

ARAŞTIRMA

HEMŞİRELERDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILAMASININ BELİRLENMESİ*

Seval GÜNDOĞDU**

Nefise BAHÇECİK***

Alınış Tarihi: 03.04.2011

Kabul Tarihi: 07.06.2012

ÖZET

Amaç: Araştırma, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, İstanbul ilinde yer alan iki özel hastane ile iki eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 475 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada “Bilgi Formu” ve “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, frekans, yüzde, aritmetik ortalama, Student t testi, tek yönlü Anova analizi, Tukey HSD ve Ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin genel hasta güvenliği kültürü algısı puanının 49.81 ± 22.34 (orta düzey) olduğu tespit edilmiştir. Bu oran eğitim ve araştırma hastanelerinde 40.42 ± 18.43 , özel hastanelerde 62.52 ± 20.96 bulunarak aralarında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Eğitim ve araştırma hastanelerindeki hemşirelerin %72'sinin, özel hastanelerdeki hemşirelerin %73.5'inin hatalı olayları hiç rapor etmedikleri belirlenmiştir. Eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerin %48.7'si çalıştıkları birimlerin hasta güvenliği derecesini kabul edilebilir, özel hastanelerde çalışan hemşirelerin ise %51'i çok iyi olarak değerlendirmiştir.

Sonuç: Hemşireler hasta güvenliği konusunda sorumluluk almalı ve kurumların öncelikli konusu hasta güvenliği kültürünü geliştirmek olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği; hasta güvenliği kültürü; hemşire.

ABSTRACT

Determining Nurses' Perception of Patient Safety Culture

Objective: This study was carried out as descriptive to determine nurses' perception of patient safety culture.

Method: The study was performed on 475 nurses employed in two training and research hospitals and two private hospitals in Istanbul. “Information Form” and “Hospital Survey of Patient Safety Culture” were used in the study. Frequency, percentage, mean, Student t test, one way Anova analysis, Tukey HSD and Qui-Square tests were used for data analysis.

Results: Accordingly, nurses' overall perception of patient safety culture was determined as 49.81 ± 22.34 (medium level). This rate was 40.42 ± 18.43 in training and research hospitals and 62.52 ± 20.96 in private hospitals, and the difference was statistically highly significant ($p < 0.001$). It was determined that 72% of nurses in training and research hospitals and 73.5% of nurses in private hospitals did not report failed incidents at all. Less than half of nurses 48.7% in training and research hospitals assessed patient safety degree of their units as acceptable, while slightly more than half of nurses 51% in private hospitals assessed the same property as quite good.

Conclusion: Nurses should take responsibility in patient safety and improvement of patient safety culture should be the main priority of the institutions.

Keywords: Patient safety; patient safety culture; nurse.

GİRİŞ

Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerekir. (Kaya 2009). Hasta güvenliği kültürü hata bildirimlerinde şeffaflık,

*Bu araştırma, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından, Hemşirelikte Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

** İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Uzm. Hemşire)

e-mail: seval_karaboga@hotmail.com

*** Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü (Doç. Dr.)

tıbbi hataların önlenmesinde sistematik bir yaklaşım ve dürüstlük olarak tanımlanmaktadır (Gallagher, Waterman, Garbutt, Kapp, Chan, Dunagan et al.). Hasta güvenliği kültürü bilgi ve iletişim teknolojilerini bir araya getiren multidisipliner bir yapıdır (Hellings, Schrooten, Klazinga, Vleugels 2007). Ayrıca, kurumda nelerin önemli olduğunu ve hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılacağını, değer yargılarını, inançları ve kuralları kapsamaktadır (Tütüncü ve Küçükusta 2006, Çırpı, Doğan Merih, Yaşar Kocabey 2009).

Hasta güvenliği kültürü öncelikle yönetim desteği ile birlikte, takım çalışması, kurallara uygun davranma, sistematik raporlama, eğitim, çalışanların katılımı, hassasiyeti, özeni ve güvenli bir sağlık sisteminin kurulması ile oluşur. (Hughes and Clancy 2009). Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürüne yönelik sistemlerin oluşturulması, yerleştirilmesi ve yaygınlaştırılması tıbbi hataları önleyecek sistemlerin kurulmasını sağlayacak, böylece hastalar ve sağlık çalışanlarının zarar görmesi engellenecektir (Tak 2009).

Çeşitli sağlık kurumlarında (poliklinik, okul, iş yeri, bakımevi vb.) 24 saat aralıksız sağlık bakım hizmeti veren, koordine eden, verdikleri hizmeti kontrol eden hemşireler, hasta güvenliği kültürünün sağlanmasında büyük öneme sahiptir (Filiz 2009). Hemşireler, hastalara en yakın kişiler olup, iş çevresinde karşılaştıkları sorunları kolayca tanımlayabilmektedirler. Bu önemli rol hemşirelere sağlık sisteminde hasta güvenliği ile ilgili problemleri belirleme ve çözümlerini sağlamada önemli bir sorumluluk vermektedir (Vogelsmeier and Scott-Cawiezell 2007, Filiz 2009).

Sağlık kurumlarında yapılan tıbbi hataların sorumluluğunun alınması ve bu hatalardan ders çıkarılması ile güvenli bir sistem oluşturularak tehlikeler önlenecektir (Bonner, Castle, Perera, Handler 2008). Amerikan Yönetici Hemşireler Birliği (The American Association of Nurse Executives), hataların açığa çıkması ve hızlı bir şekilde düzeltilmesi için bir güvenlik kültürü oluşturulması gerektiğini savunmuş ve bunu da hasta güvenliği kültürü olarak tanımlamıştır (Vogelsmeier and Scott-Cawiezell 2007). Bir hata yapıldığında, hatanın nedeni ve nasıl oluştuğu konusunda problemin köküne inilmeli, hata ortaya çıkarılmalıdır. Unutulmamalıdır ki hata ile ilgili olarak hasta güvenliği kültürü olumsuz etkilenecektir (Phillips and Barnsteiner 2005,

Rich 2009, Vogelsmeier and Scott-Cawiezell 2007). Hemşirelerin kendi bilgi ve yeteneğini kullanmasına izin vererek, hasta güvenliği kültürünün oluşmasına katkıda bulunması sağlanmalıdır. Böylece tüm çalışanlar görevlerinde aynı hassasiyeti gösterecek, mesleki uygulamalarını yerine getirirken korku yaşamayacak ve işini kaybetme kaygısı taşımayacaklardır (Hughes and Clancy 2009, Al-Ishaq 2008, Vogelsmeier and Scott-Cawiezell 2007). Hasta güvenliği kültürünün sağlanmasında anahtar role sahip olan hemşireler sağlık sisteminde güçlü bir personel sayısına sahip, her alanda aktif olarak çalışan, karmaşık konularda soğukkanlı, hızlı karar verebilen, yetenekli, tüm çalışanlarla arasında bir sistem içinde köprü görevi üstlenen, kritik düşünebilen, zorluklarla baş edebilen, toplum için önem arz eden bir meslek grubudur (Rich 2009, Hughes and Clancy 2009).

Hasta güvenliği kültürü hemşireler ile kimlik bulmakta ve sırtını hemşirelere dayamaktadır (Rich 2009). Kurumlarda oluşturulacak hasta güvenliği kültürü hataların, süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların açıkça ve cezalandırılma korkusu olmadan tartışılabileceği bir ortam yaratacak, hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların başarılı ve sürekli olmasını sağlayacak ve böylelikle, tanı, tedavi ve bakım süreçleri ile sağlık çıktıları önemli ölçüde iyileşecektir (Dang, Johantgen, Pronovost, Jenckes, Bass 2002).

AMAÇ: Araştırma, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü: Araştırma, tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme: Araştırmanın evrenini, İstanbul İli Avrupa yakasında yer alan, tam teşekküllü ve hemşire sayısının 200'ün üzerinde olduğu iki özel hastane (ÖH) ile iki eğitim ve araştırma hastanesinde (EAH) çalışan 1187 hemşire oluşturmuştur. Ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeme, araştırmanın yapıldığı tarihlerde yeterli hemşire sayısının olmaması nedenleri ile 475 hemşire ile araştırma gerçekleştirilmiştir. Aralık 2009-Mart 2010 tarihleri arasında araştırmanın yapıldığı hastanelerde çalışan tüm hemşirelere gündüz mesai saatleri (08:00-17:00) arasında ulaşılması hedeflenmiş, bu saatler arasında ulaşılamayan hemşirelere ise gece nöbetinde veya sonraki günlerde ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları: Araştırmada araştırmacılar tarafından hazırlanan “Bilgi Formu” ve “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi” kullanılmıştır.

Bilgi Formu: Bilgi formu araştırmanın amacına uygun literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanmış olup, hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerini içermektedir. Bilgi formunda hemşirelerin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalıştığı hastane, çalışma şekli ve işinden memnun olup olmadığı olmak üzere toplam 6 soru bulunmaktadır.

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Hospital Survey on Patient Safety Culture) 2004 yılında, Amerika’da, Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)) tarafından hastanelerde hasta güvenliği kültürünü belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Sorra and Nieva 2004). Anketin geçerlik ve güvenilirliği tüm sağlık çalışanlarına (doktor, hemşire, diyetisyen vb.), hastane yöneticilerine, sekreterlere ve hasta bakıcılara yapılmıştır. Anketin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Filiz ve Bodur (2009) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa katsayısının $\alpha=0.86$ olduğu bulunmuştur. Ankette, hasta güvenliği kültürünün alanlarını ünite/birim düzeyinde ve hastane düzeyinde ölçen sorular, sonuç değişkenleri ile ilgili sorular ve kişisel bilgilerinde yer aldığı 7 soru bulunmaktadır. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi, 42 madde ve 12 alt alandan (Güvenliğin Kapsamlı Algılanması, Hataların Raporlanma Sıklığı, Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması, Hastane Müdahaleleri ve Değişim, Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyeti, Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme, Üniteler İçinde Ekip Çalışması, İletişimin Açık Tutulması, Hatalar Hakkında Geribildirim ve İletişim, Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt, Personel Sağlama, Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği) oluşmaktadır. Anket ABD’deki hastanelerde yaygın olarak kullanıldığından AHRQ hastane sonuçlarını karşılaştırmak için ilk olarak 2007 yılında veri tabanını oluşturmuş, 2008 yılında ise anketi yeniden uygulayan hastanelerin sonuçlarını karşılaştırarak veri tabanını güncellemiştir. Karşılaştırmalı verilerin her yıl güncellenerek en azından 2012 yılına kadar devam edeceği bildirilmiştir (Filiz 2009).

Beşli likert tipindeki anket, çalışılan birim, yönetim ve hastane alt alanlarında (A, B,

F bölümlerinde) “1=kesinlikle katılmıyorum”, “2=katılmıyorum”, “3=ne katılıyorum ne katılmam”, “4=katılıyorum”, “5=kesinlikle katılıyorum” şeklinde; iletişim ve raporlanmış olayların sıklığı alt alanlarında (C ve D bölümlerinde) “1=hiçbir zaman”, “2=nadiren”, “3=bazen”, “4=çoğu zaman”, “5=her zaman” şeklinde yanıtlanmaktadır. Ankette 18 ters yönlü soru bulunmaktadır. Ters yönlü sorular çevrildikten sonra hangi maddelerin hangi alt alanlarda yer aldığı belirlenir. Her bir madde için verilen pozitif cevaplar “kesinlikle katılıyorum” (5) , “katılıyorum” (4) ile “çoğu zaman” (4), “her zaman” (5) olarak değerlendirilir. Her bir madde için verilen pozitif cevaplar maddelere verilen tüm cevap sayısına bölünür. Elde edilen sonuç maddelere verilen olumlu cevap ortalamasıdır. “Kesinlikle katılmıyorum” ve “hiçbir zaman” (1), “katılmıyorum ve nadiren” (2), “ne katılıyorum ne katılmam ve bazen” (3) grupları olumlu cevap puan ortalamalarının hesaplanmasına dahil edilmemektedir.

Anketin değerlendirilmesi sadece olumlu cevap ortalama puanlarına göre yapılmaktadır. (Sorra and Nieva 2004)

Verilerin Toplanması: Veriler, araştırmacı tarafından araştırma kapsamına alınan hemşirelere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Veriler, SPSS 15.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik metodların (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) yanı sıra; sürekli değişkenler için ikili bağımsız gruplarda student t testi; ikiden fazla olan gruplarda ise Oneway Anova tek yönlü varyans analizi testi ve çoklu karşılaştırmalar için Tukey HSD testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Bulgular %95’lik güven aralığında, $p<0.05$ düzeyinde anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik İlkeleri: Araştırmanın etik izni İstanbul 2 No’lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır. Eğitim ve araştırma hastaneleri için İstanbul İli İl Sağlık Müdürlüğü’nden gerekli yazılı izinler alınarak protokol yapılmıştır. Özel hastanelerde araştırmanın yapılabilmesi için ise gerekli yazılı izinler ve araştırmaya katılan hemşirelerin sözlü onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırmanın yapıldığı hastanelerin sonuçları yansıtılmaktadır, bu nedenle genellenemez.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Kurumlara göre hemşireler çalıştığı birimi hasta güvenliği derecesi konusunda değerlendirdiğinde; EAH'de çalışan hemşirelerin %48.7'sinin kabul edilebilir; ÖH'de çalışan hemşirelerin %51'inin çok iyi, her iki kurumda çalışan hemşirelerin ise %38.5'inin çok iyi ve %35.8'inin kabul edilebilir yanıtını verdiği belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarımız, AHRQ tarafından ABD'de yapılan anketlerin sonuçlarıyla karşılaştırıldığında düşük bulunmuştur (Sorra, Nieva, Famolaro, Dyer, Nelson, Khanna 2008).

Bunun nedenleri arasında ülkemizde yeterli insan gücünün olmaması, bireylerin eşit fedakarlıkla çalışmaması, yoğun çalışma koşulları olduğu düşünülmektedir. Yalçın ve Acar'ın çalışmasında (2010) hasta güvenliğinin Avrupa Birliği Ülkeleri tarafından oldukça ciddiye alınan bir konu olduğu fakat ülkemizde devlet otoritelerinin hasta güvenliğinden çok hasta şikayetlerine ve haklarına eğildiğini belirtmesi araştırmamızı desteklemektedir. EAH'de çalışan hemşirelerin çalıştığı birimi hasta güvenliği konusunda değerlendirme derecesinin sonuçları Filiz'in çalışması (2009) ile uyumluluk gösterirken, Çırpı, Doğan Merih ve Yaşar Kocabay (2009), Çakır ve Tütüncü (2009), Koraşlı, Torun ve Yüzden'in çalışmalarıyla (2010) uyumluluk göstermemektedir. Sonuçlarımızın farklılık göstermesinin nedeni, bu çalışmalara tüm sağlık çalışanlarının katılmasıyla ilgili olabileceğini düşündürmektedir. ÖH'de çalışan hemşirelerin çalıştığı birimi hasta güvenliği konusunda değerlendirme derecesi AHRQ tarafından ABD'de yapılan çalışma sonuçlarıyla uyumluluk göstermektedir (Sorra, Nieva, Famolaro, Dyer, Nelson and Khanna 2008). Araştırmamıza katılan hemşireler Özmen ve Başol'un çalışmasına (2010) göre hasta güvenliği konusunda birimlerini daha iyi olarak değerlendirmişlerdir.

EAH ve ÖH'de çalışan hemşirelerin %72.6'sının, EAH'de çalışan hemşirelerin %72'sinin ve ÖH'de çalışan hemşirelerin %73.5'inin son 12 ayda yöneticilerine, birimlerinde hiç olay raporu vermedikleri belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarımız, AHRQ tarafından ABD'de yapılan çalışma sonuçlarıyla uyumluluk göstermemektedir (Sorra, Nieva, Famolaro, Dyer, Nelson, Khanna 2008).

Araştırmamız, ABD'de yapılan araştırma sonuçlarıyla karşılaştırıldığında, her iki araştırmada da hiç olay raporu vermeme oranları yüksek olmasına rağmen ülkemizde raporlama sayısının daha az olduğu ve raporlama kültürünün olmadığı anlaşılmaktadır. Ülkemizde sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün olmaması ve hata yapılması durumunda ceza sisteminin uygulanması nedeniyle, çalışanların yaptıkları hataları bildirme konusunda (ceza alma, dışlanma, kariyerinin olumsuz etkilenmesi vb. nedenlerle) istekli davranmadıkları görülmektedir (Bodur ve Filiz 2010, Özata ve Altuncan 2010). Çakır ve Tütüncü'nün çalışmasında (2009) çalışanların olay bildirim raporlarını vermemelerinin gerekçesinin "personel yaptığı hataların siciline işleyeceğinden endişe duyar" maddesi olduğu belirtilmiştir. Özmen ve Başol (2010), Hellings, Schrooten, Klazinga ve Vleugels'in (2007) çalışma sonuçları bulgularımızla uyumludur. Al-Ishaq'ın çalışmasında (2008) hemşirelerin yapılan hataları cezalandırılma endişesi ile raporlayarak bildirmediikleri belirtilmiştir. EAH'de çalışan hemşirelerin son 12 ayda yöneticilerine yazıp verdiği olay raporu sayısı Altındış (2010), Soydan ve Arslanoğlu (2010), Koraşlı, Torun, Yüzden'in çalışması (2010) ile uyumluluk gösterirken; Filiz (2009), Bal, Çalış, Tosun, Yılmaz, Memiş, Yıldız ve arkadaşları (2010), Çakır ve Tütüncü'nün çalışması (2009) ile uyumluluk göstermemektedir. ÖH'de çalışan hemşirelerin son 12 ayda yöneticilerine yazıp verdiği olay raporu sayısı Altındış (2010), Özmen ve Başol (2010) ve Castle, Wagner, Perera, Ferguson, Handler'in sonuçlarıyla (2010) uyumluluk gösterirken, AHRQ tarafından ABD'de yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermemektedir (Sorra, Nieva, Famolaro, Dyer, Nelson, Khanna 2008). Sonuçlarımızın uyumluluk göstermemesi ülkemizde hasta güvenliği kültürünün yeni bir konu olması ve hemşirelerin cezalandırılma korkusu nedeniyle raporlama yapmaktan kaçınmalarını düşündürmektedir.

Hastaneler arasındaki hasta güvenliği kültürü hastane anketi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). EAH'de çalışan hemşirelerin puan ortalamaları, ÖH'de çalışan hemşirelere göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Hastanelere Göre Hasta Güvenliği Kültürü Puan Ortalamaları (S=475)

| Hastane | s | Min. | Max. | (Ort±SS) |
|---------|-----|------|------|-------------|
| EAH | 275 | 17.4 | 97.9 | 40.42±18.43 |
| ÖH | 200 | 2.1 | 95.8 | 62.52±20.96 |

t=12.22; p<0.001

Araştırmaya katılan tüm hemşirelerin hasta güvenliği kültürü hastane anketi puan ortalaması (49.81±22.34) AHRQ tarafından ABD’de yapılan hastanelerin puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında (Sorra, Nieva, Famolaro,

Dyer, Nelson, Khanna 2008) düşük, Filiz’in çalışmasına (2009) göre de yüksek bulunmuştur. Araştırma sonuçlarımızın Filiz’in çalışmasına (2009) göre yüksek bulunması özel hastanelerin, puan ortalamasını yükseltmesi ile açıklanabilir.

Tablo 2. Hastanelere Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alanlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=475)

| Alt Alanlar | EAH (Ort±SS) | ÖH (Ort±SS) | t | p |
|--|------------------|-----------------|-------|--------------|
| Güvenliğin Kapsamlı Algılanması | 55.62±31.35 | 81.01±24.72 | 9.84 | 0.001 |
| Hataların Raporlanma Sıklığı | 24.02±38.13 | 53.86±44.25 | 7.67 | 0.001 |
| Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması | 36.64±31.42 | 55.81±36.92 | 5.96 | 0.001 |
| Hastane Müdahaleleri ve Değişim | 47.13±33.17 | 67.64±34.87 | 6.49 | 0.001 |
| Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyeti | 36.75±31.36 | 62.34±34.36 | 8.45 | 0.001 |
| Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme | 44.24±33.64 | 75.03±28.14 | 10.83 | 0.001 |
| Üniteler İçinde Ekip Çalışması | 61.83±36.74 | 84.21±27.74 | 7.58 | 0.001 |
| İletişimin Açık Tutulması | 37.53±31.75 | 58.39±31.87 | 7.02 | 0.001 |
| Hatalar Hakkında Geribildirim ve İletişim | 43.82±36.95 | 70.51±34.45 | 8.06 | 0.001 |
| Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt | 24.14±30.16 | 35.06±34.66 | 3.56 | 0.001 |
| Personel Sağlama | 32.26±20.17 | 41.58±21.97 | 4.69 | 0.001 |
| Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği | 41.55±37.95 | 65.17±38.76 | 6.63 | 0.001 |

Hasta güvenliği kültürü hastane anketinde yer alan “üniteler içinde ekip çalışması” alt alanının EAH (61.83±36.74) ve ÖH’de (84.21±27.74) en yüksek ortalama puana sahip olduğu görülmüştür. “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” alt alan puanının ÖH’de (35.06±34.66), “hataların raporlanma sıklığı” (24.02±38.13) ve “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” (24.14±30.16) alt alan puanlarının EAH’de en düşük olduğu bulunmuştur. Hastaneler arasındaki alt alan ortalama puanları karşılaştırıldığında, tüm alt alan puan ortalamalarında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<0.001) (Tablo 2). Araştırmamızda hemşirelerin, çalıştıkları birimde uyum içerisinde ve yardımlaşarak ekip çalışması yürüttükleri halde, birimler arasındaki ekip çalışmada daha

olumsuz sonuçlar vermeleri her birimin birbirinden bağımsız bir kültüre sahip olduğunu göstermesi açısından önemlidir (Filiz, 2009). Kim ve arkadaşlarının çalışmasında (2007) hemşirelerin birim içindeki ekip çalışmalarının birimler arasına göre daha iyi olduğu belirtilmiştir. Hasta güvenliği kültürünün oluşmasında birimler içi olduğu kadar birimler arası ekip çalışması da oldukça önemlidir (Singer, Gabs, Geppert 2003).

Hasta güvenliği kültürü hastane anketinin tüm maddelerinde EAH’de en yüksek cevap ortalamasının “bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır” maddesine, en düşük cevap ortalamasının ise “çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder” maddesine ait olduğu belirlenmiştir. Özel hastanede en yüksek ortalamanın “acilen

yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız” maddesine, en düşük ortalamanın ise “bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar” maddesine ait olduğu belirlenmiştir. EAH’de “bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır” maddesine katılım oranının yüksek olması Filiz’in çalışması (2009) ile uyumluluk gösterirken, Bal, Çalış, Tosun, Yılmaz, Memiş, Yıldız ve arkadaşlarının (2010) ve Koraşlı, Torun, Yüzden’in çalışmasına (2010) göre yüksek bulunmuştur. Birimlerde geçici olarak çalıştırılan personellerin fazla olması, kişilerin buldukları servislere aidiyet duygusunun eksikliğine yol açarak, yetersiz kurum kültürü ve hasta güvenliği

kültürünün oluşmasına sebep olacaktır (Akın, Şen Üçel, Doğan 2010). Singer, Gabs ve Geppert’in 15 hastanede yaptığı güvenlik kültürü araştırmasında (2003) ankete katılanlar alanında deneyimli olan personel kaybının hasta bakımını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. EAH’de “çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder” maddesine katılım oranının düşük olması Filiz (2009), Bal, Çalış, Tosun, Yılmaz, Memiş, Yıldız ve arkadaşlarının çalışması (2010) ile uyumluluk gösterirken, Koraşlı, Torun ve Yüzden’in çalışmasında (2010) bu maddeye katılım oranının yüksek olduğunun belirtilmesi, yöneticilerinin hasta güvenliği kültürüne daha fazla önem verdiğini düşündürmektedir.

Tablo 3. Hastanelere Göre Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alan Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması (s=475)

| Alt Alanlar | Eğitim Durumu | | | | Kurumdaki Görev Süresi | | | | Çalışılan Birim | | | |
|--|---------------|--------------|------|--------------|------------------------|--------------|------|--------------|-----------------|--------------|------|-------------|
| | EAH | | ÖH | | EAH | | ÖH | | EAH | | ÖH | |
| | F | p | F | p | F | p | F | p | F | p | F | p |
| Güvenliğin Kapsamlı Algılanması | 0.56 | 0.63 | 1.73 | 0.16 | 0.76 | 0.13 | 0.39 | 0.67 | 7.51 | 0.001 | 0.67 | 0.61 |
| Hataların Raporlanma Sıklığı | 0.97 | 0.40 | 2.68 | 0.04 | 2.45 | 0.04 | 6.53 | 0.002 | 6.43 | 0.001 | 0.45 | 0.76 |
| Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması | 2.04 | 0.10 | 1.14 | 0.33 | 1.94 | 0.10 | 8.52 | 0.001 | 2.28 | 0.06 | 1.18 | 0.31 |
| Hastane Müdahaleleri ve Değişim | 0.29 | 0.82 | 0.37 | 0.77 | 0.80 | 0.52 | 2.81 | 0.62 | 0.63 | 0.64 | 2.98 | 0.02 |
| Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyeti | 1.43 | 0.23 | 4.04 | 0.008 | 2.35 | 0.05 | 5.18 | 0.006 | 7.51 | 0.001 | 0.63 | 0.63 |
| Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme | 1.93 | 0.12 | 2.05 | 0.10 | 2.03 | 0.08 | 1.14 | 0.32 | 4.28 | 0.002 | 0.99 | 0.41 |
| Üniteler İçinde Ekip Çalışması | 0.49 | 0.68 | 1.34 | 0.26 | 2.08 | 0.08 | 0.51 | 0.60 | 11.7 | 0.001 | 1.22 | 0.30 |
| İletişimin Açık Tutulması | 0.32 | 0.80 | 0.62 | 0.59 | 1.43 | 0.22 | 3.01 | 0.06 | 7.47 | 0.001 | 0.76 | 0.55 |
| Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim | 0.47 | 0.70 | 0.61 | 0.60 | 0.49 | 0.73 | 6.03 | 0.003 | 9.72 | 0.001 | 1.18 | 0.31 |
| Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt | 0.24 | 0.86 | 0.38 | 0.76 | 0.71 | 0.58 | 5.19 | 0.006 | 3.30 | 0.01 | 2.22 | 0.06 |
| Personel Sağlama | 0.76 | 0.51 | 2.17 | 0.09 | 0.77 | 0.54 | 5.68 | 0.004 | 2.03 | 0.09 | 1.82 | 0.12 |
| Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği | 4.58 | 0.004 | 0.88 | 0.44 | 7.33 | 0.001 | 10.2 | 0.001 | 4.36 | 0.002 | 0.95 | 0.43 |

Hasta güvenliği kültürü algılaması hastaneler ortalaması, ABD’de araştırma yapılan hastanelerin ortalamaları ile karşılaştırıldığında, 12 alt alanın 10’unda olumlu cevap ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Hemşireler “güvenliğin kapsamlı algılanması” ve “hastane müdahaleleri ve değişim” alt alanlarına ABD’de araştırma yapılan hastanelerin ortalamalarına göre daha olumlu cevaplar vermişlerdir (Sorra, Nieva, Famolaro, Dyer, Nelson, Khanna 2008). En büyük farkın “yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” alt alanında yer alan “yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister” maddesine ait olduğu belirlenmiştir. Bu durum kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği gibi, sağlık çalışanlarının kurumları hakkında olumsuz görüş bildirmekten çekinmeleri olarak da yorumlanabilir (Filiz 2009).

EAH’de önlisans mezunu hemşirelerin “hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ortalamasının sağlık meslek lisesi ve lisans mezunu hemşirelere göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek ($F=4.58$, $p<0.01$) olduğu belirlenmiştir. ÖH’de sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin “hataların raporlanma sıklığı” ortalamasının önlisans mezunu hemşirelere göre anlamlı şekilde yüksek ($F=2.68$, $p<0.05$); yüksek lisans mezunu hemşirelerin “yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” ortalamasının sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelere göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek ($F=4.04$, $p<0.01$) olduğu bulunmuştur. Araştırma sonuçlarımız Gökdoğan, Yorgun ve Yapıcı’nın çalışması (2009) ile uyumluluk gösterirken, Oğuz’un çalışması (2007) ile uyumluluk göstermemektedir. Bu farklılık yönetimin eğitim durumlarına göre farklı şekilde davrandığını göstermeleri açısından önemlidir. Eğitim seviyesi hızla artan ülkemiz eğitim seviyesinin yükselmesiyle beklentilere karşılık veren bir sağlık sektörü olma yönünde ilerlemelidir.

EAH’de kurumdaki görev süresi 16 yıl ve üzerinde olan hemşirelerin “hataların raporlanma sıklığı” ile “yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” ortalamalarının kurumdaki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşirelere göre anlamlı şekilde yüksek ($F=2.45$, $p<0.05$; $F=2.35$, $p<0.05$) olduğu bulunmuştur. EAH’de kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşirelerin “hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ortalamasının 6 yıl ve üzerinde kurumda görev süresine sahip

hemşirelere göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($F=7.33$, $p<0.001$). Sonuçlarımız Tütüncü ve Küçükusta (2006) ve Çınar, Yılmaz Yalçınkaya, Soy ve arkadaşlarının çalışması ile (2010) uyumluluk göstermemektedir. Kurumdaki görev süresi yükseldikçe hata raporlamaların artması çalışanların raporlama yapmaktan korkmamaları, kendilerini çalışmalarıyla kurumda tanıtmış olmaları ve özgüvenlerinin yüksek olmasını düşündürmektedir. Kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşirelerin hastane yönetiminin hasta güvenliğini arttıran bir çalışma atmosferi sağlamadığını, hasta güvenliğini öncelikli bir konu olarak görmediğini düşündüğü belirlenmiştir. Kurumlarda çalışmaya yeni başlayan hemşirelerde çalışma süresinin ve aldıkları eğitimlerin artması ile hasta güvenliği kültürü bilincinin artacağı belirtilebilir. ÖH’de kurumdaki görev süresi 1 yıldan az olan hemşirelerin “hataların raporlanma sıklığı” ortalamasının kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşirelere göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek ($F=6.53$, $p<0.01$); “hastane üniteleri arasında ekip çalışması” ortalamasının ise çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek ($F=8.52$, $p<0.001$) olduğu bulunmuştur. ÖH’de kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşirelerin “yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” ortalamasının kurumdaki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşirelere göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($F=5.18$, $p<0.01$). ÖH’de kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşirelerin “hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” ortalamasının kurumdaki görev süresi 1 yıldan az ve 6-10 yıl arasında olan hemşirelere göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük ($F=6.03$, $p<0.01$); “hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ortalamasının ise çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($F=10.2$, $p<0.001$). ÖH’de kurumdaki görev süresi 6-10 yıl arasında olan hemşirelerin “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” ve “personel sağlama” ortalamalarının kurumdaki görev süresi 1-5 yıl arasında olan hemşirelere göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($F=5.19$, $p<0.01$; $F=5.68$, $p<0.01$). Araştırma sonuçlarımız Özmen ve Başol’un (2010) çalışması ile uyumluluk göstermemektedir. Araştırmamıza katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun

kurumdaki görev süresinin beş yıl ve altında olması bu farklılığın nedenini düşündürmektedir.

EAH'de acil birimde çalışan hemşirelerin “güvenliğin kapsamlı algılanması” ortalamasının dahili birimler ve yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre çok ileri düzeyde ($F=7.51$, $p<0.001$); “hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” ortalamasının ise ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($F=4.36$, $p<0.01$). EAH'de acil birimde çalışan hemşirelerin “iletişimin açık tutulması” ortalamasının dahili birimlerde çalışan hemşirelere göre; “hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” ortalamasının dahili birimler, cerrahi birimler ve yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($F=7.47$, $p<0.001$; $F=9.72$, $p<0.001$). Sonuçlarımız Öğün'ün çalışması (2008) ile uyumluluk göstermektedir (http://www.ahrq.gov). Sonuçlarımızın ABD'de yapılan çalışma sonuçlarından farklı olması da, ülkemizde diğer ülkelere göre hasta güvenliği konusunun yeni gündeme gelmesiyle açıklanabilir. EAH'de dahili birimlerde çalışan hemşirelerin “hataların raporlanma sıklığı” ortalamasının acil birimde çalışan hemşirelere; “yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” ortalamasının cerrahi birimler ve ameliyathanede; “hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” ortalamasının ise ameliyathanede çalışan hemşirelere göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($F=6.43$, $p<0.001$; $F=7.51$, $p<0.001$; $F=9.72$, $p<0.001$). EAH'de dahili birimlerde çalışan hemşirelerin “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” ortalamasının yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($F=3.30$, $p<0.05$). Sonuçlarımız Bakır Doğru, Sanin ve Turgut (2010) ve Filiz'in (2009) çalışması ile uyumluluk göstermemektedir. Bu farklılığın nedeni bu çalışmaların tüm personelleri kapsayan bir çalışma olmasına bağlanabilir.

EAH'de yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin “organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” ortalamasının acil birim ve ameliyathanede çalışan hemşirelere göre ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($F=4.28$, $p<0.01$). EAH'de

yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin “iletişimin açık tutulması” ortalamasının cerrahi birimler, acil birim ve ameliyathanede; hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” ortalamasının ameliyathanede; “hataların raporlanma sıklığı” ortalamasının cerrahi birimler ve acil birimde çalışan hemşirelere göre çok ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($F=7.47$, $p<0.001$; $F=9.72$, $p<0.001$; $F=6.43$, $p<0.001$). Araştırma sonuçlarımız Tütüncü ve Küçükusta'nın çalışması (2006) ile uyumluluk göstermektedir. ÖH'de acil birimde çalışan hemşirelerin “hastane müdahaleleri ve değişim” ortalamasının dahili birimler ve yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($F=2.98$, $p<0.05$) (Tablo 3).

Araştırma sonuçlarımız AHRQ tarafından yapılan araştırma sonuçlarıyla uyumluluk göstermektedir (Sorra, Nieva, Famolaro, Dyer, Nelson, Khanna 2008).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, araştırmada hasta güvenliği kültürü orta düzeyde, hasta güvenliği derecesi kabul edilebilir ve çok iyi olarak belirtilmiş, hastaneler ve hastanelerin birimleri arasında, hemşirelerin görev süresi, eğitim durumu ile hasta güvenliği kültürü alt alan ortalamaları arasında farklılık olduğu bulunmuştur. EAH ve ÖH'de “hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği”, “hataların raporlanma sıklığı”, “yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” alt alanları ile kurumdaki görev süresinin, EAH'de “hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” alt alanı ile çalışılan birim ve eğitim durumlarının, EAH ve ÖH'de ise “hataların raporlanma sıklığı”, “yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” alt alanları ile çalışılan birim ve eğitim durumlarının etkili olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, etkin bir hata bildirim sisteminin kurulması, yöneticilerin hata bildirim konusunda yapıcı, destekleyici roller alması, hemşirelere çalıştıkları birimlere göre hatalarla ilgili ve hasta güvenliği kültürünün yaratılması, kalıcı olabilmesi için eğitimlerin düzenlenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Akın A, Şen Üçel A, Doğan N. Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliği Kültürünün Algılanması ve Çalışan Uzman Hekim, Asistan Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı. 2010; 1:98-104.

Al-Ishaq M Nursing perceptions of patient safety at hamad medical corporation in the state of Qatar. Doctor of Philosophy School of Nursing, Indiana University, Qatar 2008.

Altındiş S. Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2010;1:18-32.

Bakır Doğru F, Sanin AS, Turgut S. Kamu Hastanelerinde Kalite Yönetim Çalışmalarının Hasta Güvenliğine Etkileri ve Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı. 2010; 1:525-540.

Bal A, Çalış A, Tosun F, Yılmaz H, Memiş R, Yıldız A. ve ark. Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışanların hasta güvenliği algısı. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı. 2010; 1:551-563.

Bodur S, Filiz E. Validity and Reliability of Turkish version of 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' and Perception of Patient Safety in Public Hospitals in Turkey. BMC Health Services Research 2010; 10:28. doi:10.1186/1472-6963-10-28

Bonner AF, Castle NG, Perera S, Handler SM. Patient Safety Culture: A Review of the Nursing Home Literature and Recommendations for Practice. Ann Longterm Care 2008;16(3):18-22.

Castle NG, Wagner LM, Perera S, Ferguson JC, Handler SM. Assessing Resident Safety Culture in Nursing Homes: Using the Nursing Home Survey on Resident Safety. Journal of Patient Safety 2010; 6(2):59-67.

Çakır A, Tütüncü Ö. İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı. I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı. 2009; 2:189-204.

Çınar F, Yılmaz Yalçinkaya E, Soy D ve ark. Rehabilitasyon Hastanelerinde Hasta Güvenliği Kültürü. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı. 2010; 1:432-441.

Çırpı F, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabey M. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı. 2009; 2:85-94.

Dang D, Johantgen ME, Pronovost PJ, Jenckes MW, Bass EB. Postoperative Complications: Does Intensive Care Unit Staff Nursing Make a Difference. The Journal of Acute and Critical Care 2002; 31(3):219-228.

Filiz E. Hastanede hasta güvenliği kültürü algılanmasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunun belirlenmesi.

Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 2009.

Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JM, Kapp JM, Chan DK, Dunagan WC et al. Us and Canadian Physicians Attitudes and Experiences Regarding Disclosing Errors to Patients. Arch Intern Med. 2006;166:1605-1611.

Gökdoğan F, Yorgun S, Yapıcı M, Yıldırım Y, Özdener S, Mısırhoğlu N. ve ark. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler. I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı. 2009; 2:95-104.

Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging Patient Safety Culture: Survey Results. International Journal of Health Care Quality Assurance 2007; 20(7):620-632.

Hughes RG, Clancy CM. Nurse's Role in Patient Safety. Journal of Nursing Care Quality 2009; 24(1):1-4.

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

Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH. Nurses' Perception of Error Reporting and Patient Safety Culture in Korea. Western Journal of Nursing Research 2007; 29:827-844.

Korashlı D, Torun E, Yüzden GE. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılanmasının Değerlendirilmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı. 2010; 1:442-453.

Oğuz Ö. İlaç hataları ve hataların raporlanmasına yönelik hemşirelerin alışkanlık ve deneyimlerinin belirlenmesi ve ilaç hatalarının önlenmesine ilişkin stratejilerin geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007.

Öğün B. Ameliyathanede hasta güvenliğinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2008.

Özata M, Altuncan H. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı. 2010; 1:417-419.

Özmen S, Başol O. Hasta Güvenliği Kültürü: Bursa'da Özel bir Hastane Uygulama Örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı. 2010; 1:81-97.

Phillips J, Barnsteiner JH. Clinical Alarms: Improving Efficiency and Effectiveness. Crit Care Nurs Q 2005;28(4):317-323.

Rich VL. Creation of a Patient Safety Culture: A Nurse Executive Leadership Imperative: Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses, 2008;2:2-45. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2642/>)

Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ. The Culture of Safety: Results of an Organization-Wide Survey in 15 California Hospitals. *Qual. Saf. Health Care* 2003;12:112-118.

Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Khanna K. Hospital Survey on patient safety culture: 2008 comparative database report. Part II, III. Rockville MD: AHRQ Publ. No. 08-0039. 2008.

Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. Rockville, MD: AHRQ Publ. No.04-0041. 2004.

Soydan H, Arslanoğlu A. Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Birimlerindeki Hasta Güvenliği Konusundaki Uygulamaları Değerlendirmeleri. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı. 2010;1:329-341.

Tak B. Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürünün Benimsenme Düzeyinin Ölçümü: Çok Kültürlü Bir Alan Araştırması. 3. Hasta Güvenliği Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı, 2009. p:39.

Tütüncü Ö, Küçükusta D. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşireliğe Yönelik Bir Uygulama. *Hastane Yönetimi Dergisi* 2006; 10(2):61-68.

Vogelsmeier A, Scott-Cawiezell J. A Just Culture: The Role of Nursing Leadership. *Journal of Nursing Care Quality* 2007; 22(3):210-212.

Yalçın Ş, Acar A. Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı. 2010; 1:12-26.