

Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler*

Selda Rızalar**, Esra Tural Büyük**, Rabia Şahin***, Tülin As****, Gülhan Uzunkaya****

Öz

Giriş ve Amaç: Araştırma, bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı özellikte olan bu araştırma 12-23 Mart 2013 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi servislerinde çalışan 129 hemşire ile yapılmıştır. Veriler “Kişisel Bilgi Formu” ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ) kullanılarak toplanmıştır. Veri analizinde t- testi, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamaları 32.73 ± 5.64 olup, %53.5’inin hasta güvenliği konusunda eğitim almadıkları belirlendi. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 2.64 ± 0.43 alt ölçek puan ortalamaları sırasıyla; yönetim ve liderlik 2.62 ± 0.49 , çalışan eğitimi 2.59 ± 0.73 , olay ve hata rapor etme 2.58 ± 0.69 , bakım ortamı 2.58 ± 0.51 çalışan davranışı 2.80 ± 0.58 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin hasta güvenliği hakkında eğitim alma, çalıştıkları bölüm, meslekte çalışma süresi ve görev şeklinin hasta güvenliği kültürü düzeylerini anlamlı olarak etkilediği belirlenmiştir. **Sonuç:** Araştırmaya alınan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün orta düzeyde olduğu, bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, hastane hemşirelik personeli.

Abstract

Patient Safety Culture and Influencing Factors of Nurses

Introduction: Student-centered education, education satisfaction, expectations are important in quality education systems. **Objectives:** This study is conducted to determine the education satisfaction of nursing students and the factor levels influencing this. **Methods:** Sample of the research is formed by 284 students in Nursing Department of Ondokuz Mayıs University Health College between spring semester 2013-2014. Data are collected using personal form and Student Satisfaction Scale - Short Form. Data analysis in SPSS 16 program average, percentage calculations with one-way ANOVA and t-test was performed. **Results:** Research students participating in the average age of 20.42 ± 1.96 , 75.4% female, 33.1% of the first class students, 51.1% of nursing department is satisfied, 38.7% of the school is satisfied and 54.1% of academic success are good perceived as stated. SSS-SF taken from the total average score is determined as 167.56 ± 40.59 , lower size item with the highest mean score of 3.24 ± 0.82 with the teaching staff size has been received. This was followed; school administration (3.20 ± 0.82), participation in decision making (3.19 ± 0.84), the quality of education and training (3.10 ± 0.87), scientific, social and technical facilities (3.08 ± 0.82) was followed. **Conclusions:** Research results have a medium level of satisfaction of the students and highest point average among scale sub-dimensions is the academic lecturers.

Key Words: Nursing, Nurse student, Satisfaction, Student satisfaction scale.

Geliş tarihi: 29.01.2015

Kabul tarihi: 01.01.2016

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre her 10 hastadan biri tıbbi hatalar nedeniyle ciddi şekilde zarar görmektedir (World Health Organization [WHO], 2014). Tıbbi hataların meydana gelmesinin hasta, hasta yakınları, sağlık çalışanları ve sağlık sistemine birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Hasta için komplikasyonlara, tedavinin aksamasına, tanı ve tedavi işlemlerinin tekrarına, anksiyete yaşamasına, ilaç harcamalarının artmasına, sağlık çalışanlarına karşı güven kaybına neden olurken kurumsal olarak maliyette artış ve kurum imajının olumsuz etkilenmesi söz konusudur (Fidancı, Yıldız, Akyol, Akbayrak ve Hatipoğlu, 2014).

Ülkemizde sağlıkta yenilik hareketlerinin başlaması ile birlikte sağlık hizmetlerinde özelleştirme çalışmaları hızlanmış (Akdağ, 2007); kalite ve akreditasyon çalışmaları yaygınlaşmış ve hasta güvenliği kavramı sağlık çalışanları tarafından tartışılmaya başlanmıştır (Türkmen, Bayraktar, Seren ve Altuntaş, 2011). Hasta güvenliği kavramı, Institute of Medicine (IOM) tarafından “hastalarda zararın önlenmesi” olarak tanımlanmış (Mitchell, 2008) olup sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kurumları ve bu kurumlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamını içermektedir (Çırpı, Doğan Merih, Yaşar Kocabay, 2009; Hatırnaz, 2007; Wendin, 2007; Sezgin, 2007).

Hasta güvenliği kültürü, bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını, yetkinliğini ve verdiği sözleri belirleyen, bireylere ya da gruba ait değerler, algılar, tutumlar, beceriler ve davranış biçimlerinin ürünüdür (Aksayan, 2009; Pizzi, Goldfarb ve Nash, 2001). Hasta güvenliğinde amaç, hasta veya hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziksel ve ruhsal olarak olumlu etkileyecek ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Hasta güvenliğini sağlamak için, bir güvenlik kültürü yapılandırmak gerekmektedir (National Patient Safety Agency [NPSA], 2004). Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için öncelikle, yüksek riskli ve hata oluşturabilecek aktivitelerin belirlenmesi, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve kişilerin cezalandırılmadığı açık iletişim ortamı yaratılması, olay raporlama sistemlerinin cezalandırıcı değil, olayın gerçek nedenini belirleme ve sistemi iyileştirmeye yönelik ele alınması, hasta güvenliği konusunda kurum kaynak ayırması gerekmektedir (Akalin, 2004; Hakverdioğlu Yönt, 2011; Pizzi ve ark., 2001). Sağlık bakımında güvenlik kültürü geliştirilmesinin temel hataları azaltmak ve tüm sağlık bakım kalitesini artırmaktır (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2014; Bahrami, Chalak, Razieh Montazeralfaraj ve Tafti, 2014; Wang ve ark., 2014).

Kurumdaki hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde, hasta ve hasta yakınlarına hasta güvenliği konusunda eğitim verilmesi ve işbirliği sağlanması önemli katkı sağlayacak bir uygulamadır (Aksayan, 2009). Olumlu hasta güvenliği kültüründe hem sağlık çalışanları ve yöneticileri arasında, hem de hasta ve aileleriyle açık iletişimin olması gerektiği belirtilmektedir (Akgün ve Al-Assaf, 2007). Hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olabilmesi için liderlerin konuya sahiplenmesi çok önemlidir. Hasta güvenliği kültürünün yerleştirilebilmesi ve iyileştirilebilmesi için tüm çalışanların hasta güvenliği ile ilgili algı ve tutumlarının ölçülmesi önerilmektedir (AHRQ, 2014; Akalin, 2004; Pizzi ve ark., 2001). Ölçümlerden elde edilen sonuçlar, yönetici ve liderlere, hasta güvenliği ile ilgili çalışanların kaygıları ve kalite ile ilgili iyileştirme yapılacak alanları belirlemede yararlı bilgiler vermektedir.

*Bu çalışma 19-21 Nisan 2013’de Konya’da yapılan 12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi’nde sözel bildiri olarak sunulmuştur ** Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksek Okulu, Samsun, e-mail: srizalar@omu.edu.tr / seldarizalar@gmail.com.*** Hemşire, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi **** Hemşire, Amerikan Hastanesi, *** Hemşire, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), hasta güvenliğinin artırılması için sağlık çalışanlarının işe alınması, eğitimi ve meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele, ilaç ve cihaz güvenliği, sağlıklı bakım ortamı da dahil olmak üzere çevre güvenliği ve risk yönetimi alanlarında geniş kapsamlı önlemler alınması, hasta güvenliği üzerinde odaklanmış bilimsel bilgi ile bunun gelişmesine destek sağlayacak altyapının ayrılmaz bir bütün halinde birleştirilmesi gerektiğine inanmaktadır (ICN, 2012). Aiken ve arkadaşlarının (2012) Avrupa ve Amerika’da yaptıkları kesitsel çalışmada hemşire sayısının artırılmasının, birimlerde uygun hemşire dağılımının yapılmasının, hasta-hemşire oranının dengeli olmasının, ekip üyeleri arasında pozitif iletişim kurulmasının ve çalışma ortamının hata yapmayı minimum düzeye indirecek şekilde planlanmasının hasta güvenliği ve hasta sonuçları üzerinde olumlu etkisinin olacağı gösterilmiştir.

Kurumlar, güvenlik kültürü oluşturulmasında tüm düzeylerde örgütsel bağlılıkla ilgili sorunlar belirtmektedirler. Sağlık bakım alanında güvenlik kültürünün geliştirilememesinde altta yatan nedenler oldukça karmaşıktır; ekip çalışması ve iletişimde yetersizlikler, düşük beklenti kültürü, tüm yetki kademelerindeki sorunlar rol oynamaktadır (AHRQ, 2014). Bireysel suçlanma kültürü halen sağlık bakımında geleneksel olarak baskındır ve bu durum kuşkusuz güvenlik kültürünün ilerlemesini etkiler (AHRQ, 2014). Güvenlik kültürü temel olarak lokalize bir sorundur, tek bir organizasyon içerisinde var olabilir. Güvenlik kültürü algılaması aynı hastanenin bir biriminde yüksek iken başka birimde düşük bulunabilmekte ya da yönetim kısmında yüksek serviste çalışanlarda düşük olabilmektedir. Çalışmalar aynı zamanda hizmet verenin tükenmişliğinin de güvenlik kültürü algılamasını olumsuz etkilediğini göstermiştir (AHRQ, 2014).

Tüm sağlık çalışanları içerisinde hemşireler işlevlerinin çokluğu, çeşitliliği ve hasta ile sürekli beraberliği nedeniyle daha sık tıbbi hata riski ile karşı karşıyadırlar. Hastaya olan yakınlıkları ve bakım işlevlerini yürütmedeki etkinlikleri nedeniyle de hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesinde özel bir yere sahiptirler. Bakım verdikleri her ortamda, hastalarını olası tehlikelerden korumak ve girişimlerin istenmeyen sonuçlarını önlemekle sorumludurlar (Cebeci, Gürsoy ve Tekingündüz, 2012; Türk ve Eşer, 2007). Hasta güvenliği girişimleri yoluyla sağlık bakımında kaliteyi geliştirmede hemşireler anahtar rol oynamaktadır (Mitchell, 2008). Sonuç olarak bir kurumda çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi kurumun güvenlik kültürünün yerleştirilmesi ve geliştirilmesinin temelini oluşturmaktadır. Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünü değerlendirmek planlanmıştır.

Amaç

Araştırma, hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Yeri

Araştırma Samsun ili Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşireler ile yürütülmüştür.

Evren ve Örneklem

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde dahiliye, cerrahi, yoğun bakım ve ameliyathanede çalışan tüm hemşireler araştırmanın evrenini oluşturmuş, çalışmaya katılmayı kabul eden 129 hemşire örnekleme dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu” ile “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” (HGKÖ) kullanılmıştır. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan Anket Formu 8 sorudan oluşmaktadır. Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi için Türkmen ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilen HGKÖ kullanılmıştır. Hemşire grubunda geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmış olan bu ölçek 51 maddeden oluşmaktadır. HGKÖ; yönetim ve liderlik (17 madde), çalışan davranışı (14 madde), beklenmedik olay ve hata raporlama (5 madde), çalışanların eğitimi (7 madde) ve bakım ortamı (8 madde) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. HGKÖ, dörtlü likert tipi bir ölçme aracıdır. Hasta güvenliği uygulamalarının etkinliği, “1 tamamen katılmıyorum”, “2 katılmıyorum”, “3 katılıyorum”, “4 tamamen katılıyorum” şeklinde “1”den “4”e kadar değişen puanlara göre değerlendirilmiştir. Ölçek puanının yorumlanmasında ise puan ortalamasının 4’e doğru yükselmesi olumlu hasta güvenliği kültürünü, 1’e doğru azalması ise olumsuz hasta güvenliği kültürünün varlığını göstermektedir. Türkmen ve arkadaşları tarafından HGKÖ’nin toplam Cronbach’s Alfa güvenilirlik katsayısı 0.97, alt boyutlarının ise 0.83-0.92 arasında bulunmuştur (Türkmen ve ark., 2011).

Veri Toplama

Bu araştırma, 12-23 Mart 2013 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmayı gerçekleştirmek üzere ilgili kurumdan yazılı olarak kurum izni alınmıştır. Anket formları, araştırmacılar tarafından servislere gidilerek hemşirelere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra elden dağıtılmıştır. Hemşirelerin formları doldurabilmesi için süre verilmiş ve aynı günde vardiya sonunda anketler toplanmıştır. Anket formları Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nin belirtilen kliniklerinde çalışan tüm hemşirelerden anket uygulamasının yapıldığı tarihlerde bazı hemşirelerin izinli/raporlu olması, bazılarının ise çalışmaya katılmak istememesi nedeniyle hemşirelerden 129’ una uygulanabilmiştir. Hastanede belirtilen servislere çalışan toplam hemşire sayısı 320’dir. Çalışmaya katılım (129/320) % 40.31 oranındadır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan hemşirelerden elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve SPSS 16.0 programında değerlendirilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni HGKÖ puanı, bağımsız değişkenleri; hasta güvenliği eğitimi, hastanede çalışılan bölüm, meslekte çalışma süresi ve görev şeklidir. Veriler analiz edilirken, hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini incelemek amacıyla frekans ve yüzdelerine, hemşirelerin HGKÖ’den aldıkları puanlar hesaplanırken ortalama ve standart sapmalarına bakılmıştır. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre HGKÖ’nden aldıkları puanlar karşılaştırılırken

bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis analizleri yapılmıştır. İleri analizler için ikili karşılaştırma testi olarak Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Etik

Araştırmanın yürütülmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır. Araştırmanın katılımcılar açısından maddi ya da manevi herhangi bir zarar verme riski olmadığı belirtilmiştir. Araştırmada "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği"nin kullanılması için Emine Türkmen'den izin alınmıştır.

Sınırlılıklar

Çalışmanın bazı sınırlılıkları söz konusudur. Araştırma örneklemini bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerden oluşmaktadır, bu nedenle diğer hastanelerde çalışanlara genellenemez. Bir başka sınırlılık hastane çalışanları klinik ve klinik dışı çalışanları içerdiği halde örnekleme hasta ile doğrudan ilişkili oldukları için sadece hemşirelerin alınmasıdır. Bilindiği gibi kültür sübjektif bir kavramdır. Bunun için kültür gibi dinamik ve karmaşık konuların ölçümünde kantitatif metot kullanımı konusunda bazı kuşku vardır. Bu sorunu çözmek için bazı yazarlar odak gruplar, bire bir görüşmeler gibi güvenlik kültürünü değerlendirebilecek daha uygun tasarımlar önermişlerdir (Bahrami ve ark., 2014).

Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamaları 32.73 ± 5.64 olup, %42.6'sı uzaktan eğitim ile lisans tamamlamış ve %27.9'u cerrahi birimlerde çalışmaktadır. Hemşirelerin %39.5'inin on bir yıldan daha fazla mesleki deneyime sahip olduğu, %27.9'unun bulunduğu klinikte 0-5 yıldır çalışmakta olduğu ve %89.9'unun klinik hemşiresi olarak görev yapmakta olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %53.5'i hasta güvenliği konusunda herhangi bir eğitim almamış olup eğitim alan hemşirelerin de daha çok kısa süreli eğitim aldıkları (%38) belirlenmiştir. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 2.64 ± 0.43 olup alt ölçek puan ortalamaları sırasıyla; yönetim liderlik 2.62 ± 0.49 , çalışan eğitimi 2.59 ± 0.73 , hata olay rapor etme 2.58 ± 0.69 , bakım ortamı 2.58 ± 0.51 çalışan davranışı 2.80 ± 0.58 olarak belirlenmiştir. Hemşireler en yüksek puanı çalışan davranışı alt ölçeğinden, en düşük puanı ise bakım ortamı ve beklenmedik olay ve hata rapor etme alt ölçeklerinden almışlardır.

Tablo 1: Hemşirelerin eğitim alma durumlarına göre hasta güvenliği ölçeği puanları

	Eğitim alan (n=60)	Eğitim almayan (n=69)	t	p
Yönetim ve liderlik	2.70 ± 0.50	2.53 ± 0.47	1.948	.054
Çalışan eğitimi	2.60 ± 0.77	2.59 ± 0.70	0.106	.204
Olay ve hata raporlama	2.67 ± 0.79	2.50 ± 0.56	1.395	.018
Bakım ortamı	2.65 ± 0.46	2.50 ± 0.55	1.674	.163
Çalışan davranışı	2.84 ± 0.67	2.76 ± 0.47	0.765	.017
Toplam puan	2.67 ± 0.48	2.61 ± 0.36	0.721	.248

Tablo 1'de hemşirelerin hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumlarına göre aldıkları hasta güvenliği ölçeği puan ortalamaları yer almaktadır. Hemşirelerden konu ile ilgili eğitim alanların alt ölçek puan ortalamalarının eğitim almayanlardan yüksek olduğu görülmektedir. *Hata Olay Rapor Etme* ve *Çalışan Davranışı* alt ölçeklerinde ise eğitim alan grubun puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 1: t = 1.395, p = .018; t = .765, p = .017).

Tablo 2: Hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre hasta güvenliği ölçeği puanları

Alt Ölçekler	Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümler				KW	p
	Ameliyathane (n=21)	Cerrahi (n=36)	Dahiliye (n=51)	Yoğun Bakım (n=21)		
Yönetim ve liderlik	46.95	77.43	67.76	55.33	10.543	.014
Çalışan eğitimi	55.33	66.29	66.52	57.00	3.617	.306
Olay ve hata raporlama	51.60	81.32	68.27	45.12	14.957	.002
Bakım ortamı	56.86	62.54	66.52	71.52	1.778	.620
Çalışan davranışı	48.10	77.74	66.62	58.83	8.276	.041
Toplam puan	49.16	83.61	65.07	52.93	16.014	.001

Tablo 2'de hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre hasta güvenliği ölçeği puanları görülmektedir. Ölçekten toplamda en düşük puanı ameliyathane, en yüksek puanı cerrahi klinik hemşireleri almışlardır. Hemşirelerin çalıştıkları yerlere göre aldıkları HGKÖ toplam puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Farklılığı oluşturan gruplar incelendiğinde cerrahi birimde çalışanlarla ameliyathanede çalışan hemşireler arasında ve cerrahi birimde çalışanlarla yoğun bakımda çalışan hemşirelerin aldıkları puan ortalamaları arasında olduğu bulunmuştur (p<.05).

Hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre aldıkları alt ölçek puanlarına bakıldığında ise *Yönetim ve Liderlik*, *Olay ve Hata Rapor Etme* ve *Çalışan Davranışı* alt ölçeklerinde gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur. *Yönetim ve Liderlik* ve *Çalışan Davranışı* alt ölçeğinde en düşük puanı ameliyathane hemşireleri almıştır. Hata olay rapor etme alt ölçeğinden yoğun bakım hemşireleri en düşük puanı alırken cerrahi servisinde çalışanlar en yüksek puanı almışlardır.

Tablo 3: Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre hasta güvenliği ölçeği puanları

Alt Ölçekler	Hemşirelerin Meslekte Çalışma Süreleri (yıl)			KW	p
	0-5 (n=36)	6-10 (n=42)	11+ (n=50)		
Yönetim ve liderlik	80.35	56.23	59.88	7.702	.006
Çalışan eğitimi	65.72	58.21	69.41	0.586	.486
Olay ve hata raporlama	75.70	57.65	62.93	4.599	.032
Bakım ortamı	65.72	59.80	67.95	0.306	.580
Çalışan davranışı	67.45	58.07	67.37	0.989	.320
Toplam puan	73.92	56.68	64.27	3.863	.049

Tablo 3’de hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre aldıkları HGKÖ puanları görülmektedir. *Yönetim ve Liderlik* alt boyutunda en yüksek puanı 0-5 yıl çalışanlar almış; meslekte çalışma sürelerine göre alt ölçek puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Farklılığı oluşturan gruplar incelendiğinde; 0- 5 yıl çalışan hemşirelerin puan ortalamaları hem 6-10 yıl hem de 11 yıldan fazla çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < .05$). Meslekte çalışma sürelerine göre beklenmedik olay ve hata raporlama alt ölçek puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Hemşirelerden 0-5 yıl çalışanların toplam HGKÖ puanlarının diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p < .05$).

Tablo 4’de hemşirelerin görev şekillerine göre HGKÖ puanları yer almaktadır. Klinik sorumlusu olarak çalışan hemşirelerin toplam ölçek puanı klinik hemşirelerinin puanından yüksektir ancak aradaki fark anlamlı bulunmamıştır. Çalışan davranışı alt ölçeği puanları arasındaki fark anlamlıdır; klinik sorumlu hemşireliği yapanların çalışan davranışı alt ölçeği puan ortalamaları klinik hemşiresi olarak çalışanların puan ortalamasından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4: Hemşirelerin görev şekillerine göre hasta güvenliği ölçeği puanları

	Klinik hemşiresi (n=116)		Sorumlu hemşire (n=13)		U	p
	Yönetim ve liderlik	2.60	± 0.48	2.75		
Çalışan eğitimi	2.55	0.72	3.00	0.72	601.500	.231
Olay ve hata raporlama	2.57	0.68	2.70	0.80	750.500	.978
Bakım ortamı	2.56	0.49	2.75	0.63	601.500	.231
Çalışan davranışı	2.75	0.56	3.17	0.61	453.500	.018
Toplam puan	2.61	0.40	2.91	0.56	535.500	.087

Tartışma

Sağlık kurumlarında yapılan tıbbi hataların sorumluluğunun alınması ve bu hatalardan ders çıkarılması ile güvenli bir sistem oluşturularak tehlikeler önlenebilecektir (Bonner, Castle, Perera ve Handler, 2008). Amerikan Yönetici Hemşireler Birliği, hataların açığa çıkması ve düzeltilmesi için güvenlik kültürü oluşturulması gerektiğini savunmuş ve bunu da hasta güvenliği kültürü olarak tanımlamıştır (Vogelsmeier ve Scott-Cawiezell, 2007). Hata yapıldığında, hatanın nedeni ve nasıl oluştuğu konusunda sorunun kaynağına inilerek hata ortaya çıkarılmalıdır. Yapılan hata sonucunda hasta güvenliği kültürünün olumsuz etkileneceğine odaklanılmalıdır (Phillips ve Barnsteiner, 2005; Rich, 2009, Vogelsmeier ve Scoot-Cawiezell, 2007). Böylece tüm çalışanlar görevlerinde aynı hassasiyeti gösterecek, mesleki uygulamalarını yerine getirirken korku yaşamayacak ve işini kaybetme kaygısı taşımayacaklardır (Gündoğdu ve Bahçecik, 2012).

Tıbbi hata, planlanan bir eylemin tamamlanmaması ve istenilen şekilde sonuçlanmaması veya bir amaca ulaşırken yanlış bir planlama yapılması şeklinde tanımlanmaktadır (Türkmen ve ark., 2011; Kohn ve ark., 1999). Tıbbi hataların kişilerden çok organizasyon yapısı, teknik altyapı ve insan gücü yetersizliği gibi sistemle ilgili sorunlardan kaynaklandığı belirtilmektedir (Kohn ve ark., 1999; Pizzi ve ark., 2001).

Çalışmamızda hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları toplam puan orta düzeydedir, en yüksek puan çalışan davranışı alt ölçeğinden, en düşük puan ise bakım ortamı ve beklenmedik olay ve hata rapor etme alt ölçeklerinden alınmıştır. Karaca ve Arslan’ın (2014) özel hastanede çalışan hemşirelerde aynı ölçek ile yaptıkları çalışmada hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları bizim çalışmamıza göre daha yüksek bulunmuştur. İran da üniversite hastanelerinde çalışan 302 hemşire ile yapılan çalışmada (Bahrami ve ark., 2014) ve Çin’de 463 hemşire ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamalarının istedik düzeyde olmadığı belirtilmiştir (Wang ve ark., 2014).

Çalışmamızda hemşireler düşük puanlardan birini *Olay ve Hata Rapor Etme* alt ölçeğinden almışlardır. Karaca ve Arslan’ın (2014) çalışmasında da benzer bulgulara rastlanmıştır. Gökdoğan ve arkadaşlarının (2010) yaptığı sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği çalışmasında, hemşireler hataların rapor edilmesi gerektiğini (%85.6), hasta güvenliğine ilişkin rapor etmede kendilerini rahat hissettiklerini (%83.7) bildirmişlerdir (Gökdoğan ve arkadaşları, 2010). Dursun ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada katılımcıların %71.3’ünün hasta güvenliğini tehlikeye düşürebilecek hiçbir olayı rapor etmediği belirtilmiş, Çakır ve Tütüncü’nün (2009) çalışmasında ise çalışanların cezalandırılma korkusuyla hataları rapor etmeyebileceklerine dikkat çekilmiştir. Diğer çalışmalarda da hata bildirmeme nedenleri cezadan korkma, suçlanma, ayıplanma, prestij kaybı ve başının derde gireceğini düşünme olarak sıralanmıştır (Wang ve ark., 2014). Gündoğdu ve Bahçecik’in (2012) yaptıkları çalışmada, eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %72’sinin ve özel hastanede çalışan hemşirelerin %73,5’inin, son bir yılda yöneticilerine birimleri ile ilgili hiç olay raporu vermedikleri belirtilmektedir. Bu

bulgular gerçekten hata yapılmıyor mu yoksa hasta güvenliği kültürü yerleşmediği için raporlanmıyor mu sorusunu akla getirmektedir. Yüksek oranlarda hata bildirimini yapılmaması, hemşirelerin cezalandırılma korkusu nedeniyle rapor vermekten kaçındıklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin *Yönetim ve Liderlik* alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 2.62 ± 0.49 'dur. Karaca ve Arslan'ın çalışmasında hemşirelerin *Yönetim ve Liderlik* puanının çalışmamızdakinden daha yüksek bulunduğu belirtilmektedir. Buna göre hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ait uygulamaları benimseme ve destekleme konusunda daha fazla çaba göstermeleri gerektiği söylenebilir. Adıgüzel'in (2010) çalışmasında; yönetici kültürü, iletişim ve raporlanan olayların sıklığı ile hasta güvenliği kültürü uygulamaları arasında anlamlı ilişki bulunmuş; yönetici kültürünün, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği uygulamalarını gerçekleştirmesinde en önemli etken olduğu saptanmıştır (Adıgüzel, 2010). Bir kurumda hasta güvenliği kültüründen söz edilebilmesi için öncelikle yöneticilerin bu konuya inanması ve öncelikle yöneticilerde bu kültürün hayata geçirilmesine yönelik bilincin, tutum ve davranışların sergilenmesi gerekmektedir. Yönetici ve liderler hasta güvenliği kültürü algısı ve tutumunun ölçülmesinde öncülük etmeli, iyileştirme yapılacak alanları ve çalışanların kaygılarını belirlemede bu sonuçlardan faydalanmalıdırlar (AHRQ, 2014; Akalın, 2004; Pizzi ve ark., 2001).

Çalışan Eğitimi alt ölçeğinde; hasta güvenliği konusunda tüm çalışanlara düzenli eğitim yapılması, konunun uyum programlarında ele alınması, iletişim ve teknoloji kullanımı konusunda eğitim verilmesi, eğitimde gerçek olay raporlarından yararlanılması, hasta güvenliği bilgisinin paylaşımı yer almaktadır. Çalışmamızda çalışan eğitimi alt ölçek puanlarının genel olarak düşük olduğu, çalışılan birim, çalışma süresi, çalışma pozisyonunun çalışan eğitimi puanını etkilemediği görülmüştür. WHO raporunda, kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmeti için hasta güvenliğinin kurumun bütününe yönelik bir sorumluluk olduğu, kurumda kanıta dayalı uygulamaların yerleştirilmesi ve yaygınlaştırılması, kurum içi eğitim ile uygulamaların iyileştirilmesi üzerinde durulmaktadır (AHRQ, 2014; WHO, 2004).

Çalışmamızda *Bakım Ortamı* alt ölçeği, hemşirelerin düşük puan aldıkları alt ölçeklerden biridir. Bu alt ölçekte kurumun fiziksel yapısı ve donanımı ile malzeme, cihaz ve teknolojiler ve bakımı yer almaktadır. Ayrıca elektronik tıbbi kayıtlar, malzeme ve ilaçlar için barkotlama sistemleri, kimlik belirlemede güvenlik sistemi, kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınması da bu ölçekte yer alır. Çalışmamızda hemşireler bakım ortamı alt ölçeğinden düşük puan almışlardır. Yoğun bakımda çalışan hemşireler bakım ortamı alt ölçeğinden diğer birimlere göre daha yüksek puan almışlardır. Bu durum yoğun bakımda teknolojik cihaz kullanımının fazlalığına bağlanabilir.

Çalışan davranışı alt ölçeği; çalışma kurallarına uyma, kalite kriterlerini ve kurumsal hedefleri bilme, ekip çalışmasına uyum, meslektaşlar ile hasta yararına yardımlaşma, hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneride bulunma, hata oluştuğunda hasta ve yakınlarını bilgilendirme, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalar yapma gibi konuları içermektedir (Türkmen ve ark., 2011). Çalışmamızda hemşireler en yüksek puanı çalışan davranışı alt ölçeğinden almışlardır. Bu bulgumuz hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne çalışan olarak gereken katkıyı sağlayabildiklerini ifade etmesi açısından önemlidir. Çırpı ve arkadaşları (2009) tarafından hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının belirlenmesine yönelik araştırmada; hemşirelerin %96.9'u güvenlik uygulamalarının gerekli olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmamızda konu ile ilgili alınan eğitimin *Çalışan Davranışı* alt ölçeği puanlarını olumlu şekilde etkilediği bulunmuştur. Eğitimin hasta güvenliği kültürüne olumlu etkisi kaynaklarda da belirtilmektedir (AHRQ, 2014).

Hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre HGKÖ puanları incelendiğinde ölçekten toplamda en düşük puanı ameliyathane hemşireleri, en yüksek puanı cerrahi klinik hemşireleri almışlardır. Cerrahi birimde çalışan hemşirelerin toplam puan ortalamaları ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin çalıştıkları yerlere göre aldıkları alt ölçek puanlarına bakıldığında *yönetim ve liderlik, hata olay rapor etme ve çalışan davranışı* alt ölçek puanları arasında fark anlamlı bulunmuştur. Yönetim ve liderlik alt ölçeğinde en düşük puanı ameliyathane hemşireleri almıştır. *Hata olay rapor etme* alt ölçeğinden yoğun bakım hemşireleri en düşük puanı alırken cerrahi servisinde çalışanlar en yüksek puanı almışlardır. Cerrahi servisleri hareketli, yoğun hastalara sıklıkla yapılan girişimlerin fazla olduğu bölümler olduğundan bu bölümlerdeki hemşirelerin yüksek güvenlik kültürü puanı almış olması sürpriz değildir. Ancak ameliyathane ve yoğun bakım hemşireleri için de benzer bulgu beklendiği halde puanlarının düşük olması düşündürücüdür. Çünkü yoğun bakım gerektiren bireylerin güvenlik gereksinimleri serviste yatan bireylere göre özel durumları nedeniyle daha fazla olabilmektedir, hemşirelerin beklenmedik olay ve hata rapor etme deneyimlerinin de daha fazla olması beklenmektedir. Ameliyathane hemşireleri için de benzer durum söz konusudur. Ameliyathane ortamında bilinçsiz, her türlü yaralanmaya açık hastaların güvenliğinden sorumlu olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden yüksek puan almaları beklenmektedir. Bu duruma yönelik olarak hasta güvenliği kültürünü olumsuz etkileyebilecek diğer durumlar akla getirilebilir. Nitekim karmaşık bir yapı olan hastanelerde, klinikte çalışan eleman sayısı, hasta profili, çalışma ortamı, ekip üyeleri arasındaki iletişim, algılanan iş yükü, hemşirelerin yaşadıkları yorgunluk ve stres ve yönetsel faktörler nedeniyle hem hasta sonuçları hem de hemşirelerin etkilendiği belirtilmiştir (Ausserhofer ve ark., 2013). Balanuye (2014)'nin çalışmasında, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yükünden dolayı yaptıkları hatalardan dolayı bakım verdiği hastaların etkilendiği ve iş yükünün hasta güvenliğini etkilediği bulunmuştur.

Bu çalışmada hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre aldıkları hasta güvenliği ölçeği puanlarına bakıldığında 0-5 yıl çalışan hemşirelerin hem toplam hem alt ölçeklerde en yüksek puanları alan grup olduğu, 6-10 yıl çalışan hemşirelerin ise tam tersine puanlarının düşük olduğu bulunmuştur. Karaca ve Arslan'ın (2014) çalışmasında ise çalışma süresinin HGKÖ puanlarını etkilemediği belirtilmektedir. Meslekte çalışma süresi fazla olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü düzeyinin düşüklüğüne gerekçe olarak literatürde de belirtildiği gibi tükenmişlik yaşamaları düşünülmüştür (AHRQ, 2014). Hemşirelerin görev durumlarına göre HGKÖ puanları arasında fark bulunmamıştır. Ancak sorumlu hemşirelerin çalışan davranışı alt ölçek puanı klinik hemşirelerinin puanından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Klinik hemşirelerinin HGKÖ puanlarının sorumlu hemşirelerden düşük olması dikkat çekicidir. Bu konuda aynı ekipte yer alan tüm bireylerin hasta güvenliğine gereken katkıyı vermesi beklenmektedir. Tüm yönetici ve çalışanlar ile birlikte hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasının önemi WHO

raporunda da vurgulanmıştır (WHO, 2004). Hasta güvenliği kültürü algısının klinikte çalışan ve meslekte çalışma yılı fazla olan hemşirelerde düşük olması, verecekleri bakıma yansması düşünüldüğünde nedenleri araştırılması gereken durumlardır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Sonuç olarak; hemşirelerde HGKÖ puanları istendik düzeyde olmadığı belirlenmiştir, en düşük alt ölçek puanları beklenmedik hata ve olay rapor etme ve bakım ortamından alınmıştır, çalışan eğitimi puanları düşüktür, ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin ve çalışma süresi 5 yılın üzerinde olan hemşirelerin puanları diğerlerinden düşüktür. Araştırma bulgularına dayanarak hasta güvenliği kültürünü iyileştirmek üzere öncelikle beklenmedik hata ve olay rapor etme ve bakım ortamına odaklanılması, etkin bir hata bildirim sistemi kurularak olumlu tutum içerisinde işletilmesi, bakım ortamının iyileştirilmesi için kurum donanımındaki yetersizliklerin giderilmesi, hasta güvenliği kültürünün yerleşebilmesi için hemşirelere düzenli eğitim yapılması önerilebilir. Ameliyathane ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürü yetersizliğinin nedenleri araştırılmalıdır. Kültür kavramı sübjektif, dinamik ve karmaşık bir konu olduğundan güvenlik kültürünü değerlendirebilecek kalitatif çalışmalar planlanması önerilebilir.

Kaynaklar

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2014). Patient safety culture. Erişim: 09.10.2015. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5>
- Adıgüzel, O. (2010). Hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanları tarafından algılanmasına yönelik bir araştırma, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 28, 159-170.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). The RN4CAST Consortium. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 143-53.
- Akalın, H.E. (2004). Hasta güvenliği kültürü: Nasıl geliştirebiliriz?. *ANKEM dergisi*, 18 (Ek 2), 12-13.
- Akdag, R. (2007). The progress so far: Health transformation in Turkey. Ministry of Health. s.19-24. Ankara.
- Akgün, S., & Al-Assaf A.F. (2007). Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürü nasıl oluşturabiliriz?. *Hastane Yönetimi Dergisi*, Ocak- Haziran 11 (1-2), 1-8.
- Aksayan, S. (2009). Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi. XII. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik kongresi (Kongre Kitabı). Sivas, s.100.
- Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, M.A., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2013). The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 240-252.
- Balanuye, B. (2014). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yükünün hasta güvenliğine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye.
- Bahrami, M.A., Chalak, M., Raziheh Montazeralfaraj, R. & Tafti, A.D. (2014) Iranian nurses' perception of patient safety culture. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(4): 2-9. DOI: 10.5812/ircmj.11894.
- Bonner, A.F., Castle, N.G., Perera, S. & Handler, S.M. (2008). Patient safety culture: a review of the nursing home literature and recommendations for practice. *Annals of Longterm Care*, 16 (3), 18-22.
- Cebeci, F., Gürsoy, E. ve Tekingündüz, S. (2012). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (3): 188-194.)
- Çakır, A. ve Tütüncü, Ö. (2009). İzmir ili hastanelerinde hasta güvenliği algısı. I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi (Kongre Kitabı). 2, 189-204.
- Çırpı, F., Merih, Y.D. ve Kocabay, M.Y. (2009). Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2 (3), 26-34.
- Dursun, S., Bayram, N., Aytaç, S. (2010). Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 8 (1), 1-14.
- Fıdancı, B.E., Yıldız, D., Akyol, M., Akbayrak, N., Hatipoğlu, S. (2014). Assessment of the malpractice tendencies of nurses working in an educational and research hospital *International Journal of Caring Sciences*, 7, 295-297.
- Gökdoğan, F., Yorgun, S., Yapıcı, M. ve ark. (2010). Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. Uluslararası sağlıkta performans ve kalite kongresi (Kongre Kitabı). 2, 95-104.
- Gündoğdu, S. ve Bahçecik, N. (2012). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (2), 119- 128.
- Hakverdioğlu Yönt, G. (2011). Hasta güvenliği kültürü, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 27 (1), 77-82.
- Hatırnaz, G. (2007). *Özel hastanelerin hukuki sorumluluğu ve hasta hakları*. s. 28-36., İstanbul: Seçkin Yayınevi.
- International Council of Nursing. (2012). Patient Safety. Erişim: 20.01.2015. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Patient_Safety.pdf
- Karaca, A. ve Arslan, H. (2014). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi*, 1(1),9-18. ISSN doi:10.5222/SHYD.2014.009
- Kohn, T. L., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. (2000). To Err is Human Building a Safer Health System. Washington National Academy of Sciences, Erişim: 11.12. 2014. <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>
- Mitchell, P.M. (2008). Defining Patient Safety and Quality Care, Erişim 15.03.2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>.
- National Patient Safety Agency. (2004). The seven steps to patient safety: a guide for NHS staff. London: National Patient Safety Agency. National Patient Safety Foundation. Improve the safety of patients. Erişim: 22.12.2014. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>

- Phillips J. & Barnsteiner J.H.(2005). Clinical alarms: Improving efficiency and effectiveness. *Critical care nursing quarterly*, 2005; 28 (4): 317-323.
- Pizzi, L.T., Goldfarb, N.I. & Nash, D.B. (2001). Promoting a culture of safety. K.G. Shojania, BW Duncan, McDonald KM, Wachter RM (Eds). In: *Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Evidence Report/Technology Assessment*, Number 43. AHRQ Publication O1-E058, Rockville.
- Rich, V. L. (2008). Creation of a patient safety culture: a nurse executive leadership imperative: Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses, 2: 2-45. Erişim:18.11.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2642>
- Sezgin, B. (2007). Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi. Hemşirelikte Yönetim AD Yüksek lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü. İstanbul.
- Türk, G. ve Eşer, İ. (2007). Hastane ortamında hasta güvenliği ve hemşirelik yaklaşımı. *Hastane Yönetimi Dergisi*, Ocak-Haziran11 (1-2):16-20.
- Türkmen, E., Baykal Ü., Seren ř. ve Altuntaş S. (2011). Hasta güvenliği kùltürü ölçeği'nin geliştirilmesi. *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 2011; 14: 4: 38-46.
- Vogelsmeier A. & Scott-Cawiezell J. (2007). A just culture The role of nursing leadership. *Journal of Nursing Care Quality*, 22 (3), 210-212.
- Wang, X., Liu, K., You, L., Xiang, J., Hu, H., Zhang, L., et al. (2014). The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2333:1-5.
- Wendin, R. (2007). Hasta güvenliği - Temel bir yetkinlik mi yoksa sadece bir kavram mı?. 1. Hasta Güvenliği Kongresi (Kongre Kitabı). Antalya, 28-31 Mart, 24-28.
- World Health Organization (WHO). (2004). World Alliance For Patient Safety Forward Programme2005. Erişim:12.01.2015. <http://archive.ahrq.gov/qual/nhqr03/nhqr2003.pdf>.
http://www.ecri.org/Documents/Patient_Safety_Center/HRC_SAQ30.pdf
- World Health Organization (WHO) 2014. Fact File, 10 Facts on Patient Safety. Erişim:13.10.2015. http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en