. düzey YBÜ'de çalışmalarına göre tüm BDÖ-24 puanlarında farklılık olmadığı bulunmuştur. Bir çalışmada ise hasta özellikleri, iş yükü ve çalışma koşullarının, hemşirelerin algıladıkları bakım davranışları ile pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır (90).

Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre tüm BDÖ-24 puanlarındaki farklılık incelenmiş ve olmadığı belirlenmiştir. Diğer çalışmalarda da aynı sonuca ulaşılmıştır (23,63,67). Benzer şekilde bir çalışmada hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre bakım verici rollerine ilişkin tutumlarında farklılık olmadığı bulunmuştur (91).

Hemşirelerin YBÜ'de çalışma sürelerine göre tüm BDÖ-24 puanlarının değişmediği saptanmıştır. Diğer çalışmalarda da benzer sonuca ulaşıldığı görülmektedir (23,63,67).

Hemşireler, temel yeterliliklere sahip acemilerden uzman uygulayıcılara ilerleyerek bilgi, beceri ve yeteneklerini birikimli bir şekilde oluştururlar. Yetkili hemşirelik bakımının özellikleri, bilgi, beceri, deneyim ve tutumların bütünleşmesini yansıtır (7). Benner'in Acemilikten Uzmanlığa Modelinde de bu vurgulanmaktadır (77). Buradan yola çıkılarak meslekte ve YBÜ'de çalışma süresi arttıkça bakım davranışları düzeyinin artması beklenmiş ancak araştırma sonuçları bu yönde olmamıştır.

Mesai ve nöbet şeklinde çalışan hemşirelerle yalnızca nöbet şeklinde çalışan hemşirelerin tüm BDÖ-24 puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Diğer çalışmalarda da buna benzer sonuçlara ulaşılmıştır (67,74). Bir çalışmada da hemşirelerin çalışma şekillerine göre bakım verici rollerine ilişkin tutumlarının değişmediği gösterilmiştir (91).

Bu çalışmada ve bir diğer çalışmada (67) hemşirelerin aylık çalışma sürelerine göre tüm BDÖ-24 puanlarının farklılaşmadığı belirlenmiştir. Cho ve arkadaşlarının

(2016) çalışmasında ise fazla mesai yapmanın kötü/orta bakım kalitesi ile ilişkili olduğu, fazla mesai yapan hemşirelerde kötü/orta bakım kalitesinin 1.45 kat (%45) arttığı gösterilmiştir (42).

Bu çalışmada hemşirelerin YBH sertifikası alma durumlarına göre tüm BDÖ-24 puanlarının farklılaşmadığı ortaya koyulmuştur. Günümüzde sağlık hizmetleri karmaşık hale gelmiştir ve sağlık profesyonellerinin bilgi ve beceri açısından donanımlı olmalarını ve yetkinlik kazanmalarını gerektirmektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin sertifikasyonu, hastaların bakım kalitesi açısından büyük önem taşımaktadır. Sertifika programlarının yoğun bakım hemşirelerinin bilgi ve becerilerini ve böylece hasta bakım kalitesini artırdığı bilinmektedir (94). Buna karşılık bu çalışmanın sonucu, bu bilgiyi destekler nitelikte değildir.

5.3. Hemşirelerin HGKÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Güvenli sağlık hizmeti sunumu için ilk adım, hasta güvenliği kültürü oluşturulmasıdır (31). Sağlık kurumlarında 24 saat kesintisiz sağlık hizmeti sunan hemşire hasta güvenliği kültürünün sağlanmasında önemli rol oynar. Bu rol hemşireye sağlık sisteminde hasta güvenliği konusundaki sorunları belirleme ve çözüme sorumluluğu verir (17). Geçmişte hasta güvenliğinde hemşirenin sorumluluğu ilaç hatalarından kaçınma ve hasta düşmelerini önleme gibi hasta bakımındaki dar bir alanla sınırlanmıştır. Bu güvenlik boyutları hemşirelik açısından önemini korusa da hasta güvenliği ve kalite geliştirme konusunun genişliği ve derinliği çok daha fazladır (2).

Bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin yönetim ve liderlik alt boyut puanları 2.87 bulunmuştur. Diğer çalışmalarda hemşirelerin bu alt boyuttan, 2.28 (75), 2.62 (73), 2.64 (66), 2.81 (69), 3.20 (72) ve 3.49 (23) puan aldıkları belirlenmiştir. Hasta güvenliği kültürünün ele alınan özelliklerini düzenlemek ve kavramsal bir modeli geliştirmek amacıyla yapılan bir metasentez çalışmasında, hasta güvenliği kültürünün yedi alt kültürü belirlenmiştir: liderlik, ekip çalışması, öğrenme, iletişim, hasta merkezli olma, kanıta dayalı olma, adil olma. Kurum çapında bir güvenlik kültürü için üst düzey liderlik sorumluluğunun anahtar olduğu ortaya çıkarılmıştır (95). Hemşirelerin en yüksek puan aldıkları alt boyutun bu alt boyut olduğu görülmektedir. Bu sonuca bakılarak hastane, YBÜ ve hemşirelik hizmetleri yönetimlerinin hasta güvenliğine önem verdiği ve hasta güvenliğini geliştirecek girişimlerde bulunduğu söylenebilir. Ayrıca çalışmanın bulguları, metasentezin bulgularında liderliğin vurgulanması ile örtüşmektedir.

Hemşireler çalışan davranışı alt boyutundan 2.73 puan almışlardır. Diğer çalışmalarda hemşirelerin bu alt boyut puanı, 2.29 (75), 2.66 (66), 2.80 (73), 2.80 (69), 3.24 (72) ve 3.41 (23) olarak belirlenmiştir.

Beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutunda hemşirelerin puanlarının 2.58 olduğu görülmektedir. Diğer çalışmalarda bu alt boyutta hemşirelerin puanları, 2.40 (75), 2.53 (66), 2.58 (73), 2.77 (69), 3.13 (72) ve 3.55 (23) olarak sıralanmaktadır.

Hemşirelerin çalışanların eğitimi alt boyut puanları 2.54 olarak saptanmıştır. Bu alt boyut puanının diğer çalışmalarda, 2.38 (75), 2.57 (66), 2.59 (73), 2.88 (69), 3.35 (72) ve 3.46 (23) olarak bulunduğu görülmektedir. Bu çalışmada hemşireler en düşük bu alt boyuttan puan almışlardır. Bu sonuç, hemşireler için hasta güvenliği eğitimlerinin düzenlenmesinin önemine işaret etmektedir.

Bakım ortamı alt boyut puanı bu çalışmada 2.60, diğer çalışmalarda, 2.33 (75), 2.58 (73), 2.69 (66), 2.78 (69), 3.33 (72) ve 3.49 (23) olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin tüm HGKÖ puanlarının 2.72 olduğu görülmektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin dahil olduğu çalışmalarda hemşirelerin tüm HGKÖ puanları 2.64 (73), 2.81 (69), 3.23 (72) ve 3.48 (23) olarak belirlenmiştir. Erdağı ve Özer (2015) tarafından HGKÖ kullanılarak yapılan çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği kültürlerinin orta düzeyin üzerinde olduğu bulunmuştur (66).

Yoğun bakım hemşirelerinde yapılan randomize kontrollü bir çalışmada Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketinin (HGKHA) orijinali olan Hospital Survey on Patient Safety (HSOPSC) uygulanmıştır. Ölçek puanının 2.88 (1-5 arasında) ve olumlu yanıt oranının %42.35 ve hasta güvenliği kültürü düzeyinin düşük olduğu gösterilmiştir (56). Yeşilyaprak ve Demir Korkmaz (2023) tarafından cerrahi yoğun bakım hemşirelerinde yapılan bir çalışmada HGKHA puanı 3.17 (1-5 arasında) ve olumlu yanıt oranı %65.5 olarak bulunmuş ve hasta güvenliği kültürü düzeyinin orta olduğu belirtilmiştir (16). 32 hastanenin 36 anestezi YBÜ'sünde yoğun bakım hemşirelerinin dahil olduğu 1.200 sağlık profesyoneliyle HSOPSC kullanılarak yapılan çalışmada HSOPSC puanı 3.87 (1-5 arasında) olarak bulunmuş olup hasta güvenliği kültürünün iyi düzeyde olduğu ifade edilmiştir (96). Yoğun bakım hemşirelerinin dahil olduğu ve HGKHA kullanılan diğer çalışmalarda, olumlu yanıt oranı ve hasta güvenliği kültürü düzeyi, sırasıyla, %45.7 ve orta (97), %49.39 ve yüksek (98), %49.80 ve yüksek (99), %50.62 ve yüksek (100); HSOPSC kullanılan diğer bir çalışmada %50.8 ve yüksek (39) olarak bulunmuştur.

Yoğun bakım hemşirelerinin dahil olduğu bir çalışmada Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (HGTÖ) puanı 151 (46-230 arasında) bulunmuş ve olumlu yönde olduğu ifade edilmiştir (101).

Bir çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin dahil olduğu hemşirelerin İstenmeyen Hasta Olayları Ölçeği (Adverse Patient Events Scale-APE Scala) puanı 1.18 (0-6 arasında) puan ile düşük olarak bulunmuştur (22).

Alanazi ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında yoğun bakım hemşirelerinin güvenlik kültürü Güvenlik Tutumları Anketi (Safety Attitudes Questionnaire-SAQ) ile değerlendirilmiş ve 57.7- 65.8 arasında bulunmuştur. Bu ölçekte 75 puan ve üzeri olumlu güvenlik kültürünü göstermektedir (51).

Yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği için tehdit oluşturan hatalar konusundaki düşüncelerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %89.9'u hasta güvenliği konusunda eğitim aldığını, %51.5'i tıbbi hataların hekimler tarafından yapıldığını düşündüğünü, %59.6'sı tıbbi hatalardan korunmak amacıyla bilgi ve farkındalığına biraz güvendiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin %72.7'si meslek yaşamı süresince YBÜ'de hasta güvenliği için tehdit oluşturan bir olaya tanık olduğunu, %38.7'si bunu hekime bildirdiğini, %81.6'sı son bir yılda hiçbir olay raporu yazmadığını belirtmiştir (102).

Bu çalışmada yer alan yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği kültürlerinin orta-yüksek düzeyde olduğu ifade edilebilir. Anestezi YBÜ'ler aktivitelerinin doğası gereği, klinik aktiviteler sırasında daha yüksek düzeyde olay farkındalığı ve raporlama ile bağlantılı iyi gelişmiş hasta güvenliği kültürüne sahiptir (96). Bu çalışmadaki hemşirelerin yaklaşık dörtte birinin Anestezi YBÜ'de çalışıyor olması bu sonucun nedeni olarak düşünülebilir.

5.4. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Pek çok etmen hasta güvenliğinde başarılı veya başarısız olunmasına yol açar (25). Bu çalışmada bazı etmenlere göre hemşirelerin HGKÖ puanlarında farklılık olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin eğitim durumlarına göre tüm HGKÖ puanlarının değişmediği belirlenmiştir. Literatürde yer alan diğer çalışmalarda da benzer sonuca ulaşılmıştır (23,69,72,75,97,101). Buna karşılık bir sistematik derlemede hemşirelerin eğitim durumlarına göre hasta güvenliği tutumlarının farklılık gösterdiği saptanmıştır (17). Beyene Shashamo ve arkadaşları (2023) tarafından

yapılan çalışmada lisans ve üstü eğitim durumuna sahip olmak iyi bir hasta güvenliği kültürü ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (39). Bir çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin eğitim durumlarına göre hata bildirimini konusunda izledikleri yolların değiştiği belirlenmiştir. Hemşirelerin yarısından fazlası hata ile karşı karşıya geldiğinde hatayı hastanın hekimine bildirdiğini belirtmiştir. Bunu karşın yüksek lisans mezunu hemşirelerinin tamamı ve lisans mezunu hemşirelerin çoğunluğu düşündüğü hata nedenini yöneticiye yazılı veya sözlü olarak bildirdiğini ifade etmiştir (102).

Hemşirelerin çalıştıkları YBÜ düzeylerine göre tüm HGKÖ puanlarında anlamlı bir farklılık olduğu, 3. düzey YBÜ’de çalışanların puanlarının, 1. düzey YBÜ’de çalışanların puanlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Üçüncü düzey YBÜ’lerde daha kritik hastalara bakım verilmesi, daha karmaşık sorunlarla karşılaşılması, daha ileri tanı ve tedavi işlemlerinin uygulanması hemşirelerin hasta güvenliği kültürlerini geliştirmiş görünmektedir. Bununla birlikte 1. düzey YBÜ’de çalışan hemşirelerin bu konuda geliştirilmeye gereksinimleri olduğu düşünülebilir.

Meslekte çalışma süresi değişkenine göre hemşirelerin tüm HGKÖ puanlarının farklılaşmadığı bulunmuştur. Diğer çalışmaların sonuçlarının da benzer olduğu görülmektedir (23,75,97,101). Bir çalışmada yapılan regresyon analizinde, mesleki deneyim süresi değişkeninin hasta güvenliği kültürü üzerinde yeterli etkiye sahip olmadığı gösterilmiştir (98). Bir sistematik derlemede ise hemşirelerin çalışma yıllarına göre hasta güvenliği tutumlarında farklılık olduğu bulunmuştur (17). İki çalışmada meslekte çalışma süresi fazla olanların hasta güvenliği kültürlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (69,72). Bir çalışmada mesleki deneyim süresi fazla olan yoğun bakım hemşirelerinin, tıbbi hatalara ilişkin bilgi ve farkındalıklarına güvenlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (102). Tam tersine bir çalışmada meslekte çalışma süresi fazla olanların hasta güvenliği kültürlerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (73).

Bu çalışmada ve diğer çalışmalarda (23,39,101) hemşirelerin YBÜ’de çalışma sürelerine göre tüm HGKÖ puanlarında farklılık olmadığı belirlenmiştir. Bir çalışmada da hemşirelerin YBÜ’de çalışma sürelerine göre tıbbi hatalardan korunmada bilgi ve farkındalıklarına güvenleri ile tıbbi hatayla karşılaştıklarında izledikleri yollarda farklılık olmadığı saptanmıştır (102).

Hemşirelerin çalışma şekillerine göre tüm HGKÖ puanlarının değişmediği bulunmuştur. Diğer çalışmalarda da sonuç benzerdir (39,101). Bir çalışmada da yapılan regresyon analizi, çalışma şekli değişkeninin hasta güvenliği kültürü üzerinde

etkili olmadığını göstermiştir (98). Buna karşılık bir sistematik derlemede hemşirelerde çalışılan vardiyaya göre hasta güvenliği tutumlarında farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır (17).

Hemşirelerin uzun saatler boyunca çalışmalarının hasta güvenliği üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır (61). Buradan hareketle bu çalışmada hemşirelerin aylık çalışma süreleri açısından tüm HGKÖ puanları incelenmiş ancak değişmediği belirlenmiştir. Bir sistematik derlemede ise hemşirelerin haftalık çalışma saatlerine göre hasta güvenliği tutumlarında farklılık olduğu belirlenmiştir (17). Bir çalışmanın sonuçları, fazla mesai yapan hemşirelerde algılanan zayıf/başarısız hasta güvenliğinin 1.88 kat (%88) arttığını göstermiştir (42). Bir çalışmada haftada 40 ila 49 saat çalışmanın, iyi bir hasta güvenliği kültürü ile önemli ölçüde ilişkili olduğu saptanmıştır (39).

Kalite yönetim sistemi, akreditasyon süreçleri ve hasta güvenliğine ilişkin yasal düzenlemeler, hemşirelerin sertifikasyonunu zorunlu duruma getirmiştir. Sağlık profesyonellerinin bakım verdikleri hastalar için güvenli bir ortam yaratmanın önkoşulu yetkin olmalarıdır. Diğer sağlık profesyonellerinde olduğu gibi YBH alanında da tıbbi ve mesleki gelişmeleri izlemek ve uygulamaya aktarmak sertifika programları ile mümkün olmaktadır. YBH sertifikası olan hemşirelerin daha yüksek oranda çalıştığı ünitelerde düşme ve enfeksiyonların azalarak hasta güvenliği artar (94). Bu bilgiler doğrultusunda YBH sertifikası alan ve almayan hemşirelerin HGKÖ puanları karşılaştırılmış ancak aralarında farklılık olmadığı saptanmıştır.

Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumlarına göre tüm HGKÖ puanlarının değiştiği, eğitim alanların puanlarının daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur. Diğer iki çalışmada da aynı sonuç elde edilmiştir (73,97). Agbar ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan metaanaliz sonuçları, hasta güvenliği eğitimine katılmanın sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürünü iyileştirebileceğini, ancak bu yararın bir yıl sonra kaybolabileceğini göstermektedir. Hasta güvenliği konusunda eğitimlerin aralıklarla tekrarlanması gerekebilir. Ayrıca, eğitim girişiminden sonra birimler içinde ve hastane genelinde ekip çalışması ve açık iletişim gibi bazı hasta güvenliği yetkinliklerine ilişkin algılar önemli ölçüde artmıştır. Ancak çoğu hastanede suçlama kültürü yaygın olmaya devam etmiştir. Bu davranış, hataların bildirilme olasılığını ve düzeltici eylemlerin uygulanmasını azaltır (55). Buna karşılık diğer çalışmalarda bu değişkene göre hasta güvenliği kültüründe anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (69,72,101). Çalışmalarda regresyon analizi, hasta güvenliği ile

ilgili eğitim alma değişkeninin hasta güvenliği kültürü üzerinde yeterli etkiye sahip olmadığını gösterilmiştir (39,98).

5.5. Hemşirelerin BDÖ-24 Puanları ile HGKÖ Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemşireliğin hasta güvenliğine en kritik katkısı, doğrudan hemşire tarafından verilen bakımda ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından sunulan hizmette, kalitenin birçok yönünü koordine etme ve bütünleştirme yeteneğidir (2).

Bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin tüm BDÖ-24 puanlarının tüm HGKÖ puanları ile pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Labrague ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan ve yoğun bakım hemşirelerinin dahil olduğu çalışmada, CBI-16 ve APE ölçeği, Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Ölçeği (Missed Nursing Care Scale) ve hemşire tarafından değerlendirilen hemşirelik bakım kalitesini ölçmek için tek maddeli bir ölçek kullanılmıştır. Bakım davranışları ile istenmeyen olayların ve hemşire tarafından değerlendirilen hemşirelik bakım kalitesi ile istenmeyen olayların negatif ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (22).

Ülkemizde yoğun bakım hemşirelerinin dahil olduğu bir çalışmada BDÖ-24 puanının HGKÖ puanı ile pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir (23).

Yoğun bakım hemşirelerinin dahil olduğu bir çalışmada daha az karşılanamayan bakım, daha düşük düşme oranlarıyla pozitif ilişkili bulunmuştur (51).

Bu çalışmanın sonucu, YBÜ’de hemşirelik bakım kalitesinde artmanın hasta güvenliği kültüründe artma sağlayacağını göstermektedir.

5.6. Hemşirelerin BDÖ-24 Puanlarının HGKÖ Puanları Üzerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hasta güvenliğini en üst düzeye çıkaran bir hemşirelik çalışma ortamı oluşturmak için, hemşirelerin işlerinin doğası ile bunun hasta güvenliği açısından etkileri dikkate alınmalıdır (61).

Bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin BDÖ-24 puanlarının HGKÖ puanlarını etkilediği bulunmuştur. Bakım davranışlarının, hasta güvenliği kültüründe meydana gelen değişimin %6.8’ini açıkladığı belirlenmiştir. Bakım davranışlarında meydana gelen 1 birimlik değişim, hasta güvenliği kültüründe 0.268 birimlik bir değişimle sonuçlanmıştır. Yine BDÖ-24 alt boyut puanlarının HGKÖ puanlarını etkilediği belirlenmiştir. Bakım davranışları alt boyutları, hasta güvenliği kültüründe meydana gelen değişimin %6.6’sını açıklamıştır. Bununla birlikte alt boyutlardan

yalnızca güvence alt boyutunun anlamlı olduğu belirlenmiştir. Güvence alt boyutunda meydana gelen 1 birimlik değişim, hasta güvenliği kültüründe 0.294 birimlik bir değişime neden olmuştur.

Bir çalışmada bağımsız değişken olarak bakım davranışları, bağımlı değişken olarak hemşire tarafından bildirilen üç hasta sonucu kullanılarak oluşturulan çoklu doğrusal regresyon modeli, bakım davranışlarının bakım kalitesi puanlarındaki varyansın %21.4'ünü açıkladığını göstermiştir. Modele göre, bakım davranışları, istenmeyen olaylardaki varyansın %14.5'ini açıklamıştır. Bakım davranışları, hemşire tarafından değerlendirilen hemşirelik bakım kalitesi, karşılanamayan hemşirelik bakımı ve istenmeyen olayları güçlü bir şekilde öngörmüştür (22).

Güvence alt boyutu kapsamında, hastanın yanına istekle gitme, çağrısına hemen yanıtlanma, onunla konuşma, ona ilgi gösterme, onu sorunu olduğunda bildirmesi için cesaretlendirme maddeleri yer almaktadır. Bu hemşirelik aktivitelerinin hemşirenin hastanın yanında olmasını, hastayı gözlemleyebilmesini ve hastanın durumunu kısa süre içinde tanımlamasını sağlayarak hasta güvenliğine katkıda bulunduğu görülmektedir. Ayrıca bu alt boyutta yer alan hastanın ağrısını azaltma, semptomlarını hafifletme, ilaçlarını ve tedavilerini zamanında uygulama aktivitelerinin doğrudan hasta güvenliğini etkileyen aktiviteler olduğu bilinmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Yoğun bakım hemşirelerinin BDÖ-24 puanları, 1-6 arasında, alt boyutlarda, güvence alt boyutu için 5.26, bilgi-beceri alt boyutu için 5.54, saygılı olma alt boyutu için 5.26, bağlılık alt boyutu için 5.08 ve tüm ölçekte 5.28 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin puanları, bilgi-beceri alt boyutunda en yüksek, buna karşılık bağlılık alt boyutunda en düşük olarak belirlenmiştir. Tüm ölçek puanına göre hemşirelerin bakım davranışlarının yüksek-çok yüzey düzeyde olduğu saptanmıştır.
- Eğitim durumu, çalıştığı YBÜ düzeyi, meslekte çalışma süresi, YBÜ’de çalışma süresi, çalışma şekli, aylık çalışma süresi ve YBH sertifikası alma durumu değişkenlerine göre hemşirelerin BDÖ-24 puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.
- Yoğun bakım hemşirelerinin HGKÖ puanları, 1-4 arasında, yönetim ve liderlik alt boyutunda 2.87, çalışan davranışı alt boyutunda 2.73, beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutunda 2.58, çalışanların eğitimi alt boyutunda 2.54, bakım ortamı alt boyutunda 2.60 ve tüm ölçekte 2.72 olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin en yüksek yönetim ve liderlik, en düşük ise çalışanların eğitimi alt boyutundan puan aldıkları bulunmuştur. Hemşirelerin tüm ölçek puanlarına bakıldığında hasta güvenliği kültürlerinin orta-yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.
- Çalıştığı YBÜ düzeyi üçüncü düzey olanların, birinci düzey olanlara göre ve hasta güvenliği ile ilgili eğitim alanların almayanlara göre HGKÖ’den daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, YBÜ’de çalışma süresi, çalışma şekli, aylık çalışma süresi ve YBH sertifikası alma durumu değişkenlerine göre hemşirelerin HGKÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.
- Hemşirelerin BDÖ-24 puanları ile HGKÖ puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir.
- Hemşirelerin BDÖ-24 puanlarının HGKÖ puanlarını istatistiksel olarak anlamlı olarak etkilediği bulunmuştur. Bakım davranışlarının, hasta güvenliği kültüründe meydana gelen değişimin %6.8’ini açıkladığı, bakım davranışlarında meydana gelen 1 birimlik değişimin hasta güvenliği

kültüründe 0.268 birimlik bir değişime neden olduğu belirlenmiştir. Bakım davranışları alt boyutlarının, hasta güvenliği kültüründe meydana gelen değişimin %6.6'sını açıkladığı gösterilmiştir. Güvence alt boyutunda meydana gelen 1 birimlik değişim, hasta güvenliği kültüründe 0.294 birimlik bir değişime neden olmuştur.

6.2. Öneriler

Yönetici Hemşireler için Öneriler:

- Yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışları kapsamında bağlılıklarını geliştirmek için onlara eğitim verilmesi ve bu konudaki aktiviteleri yapabilecekleri sağlıklı çalışma ortamları sunulması,
- Hemşirelere oryantasyon programlarında veya hizmet içi eğitimlerde hasta güvenliği kültürü konusunda eğitim verilmesi,
- Birinci düzey YBÜ'de çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü konusunda farkındalıklarının artırılması,
- Hemşirelerin bakım davranışlarının iyileştirilerek hasta güvenliği kültürlerinin artırılması,
- Hemşirelerin hastaların sorunlarıyla yakından ilgilenmelerini, hastaların da sorunlarını bildirmelerini sağlayacak stratejiler geliştirilmesi önerilir.

Araştırmacı Hemşireler için Öneriler:

- Yoğun bakım hemşirelerinin diğer değişkenlere göre bakım davranışları ve hasta güvenliği kültürlerindeki farklılıkların incelenmesi,
- Hemşirelerin bakım davranışlarını ve hasta güvenliği kültürlerini ortaya çıkaracak gözlemsel ve nitel çalışmalar yapılması,
- Hemşirelerin bakım davranışlarını ve hasta güvenliği kültürlerini geliştirecek girişimsel çalışmalar yapılması,
- Hemşirelerin bakım davranışları ile hasta güvenliği kültürleri arasındaki ilişkinin farklı örneklerde test edilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Global action on patient safety. Seventy-second world health assembly. World Health Organization; 2019a May. Agenda item 12.5. WHA72.6.
2. Hughes RG. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Rockville: AHRQ Publication; 2008.
3. International Council of Nurses. Position statement-patient safety. International Council of Nurses; 2012.
4. World Health Organization, Organization for Economic Co-operation and Development, The World Bank. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization, Organization for Economic Co-operation and Development, The World Bank; 2018.
5. Atabek Aştı T, Karadağ A. Hemşirelik esasları 1. İstanbul: Akademi. 2019.
6. Boz İ, Kol E. Yoğun bakım hemşireliğinde bakım davranışları üzerine bir literatür derleme. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2020;24(1):32-38.
7. Cain C, Miller J, editors. AACN Scope and standards for progressive and critical care nursing practice. Columbia: American Association of Critical Care Nurses; 2019.
8. Çınar F, Eti Aslan F. Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi. 2017;3(1):37-42.
9. Durmaz Akyol A, Yoğun bakım hemşireliği. 1. baskı. İstanbul: İstanbul Tıp; 2017.
10. Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R. Textbook of patient safety and clinical risk management. 1st ed. Switzerland: Springer Nature; 2021.
11. NORC at the University of Chicago and IHI/NPSF Lucian Leape Institute. Americans' experiences with medical errors and views on patient safety. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and NORC at the University of Chicago; 2017.
12. Lemon P, Burke K, Bauldoff G. Medical-surgical nursing critical thinking in patient care. 5th ed. Harlow: Pearson; 2014.
13. Joint Commission International. Joint Commission International accreditation standards for hospitals. 7th ed. Joint Commission International; 2021 Jan.
14. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM. Patient safety: achieving a new standard for care. Washington DC: The National Academies Press; 2004.
15. Vikan M, Haugen AS, Bjørnnes AK, Valeberg BT, Deilkås ECT, Danielsen SO. The association between patient safety culture and adverse events-a scoping review. BMC Health Serv Res. 2023 Mar 29;23(1):300. doi: 10.1186/s12913-023-09332-8
16. Yeşilyaprak T, Demir Korkmaz F. The relationship between surgical intensive care unit nurses' patient safety culture and adverse events. Nurs Crit Care. 2023 Jan;28(1):63-71. doi: 10.1111/nicc.12611

17. Erkuş Küçükkeleş G, Arslan Şeker S. Hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumlarını etkileyen etmenler: sistematik derleme. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2022;9(2):334-48. doi: 10.54304/SHYD.2022.53244
18. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 Mar.
19. Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient safety 2030. London, UK: National Institute for Health Research Imperial Patient Safety Translational Research Centre; 2016.
20. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
21. Association of periOperative Registered Nurses. AORN position statement on patient safety. Association of periOperative Registered Nurses; 2022.
22. Labrague LJ, Santos J, Tsaras K, Galabay JR, Falguera CC, Rosales RA, et al. The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: a cross-sectional study. Journal of Nursing Management. 2020;28(8):2257-65. doi: 10.1111/JONM.12894
23. Karaca A, Akin S, Harmanci Seren AK. The relationship between perceived quality of care and the patient safety culture of Turkish nurses. The Journal of Nursing Research. 2022;30(4):1-11. doi: 10.1097/jnr.0000000000000505
24. Byers JF, White SV. Patient safety: principles and practice. New York: Springer Publishing Company; 2004.
25. John S, Gary C. ABC of patient safety. Oxford: Blackwell; 2007.
26. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi hemşireliği 1. 4. baskı. İstanbul: Nobel Tıp; 2021.
27. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane. 1. baskı. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2020. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1156.
28. Wachter RM, Gupta K. Understanding patient safety. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2018.
29. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy; 2000.
30. Akgün S. Hasta güvenliği, beklenmeyen ciddi tıbbi hatalar, sentinel olaylar. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2014;1(2):75-82.
31. Korkutan M, Kurt M. Hasta güvenliği kültürünün Türkiye'deki mevcut durumu ve önemi. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 2021;7(1):19-31.
32. Ardahan M, Yelkin Alp F. Hasta güvenliği ve hasta güvenliğini sağlamada sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;(2):85-8.

33. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016 May;353:1-6. doi: 10.1136/bmj.i2139
34. Çınar D, Karadakovan A. Yoğun bakım ünitelerinde hasta ve çalışan güvenliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2016;20(2):116-22.
35. Steelman VM, Graling PR. Top 10 patient safety issues: what more can we do?. *AORN Journal*. 2013;97(6):679-701. doi: 10.1016/j.aorn.2013.04.012
36. Murphy SL, Kochanek KD, Xu J, Arias E. Mortality in the United States, 2020. Centers for Disease Control and Prevention; 2021 Dec. NCHS Data Brief. No.: 427.
37. World Health Organization. Patient safety fact file. Patient Safety and Risk Management Service Delivery and Safety; 2019b Sep.
38. Vincent C. Patient safety. 2nd ed. London: BMJ Books; 2010.
39. Beyene Shashamo B, Endashaw Yesera G, Girma Abate M, Estifanos Madebo W, Ena Digesa L, Chonka Choramo T. Patient safety culture and associated factors among nurses working at public hospitals in Gamo Zone, Southern Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. 2023 Jun;23(1):670. doi: 10.1186/s12913-023-09671-6
40. Granel-Giménez N, Palmieri PA, Watson-Badia CE, Gómez-Ibáñez R, Leyva-Moral JM, Bernabeu-Tamayo MD. Patient safety culture in European hospitals: a comparative mixed methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(2):939. doi: 10.3390/ijerph19020939
41. Riehle A, Braun B, Hafiz H, Donofrio K, Loeb JM, Miller KM, et al. Improving patient and worker safety: exploring opportunities for synergy. [Oakbrook Terrace](#): The Joint Commission; 2012.
42. Cho E, Lee NJ, Kim EY, Kim S, Lee K, Park KO, Sung YH. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;60:263-71. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009
43. Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Jhonson WG. Preventing medical injury. *QRB*. 1993 May;19(5):144-9.
44. World Health Organization. Medication without harm-global patient safety challenge on medication safety. Geneva: World Health Organization; 2017.
45. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. İlaç güvenliği rehberi. 2. baskı. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2015.
46. Baran Z, Akın E. Hemşire kaynaklı ilaç hatalarının nedenleri ve önlenmesine yönelik güncel yaklaşımlar: sistematik derleme. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;5(1):58-76. doi: <https://doi.org/10.51123/jgehes.2023.75>
47. The Joint Commission. National patient safety goals effective January 2022 for the hospital program. The Joint Commission; 2021 Oct.
48. Güven Platformu. Ulusal venöz tromboembolizm profilaksi ve tedavi kılavuzu. İstanbul: Cortex İletişim; 2010.

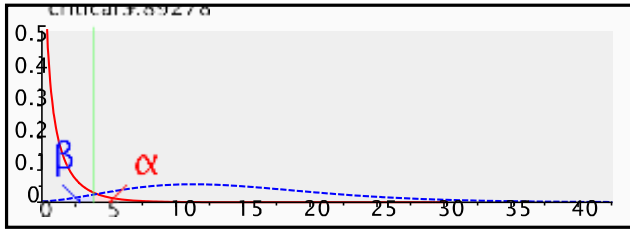
49. Bulut S, Güleğün Türk, Şahbaz M. Hemşirelerin hasta düşmelerini önlemeye yönelik uygulamalarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;16(3):163-9.
50. Avcı K, Aktan T. Bir sistem sorunu olarak tıbbi hatalar ve hasta güvenliği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. (2015);5(2):48-54.
51. Alanazi FK, Lapkin S, Molloy L, Sim J. The impact of safety culture, quality of care, missed care and nurse staffing on patient falls: a multisource association study. *J Clin Nurs*. 2023 Jun; 00:1-13. doi: 10.1111/jocn.16792
52. Leonard M, Frankel A, Simmonds T. *Achieving safe and reliable healthcare: strategies and solutions*. Chicago: Health Administration; 2004.
53. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. *Resmi Gazete Sayı*. 27897 (6 Nisan 2011).
54. Tokyo Declaration on Patient Safety, Third Global Ministerial Summit on Patient Safety, Tokyo (14 April 2018).
55. Agbar F, Zhang S, Wu Y, Mustafa M. Effect of patient safety education interventions on patient safety culture of health care professionals: systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Pract*. 2023 Feb;67:103565. doi: 10.1016/j.nepr.2023.103565
56. Amiri M, Khademian Z, Nikandish R. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. *BMC Medical Education*. 2018;18:158. doi: 10.1186/s12909-018-1255-6
57. Baid H, Creed F, Hargreaves J, editors. *Oxford handbook of critical care nursing*. 2nd ed. New York: Oxford University; 2016.
58. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı sağlık istatistikleri yılığı 2020. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2022. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1240
59. Institute of Medicine. *The future of nursing: leading change, advancing health*. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
60. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, *Resmi Gazete Sayı*. 27910 (19 Nisan 2011).
61. Page A, editors. *Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences; 2004.
62. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. *Hemşirelikte araştırma, süreç, uygulama ve kritik*. 4. baskı. İstanbul: Nobel Tıp; 2020.
63. Ağaçdiken Alkan, S, İşeri Ö, Kırmızı M. Son dönem bakım sürecinde rol alan hemşirelerin ölüm farkındalık düzeylerinin bakım davranışlarına olan etkisinin belirlenmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;Özel Sayı:33-41.
64. Cerit B, Çoşkun S. Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algıları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*. 2018;9(2);103-9.

65. Dığın F, Kızılcık Özkan Z, Şahin A. Cerrahi hemşirelerinin merhamet yorgunluğu ile bakım davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;7(2):272-7. doi: 10.26453/otjhs.1055157
66. Erdağı S, Özer N. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;18(2):94-106.
67. Erenoğlu R, Can R, Tambağ H. Hemşirelik bakım davranışları ve bakım davranışları ile ilgili faktörler; doğumevi örneği. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2019;29(1):79-88.
68. Erol F, Turk G. Assessing the caring behaviours and occupational professional attitudes of nurses. The Journal of Pakistan Medical Association. 2019;1(4):6-7.
69. Ertürk C, Dönmez P, Özmen D. Manisa il merkezindeki hastanelerde görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2016;32(1):19-33.
70. Kızılırmak H, Bulut S. Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit uygulamaları ile bakım davranışları arasındaki ilişki. Gevher Nesibe Journal of Medical Health Sciences. 2022;7(21):129-40. doi: <http://doi.org/10.5281/zenodo.7391849>
71. Kocatepe V, Uğur E, Karabacak Ü. Yoğun bakım ve palyatif bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ile bakım davranışları arasındaki ilişki. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.2017;25(1):13-20. doi:[10.17672/fnhd.99572](https://doi.org/10.17672/fnhd.99572)
72. Koç Z, Eraydın C, Tezcan B. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörler. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2020;7(2):102-9. doi: 10.34087/cbusbed.587753
73. Rızalar S, Tural Büyük E, Şahin R, As T, Uzunkaya Ekler G. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016; 9(1):9-15.
74. Taylan S, Özkan İ, Şahin G. Caring behaviors, moral sensitivity, and emotional intelligence in intensive care nurses: a descriptive study. Perspectives in Psychiatric Care. 2021; 57(2):734-746. doi: <https://doi.org/10.1111/ppc.12608>
75. Türk I, Akgül S, Seçkin M, Tekingündüz S, Zekioğlu A. Hasta güvenliği kültürü üzerine bir araştırma: eğitim ve araştırma hastanesi örneği. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2018;5(1):25-34.
76. Yıldız E, Yıldırım G. Hemşirelerin bakım davranışları ile ahlaki duyarlılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Lokman Hekim Dergisi. 2023;13(2):376-87.
77. Orsolini-Hain L, Malone RE. Examining the impending gap in clinical nursing expertise. Policy Polit Nurs Pract. 2007 Aug;8(3):158-69. doi: 10.1177/1527154407309050
78. Griffiths P, Dall'Ora C, Simon M, Ball J, Lindqvist R, Rafferty AM, Schoonhoven L, Tishelman C, Aiken LH; RN4CAST Consortium. Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association

- with perceived quality of care and patient safety. *Med Care*. 2014 Nov;52(11):975-81. doi: 10.1097/MLR.000000000000233.
- 79.** Wolf ZR, Giardino ER, Osborne PA, Ambrose MS. Dimensions of nurse caring. *Image J Nurs Sch*. 1994;26(2):107-11. doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00927.x
- 80.** Wu Y, Larrabee JH, Putman HP. Caring behaviors inventory: a reduction of the 42-item instrument. *Nursing Research*. 2006;55(1):18-25.
- 81.** Wolf ZR, Dillon PM, Townsend AB, Glasofer A. Caring behaviors inventory-24 revised: CBI-16 validation and psychometric properties. *International Journal of Human Caring*. 2017 Dec;21(4):185-92. doi:10.20467/1091-5710.21.4.185
- 82.** Gül Ş. Bakım kavramının analizi: hemşirelerin ve hastaların bakım kavramına ilişkin algılarının incelenmesi [doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2015.
- 83.** Kurşun Ş, Kanan N. Bakım davranışları ölçeği-24'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;15(4):229-35.
- 84.** Ural A, Kılıç İ. Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi. 6. baskı. Ankara: Detay; 2021.
- 85.** Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 6. baskı. Ankara: Nobel; 2019.
- 86.** Türkmen E, Baykal Ü, Seren Ş, Altuntaş S. Hasta güvenliği kültürü ölçeği'nin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;14(4):38-46.
- 87.** Büyüköztürk Ş. Veri analizi el kitabı. 29. baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2021.
- 88.** Hayran M, Hayran M. Sağlık araştırmaları için temel istatistik. 3. baskı Ankara: Pelikan; 2020.
- 89.** Kang Y, Kang S J, Yang I S, Lee H, Fitzpatrick J. Psychometric testing of the Korean version of the caring behaviors inventory-24 in clinical nurses. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2021;28(1):96-104. doi: <https://doi.org/10.7739/jkafn.2021.28.1.96>
- 90.** Shalaby SA, Janbi NF, Mohammed KK, Al-harhi KM. Assessing the caring behaviors of critical care nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2018;8(10):77-85. doi: 10.5430/jnep.v8n10p77
- 91.** Altınbaş Y, İster ED. Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları ve bireyselleştirilmiş bakım algıları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2020;29(4):246-54.
- 92.** Oluma A, Abadiga M. Caring behavior and associated factors among nurses working in Jimma University specialized hospital, Oromia, Southwest Ethiopia, 2019. *BMC Nursing*. 2020;19(19):1-7. doi: 10.1186/s12912-020-0407-2
- 93.** Tekin V. Yoğun bakım hemşirelerinin bakım kavramı algısı. [yüksek lisans tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2017.

94. Bozkurt G, Türkmen E. Yoğun bakım hemşireliğinde sertifika programları. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2019;23(2):107-13.
95. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? a review of the literature. J Nurs Scholarsh. 2010 Jun;42(2):156-65. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x
96. Kazamer A, Ilinca R, Nitu A, Iuonuț AM, Bubenek-Turconi SI, Sendlhofer G, Greabu M, Stanescu-Spinu II, Miricescu D, Ganea I, Ionescu D. A brief assessment of patient safety culture in anesthesia and intensive care departments. Healthcare (Basel). 2023 Feb;11(3):429. doi: 10.3390/healthcare11030429
97. Özşaker E, Tehçi H. Cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Türkiye Klinikleri J Health Sci. 2016;1(2):71-8. doi: 10.5336/healthsci.2015-45712
98. Yılmaz A, Duygulu S. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2019;3(6):171-85. doi: 10.5222/SHYD.2019.79553
99. Gündoğdu S, Bahçecik N. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;15(2):119-28.
100. Bulut A, Şengül H, Çelik Z. hasta güvenliği kültürü: bir eğitim araştırma hastanesi örneği. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi. 2023;5(2):224-40. doi: 10.55050/sarad.1297905
101. Karahan E, Çelik S, Sugeçti S. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yükü algısı, hasta güvenliği tutumu ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Journal of Education and Research in Nursing. 2021;18(1):1-9. doi: 10.5152/jern.2021.65983
102. Somyürek N, UğurE. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği kültürü oluşturma: hemşire gözüyle tıbbi hatalar. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2016;1(3):1-7. doi:10.5222/SHYD.2016.001

EK-1. GÜÇ ANALİZİ



[1] -- Monday, March 06, 2023 -- 12:26:27

F tests - Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero

Analysis: Post hoc: Compute achieved power

| | | |
|----------------|-----------------------------------|--------------|
| Input: | Effect size f^2 | = 0.0731007 |
| | α err prob | = 0.05 |
| | Total sample size | = 185 |
| | Number of predictors | = 1 |
| Output: | Noncentrality parameter λ | = 13.5236295 |
| | Critical F | = 3.8927760 |
| | Numerator df | = 1 |
| | Denominator df | = 183 |
| | Power (1- β err prob) | = 0.9552573 |

EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma “Yoğun Bakım Hemşirelerinde Bakım Davranışları ve Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı yüksek lisans tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, bakım davranışları ve hasta güvenliği kültürleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Çalışmanın sonuçları bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Formda yer alan her bir soruda kendinize en uygun olan seçeneği işaretlemeniz beklenmektedir. Tüm soruları eksiksiz olarak yanıtlamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Çalışmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Emine GÜNEŞ

Araştırmacı

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

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz Kadın Erkek
3. Eğitim durumunuz Lise Önlisans Lisans Yüksek lisans/doktora
4. Çalıştığınız yoğun bakım ünitesi (YBÜ)
 - Anestezi YBÜ Beyin cerrahi YBÜ
 - Cerrahi YBÜ Covid YBÜ
 - Dahiliye YBÜ Genel YBÜ
 - Kalp damar cerrahi YBÜ Koroner YBÜ
 - Nöroloji YBÜ
5. Hemşirelik mesleğinde toplam çalışma süreniz:ay yıl
6. Bu hastanede toplam çalışma süreniz:ay.....yıl
7. YBÜ’de toplam çalışma süreniz:ay.....yıl
8. Çalışma şekliniz: Mesai ve nöbet Yalnızca mesai Yalnızca nöbet
9. Ortalama aylık çalışma süreniz: saat

10. Yoğun bakım hemşireliği sertifikası alma durumunuz: Evet Hayır

11. Hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumunuz: Evet Hayır

12. Hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma yeriniz (11. soruya yanıtınız “Evet” ise yanıtlayınız.):

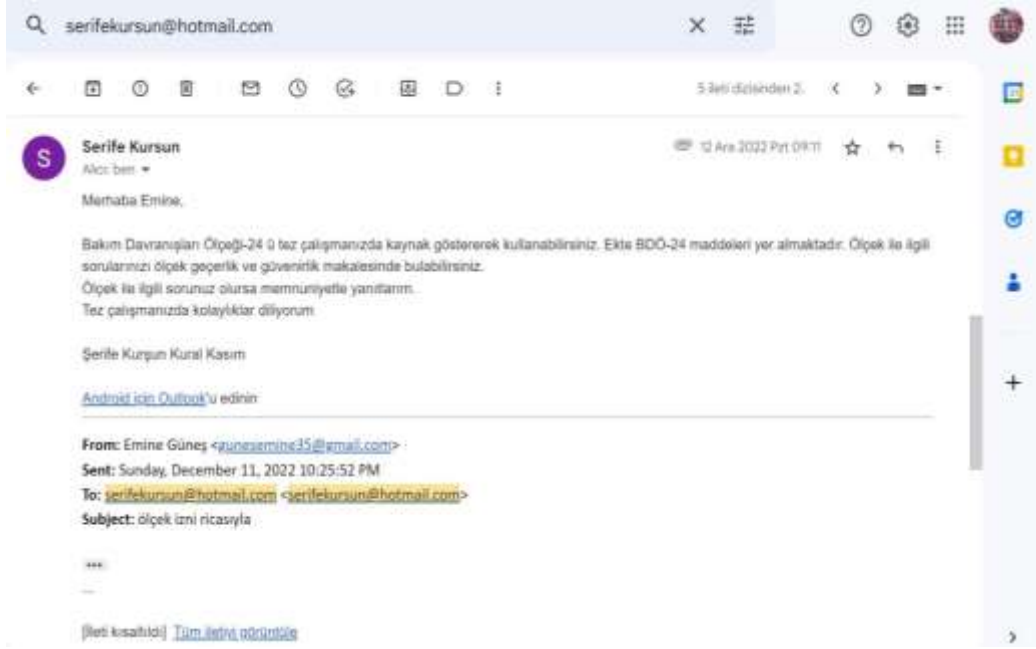
- Okuldaki eğitim
- Hizmet içi eğitim programı
- Bilimsel etkinlik (kongre, sempozyum, kurs gibi)
- Diğer (Lütfen belirtiniz.)

EK-3. BAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-24

| No | Maddeler | Asla (1) | Hemen hemen asla (2) | Bazen (3) | Genellikle (4) | Çoğu zaman (5) | Her zaman (6) |
|----|--|----------|----------------------|-----------|----------------|----------------|---------------|
| 1 | Hastayı dikkatle dinleme | | | | | | |
| 2 | Hastayı eğitme ya da bilgilendirme | | | | | | |
| 3 | Hastaya bir birey olarak davranma | | | | | | |
| 4 | Hastaya zaman ayırma | | | | | | |
| 5 | Hastaya destek olma | | | | | | |
| 6 | Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma | | | | | | |
| 7 | Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma | | | | | | |
| 8 | Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma | | | | | | |
| 9 | Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme | | | | | | |
| 10 | Hastaya güven verme | | | | | | |
| 11 | Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme | | | | | | |
| 12 | Araç-gereci beceriyle kullanma | | | | | | |
| 13 | Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme | | | | | | |
| 14 | Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama | | | | | | |
| 15 | Hastaya ait bilgileri gizli tutma | | | | | | |
| 16 | Hastaya istekle gitme | | | | | | |
| 17 | Hastayla konuşma | | | | | | |
| 18 | Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme | | | | | | |
| 19 | Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 20 | Hastanın çağrısına hemen yanıt verme | | | | | | |
| 21 | Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme | | | | | | |
| 22 | Hastaya ilgi gösterme | | | | | | |
| 23 | Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama | | | | | | |
| 24 | Hastanın semptomlarını hafifletme | | | | | | |

EK-4. BAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-24 İZİN YAZISI



EK-5. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ

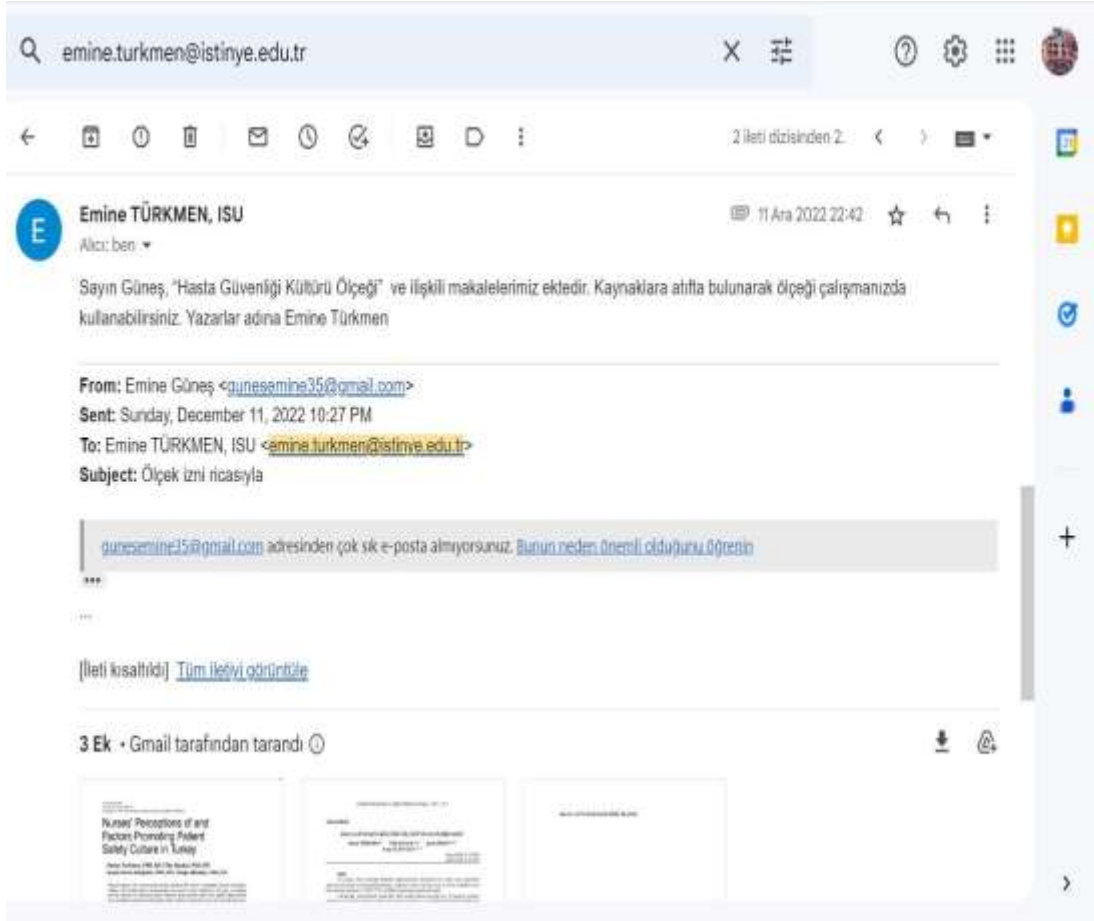
| No | Maddeler | Tamamen katılmıyorum (1) | Katılmıyorum (2) | Katılıyorum (3) | Tamamen katılıyorum (4) |
|-----|--|--------------------------|------------------|-----------------|-------------------------|
| 1. | Tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir. | | | | |
| 2. | Sunulan tüm hizmetler, hasta güvenliği açısından değerlendirilir. | | | | |
| 3. | Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır. | | | | |
| 4. | Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır. | | | | |
| 5. | İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (İsim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır. | | | | |
| 6. | Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır. | | | | |
| 7. | Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömoni oranları, düşmeler vb göstergelerden yararlanılır. | | | | |
| 8. | Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb göstergelerden yararlanılır. | | | | |
| 9. | Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir. | | | | |
| 10. | Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate alınır. | | | | |
| 11. | Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır. | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 12. | Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme) çalışılır. | | | | |
| 13. | Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır. | | | | |
| 14. | Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreci kullanılır. | | | | |
| 15. | Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir. | | | | |
| 16. | Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz. | | | | |
| 17. | Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır. | | | | |
| 18. | Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir. | | | | |
| 19. | Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder. | | | | |
| 20. | Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandırmada meslektaşları tarafından cesaretlendirilir | | | | |
| 21. | Çalışanlar, hatalar oluştuğunda hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır. | | | | |
| 22. | Çalışanlar, hasta güvenliği konusundaki kurumsal hedefleri bilir. | | | | |
| 23. | Çalışanlar, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır. | | | | |
| 24. | Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır. | | | | |
| 25. | Çalışanlar, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır. | | | | |
| 26. | Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır. | | | | |
| 27. | Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır. | | | | |
| 28. | Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır | | | | |

| | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|
| 29. | Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır. | | | | |
| 30. | Tüm çalışanlar (tüm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme) katılır. | | | | |
| 31. | Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir. | | | | |
| 32. | Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez. | | | | |
| 33. | Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır. | | | | |
| 34. | Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır. | | | | |
| 35. | Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır. | | | | |
| 36. | Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır. | | | | |
| 37. | Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir. | | | | |
| 38. | Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır. | | | | |
| 39. | Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir. | | | | |
| 40. | Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay-hataları tanımlama ve raporlama süreçleri, vb) eğitimler düzenli olarak verilir. | | | | |
| 41. | Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır. | | | | |
| 42. | Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir. | | | | |
| 43. | Hasta güvenliği eğitim programlarında, isim vermeden gerçek olay raporlarından yararlanır. | | | | |

| | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|
| 44. | Kurumumuzun fiziksel yapısı, hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır. | | | | |
| 45. | Mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde, hasta güvenliği kriterleri göz önüne alınır. | | | | |
| 46. | Kurumumuzun tümünde kullanılan malzeme, cihaz ve teknolojiler standardize edilmiştir. | | | | |
| 47. | Kurumumuzda tüm tıbbi kayıtlar elektronik ortamda tutulur. | | | | |
| 48. | Tıbbi malzeme ve ilaçlar için barkodlama sistemleri kullanılır. | | | | |
| 49. | Kurumumuzda kullanılan tüm alet ve ekipmanın bakımı (kalibrasyonu, ayarı) düzenli olarak yapılır. | | | | |
| 50. | Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır. | | | | |
| 51. | Kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınır. | | | | |

EK-6. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI



emine.turkmen@istinye.edu.tr

2 İleti dizisinden 2

Emine TÜRKMEN, ISU 11 Ara 2022 22:42

Alıcı: ben

Sayın Güneş, "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" ve ilişkili makalelerimiz ektedir. Kaynaklara atıfta bulunarak ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Yazarlar adına Emine Türkmen

From: Emine Güneş <gunesemine35@gmail.com>
Sent: Sunday, December 11, 2022 10:27 PM
To: Emine TÜRKMEN, ISU <emine.turkmen@istinye.edu.tr>
Subject: Ölçek izni ricasıyla

[gunesemine35@gmail.com](#) adresinden çok sık e-posta alıyorsunuz. [Bunun neden önemli olduğunu öğrenin](#)

(İleti kısaltıldı) [Tüm iletiyi görüntüle](#)

3 Ek - Gmail tarafından tarandı

Nurses' Perceptions of and Factors Promoting Patient Safety Culture in Turkey

EK-7. ETİK KURUL ONAY YAZISI

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

0641

| | |
|------------------------------------|---|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Yaşun Bakım Hemşirelerinde Bakım Davranışları ve Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi |
| VARSA ARAŞTIRMA PROTOKOL/PLAN KODU | |

| | | |
|--------------------------|------------------|--|
| ETİK KURULU BİLGİLERİ | ETİK KURULUN ADI | İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu |
| | AÇIK ADRESİ | İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35100 Karabağlar / İZMİR |
| | TELEFON | 0 232 243 04 38 — 0 232 244 44 44 / 1034 |
| | FAKS | 0 232 245 04 38 |
| | E-POSTA | |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI | Dr. Öğr. Üyesi Deniz SANLI | | | |
| KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Cerrahi Hastahkları Hemşireliği - İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastahkları Hemşireliği Anabilim Dalı | | | |
| KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | Cerrahi Hastahkları Hemşireliği - İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastahkları Hemşireliği Anabilim Dalı | | | |
| DESTEKLEYİCİ <small>PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUTULMASI GEREKİRSE İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ)</small> | | | | |
| DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLÇİSİ | | | | |
| ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ | Yüksek lisans tezi /Projesi | | | |
| ARAŞTIRMANIN TÜRÜ | Anket çalışmaları | | | |
| ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> |

| | Belge Adı | Tarih | Veriyim Numarası | DİR |
|---------------------------------|---|-------------------|------------------|--|
| DÜĞENİ ENDIRİLEN BELGELER | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI | 16.11.2022 | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖRÜLÜ OLUR FORMU | | | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| | OLGU RAPOR FORMU | | | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| DÜĞENİ ENDIRİLEN GEREK BELGELER | Açıklama | | | |
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No: 0544 | Tarih: 24.11.2022 | | |
| | Yukarıda bilgileri verilen başvuruyu dosyası ile ilgili belgeler çalışmanın gereğiyle, amaç, yöntem ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda kurum/ilinlik izni alınması koşulu ile çalışmanın başvuruları dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel salınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üyelerinin eybirliği ile karar verilmiştir. | | | |
| KARŞI OY | | | | |

| | |
|---|---|
| İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU | |
| ÇALIŞMA ESASI | İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Çalışma Esasları Yürürlüğü |
| BASKININ UNVANI / ADI / SOYADI | Prof. Dr. Mustafa KARACA |



İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İZMİR
N. NARLI M. NARLIYIĞI

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Kod

EAGK-FR-01

Yayın Tarihi

27.05.2013

ARAŞTIRMA ÖN İZİN / İZİN BELGESİ

Rev. No/Tarihi

02/16.11.2016

Sayfa

Sayfa 5 / 5

Adı:

Başlama Tarihi
ve Süresi:

Aralık 2022'de Etik Kurul Onayı alınmıştır. Araştırmanın uygulama aşamasına kurumdan araştırma ön izni alındıktan sonra başlanacaktır. Uygulama aşamasının Aralık 2022'de başlaması planlanmıştır. Şubat 2023'de araştırma sonlandırılacaktır.

Tez Çalışması
ise Danışman
Öğretim Üyesi
Ad Soyadı:

Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞANLI

Klinik / Birim Program Yöneticisi*

İmza

.../.../202...

Klinik / Birim İdari Sorumlusu*

İmza

.../.../202...

Bakım Hizmetleri Müdürü**

İmza

Eğitim Ar-Ge'den Sorumlu

Başhekim Yardımcısı

ÖZGEÇMİŞ

90

89