



ARAŞTIRMA MAKALESİ
RESEARCH ARTICLE
CBU-SBED, 2020, 7(2): 102 -109

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve Etkileyen Faktörler

Determining Nurses' Perception of Patient Safety Culture and the Factors Affecting Perceptions

Zibel Koç¹, Canan Eraydın^{2*}, Bilge Tezcan³

¹Hisar İntercontinental Hospital, İstanbul/Türkiye

²Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı,
Zonguldak/Türkiye

³Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Edirne/Türkiye

e-mail: zibel.koc@hisarhospital.com, eraydincanan@gmail.com, bilgesaracoglu11@gmail.com

ORCID:0000-0002-8708-431X

ORCID: 0000-0002-4640-5957

ORCID:0000-0003-0896-128X

*Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Canan Eraydın

Gönderim Tarihi:05.07.2019

Kabul Tarihi:31.03.2020

DOI: 10.34087/ cbusbed.587753

Öz

Giriş ve Amaç: Bu çalışma, özel bir hastanedeki hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini JCI standartlarına sahip, hasta güvenliği aşamalarında proaktif seviyede olan bir özel hastanede çalışan 145 hemşire oluşturmuştur. Etik kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra araştırma verileri “Kişisel Bilgi Formu” ile “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ)” ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin analizi için SPSS v.25 programı kullanılmıştır. Sürekli (nicel) değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; “ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum” olarak ifade edilirken, kategorik değişkenler sayı ve yüzde şeklinde verilmiştir. Ölçek alt boyutlarının Normallik dağılımına göre incelendikten sonra “Bağımsız T-testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)” uygulanmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin HGKÖ’den aldıkları toplam puan ortalaması 3,23±0,37 puan bulunmuş olup tüm alt boyutlarda elde edilen puan da ortalamanın üzerinde bulunmuştur. En yüksek puan “çalışanların eğitimi” (3,35±0,44), en düşük puan “beklenmedik olay ve hata raporlama” (3,13±0,51) alt boyutlarında saptanmıştır. Meslekte çalışma süresi ile HGKÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışmada 11 yıl ve üstü çalışanların HGKÖ ölçek toplam ve alt puan ortalaması (1-5 yıl ve 6-10 yıl arasında çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışma bulgularından elde edilen sonuç; hemşirelerin uzun süre kurumda çalışmış olmalarının, hasta güvenliği eğitimlerinin her yıl tekrarlanmasının, çalışma yılları ile paralel olarak hasta güvenlik kültürü algılarının artmasına katkıda bulunmuştur. Hasta güvenliği her zaman hemşirelerin en önemli işlevi olmuştur. Klinik bakım verirken oluşan hataların raporlanması, ilgili konu hakkında tartışılması iyi bir güvenlik kültürünün anahtarlarıdır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği Kültürü, hasta güvenliği, hemşire

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine the perceptions of patient safety culture of nurses working in a private hospital.

Materials and Methods: The sample of the study consisted of 145 nurses with JCI standards and working in a private hospital with proactive levels of patient safety. After obtaining the permission of the ethics committee and the permission of the institution, the research data were collected with the “Personal Information Form” and the “Patient Safety Culture Scale” (PSCS) by face-to-face interview method. SPSS v.25 program was used to analyze the data.

Descriptive statistics for continuous (quantitative) variables; Categorical variables are given as numbers and percentages while “mean, standard deviation, minimum and maximum” “Independent T-test and One-Way Variance Analysis (ANOVA)” were applied after examining scale sub-dimensions according to Normality distribution.

Results: The mean total score of the nurses from the PSCS was 3.23 ± 0.37 points. In addition, all nurses' perception of security culture boyut was above average in all sub-dimensions of the scale. The highest score was determined by the “training of the employees” ($3,35 \pm 0,44$), the lowest score by “unexpected event and error reporting” ($3,13 \pm 0,51$). A significant difference was found between the duration of the study and the sub-dimensions of the study. In the study, the mean total and subscale scores of the PSCS scale of 11 years and over employees were found to be statistically significantly higher than those who worked between 1-5 years and 6-10 years.

Conclusions: The results of these study findings indicate that nurses have worked in the institution for a long time and that they have a it has contributed to the increase in perceptions of patient safety culture in parallel with the years of study. Patient safety has always been the most important function of nurses. Reporting errors while giving clinical care and discussing about the subject is the key of a good safety culture

Keywords: Patient safety culture, patient safety, nurse

1. Giriş

Hasta güvenliği, yüksek kalitede sağlık hizmetleri sunmada önemli bir unsurdur. Bununla birlikte, yıllık olarak hasta güvenliğine bağlı yaklaşık 400.000 ölümün engellenebilir zararlarla ilgili olduğu tahmin edilmektedir [1]. ABD’de “Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (The National Patient Safety Foundation-NPSF)” 2015’te olumsuz bir olayı; istenmeyen olay, terapötik yanlış yapılandırma, iatrojenik yaralanma veya doğrudan sağlanan bakım veya hizmetlerle ilişkili potansiyel zararın oluşumu olarak tanımlamıştır. Hemşirelik bakımı kapsamında zarara neden olan güvensiz bir eylem, insan hatası (istenmeyen bir uygulama), riskli davranış (haklı bir nedenden dolayı potansiyel olarak ihmal) veya umursamaz davranış (kasıtlı ihmal) olarak sınıflandırılabilir [2]. Sağlık kurumlarında hasta güvenliği, güvenlik kültürünün organizasyona nasıl dahil edildiğini değerlendirmekle başlar [3]. Güvenlik kültürü, kuruluşların tıbbi hatalara karşı nasıl başa çıktıkları ve hasta güvenliği kapsamında güvenlik önlemlerini nasıl uyguladıkları, işlerin nasıl yürüdüğü ile ilgili çalışanların inançları ve bunların birlikte çalıştığı örgütsel yapılar ve sistemler ile etkileşimi olarak tanımlanmaktadır [4, 5]. Güvenlik kültürü oluşturulan ortamlar, hata söz konusu olduğunda cezalandırmak yerine eğitime odaklanır. Ancak ihmal ya da riske gerçekten aldırış etmeme durumlarında bireylerin sorumlulukları da göz ardı edilmemelidir [2]. “Güvenlik kültürü” terimi ilk olarak 1991’de tanımlanmış ve daha sonra “Güvenlik kültürü, çalışanlar ve kamu güvenliği için herkes için, tüm gruplarda ve bir kuruluşun tüm seviyelerinde yer alan en kalıcı değer ve öncelik” şeklinde geliştirilmiştir [6]. Hasta güvenliği kültürü (HGK) oluşturmada en önemli adım üst yönetimin onayının alınmasıdır. Bununla birlikte, ekip yaklaşımının oluşturulması ve çalışanların desteğinin alınması, ekibin kurallara uygun davranması, gelişmelerin takip edilmesi, sürekli eğitim ve isteklilik güvenlik kültürü oluşmasında gerekli unsurlardır.

Güvenlik kültürünün sürdürülebilirliği için, kurumda geliştirilmesi gereken hususların saptanması, kişilerde eğitimlerle farkındalık oluşturulması, meydana gelen değişimlerin takip edilmesi ve sonuçların değerlendirilmesi gerekmektedir [5].

Güvenlik kültürünün değerlendirilmesi hasta güvenliğini arttırmada bir araç olarak kabul edilmekte ve HGK’nü ölçmeye ve iyileştirmeye yönelik farklı araçlar, ABD’de 1999 yılında “To Err is Human” raporu ile birlikte kullanılmaya başlatılmıştır. 2004 yılında “Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ)” hasta güvenliği ve sağlık kalitesini artırma hedefinin bir parçası olarak HGK Hastane Anketi (HSOPSC)’ni formüle etmiştir [7]. HSOPSC, hasta güvenliği iyileştirme ve eğilimlerini incelemek için güçlü yönleri belirlemek amacıyla hastaneler tarafından kullanılan bir değerlendirme aracıdır [8].

Sağlık kurumlarında profesyonel hizmet organizasyonunda performansın iyileştirilmesi, son zamanlarda operasyon yönetimi alanında önem kazanan önemli bir araştırma alanıdır [9,10]. Organizasyonel kültür hem üretim hem de hizmet sektöründe performansın iyileştirilmesi için önemli bir bağlantı olmuştur. Organizasyonel kültür, sağlık hizmetlerinde performansın nasıl etkilendiğini inceler ve özellikle güvenlik kültürüne odaklanır. Performans, hasta güvenliğinde, süreç kalitesinde ve hasta memnuniyetinde iyileşmeler şeklinde tanımlanabilir. Sürecin kalitesi ve hastaların hastanede yaşadıkları deneyimler hizmet performansı için oldukça önemli bileşenler haline gelmiştir [11].

Hasta güvenliği kültürünün kavramsal temelini açıklayan “Kanada Hasta Güvenliği Enstitüsü Güvenlik Yetkinlikleri Çerçevesi (Canadian Patient Safety Institute’s Safety Competencies Framework)” altı yeterliliği tanımlamıştır. Bu yeterlilikler; hasta güvenliği kültürüne katkıda bulunmak, hasta güvenliği için ekip merkezli çalışma anlayışı oluşturmak, hasta güvenliği için etkili bir şekilde iletişim kurmak, riskler için güvenli yönetme mekanizmaları oluşturmak, insan-çevre faktörlerini optimize etmek ve advers (istenmeyen) olayları tanımlamaktır. Bu altı alan, 23 yetki ve 140 yetkilendirme yeterliliğini kapsamaktadır [12].

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), güvenlik kültürünün çok boyutlu doğası gereği, hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörlerin daha iyi anlaşılmasının ve hasta güvenliğini artırma girişimlerinin ele alınmasının, gelişmekte olan ülkelerde ve değişken ekonomilere sahip

ülkelerde araştırma öncelikleri olduğunu belirtmiştir [13].

HGK sağlık profesyoneli olan hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki tutumları, normları ve inançlarıyla ilgili bir örgüt kültürünü ifade eder ve çeşitli güvenli davranışlarının bir faktörü olarak tanımlanır. Bir kurum pozitif bir hasta güvenliği kültürüne sahip olduğunda, çalışanlarının da güvenlik davranışlarına katılımı artar. Sağlık profesyoneli olan hemşireler, hemşirelik bakımını gerçekleştirirken beklenmeyen durumlarla veya çözülmemiş problemlerle daha iyi başa çıkabilir, bu durum hasta güvenliğinin sağlanmasına ve hasta güvenliği sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunabilir [3, 14].

Bu nedenle hastaların olası zararlardan korunması, bakım veren birimlerde güvenlik kültürünün ölçülmesi ve iyileştirilmesi, hastalar için güvenli bir ortamın desteklenmesi pozitif güvenlik kültürü için önemli bir stratejidir. Olumlu hasta güvenliği kültürüne sahip olan hemşirelerin de daha güvenli hasta bakımı verdikleri düşünülebilir. Buradan yola çıkarak bu çalışma, özel bir hastanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

2.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma tanımlayıcı tipte olup Haziran 2018-Ocak 2019 tarihlerinde İstanbul'da Anadolu yakasında bulunan Joint Commission International (JCI) akreditasyonuna sahip özel bir hastanede yürütülmüştür.

2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı özel hastanede Haziran 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında 149 hemşire çalışmaktadır. Örneklem seçimine gidilmemiş, tüm hemşirelere ulaşılmıştır. Anket formunda eksik veriler olması nedeniyle dört anket değerlendirme dışı bırakılmış ve 145 hemşire ile bu çalışma tamamlanmıştır.

2.3. Verilerin Toplanması

Anket formları mesai saatlerinde hemşirelere verilmiş ve sorulara yanıt vermeleri istenmiştir. Anket formlunun yanıtlanma süresi yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

2.3.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu" ve "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ)" kullanılmıştır.

2.3.1.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form 10 sorudan oluşmakta ve hemşirelerin çalıştığı birim, pozisyon, eğitim durumu, yaşı, meslekte toplam çalışma süresi, ilgili kurumda çalışma süresi, ilgili kurumda yürütülen kalite çalışmaları, daha önce kalite ve hasta güvenliği kültürü eğitimi alma durumu ve hasta güvenlik derecesine ait görüşleri sorulmuştur.

2.3.1.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

Türkmen ve ark. [15] tarafından geliştirilen bu ölçekte toplam 51 madde yer almaktadır. Dörtlü likert tipte olan bu ölçekte yer alan maddelerin yanıt seçenekleri; "kesinlikle katılmıyorum (1 puan)", "katılmıyorum (2 puan)", "katılıyorum (3 puan)" ve "kesinlikle katılıyorum (4 puan)" şeklindedir. HGKÖ alt boyutları; "yönetim ve liderlik (17-madde)", "çalışan davranışı (14-madde)", "beklenmedik olay ve hata raporlama (5-madde)", "çalışanların eğitimi (7-madde)" ve "bakım ortamı (8-madde)" dan oluşmuş olup olumsuz ifade bulunmamaktadır. Ölçek hemşire örnekleminde kullanılarak geliştirilmiştir. HGK belirlemede geçerli-güvenilir olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin genel Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Katsayısı (α)=0,97 bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarında ise (α)=0,83-0,92 arasındadır [13]. Bu çalışmada ise ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı (α)=0,96, alt boyutların (α) ise=0,82-0,91 arasındadır. Ölçek puan ortalaması 2'nin üzerinde ve artıyor olması olumlu hasta güvenliği kültürünü; 2 ve altında olması olumsuz hasta güvenliği kültürünün varlığını göstermektedir.

2.4. Verilerin Analizi

Verilerin analizi için SPSS v.25 programı kullanılmıştır. Sürekli (nicel) değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; "ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum" olarak ifade edilirken, kategorik değişkenler sayı ve yüzde şeklinde verilmiştir. Ölçek alt boyutlarının Normallik dağılımına Kolmogorov-Smirnov testi ($n>50$) ve Skewness-Kurtosis ile bakılmış ve bunun sonucunda değişkenlerin normal dağıldığından dolayı Parametrik testler uygulanmıştır. Ölçek alt boyutları bakımından kategorik verilerin ortalamalarını karşılaştırmada "Bağımsız gruplarda t-testi" ve "Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)", sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar %95 güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

2.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce HGKÖ'ni uygulayabilmek için elektronik ortamda ölçek izni alınmıştır. Bülent Ecevit Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik izin alınmıştır (2018/402). Çalışmanın yapılacağı kurumdan yazılı kurum izni alınmıştır (09.06.2018). Araştırmada gönüllü katılım esasına göre hareket edilmiş ve araştırma sürecinde etik ilkelere bağlı kalınmıştır.

2.6. Sınırlılıklar

Bu çalışma özel bir hastanede çalışan ve çalışmaya katılmaya kabul eden hemşireler ile yürütüldüğü için elde edilen sonuçlar diğer hastanelere ve çalışanlara genellenemez.

3. Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 27,5±6,6 yıl (18-46 yıl), meslekte çalışma süresi ortalaması 7,6±6,0 yıl (1-23 yıl), buldukları kurumda ortalama çalışma süresi ise 3,7±4,1 yıl (1-13 yıl) bulunmuştur. Hemşirelerin %75,1'in hastane hasta güvenlik uygulamalarının çok iyi + mükemmel olduğunu, %92,4'ü kalite ve hasta güvenliği eğitimi aldığını belirtmiştir. Hemşirelerin demografik ve mesleki özellikleri Tablo-1'de sunulmuştur

Tablo 1. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özellikleri (N=145)

Değişkenler	Sayı	%
Yaş		
18-24 yaş	66	45,5
25-29 yaş	34	23,4
30 yaş/üzeri	45	31,0
Pozisyon		
SH-YBH	126	86,9
SSH	16	11,0
EH-SVH	3	2,1
Eğitim Durumu		
Sağlık meslek lisesi	79	54,5
Ön lisans	30	20,7
Lisans	36	24,8
Meslekte çalışma süresi		
1-5 yıl	68	46,9
6-10 yıl	37	25,5
11 yıl/üzeri	40	27,6
Kurum da toplam çalışma süresi		
1-5 yıl	103	71,0
6-10 yıl	19	13,1
11 yıl/üzeri	23	15,9
Hasta güvenliğine ait görüş		
Mükemmel	22	15,1
Çok iyi	87	60,0
Kabul edilebilir	33	22,8
Zayıf	3	2,1
Kalite eğitimi alma		
Evet	134	2,4
Hayır	11	7,66

SH: Servis hemşiresi, YBH: Yatak başı hemşiresi, SSH: Servis sorumlu hemşiresi, EH: Eğitim hemşiresi, SVH: Süpervizör hemşire

Hemşirelerin çalıştıkları kurumda katıldıkları kalite çalışmaları incelendiğinde %94,5'inin (137 kişi) JCI Joint Commission International) Akreditasyon çalışmalarına katıldığı tespit edilmiştir (Tablo-2). Hemşirelerin HGKÖ puan ortalaması 3,23±0,37 bulunmuştur. Alt boyutlar değerlendirildiğinde sırası ile; "çalışanların eğitimi" (3,35±0,44), "Bakım ve Teknoloji" (3,33±0,43), "Çalışan Davranışı" (3,24±0,36), "Yönetim ve Liderlik" (3,20±0,43) ve "beklenmedik olay

Tablo 2. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumda Katıldıkları Kalite Çalışmaları (N=145) (Birden fazla seçenek işaretlenmiştir)

Değişkenler	Sayı	%
ISO Standardizasyon Çalışmaları	88	60,7
JCI Akreditasyon	137	94,5
Toplam Kalite Yönetimi Çalışmaları	44	30,3

JCI: Joint Commission International

Tablo 3: Hemşirelerin HGKÖ Puan Ortalamaları (N=145) (Min:1- Max:4)

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Ort±Ss
Yönetim ve Liderlik	17	3,20±0,43
Çalışan Davranışı	14	3,24±0,36
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	5	3,13±0,51
Eğitim	7	3,35±0,44
Bakım ve Teknoloji	8	3,33±0,43
HGKÖ Toplam	51	3,23±0,37

HGKÖ: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma

ve hata raporlama" (3,13±0,51) olarak saptanmıştır (Tablo 3). En yüksek puan "çalışanların eğitimi", en düşük puan ise "beklenmedik olay ve hata raporlama" alt-ölçeklerinden alınmıştır.

Ölçekten alınan toplam puan ortalaması ile yaş, meslekte çalışma süresi, kurumda toplam çalışma süresi ve hastanenin hasta güvenliğine ait görüş değişkenleri ile anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). 30 yaş ve üstü olanlarda, meslekte ve kurumda 11 yıl ve üstü çalışanlar ile hastanenin hasta güvenliğine ait mükemmel görüşe sahip olanların ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ölçekten alınan toplam puan ortalaması ile kurumda görev yapılan pozisyon, eğitim, hasta güvenliği ve kalite eğitimi alma değişkenleri ile anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4). Hemşirelerin yaş gruplarına göre HGKÖ'nin alt boyutları incelendiğinde; "yönetim ve liderlik", "çalışanların eğitimi", "beklenmedik olay ve hata raporlama" ve "bakım ve ortamı" alt boyutlarında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), "çalışan davranışı" alt boyutunda ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çalıştıkları pozisyon ile HGKÖ'nin alt boyutları incelendiğinde; tüm alt boyutlarda anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Eğitim durumu ile HGKÖ'nin alt boyutları incelendiğinde; "beklenmedik olay ve hata raporlama" ve "bakım ve ortamı" alt boyutlarında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), "yönetim ve liderlik", "çalışanların eğitimi" ve "çalışan davranışı" alt boyutlarında ise fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ile

HGKÖ'nin alt boyutları incelendiğinde; tüm alt boyutlarda anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kurumda çalışma süresi ile HGKÖ'nin alt boyutları incelendiğinde; “çalışan davranışı” hariç tüm alt boyutlarda anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)

(Tablo 4). Kurumun hasta güvenlik uygulamalarına ait görüş ile HGKÖ'nin alt boyutları incelendiğinde; “çalışanların eğitimi” hariç tüm alt boyutlarda anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4: Demografik ve Mesleki Özelliklere Göre HGKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Demografik ve Mesleki Özellikler		Yönetim ve Liderlik	Eğitim	Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Bakım ve Teknoloji	Çalışan Davranışı	HGKÖ Toplam
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Yaş Grubu	18-24 yaş	3,10±,46 ^a	3,31±,46 ^{a,b}	2,99±,56 ^b	3,27±,41 ^b	3,17±,36	3,16±,38 ^b
	25-29 yaş	3,17±,41 ^b	3,24±,41 ^b	3,16±,42 ^{a,b}	3,25±,44 ^b	3,30±,37	3,22±,35 ^b
	30 yaş ve üstü	3,38±,37 ^a	3,49±,43 ^a	3,32±,44 ^a	3,48±,42 ^a	3,32±,35	3,38±,34 ^a
	p.	0,003	0,028	0,003	0,022	0,063	0,007
Pozisyon	SH-YBH	3,19±,44	3,33±,45	3,13±,53	3,32±,43	3,24±,37	3,24±,38
	SSH	3,23±,46	3,51±,41	3,15±,45	3,41±,46	3,30±,32	3,31±,36
	EH-SVH	3,41±,44	3,43±,51	3,27±,42	3,17±,31	3,19±,30	3,30±,32
	p.	0,655	0,309	0,890	0,620	0,786	0,746
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	3,25±,50	3,41±,48	3,22±,49 ^a	3,41±,46 ^a	3,29±,39	3,30±,41
	Ön Lisans	3,10±,39	3,31±,33	2,91±,65 ^b	3,25±,34 ^b	3,21±,33	3,16±,32
	Lisans	3,17±,32	3,25±,44	3,13±,38 ^a	3,22±,40 ^b	3,17±,33	3,19±,32
	p.	0,271	0,180	0,018	0,045	0,218	0,110
Meslekte çalışma süresi	1-5 yıl	3,10±,46 ^b	3,29±,47 ^b	3,05±,51 ^b	3,28±,45 ^b	3,17±,37 ^{a,b}	3,17±,39 ^b
	6-10 yıl	3,16±,41 ^b	3,25±,39 ^b	3,04±,54 ^b	3,22±,35 ^b	3,26±,36 ^b	3,20±,33 ^b
	11 yıl ve üstü	3,41±,35 ^a	3,55±,41 ^a	3,36±,43 ^a	3,52±,42 ^a	3,35±,33 ^a	3,42±,31 ^a
	p.	0,001	0,004	0,004	0,004	0,042	0,001
Kurumda toplam çalışma süresi	1-5 yıl	3,17±,45 ^b	3,34±,45 ^b	3,09±,53 ^b	3,31±,43 ^b	3,23±,38 ^b	3,22±,38 ^b
	6-10 yıl	3,10±,42 ^b	3,12±,41 ^b	3,04±,34 ^b	3,15±,33 ^b	3,13±,33 ^b	3,11±,29 ^b
	11 yıl ve üstü	3,43±,31 ^a	3,59±,37 ^a	3,39±,47 ^a	3,56±,43 ^a	3,39±,29 ^a	3,46±,30 ^a
	p.	0,019	0,002	0,028	0,006	0,051	0,005
Hasta güvenliği ilgili eğitim alma	Evet	3,20±,44	3,35±,45	3,13±,52	3,33±,43	3,24±,36	3,25±,37
	Hayır	3,24±,59	3,15±,40	3,30±,14	3,07±,26	3,18±,25	3,19±,26
	p.	0,910	0,508	0,644	0,379	0,803	0,819
Kalite eğitimi alma	Evet	3,21±,42	3,33±,43	3,12±,52	3,33±,42	3,25±,37	3,25±,37
	Hayır	3,03±,59	3,58±,59	3,29±,34	3,35±,57	3,21±,34	3,23±,45
	p.	0,186	0,073	0,289	0,855	0,743	0,893
Hasta güvenlik derecesine ait görüş	Mükemmel	3,45±,37 ^a	3,46±,44	3,37±,45 ^a	3,55±,41 ^a	3,42±,40 ^a	3,45±,36 ^a
	Çok iyi	3,23±,45 ^{a,b}	3,35±,46	3,17±,49 ^{a,b}	3,34±,44 ^a	3,24±,38 ^{a,b}	3,26±,38 ^a
	Kabul edilebilir	3,01±,33 ^b	3,32±,43	2,92±,55 ^{a,b}	3,19±,35 ^{a,b}	3,16±,26 ^{a,b}	3,11±,27 ^{a,b}
	p.	2,63±,27 ^c	3,00±,00	2,73±,12 ^b	2,88±,13 ^b	3,00±,00 ^b	2,83±,12 ^b
	p.	0,001	0,345	0,005	0,005	0,039	0,002

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, SH: Servis hemşiresi, BH: Yatak başı hemşiresi, SSH: Servis sorumlu hemşiresi, EH: Eğitim hemşiresi, SVH: Süpervizör hemşire
a, b, c: Alt ölçeklere göre demografik grupları arası farkı gösterir ($p<0,05$)

4. Tartışma

107

Türk ve ark.'nın [17] Elazığ'da bir kamu hastanesinde yaptığı 255 hemşire/ebenin katıldığı çalışmada, en yüksek boyut “beklenmedik olay ve hata raporlama”, en düşük boyutlar ise “yönetim-liderlik” ve “çalışan davranışı” olarak bulunmuş olup çalışmamızla farklılık göstermektedir. Karaca ve Arslan'ın [18] İstanbul'da toplamda 151 hemşirenin katıldığı iki özel hastanede yaptıkları çalışmada, en yüksek boyut “çalışan eğitimi (3.04±0.60)”, en düşük boyut ise “beklenmedik olay ve hata raporlama (2.94±0.58)” olup çalışmamız bulguları ile benzerlik göstermektedir. Rızalar ve ark [19] Samsun'da bir üniversite hastanesinde dahiliye, cerrahi, yoğun bakım ve ameliyathanede 129 hemşire ile

yaptıkları çalışmada, hasta güvenliği konusunda eğitim alan hemşirelerin alt ölçek puan ortalamaları eğitim almayan hemşirelerden yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim almayanlarda en yüksek boyut “çalışan davranışı (2.76±0.47)”, en düşük boyut “bakım ortamı (2.50±0.55)” ve “beklenmedik olay ve hata raporlama (2.50±0.56)” iken eğitim sonrası “beklenmedik olay ve hata raporlama” ve “çalışan davranışı” alt ölçeklerinin puan ortalamaları artmıştır. Sonuç çalışmamızla hata raporlama boyutunda benzerlik göstermektedir. Hastanelerde güvenlik kültürü, bireyleri suçlamadan tehlikeleri ve hataları önleme, tespit etme ve en aza indirmeye odaklanan kültür olarak tanımlanmıştır [7, 20]. Bir hastanede iyi bir güvenlik kültüründen

bahsedebilmek için öncelikle güvensiz olayları bildirme kültürüne ve etkili güvenlik raporlama sistemlerine sahip olmak gerekmektedir [21]. Hasta güvenliği konularında en önemli husus tıbbi hataların raporlanmasıdır [22]. Çalışmamızda “beklenmedik olay ve hata raporlama” puan ortalaması diğer alt boyutlara göre düşük bulunmuştur. Sağlık hizmeti sunanların tıbbi hatalara ilişkin algılarını ele alan çalışmalarda; çalışma ortamında dışlanma, onay görmeme, kişilerin cezalandırılması, hata yaptığını toplum içinde kabule zorlanma, hatanın sicile işlenmesi, hatanın kişilere mal edilmesi gibi nedenlerle yeterli raporlama yapılmadığı [23], ceza korkusunun, hata raporlama sıklığını azalttığı belirtilmiştir [24]. Oysaki hemşireler, bakım alanlarında hasta güvenliği ile ilgili durumların tespit edilmesi/ azaltılması/ ortadan kaldırılmasından, hasta ve ailesinin konu ile ilgili eğitilmesinden ve oluşan/nerdeyse oluşacak (near-miss) tıbbi hataların raporlanmasından sorumludurlar [25]. Bunun için kurumların tıbbi hataları raporlama, analiz etme, hatalardan ders çıkarmaya ve güvenlik girişimlerine katılmaya teşvik eden cezalandırıcı olmayan stratejiler uygulaması, bir örgüt kültürü oluşturulması gerekmektedir [24,26]. Çalışmamızda “yönetim ve liderlik” algısı puan ortalaması 3.19±0,43 olarak bulunmuştur. Yüksek olmakla birlikte geliştirilmesi ve orta düzey yöneticilerin desteklenmesi önerilebilir. Hasta güvenliğini destekleyen bir kültürün oluşması ve sürdürülmesi için, gerekli olan örgütsel değişimin kaynağını yöneticiler oluşturur. Sağlık yöneticilerinin kaliteyi ve verimliliği artırmak için hasta güvenliği ile ilgili stratejiler geliştirmeleri [27], süreçleri ve sistemleri iyi yönetmeleri gerekmektedir. Bunun sağlanması için olumsuz durumların konuşulmasında, bildirilmesinde korku yaşanmaması, tartışılabilir ortamların oluşması sağlanmalıdır [28]. Etkili bir liderlik; güçlü bir hasta güvenliği kültürü oluşturulmasında, hasta güvenliğini geliştirebilecek olan “olay bildirim raporlama sistemi”nin oluşturulmasında, çalışanlar tarafından kullanılmasında, sonuçlarının zamanında ve etkin olarak işlenerek anlamlı sonuçlar elde edilmesinde etkin bir rol oynamaktadır [28]. Yaş grubuna göre alt boyutlar değerlendirildiğinde, HGKÖ ve alt boyutlarına göre anlamlı derecede farklılık bulunmuştur. 30 yaş ve üstü çalışanların hasta güvenliği kültürü ortalamaları, 18-24 ve 25-29 yaş olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. “Yönetim ve liderlik” alt boyutunda 25-29 yaş grubunun ölçek ortalaması, 18-24 yaş arası olanlardan anlamlı düzeyde yüksek, 30 yaş ve üstü olanlardan ise düşük olarak bulunmuştur. “Beklenmedik olay ve hata raporlama” alt boyutunda 30 yaş ve üstü yaş ortalamasına sahip olanların ölçek ortalaması, 18-24 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Erdağı ve Özer’in [29] Erzurum’da üç kamu hastanesinin cerrahi kliniklerinden toplam 308 hemşirenin dahil olduğu çalışmada yaş grupları arasında da fark olduğu belirtilmiştir. Türk ve ark.’nın [17] Elazığ’da bir kamu hastanesinde yaptığı çalışmada ise hemşire/ebelerin yaş grupları ile HGKÖ ve alt boyutları değerlendirildiğinde anlamlı bir fark

bulunmamıştır. Çalışmamızda tespit edilen farklılığın, çalışanların uzun süredir hastanede çalışmalarından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda eğitim durumu ile alt boyutlar karşılaştırıldığında; “beklenmedik olay ve hata raporlama” ile “bakım ortamı” alt boyutunda anlamlı derecede farklılık bulunmuştur. “Beklenmedik olay ve hata raporlama” alt boyutunda, lisans mezunu hemşirelerin, “Bakım ortamı” alt boyutuna göre ise, sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin ölçek ortalamaları, diğer mezuniyetlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Erdağı ve Özer’in [29] Erzurum’da üç kamu hastanesinde yaptığı çalışmada hemşirelerin eğitim düzeyleri ile “yönetimsel bakım ile ilgili” iki ölçek alt boyut ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Türk ve ark.’nın [17] Elazığ’da bir kamu hastanesinde yaptığı çalışmada ise hemşire/ebelerin eğitim düzeyleri ile HGKÖ ve alt boyutları değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmada “beklenmedik olay ve hata raporlama” da lisans mezunu hemşirelerin ortalama puan yüksekliği; hemşirelikte eğitim seviyesiyle birlikte daha eleştirel düşünme ve otonominin artması dolayısı ile beklentilerin ifade edilmesinde, hataların raporlanmasında gelişmelerin olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Aynı zamanda yönetimin kalite standartlarını desteklemesinin etkisi de söz konusudur.

Çalışmamızda hemşirelerin hastanede çalıştıkları pozisyon ile HGKÖ’nin alt boyutları arasında farklılık saptanmamıştır. Ertürk ve ark.’nın [30] Manisa il merkezin de bulunan üniversite, Devlet ve Özel Hastanede görev yapan 603 hemşire üzerinde yapılan çalışmada gerek toplam puan gerekse alt ölçek puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Pozisyon ile ilgili farklılık olmamakla birlikte Türk ve ark.’nın [17] Elazığ’da bir kamu hastanesinde yaptığı çalışmada görev yapılan birim ile hemşire/ebelerin HGKÖ’nin “yönetim ve liderlik” ve “çalışan eğitimi” alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirtilmiştir. Özellikle birimlerde çalışanların puanlarının, yataklı servis çalışanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür.

Meslekte çalışma süresiyle, HGKÖ ve alt boyutları değerlendirildiğinde anlamlı derecede farklılık bulunmuştur. Çalışmada 11 yıl ve üstü çalışanların “yönetim ve liderlik”, “çalışanların eğitimi”, “bakım ortamı”, “beklenmedik olay ve hata raporlama”, “çalışan davranışı” ve HGKÖ ölçek puan ortalamaları, diğer gruplara (1-5 yıl ve 6-10 yıl) göre yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin kurumda çalışma süresine göre ise HGKÖ, “yönetim ve liderlik”, “çalışanların eğitimi”, “bakım ortamı”, “beklenmedik olay ve hata raporlama” alt boyutlarına göre anlamlı derecede farklılık bulunmuştur. Kurumda 11 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin ölçek puan ortalamaları, 1-5 yıl ve 6-10 yıl arası çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Alt boyutlardan “çalışan davranışı” ile hemşirelerin kurumda çalışma süresi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Abdou ve Saber’in [16] Mısır’da bir üniversite hastanesinde tüm yatan hasta birimlerinde çalışan 165

hemşire ile yapmış oldukları çalışmada, güvenlik kültürü ortalamaları ile çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Türk ve ark.'nın [17] Elazığ'da bir kamu hastanesinde yaptığı çalışmada kurumda çalışma süresine göre hemşire/ebelerin HGKÖ puan ortalamaları ve HGKÖ'nin alt boyutları ile kurumda çalışma süresi arasında da anlamlı fark gözlenmemiştir. Özdemir ve Şahin'in [31] Kars ilinde bulunan iki hastanede 280 hemşirenin katılımıyla yapılan çalışmada, 1 yılın altında çalışan hemşirelerin HGKÖ puanları diğer gruplara (1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11 yıl üzeri) göre yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Rızalar ve ark [19] Samsun'da bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada ise 0-5 yıl çalışan hemşirelerin hem toplam puan hem de alt ölçek puanları açısından diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Güneş ve ark.'nın [32] Türkiye'de üç devlet ve bir üniversite hastanesinin medikal, cerrahi, yoğun bakım ve acil servislerinde çalışan 554 hemşire ile yapmış olduğu çalışmada 10 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin tüm boyutlarda hasta güvenlik skorunun anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir. Ertürk ve ark.'nın [30] Manisa'da yaptıkları çalışma sonuçları da çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar, yıllarının artması ile hemşirelerin deneyimleri arasında paralellik olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Aynı zamanda hemşirelerin uzun süre kurumda çalışmış olmaları, her yıl düzenlenen yenileme eğitimleri (hasta güvenlik, kalite vs), iç denetimlerin yoğun olarak yapılması gibi kriterlerin hasta güvenlik kültürü algılarının artmasında etkili olduğunu düşündürmektedir. Kurumda çalışmaya yeni başlayan hemşirelerin de çalışma süresinin artmasına paralel olarak HGK farkındalıklarının (verilecek güvenlik kültürü eğitimleriyle) artacağı düşünülmektedir.

Ammouri ve ark.'nın [33] Umman'daki dört büyük devlet hastanesinde çalışan 414 kayıtlı hemşire arasında yaptığı çalışmada hemşirelerin aynı klinik alanda uzun süre çalışması ve deneyim süresinin fazla olmasının hasta güvenliğine olumlu etkisi olduğunu belirtmiştir [33]. Hasta güvenlik kültürünün, hasta sonuçları, hasta bakımı ve hasta deneyimleri arasında olumlu bir ilişki olduğu belirtilirken kurum içerisinde hasta güvenliği kültürünü iyileştirme stratejilerinin etkinliğine dair kanıtlar sınırlıdır [34].

Hasta bakımının güvenliği konusunda artarak yaşanan tartışma; sağlık çalışanlarının kalite ve güvenlik konusundaki eğitimleri, hasta bakımını korumak ve iyileştirmek için gereken bilgi, beceri, yetkinlik ve motivasyona sahip olup olmadıklarıdır. Klinisyenler ve yöneticiler arasında bilgi ve beceri eksikliği, bakım kalitesini artırmada önemli bir engel olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık profesyonellerinin yeterince vasıflı olmamaları, kalite iyileştirme ve hasta güvenliği konusunda gerekli eğitimleri almamaları da önemlidir [35].

Çalışmamızda hemşirelerin neredeyse tamamının (%98,6 n:143) kalite iyileştirme ve hasta güvenliği eğitimi aldıkları tespit edilmiş olup eğitim alma durumları ile HGKÖ ve alt boyutları arasında anlamlı fark

gözlenmemiştir. Bu durumun araştırma yapılan kurumlarda işe başlayan hemşirelere ilk ay içerisinde Mesleki Oryantasyon Programı'nda "hasta güvenliğine yönelik eğitimlerin" verilmesi ve deneme süreci boyunca Klinik Eğitim Hemşireleri tarafından eğitimlerinin devam etmesinin etkili olduğu söylenebilir. Sağlık kurumlarında güvenlik kültürü değerlendirmesine olan ilgi, güvenlik kültürünün iyileştirilmesine odaklanmaya paralel olarak artmıştır. HGK oluşturmak için öncelikle onu anlamak ve yüzleşmek önemlidir [7]. Bu konu çalışan tüm personelin içselleştirmesi ve uygulaması gereken bir konudur [23]. Bu nedenle, hataları önlemek ve bu tür istenmeyen olayların hastane ortamında görülme sıklığını azaltmak için "hasta güvenliği kültürü" teşvik edilmeli ve eğitimler organize edilmelidir [26].

Hemşireler için okullarda müfredat programına ve mezuniyet sonrası sürekli eğitim programlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu programların içeriğinde, hasta güvenliği ile ilgili teorik kavramlar, hemşirelik uygulamaları ve hasta güvenliği, hemşirelerin hasta güvenlik yeterliliklerinin geliştirilmesi ile ilgili içeriklerden oluşmalıdır [33].

Çalışmada, hemşirelerin yaklaşık dörtte üçünün (%75,2'si) çalıştıkları kuruma ait hasta güvenlik derecesini mükemmel ve çok iyi olarak belirtmiş olması kurumun hasta güvenlik uygulamalarına olan olumlu bakış açısını göstermektedir. Çalışmanın JCI kalite sertifikasına sahip bir hastanede yapılması, hemşirelerin hasta güvenliği konusunda düzenli eğitim alıyor olmaları hemşirelerin hasta güvenliği algılarını olumlu yönde etkilemesine neden olabilir. Olumlu görüş bildiren hemşirelerin; "yönetim ve liderlik", "bakım ortamı" ve "beklenmedik olay ve hata raporlama" alt boyutlarında, "zayıf" olarak görüş bildirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek yüksek bulunmuştur. Hasta güvenliğini iyileştirmede etkili faktörlerden birisi de çalışanlarda davranış değişikliğini sağlayacak olan eğitimidir. Ancak hasta güvenliği güncel bir konudur. Bu nedenle mevzuat değişimlerinin de yakın takibi ve paylaşılması önemlidir [27].

5. Sonuç

Çalışma özel bir hastanedeki hemşireler arasında algılanan hasta güvenliğinin genel bir değerlendirmesini sunmaktadır. Sonuçlar, hastanede güvenlik kültürünün kurulmuş olduğunu ve geliştirilebileceğini göstermektedir. Özellikle hata raporlamasını daha da iyileştirmek için girişimlere ihtiyaç vardır. Hata raporlama ve hatalardan öğrenme stratejisi, hasta güvenliği kültürü oluşturmak için ilk adım olarak görülmelidir. Hasta güvenliği, bir meslek grubunun ya da kurumun tek başına çözebileceği bir konu değildir. Ortak akıl ile çözümlenebilecek olan, ortak dil ve ortak bir hedef yaklaşımını zorunlu kılan bir konudur. Bu nedenle sadece hemşireler değil tüm çalışanlara en iyi güvenlik tutum ve davranışlarını destekleyen kültürler tanımlanmalı ve oluşturulmalıdır. Ancak hasta güvenliğine ilişkin sağlık hizmetlerinde hemşirelerin önemli bir temel oluşturduğu da unutulmamalıdır. Ayrıca sağlık hizmeti temelli kalite göstergelerinin önemini

sürekli olarak değerlendirmek için daha fazla çalışmaya (hemşirelik bakım çıktılarına etkisi gibi) ihtiyaç vardır.

Referanslar

1. Amiri, M, Khademan, Z, Nikandish, R, The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial, *BMC Medical Education*, 2018, 18(158), 1-8. doi:10.1186/s12909-018-1255-6.
2. Martin, B, Reneau, K, Jarosz, L, Patient Safety Culture and Barriers to Adverse Event Reporting: A National Survey of Nurse Executives, *Journal of Nursing Regulation*, 2018, 9(2), 9-17.
3. Kim, K.J, Yoo, S.M, Seo, E.J, Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea, *Korean Society of Nursing*, 2018, 12, 121-126. doi:10.1016/j.anr.2018.04.003.
4. Hoffmann, B, Müller, V, Rochon, J, Gondan, M, Müller, B, Albay, Z, Gerlach, FM, Effects of a team-based assessment and intervention on patient safety culture in general practice: an open randomised controlled trial, *BMJ Quality and Safety*, 2014, 23, 35-46. doi:10.1136/bmjqs-2013-001899.
5. DiCuccio, M.H, The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review, *Journal of Patient Safety*, 2015, 11(3), 135-142.
6. Gomides, M.D.A, DeSouza Fontes, A.M, Silveira, A.O.S.M, Sadoyama, G, Patient safety culture in the intensive care unit: cross-study, *The Journal of Infection in Developing Countries*, 2019, 13(06), 496-503
7. Nieva, V.F, Sorra, J, Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in health care organizations, *BMJ Quality and Safety*, 2003, 12(2), 17-23.
8. Arrieta, A, Suárez, G, Hakım, G, Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru, *International Journal for Quality in Health Care*, 2017, 2, 1-6.
9. Boyer, K.K, Gardner, J.W, Schweikhart, S, Process quality improvement: an examination of general vs. outcome-specific climate and practices in hospitals, *Journal of Operations Management*, 2012, 3(4), 325-339.
10. Dobrzykowski, D.D, McFadden, K.L, Vonderembse, M.A, Examining pathways to safety and financial performance in hospitals: A study of lean in professional service operations, *Journal of Operations Management*, 2016, 42, 39-51.
11. Gregory, N, StockKathleen, L, McFadden, H, Improving service operations: linking safety culture to hospital performance, *Journal of Service Management*, 2017, 28(1), 1-56.
12. VanDenKerkhof, E, Sears, N, Tregunno, D, Edge, D, Ginsburg, L, Patient safety in practical nurses education: A cross-sectional survey of newly registered practical nurses in Canada, *Nurse Education Today*, 2017, 51, 48-56.
13. Kim, K.J, Yoo, S.M, Seo, E.J, Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea, *Korean Society of Nursing*, 2018, 12, 121-126.
14. Farokhzadian, J, Nayeri, N.D, Borhani, F, The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses, *BMC Health Services Research*, 2018, 18(1), 654
15. 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.
16. Abdou, H.A, Saber, K.M, A baseline assessment of patient safety culture among nurses at student university hospital, *World Journal of Medical Sciences*, 2011, 6(1), 17-26.
17. 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.
18. Karaca, A, Arslan, H, Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2014, 1(1), 9-18.
19. Rızalar, S, Tural Büyük, E, Şahin, R, As, T, Uzunkaya, G, Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2016, 9(1), 9-15.
20. Sammer, C, James, B, Patient Safety Culture: The Nursing Unit Leader's Role, *Online Journal of Issues in Nursing*, 2011, 16(3).
21. Cooper, J.B, Developing a culture of safety, *Biomedical Instrumentation & Technology*, 2003, 37(3), 212-214.
22. Vural, F, Çiftçi, S, Fil, Ş, Aydın, A, Vural, B, Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları ve Tıbbi Hataların Raporlanmasını, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 5(2), 152-157.
23. Dursun, S, Bayram, N, Aytaç, S, Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama, *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler*, 2010, 8(1), 1-14.
24. Ali, H, Ibrahim, S.Z, Al Mudaf, B, Al Fadal, T, Jamal, D, El Jardali, F, Baseline assessment of patient safety culture in public hospitals in Kuwait, *BMC Health Services Research*, 2018, 18(1), 158-169.
25. Çırptı, F, Doğan Merih, Y, Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2009, 2(3), 26-34.
26. Alshammari, F, Pasay-an, E, Alboliteh, M, Alshammari, MH, Susanto, T, Villareal, S, Gonzales, F, A survey of hospital healthcare professionals' perceptions toward patient safety culture in Saudi Arabia, *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 2019, 1-28. doi:10.1016/j.ijans.2019.100149
27. Derin, N, Demirel, E.T, Hastanelerde Verimlilik Artışı İçin Hasta Güvenliği Uygulamaları ve Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Dönüşümcü Liderliğin Etkisi, *Verimlilik Dergisi*, 2011, 3, 51-81.
28. Korkmaz, O, Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Yöneticilerin Tutumunu Algılayışı, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2012, 14(4), 91-112.
29. Erdağı, S, Nadiye, Ö, Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 18(2), 94-106.
30. Ertürk, C, Dönmez, P, Özmen, D, Manisa İl Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2016, 32 (1), 19-33.
31. Özdemir, F, Şahin, Z, Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları: Kars İli Örneği, *ODU Journal of Medicine*, 2015, (2), 139-144.
32. Güneş, U.Y, Gülek, O, Sömez, M, A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey, *Collegian*, 2016, 23(2), 225-232.
33. Ammouri, A, Tailakh, A, Muliir, J, Geethakrishnan, R, Al Kindi, S, Patient safety culture among nurses, *International Nursing Review*, 2015, 62(1), 102-110.
34. Campione, J, Famolaro, T, Promising practices for improving hospital patient safety culture, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2018, 44(1), 23-32.
35. Gallen, A, Kodate, N, Casey, D, How do nurses and midwives perceive their preparedness for quality improvement and patient safety in practice? A cross-sectional national study in Ireland, *Nurse Education Today*, 2019, 76, 125-130.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Atıf-Gayriticari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

