

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Investigation of Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture and Effective Factors

Ayşegül Yılmaz¹ , Sergül Duygulu² 

¹Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZ

GİRİŞ: Kaliteli, güvenli ve maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunabilmek için sağlık bakım kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi gerekmektedir. Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde hasta güvenliği kültürünü etkileyen etmelerin belirlenmesi önemlidir.

AMAÇ: Araştırma, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının ve hasta güvenliği kültürü algılarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

YÖNTEM: Araştırma, Konya ili kent merkezinde yer alan dört hastanede, 20 Mart-01 Haziran 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmaya dahili birim, cerrahi birim, yoğun bakım, acilde çalışan toplam 427 hemşire katılmıştır. Verilerin toplanmasında "Tanıtıcı Bilgiler Formu" ve "Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi" kullanılmıştır.

BULGULAR: Hemşirelerin yaş ortalamalarının 33,12 yaş olduğu ve %75,6'sının hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldığı belirlenmiştir. Çalışmada, toplam hasta güvenliği kültürü olumlu yanıt puanı %49,39 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin çalışma pozisyonu, meslekte çalışma yılı, hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumu, hemşirelerin çalıştıkları hastanenin hasta ve çalışanlar için güvenli bir ortam olduğunu düşünme durumu, çalışma şekli, haftalık çalışma süresi ve hastane hasta güvenliğine ilişkin uygulamaların varlığının, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları üzerinde etkisi olduğu ancak bu etkinin düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

SONUÇ: Bu araştırmanın sonuçlarına göre, hastanelerde hemşirelerin hata bildirimlerinde cezalandırıcı olmayan bir yaklaşımın ortaya konulması gerekmektedir. Ayrıca çalışma sistemleri ile çalışma ortamlarının hasta güvenliğini sağlayıcı şekilde düzenlenmesi ve hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik mesleki gelişimlerinin desteklenmesi önemli olup araştırmanın, yapıldığı sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürüne etki eden diğer faktörlerin de belirlenmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Hasta güvenliği kültürü, etkileyen etmenler, hemşirelik, hemşireler

ABSTRACT

AIM: Development of patient safety culture in healthcare institutes is required to be able to deliver high-quality, and cost-effective health care. In the development of patient safety culture, it is important to determine the factors affecting the patient safety culture. This study was performed in descriptive and cross-sectional design in order to determine nurses' perception of patient safety culture and the factors affecting it.

METHOD: This study was conducted in four public hospitals in the city center of Konya Province between March 20, and June, 1, 2014. A total of 427 nurses working in the departments of internal medicine, surgery, intensive care unit, and emergency services participated in the study. Data were collected through the Demographic Data Form and Patient Safety Culture Hospital Questionnaire.

RESULTS: Median age of the nurses was 33.12 years, and 75.6% of them received training about patient safety culture. The overall level of patient safety culture was 49.3%. It has been determined that nurses' working position, longevity of their professional life, training they received on patient safety, nurses' thoughts that the hospital they work in is a safe environment for patients and employees, their working status, weekly working times and presence of practices related to hospital patient safety had an impact, though at a low level, on nurses' perceptions of patient safety culture.

CONCLUSION: According to the results of this study, a non-punitive approach to error reporting of nurses in hospitals should be implemented. In addition, it is important to regulate working systems and working environments in a way to ensure patient safety and to support the professional development of nurses for patient safety. It may also be suggested to identify other factors that affect patient safety culture in the health institutions where the study is conducted.

Keywords: Patient safety culture, effective factors, nursing, nurses

Geliş Tarihi / Arrival Date: 27.12.2018

Kabul tarihi / Date of Acceptance: 24.08.2019

İletişim / Corresponding author: Ayşegül Yılmaz, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 06100 Ankara - Türkiye

E-posta / E-mail: yaysagul78@gmail.com

Yazarların ORCID bilgileri:

A.Y. 0000-0002-3102-4238, S.D. 0000-0002-6878-7116

GİRİŞ

Günümüzde yüksek riskli yerler olarak tanımlanan sağlık kuruluşları sağlık hizmeti sunduğu sırada hastalara ya da ailelerine istemeden zarar verebilmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde bile önemli sayıda hastanın sağlık hizmeti aldığı sırada ciddi oranda zarar gördüğü, bu zararın hastalarda kalıcı hasar ve sakatlanmalara neden olduğu ve hastaların gerekenden daha uzun süre hastanede kaldığı bildirilmiştir (WHO, 2017). Önlenemez olumsuz olayların (tıbbi hatalar) Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer aldığı, yapılan son tahminlerde ortalama olarak her 35 saniyede bir hasta zararı olayı bildirildiği, genellikle hastanede yatan her on hastanın birisinde %50 oranında önlenemez bir hata meydana geldiği bildirilmektedir (WHO, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization - WHO 2014) hasta güvenliğinin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu bildirmiş ve hasta güvenliğini "hastaların sağlık bakımı ile ilgili hatalar ve istenmeyen durumlardan korunması" şeklinde tanımlamıştır. Hasta güvenliğini sağlamak, kaliteli, güvenli ve maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunabilmek için ise sağlık bakım kurumlarının her bir biriminde ve her bir personeline yönelik ortak bir güvenlik kültürünün oluşturulması gerektiği bildirilmektedir (Vasimoradi, 2016; Kim ve ark., 2018).

Singer ve arkadaşları (2009) tarafından, hasta güvenliği kültürü (HGK) "kurumdaki hasta güvenliğini geliştirme konusunda neyin önemli olduğu hakkında kurum üyeleri arasında paylaşılan değerler, inançlar ve tutumlar, çalışılan birimler ve sistemlerin etkileşimi ile birlikte geliştirilen davranış normları" olarak tanımlanmaktadır.

Güçlü bir güvenlik kültürünün oluşturulup devam ettirilebilmesi için sağlık profesyonelleri ve liderler tarafından, insan hatalarının cezalandırılmadığı, hataların hastalara zarar vermeden önce belirlendiği, hatalar ve hataların meydana gelişleri ile ilgili sürekli olarak çalışanlara geribildirim verildiği, önceki hatalardan ders çıkarıldığı bir sistemin oluşturulması gerekmektedir (National Patient Safety Foundation, 2015). Ayrıca, HGK'nin belirli aralıklarla değerlendirilmesi ve çalışanlara bu değerlendirme ile ilgili sürekli geri bildirim verilmesi de önerilmektedir (Famolaro ve ark., 2018). Yine bu değerlendirmeler ile birlikte olumlu bir HGK'nin oluşturulup devam ettirilmesinde bazı stratejilerin uygulanması da oldukça önemlidir (Canadian Patient Safety Institute, 2018). Sammer ve arkadaşları (2010) sağlık kuruluşlarında hataların önlenmesinde ve olumlu bir güvenlik kültürü yaratılmasında liderlik, ekip çalışması, kanıta dayalı uygulama, iletişim, öğrenme, adalet ve hasta merkezli bakım olmak üzere yedi boyutlu bir model önermişlerdir. Yine son zamanlarda, hasta güvenliğinin iyileştirilmesi için hasta ve ailelerinin de sürece dahil edilmeleri gerektiği vurgulanmaktadır (ICN, 2018).

Tüm dünya ülkelerinin üzerinde önemle durduğu hasta güvenliği konusu ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalara bakıldığında, HGK'nin oluşturulduğu hastanelerde hasta bakım çıktılarında olumlu değişimlerin yaşandığı (DiCuccio, 2015), cerrahi alan enfeksiyonlarının (Fan ve ark., 2016) ve istenmeyen olayların azaldığı (Najjar ve ark., 2015), tıbbi hataların çok az meydana geldiği (Vasimoradi ve ark., 2016), hastane yatış süresinde kısalma, hasta düşme oranlarında ve hasta ölüm oranlarında azalma olduğu (Leone ve Adams, 2016) belirtilmiştir. Ayrıca olumlu bir HGK'ye sahip kurumlarda görev yapan hemşirelerin, iş memnuniyetinin, psikolojik iyiliklerinin sağlandığı (Brunetto ve ark., 2016), bilgi, beceri ve motivasyonlarının yükseldiği (Pumar Mendez ve ark., 2014), tükenmişlik yaşamadıkları ve yaşamdaki stresli durumlarla başa çıkma becerilerinin yüksek olduğu (Viflad ve ark., 2016) ortaya konulmuştur.

Olumlu bir HGK'ye sahip olmayan sağlık kuruluşlarında ise hastanın hastanede kalış süresinin uzadığı, tıbbi hataların arttığı, psikolojik travma, sakatlık hatta ölüm olaylarının yaşanabileceği bildirilmiştir (Cloete, 2015). Ayrıca, olumsuz bir HGK iş doyumsuzluğuna ve yaralanmalara neden olarak (Taylor ve ark., 2012), hemşirelerin işten ayrılmasına, hemşirelerin motivasyonlarının ve kuruma bağlılıklarının azalmasına (Oliveira ve ark., 2016) neden olmaktadır. Dünya'da (Wami ve ark., 2016; Farokhzadian ve ark., 2018) ve Türkiye'de (Bodur ve Filiz, 2010; Dinçer ve ark., 2018) yapılan araştırmalarda sağlık kuruluşlarında HGK'nin istenilen düzeyde olmadığı saptanmıştır.

Sağlık kuruluşlarında olumlu bir HGK oluşturulabilmesi için ilk öncelikle mevcut HGK'nin belirlenmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu değerlendirme ile birlikte HGK'yi etkileyen faktörlerin belirlenmesi de oldukça önemlidir. Konu ile ilişkili olarak Kim ve arkadaşları (2018) olumlu bir HGK'nin oluşturulmasında, yöneticiler, politikalar, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının oluşturulması, çalışan personelin nitelik ve niceliğinin önemli olduğunu belirtmiştir. Hasta güvenliğini etkileyen faktörler kapsamında hemşirelerin tanımlayıcı ve mesleki özellikleriyle tıbbi hata sonuçları arasındaki ilişkiyi vurgulayan çalışmalar, giderek artmaktadır (Wami ve ark., 2016). HGK, sağlık hizmeti sunanların tarzını ve yeterliliğini belirleyen bireysel ve grup değerlerinin, tutumlarının, algılarının, yetkinliklerinin ve davranış kalıplarının ürünüdür (Famolaro ve ark., 2018). Bu bağlamda tıbbi hataların önlenmesinde ve HGK oluşturulmasında hemşirelerin tanımlayıcı ve mesleki özellikleri büyük rol oynamaktadır. Alqattan ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, hemşire ve doktorların yaş ve hasta güvenliği eğitimine katılım durumları HGK algıları arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. Nordin ve arkadaşlarının (2013), İsveç'te Hasta Güvenliği Kültürü Hastane An-

keti (HGKHA) kullanarak yaptıkları çalışmada, HGK algısı ile yönetsel görev, çalışan/meslek grubu, cinsiyet, yaş, toplam iş deneyimi ve çalışılan bölüm arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Karayurt ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada, ameliyathanede çalışanların çalışma yılları ile HGKHA alt boyutlarından “üniteler içinde ekip çalışması”, “hatalar hakkında geribildirim ve iletişim”, “hatalar hakkında cezalandırıcı olmayan tutum”, “hasta güvenliği için hastane yönetiminin tutumu” arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Khater ve arkadaşlarının (2015) Ürdün’de yaptıkları çalışmada, regresyon analizi sonucuna göre yaş, mevcut hastanede toplam çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, hastane türü, kanıta dayalı uygulamalar, hasta güvenliğinin hastane için öncelik taşıması gibi değişkenlerin HGK’yi etkileyen etmenler arasında olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada; hemşirelerin HGK algıları değerlendirilmiş ve hemşirelerin tanımlayıcı ve mesleki özelliklerinin HGK algıları üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler; hastanelerde HGK oluşturmaya yönelik yapılacak çalışmalarda hemşire yöneticilere ve hastane üst yönetimine yol gösterici olacaktır. Ayrıca hasta güvenliğinin temel alındığı yapıların oluşturulmasında “insan” faktörüne ilişkin çalışma saatleri, çalışma ortamı ve hasta güvenliği ile ilgili düzenlemelere de ışık tutacaktır.

YÖNTEM

Araştırmanın amacı ve türü: Araştırma, hemşirelerin HGK algılarının ve HGK algılarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırma soruları:

- Hemşirelerin HGK algıları nasıldır?
- Hemşirelerin HGK algılarını etkileyen faktörler nelerdir?

Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri: Araştırma, Konya ilinde Sağlık Bakanlığına bağlı bir eğitim ve araştırma, bir kadın doğum ve çocuk, iki devlet hastanesi olmak üzere toplamda dört büyük kamu hastanesinin dahili, cerrahi, yoğun bakım ve acil birimlerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın örnekleme: Araştırmada amaca uygun örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma örneklemini en az altı aydır hastanede çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü hemşireler oluşturmuştur. Hastanelerde çalışan toplam hemşire sayısı 1407’dir. Çalışmada örnekleme sayısının gücünü hesaplamak için, çalışmanın primer sonucu olarak kabul edilen hemşirelerin çalıştığı hastanenin hasta/çalışanları için güvenli ortam olma durumu ile ilgili düşüncelerine göre verdikleri evet-hayır yanıtına göre değerlendirme yapılmıştır. HGKHA olumlu yanıt yüzde ortalaması arasındaki farkın, 0,3 etki büyüklüğünde (küçük etki) olması öngörülerek G*Power (3.1.9.2) programında %5 alfa hata payı ve %80 güç ile yapılan örneklem sayısı hesabında çalışma gruplarına en az 176 kişi olmak üzere toplam 352 kişi alınması gerektiği belirlenmiştir. Veri toplamada kayıp olasılığı göz önüne alınarak çalışmaya %20 fazlası ile yaklaşık 427 kişi alınmasına karar verilmiştir. Çalışma sonucunda, çalıştıkları hastanenin güvenli bir ortam olduğunu düşünen (56,93±21,55) ve düşünmeyen (45,59±18,66) kişilerin HGKHA olumlu yanıt yüzde ortalamasına göre %5 alfa hata payı (iki yönlü) ile yapılan post hoc güç analizinde iki grubun ortalaması arasındaki farkın etki büyüklüğü ,56 (orta etki), güç %100 (1,00 = 0,9999) olarak belirlenmiş (G*Power 3.1.9.2) ve örneklem sayısının yeterli olduğu görülmüştür.

Veri toplama aracı: Araştırma verileri, hemşire tanıtıcı bilgi formu ve ‘Hasta güvenliği kültürü hastane anketi’ aracılığıyla toplanmıştır.

Tanıtıcı bilgiler formu: Bu form, araştırma örnekleme alınan hemşirelere ait tanıtıcı bilgileri toplamaya yönelik geliştirilmiştir. Form, yaş, eğitim durumu, mesleki deneyim süresi, çalışma şekli yönetici olarak çalışma süresi, hasta güvenliği ile ilgili kurslara katılma durumu vb. soruları içermektedir.

Hasta güvenliği kültürü hastane anketi: Araştırmada Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ) tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlaması Bodur ve Filiz (2010) tarafından yapılmış olan “HGKHA” kullanılmıştır. Anket orijinalinde 42 maddeden, 12 boyuttan oluşmaktadır. Türkçeye uyarlanırken, anket 42 madde, 10 boyut olarak yeniden düzenlenmiştir. Anketin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının Cronbach alfa katsayısı $\alpha=0,86$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, Cronbach alfa katsayısı $\alpha=0,87$ olarak bulunmuştur. Anketin hemşirelik araştırmalarında kullanıldığı görülmektedir (Yapucu Güneş 2016; Dinçer ve ark. 2018). Bu anketin geçerlik güvenilirlik ile ilgili yapılan diğer değerlendirmelere AHRQ’nun web sayfasından ulaşılabilmektedir (<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/index.html>).

Anket “1=kesinlikle katılmıyorum=hiçbir zaman”, “2=katılmıyorum=nadiren”, “3=ne katılıyorum ne katılmam=bazen”, “4=katılıyorum=çoğu zaman”, “5=kesinlikle katılıyorum=her zaman” şeklinde beşli likert tipindedir. Ankette 18 tane

ters yönlü soru bulunmakta ve sorular çevrildikten maddelerin hangi alt alanlarda yer aldığı belirlenmektedir. Her bir madde için verilen olumlu yanıtlar “kesinlikle katılıyorum” (5), “katılıyorum” (4) ile “çoğu zaman” (4), “her zaman” (5) olarak değerlendirilmektedir. Her bir madde için verilen olumlu yanıtlar maddelere verilen tüm yanıt sayısına bölünmektedir. Elde edilen sonuç maddelere verilen olumlu yanıt ortalamasıdır. “Kesinlikle katılmıyorum” ve “hiçbir zaman” (1), “katılmıyorum ve nadiren” (2), “ne katılırım ne katılmam ve bazen” (3) grupları olumlu yanıt puan ortalamalarının hesaplanmasına dahil edilmemektedir. Anketin değerlendirilmesi yalnızca olumlu yanıt ortalaması puanlarına göre yapılmaktadır (Sora ve Nieva, 2004).

Verilerin toplanması: Araştırmanın uygulaması 20 Mart-01 Haziran 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın amacı açıklanıp yazılı onamları alındıktan sonra hemşirelere, Tanıtıcı Bilgiler Formu, HGKHA dağıtılmıştır. Üç gün sonra araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanmasında kapalı zarf yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama formlarının doldurulması, hemşirelerin yaklaşık 15-20 dk.’sını almıştır.

Verilerin değerlendirilmesi:

Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzdelik, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin Skewness ve Kurtosis değerlerine göre normal dağılıma sahip olma durumu incelenmiştir (skewness değeri -1.07 ile .82 arası, Kurtosis değeri -1.51 ile .21 arası olarak -2 ile +2 arasında yer almakta ve normal dağılmaktadır). Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleğe ilişkin özelliklerine göre HGKHA doğru yanıt yüzdesi ortalamasının karşılaştırılmasında iki gruplu değişkenlerde bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla gruplu değişkenlerde bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ileri analizi Tukey HSD) kullanılmıştır. Hemşirelerin HGKHA ve alt boyut puanları (olumlu yanıt yüzdesi puanları) üzerine primer analizlerde etkisi bulunan bağımsız değişkenler basit regresyon analizi (enter modeli) ve çoklu regresyon (bacward yöntemi) analizi ile değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın etik yönü: Çalışmanın uygulanabilmesi için Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden ve Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 05.03.2014 tarih ve GO 14/125-18 sayılı kararı ile izin alınmıştır. Araştırmaya katılan servis sorumlu hemşireleri ve servis hemşirelerinden araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına ilişkin yazılı onam alınmıştır. Ayrıca, HGKHA’yı Türkçe’ye uyarlayan Bodur ve Filiz’den izin alınmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları: Bu araştırma, en az altı aydır hastanede çalışan servis ve servis sorumlu hemşireleri ile yapılmıştır. Araştırma bulguları araştırmanın yapıldığı hastanelerin sonuçlarını yansıtmaktadır. Bu nedenle genellemez. Araştırma bulguları araştırmaya katılan hemşirelerin öz değerlendirmelerine dayalıdır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının $33,12 \pm 6,67$ yaş ve %52,7’sinin 20-34 yaş arasında olduğu, çoğunluğunun lisans mezunu ve meslekte çalışma yılı ortalamasının $11,91 \pm 7,43$ yıl, kurumda çalışma yılı ortalamasının ise $5,53 \pm 5,24$ yıl olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %16,4’nün servis sorumlu hemşiresi olarak, %64,6’sının vardiya/nöbet usulü ile %49,6’sının haftalık 40 saat çalıştığı ve %75,6’sının hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim aldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin, %66,5’i hastanenin çalışan ve hastalar için güvenli bir ortam oluşturmadığını, %53,6’sı ise hastanenin hasta güvenliği ile ilgili bir uygulamasının olduğunu belirtmiştir.

Tablo 1: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Olumlu Yanıt Yüzde Ortalamaları (N: 427)

HGKHA Alt Boyutları	En az	En çok	SS	Sıralama	
Ünite İçi Takım Çalışması	0	100,0	75,70	31,02	1
Yönetici Beklentileri ve Eylemleri	0	100,0	42,45	32,99	7
Üniteler Arası Takım Çalışması ve Yönetimin Desteği	0	100,0	46,99	33,60	5
Organizasyonel Öğrenme	0	100,0	45,43	26,77	6
Genel Güvenlik Algısı	0	100,0	59,60	31,52	2
Hatalar Hakkında Açık İletişim ve Geribildirim	0	100,0	56,71	33,44	3
Raporlanan Olayların Sıklığı	0	100,0	38,88	42,46	8
Personel Durumu	0	100,0	33,33	21,43	9
Hasta Devir Teslimi	0	100,0	52,18	34,85	4
Hatalara Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yaklaşım	0	100,0	31,79	27,04	10
Hasta Güvenliği Kültürü Toplam Puan	0	95,2	49,39	20,36	

Hemşirelerin HGK alt boyut ve HGK toplam puanı olumlu yanıt yüzde ortalamaları Tablo 1’de gösterilmiştir. HGK olumlu yanıt ortalamaları %75,70 ile %31,79 arasında değişiklik göstermektedir. En düşük olumlu yanıt ortalaması %31,79 ile “hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım” boyutuna aittir. En yüksek olumlu yanıt ortalaması ise %75,70 ile “ünite içi takım çalışması” boyutuna ait olup “raporlanan olayların sıklığı” (%38,88), “personel sağlama” (%33,33) ve “hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım” (%31,79) alt boyut ortalamaları ise %50,0’den düşük bulunmuştur. Hemşirelerin toplam HGK olumlu yanıt ortalaması %49,39 olarak bulunmuştur.

Tablo 2: Hasta Güvenliği Derecesi ve Raporlanan Olay Sayısı Dağılımı (N: 427)

Maddeler	S	%
Hasta güvenliği derecesi (Patient Safety Grade - E1)		
Çok iyi	237	55,5
Kabul edilebilir	154	36,1
Zayıf	36	8,4
Raporlanan olay sayısı (Number of Events Reported - G1)		
Hiç	237	55,5
1-2 olay	131	30,7
3-5 olay	52	12,2
6 olay ve üzeri	7	1,6

Hemşirelerin, hasta güvenliği derecesi ve raporlanan olay sayısına ilişkin görüşleri Tablo 2’de gösterilmiştir. Hemşireler, hastanedeki hasta güvenliği derecesini %55,5’i çok iyi, %8,4’ü zayıf olarak değerlendirmektedir. Hemşirelerin %55,5’i hiç hasta güvenliği ile ilgili olay raporlamadığını bildirmiştir.

Hemşirelerin HGKHA Toplam ve Alt Boyut Puanları Üzerine Etkisi Olan Bağımsız Değişkenlerin Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi:

Hemşirelerin HGKHA toplam ve dokuz alt boyut puanları üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen tanımlayıcı ve mesleki özelliklerin (bağımsız değişkenlerin) etkisini bir arada değerlendirmek için tek bağımsız değişken varlığında basit regresyon analizi (enter yöntemi), birden fazla bağımsız değişken varlığında çoklu regresyon analizi (backward yöntemi) yapılmıştır. “Bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasında doğrusal bir ilişki vardır.” hipotezini test eden model uyum iyiliği F testi sonuçlarına göre kurulan tüm modeller regresyon için uyumludur ($p < ,05$, Tablo 3).

Tablo 3: Hemşirelerin HGKHA Puanları Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Basit ve Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (N: 427)

Bağımlı* Değişken	Bağımsız Değişkenler	B	S. Hata	t	p	B için 95% Güven Aralığı		
HGKHA (Toplam)	(Sabit)	18,92	4,41	0,19	4,292	0	10,25	27,58
	Hastane HG uygulaması	7,79	1,92	0,16	4,069	0	4,03	11,56
	Hastane güvenli mi?	6,96	2,36	0,14	2,949	0,003	2,32	11,59
	Pozisyon	7,91	2,98		2,653	0,008	2,05	13,78
R: ,34 Adjusted R2: ,11 F: 17,83 p: ,000 Durbin Watson: 1,89								
F1	(Sabit)	69,96	6,32		11,068	0	57,53	82,38
	Pozisyon	12,71	4	0,15	3,178	0,002	4,85	20,57
	Haftalık çalışma süresi	-5,65	2,24	-0,12	-2,519	0,012	-10,05	-1,24
R: ,20 Adjusted R2: ,04 F: 9,09 p: ,000 Durbin Watson: 2,14								
F2	(Sabit)							
	Hastane güvenli mi?	-2,91	8,27		-0,352	0,725	-19,16	13,34
	Hastane HG uygulaması	12,75	3,32	0,18	3,844	0	6,23	19,27
	Meslekte çalışma süresi	8,67	3,12	0,13	2,777	0,006	2,53	14,8
		8,62	3,55	0,11	2,429	0,016	1,64	15,6
R: ,28 Adjusted R2: ,07 F: 11,85 p: ,000 Durbin Watson: 1,82								
F3	(Sabit)	-19,61	8,54		-2,297	0,022	-36,39	-2,83
	Hastane HG uygulaması	16,61	3,12	0,25	5,33	0	10,48	22,73
	Pozisyon	12,87	4,95	0,14	2,603	0,01	3,15	22,59
	Hastane güvenli mi?	9,22	3,82	0,13	2,411	0,016	1,7	16,73
	Meslekte deneyim süresi	7,92	3,56	0,1	2,223	0,027	0,92	14,93
R: ,38 Adjusted R2: ,14 F: 17,91 p: ,000 Durbin Watson: 1,92								
F4	(Sabit)	9,9	6,72		1,472	0,142	-3,32	23,11
	Hastane güvenli mi?	10,18	2,7	0,18	3,773	0	4,88	15,48
	Hastane HG uygulaması	6,69	2,54	0,12	2,633	0,009	1,7	11,68
	Meslekte deneyim süresi	6,7	2,89	0,11	2,321	0,021	1,03	12,38
R: ,27 Adjusted R2: ,07 F: 11,08 p: ,000 Durbin Watson: 2,05								
F5	(Sabit)	43,79	4,51		9,713	0	34,92	52,65
	Hastane güvenli mi	11,85	3,18	0,18	3,721	0	5,59	18,11
R: ,18 R2: ,03 F: 13,85 p: ,000 Durbin Watson: 1,98								
F6	(Sabit)	-2,29	9,73		-0,235	0,814	-21,42	16,84
	Hastane güvenli mi?	13,17	3,4	0,19	3,88	0	6,5	19,85
	Hastane HG uygulaması	11,1	3,13	0,17	3,54	0	4,94	17,26
	Çalışma şekli	7,7	3,37	0,11	2,285	0,023	1,07	14,32
	HG eğitimi alma	7,94	3,69	0,1	2,151	0,032	0,68	15,19
R: ,32 Adjusted R2: ,10 F: 12,23 p: ,000 Durbin Watson: 1,95								
F7	(Sabit)	26,37	6,63		3,977	0	13,34	39,41
	Hastane HG uygulaması	8,14	4,11	0,1	1,982	0,048	0,07	16,21
R: ,10 R2: ,01 F: 3,93 p: ,048 Durbin Watson: 2,00								
F9	(Sabit)	35,32	5,5		6,417	0	24,5	46,14
	Pozisyon	14,48	4,51	0,15	3,213	0,001	5,62	23,34
R: ,15 R2: ,02 F: 10,33 p: ,001 Durbin Watson: 2,07								
F10	(Sabit)	24,17	3,91		6,174	0	16,48	31,87
	Çalışma şekli	5,63	2,73		2,064	0,04	0,27	10,99

R: ,10 R2: ,01 F: 4,26 p: ,040
Durbin Watson: 1,96
F1. Ünite içi takım çalışması, F2. Yönetici beklenti ve eylemleri, F3. Üniteler arası takım çalışması ve yönetici desteği, F4. Organizasyonel öğrenme, F5. Genel güvenlik algısı, F6. Hatalar hakkında açık iletişim ve geribildirim, F7. Raporlanan olay sıklığı, F9. Hasta devir teslimi, F10. Hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım, HG: Hasta güvenliği

Tablo 4: Hemşirelerin Tanımlayıcı ve Mesleki Özelliklerinin HGKHA Olumlu Yanıt Yüzde Ortalamasına Etkisi (N: 427)

		Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar		
		B	Std. Hata	Beta	t	t
HGKHA F=17,828 P=0,000 R ² =0,112	Sabit	63,164	6,546		9,650	0,000
	Pozisyon	7,914	2,983	0,144	2,653	0,008
	Hastane güvenli mi?	-6,955	2,358	-0,161	-2,949	0,003
	Hastane HG uygulaması	-7,794	1,916	-0,191	-4,069	0,000
Ünite içi takım çalışması F=11,677 P=0,001 R ² =0,027	Sabit	59,776	4,891		12,222	0,000
	Pozisyon	13,683	4,004	0,164	3,417	0,001
Yönetici Beklentileri ve Eylemleri F=11,848 p=0,000 R ² =0,078	Sabit	61,341	9,784		6,270	0,000
	Meslek süresi	8,622	3,550	0,114	2,429	0,016
	Hastane güvenli mi?	-12,749	3,317	-0,183	-3,844	0,000
	Hastane HG uygulaması	-8,668	3,122	-0,131	-2,777	0,006
Üniteler arası takım çalışması ve Yönetici Desteği F=17,909 p=0,000 R ² =0,145	Sabit	57,865	11,859		4,879	0,000
	Meslek süresi	7,922	3,563	0,103	2,223	0,027
	Pozisyon	12,872	4,946	0,142	2,603	0,010
	Hastane güvenli mi?	-9,217	3,823	-0,130	-2,411	0,016
Organizasyonel öğrenme F=11,075 p=0,000 R ² =0,073	Sabit	60,491	7,958		7,601	0,000
	Meslek süresi	6,702	2,888	0,110	2,321	0,021
	Hastane güvenli mi?	-10,178	2,698	-0,180	-3,773	0,000
	Hastane HG uygulaması	-6,686	2,539	-0,125	-2,633	0,009
Genel Güvenlik Algısı F=13,849 p=0,000 R ² =0,0316	Sabit	79,331	5,510		14,396	0,000
	Hastane güvenli mi	-11,849	3,184	-0,178	-3,721	0,000
Hatalar Hakkında Açık İletişim ve Geribildirim F=12,231 p=0,000 R ² =0,104	Sabit	117,439	9,379	-0,110	12,521	0,000
	Çalışma şekli	-7,697	3,369	-0,102	-2,285	0,023
	Eğitime katılma	-7,940	3,691	-0,186	-2,151	0,032
	Hastane güvenli mi?	-13,175	3,395	-0,166	-3,880	0,000
	Hastane HG uygulaması	-11,097	3,134		-3,540	0,000
Raporlanan Olayların Sıklığı F=3,927 p=0,048 R ² =0,009	Sabit	50,787	6,350		7,998	0,000
	Hastane HG uygulaması	-8,137	4,106	-0,096	-1,982	0,048
Hasta devir teslimi F=10,325 p=0,001 R ² =0,024	Sabit	35,322	5,505		6,417	0,000
	Pozisyon	14,482	4,507	0,154	3,213	0,001
Hatalara Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yaklaşım F=4,262 p=0,040 R ² =0,010	Sabit	41,060	4,675		8,783	0,000
	Çalışma şekli	-5,630	2,727	-0,100	-2,064	0,040

HG: Hasta güvenliği

Hemşirelerin HGKHA toplam puanı üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen altı bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için yapılan çoklu regresyon analizinde; çalışma şekli, hasta güvenliği konusunda eğitim alma ve meslekte deneyim süresi olmak üzere üç bağımsız değişken yeterli etkiye sahip olmadığı için sırayla regresyon modelinden çıkarılmıştır ($p > ,05$). Modelde kalan ve anlamlı düzeyde etkisi olan üç değişkenin katsayısına göre önem sırası (en çok etkiliden en az etkilieye doğru) hemşirelerin çalıştığı hastanede hasta güvenliği uygulamasının olması ($p < ,001$), hastanenin güvenli ortam olması ve çalışma pozisyonu ($p < ,01$) şeklindedir. Bu üç değişken hemşirelerin HGKHA toplam puanına ait değişimi (varyansı) %11 açıklamaktadır. Çalıştığı hastanede hasta güvenliği uygulaması olduğunu düşünen hemşirelerin HGKHA olumlu yanıt yüzdesi puanı hasta güvenliği uygulaması olmadığını ya da yeterli olmadığını düşünenlere göre 7,79 puan, hastane ortamının güvenli olduğunu düşünen

hemşirelerin olumlu yanıt yanıt yüzdesi puanı düşünmeyenlere göre 6,96 puan fazladır. Servis sorumlu hemşirelerinin HGKHA olumlu yanıt yüzdesi puanı servis hemşirelerine göre 7,91 puan fazladır (Tablo 4).

Hemşirelerin HGKHA “ünite içi takım çalışması” (F1) alt boyut puanı üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen dört bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için yapılan çoklu regresyon analizinde, hastane ortamını güvenli bulma durumu ve çalışma şekli olmak üzere iki bağımsız değişken yeterli etkiye sahip olmadığı için sırayla regresyon modelinden çıkarılmıştır ($p>,05$). Modelde kalan ve anlamlı düzeyde etkisi olan iki değişkenin önem sırası hemşirelerin pozisyonu ($p<,01$) ve haftalık çalışma süresi ($p<,05$) şeklindedir. Bu iki değişken hemşirelerin ünite içi takım çalışması olumlu yanıt yüzdesi puanına ait değişimi (varyansı) %4 açıklamaktadır. Servis sorumlu hemşirelerinin ünite içi takım çalışması olumlu yanıt yüzdesi puanı servis hemşirelerine göre 12,71 puan fazladır. Haftalık çalışma süresi 40 saat (1), 40-49 saat (2), 50 saat ve üzeri (3) olarak sıralandığında, grupların ünite içi takım çalışması olumlu yanıt yüzdesi giderek 5,65 puan azalmaktadır (Tablo 4).

Hemşirelerin HGKHA “yönetici beklenti ve eylemleri” (F2) alt boyut puanı üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen beş bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için yapılan çoklu regresyon analizinde çalışma şekli ve pozisyon yeterli etkiye sahip olmadığı için regresyon modelinden çıkarılmıştır ($p>,05$). Modelde kalan ve anlamlı düzeyde etkisi olan üç değişkenin önem sırası hemşirelerin çalıştığı hastanenin güvenli ortam olması ($p<,001$), hastanede hasta güvenliği uygulamasının olması ($p<,01$) ve meslekte deneyim süresi ($p<,05$) şeklindedir. Bu üç değişken hemşirelerin yönetici beklenti ve eylemleri olumlu yanıt yüzdesi puanına ait değişimi (varyansı) %7 açıklamaktadır. Çalıştığı hastane ortamının güvenli olduğunu düşünen hemşirelerin yönetici beklenti ve eylemleri olumlu yanıt yüzdesi puanı güvenli olduğunu düşünen hemşirelerin yönetici beklenti ve eylemleri olumlu yanıt yüzdesi puanı hasta güvenliği uygulaması olmadığını ya da yeterli olmadığını düşünenlere göre 8,67 puan fazladır. Meslekte deneyim süresi beş yıldan fazla olan hemşirelerin yönetici beklenti ve eylemleri olumlu yanıt yüzdesi puanı deneyimi beş yıl ve altında olanlara göre 8,62 puan fazladır (Tablo 4).

Hemşirelerin HGKHA “üniteler arası takım çalışması ve yönetici desteği” (F3) alt boyut puanı üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen beş bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için yapılan çoklu regresyon analizinde çalışma şekli yeterli etkiye sahip olmadığı için regresyon modelinden çıkarılmıştır ($p>,05$). Modelde kalan ve anlamlı düzeyde etkisi olan dört değişkenin önem sırası hemşirelerin çalıştığı hastanede hasta güvenliği uygulamasının olması ($p<,001$) hemşirenin pozisyonu, hastanenin güvenli ortam olması ve meslekte deneyim süresi ($p<,05$) şeklindedir. Bu dört değişken hemşirelerin üniteler arası takım çalışması ve yönetici desteği olumlu yanıt yüzdesi puanına ait değişimi (varyansı) %14 açıklamaktadır. Hemşirelerde üniteler arası takım çalışması ve yönetici desteği alt boyutunda olumlu yanıt yüzde puanı; çalıştığı hastanede hasta güvenliği uygulaması olduğunu düşünenlerin hasta güvenliği uygulaması olmadığını ya da yeterli olmadığını düşünenlere göre 16,61 puan, servis sorumlu hemşirelerinin servis hemşirelerine göre 12,87 puan, hastane ortamının güvenli olduğunu düşünenlerin güvenli olduğunu düşünmeyenlere göre 9,22 puan, meslekte deneyim süresi beş yıldan fazla olanların deneyimi beş yıl ve altında olanlara göre 7,92 puan fazladır (Tablo 4).

Hemşirelerin HGKHA “organizasyonel öğrenme” (F4) alt boyut puanı üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen altı bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için yapılan çoklu regresyon analizinde, pozisyon, yaş ve çalışma şekli olmak üzere üç bağımsız değişken yeterli etkiye sahip olmadığı için regresyon modelinden çıkarılmıştır ($p>,05$). Modelde kalan ve anlamlı düzeyde etkisi olan üç değişkenin önem sırası hemşirelerin çalıştığı hastanenin güvenli ortam olması ($p<,001$), hastanede hasta güvenliği uygulamasının olması ($p<,01$) ve meslekte deneyim süresi ($p<,05$) şeklindedir. Bu üç değişken hemşirelerin organizasyonel öğrenme olumlu yanıt yüzdesi puanına ait değişimi (varyansı) %7 açıklamaktadır. Çalıştığı hastane ortamının güvenli olduğunu düşünen hemşirelerin organizasyonel öğrenme alt boyutunda olumlu yanıt yüzde puanı güvenli olduğunu düşünmeyenlere göre 10,18 puan, hastanede hasta güvenliği uygulaması olduğunu düşünen hemşirelerin organizasyonel öğrenme olumlu yanıt yüzdesi hasta güvenliği uygulaması olmadığını ya da yeterli olmadığını düşünenlere göre 6,99 puan fazladır. Meslekte deneyim süresi beş yıldan fazla olan hemşirelerin organizasyonel öğrenme olumlu yanıt yüzdesi puanı deneyimi beş yıl ve altında olanlara göre 6,70 puan fazladır (Tablo 4).

Hemşirelerin HGKHA “genel güvenlik algısı” (F5) alt boyut puanı üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen üç bağımsız değişken ile yapılan çoklu regresyon analizinde pozisyon ve hastaneden hasta güvenliği uygulaması bulunma değişkenleri yeterli etkiye sahip olmadığı için regresyon modelinden çıkarılmıştır ($p>,05$). Modelde kalan ve anlamlı düzeyde etkisi olan hastanenin güvenli olması değişkeni ($p<,001$), hemşirelerin genel güvenlik algısı olumlu yanıt yüzdesi puanına ait değişimi (varyansı) %3 açıklamaktadır. Çalıştığı hastane ortamının güvenli olduğunu düşünen hemşirelerin genel güvenlik algısı olumlu yanıt yüzde puanı güvenli olduğunu düşünmeyenlere göre 11,85 puan fazladır (Tablo 4).

Hemşirelerin HGKHA “hatalar hakkında açık iletişim ve geribildirim” (F6) alt boyut puanı üzerine primer analizlerde

etkisi olduğu belirlenen beş bağımsız değişken ile yapılan çoklu regresyon analizinde pozisyon değişkeni yeterli etkiye sahip olmadığı için regresyon modelinden çıkarılmıştır ($p>.05$). Modelde kalan ve anlamlı düzeyde etkisi olan dört değişkenin önem sırası; hemşirelerin çalıştığı hastanenin güvenli ortam olması, hastanede hasta güvenliği uygulamasının olması ($p<.001$), çalışma şekli ve hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumu ($p<.05$) şeklindedir. Söz konusu dört değişken hemşirelerin hatalar hakkında açık iletişim ve geribildirim olumlu yanıt yüzdesi puanına ait değişimi (varyansı) %10 açıklamaktadır. Çalıştığı hastane ortamının güvenli olduğunu düşünen hemşirelerin hatalar hakkında açık iletişim ve geribildirim olumlu yanıt yüzde puanı güvenli olduğunu düşünmeyenlere göre 13,17 puan fazladır. Çalıştığı hastanede hasta güvenliği uygulaması olduğunu düşünen hemşirelerin hatalar hakkında açık iletişim ve geribildirim olumlu yanıt yüzdesi hasta güvenliği uygulaması olmadığını ya da yeterli olmadığını düşünenlere göre 11,10 puan fazladır. Çalışma şekli sürekli gündüz olan hemşirelerin hatalar hakkında açık iletişim ve geribildirim olumlu yanıt yüzdesi puanı vardiyalı (gece ve gündüz) çalışanlara göre 7,70 puan fazladır. Hasta güvenliği konusunda eğitim alan hemşirelerin hatalar hakkında açık iletişim ve geribildirim olumlu yanıt yüzdesi puanı eğitim almayanlara göre 7,94 puan fazladır (Tablo 4).

Hemşirelerin HGKHA “raporlanan olay sıklığı” (F7) alt boyut puanı üzerine primer analizlerde yalnız hastanede hasta güvenliği uygulaması bulunma durumunun etkisi olduğu belirlenmiş, basit regresyon analizinde de (enter modeli) etkisi anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p<.05$). Hastanede hasta güvenliği uygulaması bulunma durumu, hemşirelerde raporlanan olay sıklığı olumlu yanıt yüzdesi puanına ait değişimi (varyansı) %1 açıklamakta, %99 oranında ise başka değişkenler etkili olduğu görülmektedir. Çalıştığı hastanede hasta güvenliği uygulaması olduğunu düşünen hemşirelerin raporlanan olay sıklığı olumlu yanıt yüzdesi hasta güvenliği uygulaması olmadığını ya da yeterli olmadığını düşünenlere göre 8,14 puan fazladır (Tablo 4).

Hemşirelerin HGKHA “hasta devir teslimi” (F9) alt boyut puanı üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen iki bağımsız değişken ile yapılan çoklu regresyon analizinde hastanenin güvenli ortam olma durumu yeterli etkiye sahip olmadığı için regresyon modelinden çıkarılmıştır ($p>.05$). Modelde tek kalan hemşirenin pozisyonu değişkeni ile yapılan basit regresyon analizinde de anlamlı düzeyde etkili olduğu ($p<.01$) ve pozisyonun hemşirelerin hasta devir teslimi olumlu yanıt yüzdesi puanına ait değişimi (varyansı) %2 oranında açıkladığı belirlenmiştir. Servis sorumlu hemşirelerinin hasta devir teslimi olumlu yanıt yüzdesi puanı servis hemşirelerine göre 14,48 puan fazladır (Tablo 4).

Hemşirelerin HGKHA “hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım” (F10) alt boyut puanı üzerine primer analizlerde yalnız çalışma şekli değişkeninin etkisi olduğu belirlenmiş, yapılan basit regresyon analizinde de etkisi anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p<.05$). Hemşirelerin çalışma şekli hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım olumlu yanıt yüzdesi puanına ait değişimi (varyansı) %1 açıklamakta, %99 oranında ise başka değişkenlerin etkili olduğu görülmektedir. Sürekli gündüz çalışan hemşirelerin hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım olumlu yanıt yüzdesi vardiyalı (gece ve gündüz) çalışanlara göre 5,63 puan fazladır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Hemşirelerin HGK algılamalarının ve HGK algılamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada, HGKHA’da yer alan hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım alt boyut puanının hemşirelerde en düşük olumlu yanıt yüzde ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Bu sonuç, ülkemizde sağlık kuruluşlarında HGK’nin öneminin ve gerekliliğinin tam olarak anlaşılmadığını ve hata yapılması durumunda hemşirelerin üst yönetim tarafından suçlandığını, cezalandırıldığını düşündürülebilir. Konuya ilişkin yapılan çalışmalarda da benzer şekilde hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının hata yapılması durumunda ceza sisteminin uygulanacağı düşüncesi ile yaptıkları hataları bildirme konusunda (ceza alma, dışlanma, kariyerinin olumsuz etkilenmesi vb. nedenlerle) isteksiz davrandıkları bulunmuştur (Bodur ve Filiz, 2010; Okuyama ve ark., 2018). Bu çalışmada da raporlanan olayların sıklığı alt boyut olumlu yanıt ortalaması %50’den düşük bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, hataların bildirilme sıklığı alt boyutu yapılan bazı araştırmalarla uyumluluk gösterirken (Bodur ve Filiz, 2010; Dincer ve ark., 2018), AHRQ tarafından ABD’de yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermemektedir (Farokhzadian ve ark., 2018). Araştırma sonuçlarının uyumluluk göstermemesi Türkiye’de HGK’nin yeni bir konu olması ve hemşirelerin cezalandırılma korkusu nedeniyle raporlama yapmaktan kaçındıklarını düşündürmektedir. Personel sağlama alt boyut olumlu yanıt ortalamasının %50’den düşük olması sağlık kuruluşlarında hemşire sayısının yetersiz olduğunu düşündürürken, bu durumun, tıbbi hataların oluşmasında çok önemli etken olduğu bildirilmektedir (Kim ve ark., 2018). Rogers’e göre hemşirelerin bir günde 12 saatten ve haftada 60 saatten fazla çalışmaları yani personel planlama sistemin başarısızlığı olarak kabul edilmekte ve bu koşullarda çalışmanın hata yapma riskini arttırdığı belirtilmektedir (Rogers, 2004). Düşme, basınç ülseri, ilaç hatası ve idrar yolu enfeksiyonu gibi göstergelerin hemşirelerin fazla mesai ile çalışması arasında olumlu bir ilişkili olduğu belirtilmiştir (Cho ve ark., 2015). Birçok çalışma, hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça hasta güvenliği olaylarının, morbiditenin ve hatta ölüm oranlarının arttığını ortaya koymaktadır (Cho ve ark. 2015, Kim ve ark., 2018). Bu nedenle hasta güvenliği için öncelikle hemşire çalışma koşullarının iyileştirilmesi gerekmektedir.

Çalışmada ünite içi takım çalışması en yüksek olumlu yanıt yüzde ortalamasına sahiptir. HGK ile ilgili yapılan sistematik derleme çalışmalarında da benzer sonuçlar bulunmuştur (Reis ve ark., 2018; Okuyama ve ark., 2018). Ünite içinde özellikle hemşireler ve doktorlar arasında güçlü bir ekip çalışmasının tıbbi hataları azalttığı belirtilmiştir (Lee ve ark., 2016). Bu nedenle hemşirelerin kendi meslektaşları ve diğer takım üyeleri ile olumlu bir takım çalışması içinde olması HGK'yi olumlu yönde etkilemektedir (Huang ve ark., 2018). Araştırmaya katılan tüm hemşirelerin HGKHA toplam olumlu yanıt ortalaması %49,39'dur. Diğer ülkelerde yapılan araştırmalarda da bu çalışmayla benzer sonuçlar bulunurken, (Ali ve ark., 2018), diğer bazı çalışmalarda ise orta derecede güçlü hasta güvenliği algısı belirlenmiştir. (Danielsson ve ark., 2017). AHRQ tarafından ABD'de yapılan araştırmaların olumlu yanıt yüzde ortalamaları ile karşılaştırıldığında (Famolaro ve ark., 2018), bu çalışmadan elde edilen olumlu yanıt yüzde ortalamalarının düşük olması araştırma yapılan sağlık kurumlarında HGK'nin henüz istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı hastanelerinde kalite çalışmaları gereği sağlıkta kalite standartları geliştirilmiş ve tüm Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanmaya başlanmıştır (SKS, 2016). Bu kapsamda hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır. Ancak hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir etmen olan HGK ile ilgili çalışmaların istenilen düzeyde olmadığı, HGK'nin oluşturulmasına yönelik bazı sistemsel düzenlemelere gereksinim olduğu gözlenmektedir.

Hastanedeki hasta güvenliği derecesini hemşirelerin, %55,5'i çok iyi, %8,4'ü zayıf olarak değerlendirmektedir. Türkiye'de konu ile ilgili yapılan bazı araştırmalar çalışmanın bu bulgusunu desteklerken, (Dursun ve ark., 2010; Yapucu Güneş ve ark., 2016), diğer bazı araştırmalar da desteklememektedir (Korkmazer ve ark., 2016). Çalışmada, hemşirelerin yarısından fazlası kendi hastanelerini hasta güvenliği konusunda başarılı olarak değerlendirmektedir. Ancak, bir hastanenin hasta güvenliği konusunda başarılı olabilmesi için sıfır hata ile çalışması ve çalışanların hepsinin kurumlarını başarılı olarak değerlendirmesi gerekmektedir. Oysa çalışmada, %8,4 hemşire çalıştığı hastaneyi hasta güvenliği konusunda yetersiz olarak görmektedir. Bu durum çalışmanın yürütüldüğü hastanelerde hasta güvenliği açısından risklerin olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada, son bir yıl içerisinde hiç olay raporu bildirmeyenlerin oranı (%55,5) ortalamanın üstündedir. Bu çalışma sonuçları ile benzerlik gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Algattan ark., 2018; Wang ve Tao, 2017). Türkiye'de hastanelerde, "Güvenlik Raporlama Sistemi" 23.03.2016 tarihinde aktif veri kabulüne başlamıştır. Bu çalışmada, rapor bildirmeyenlerin oranının yüksek çıkmasının bir nedeni verilerin toplandığı tarihte henüz aktif olarak sistem üzerinden hata bildirimlerinin yapılmaması olabilir. Hataları bildirme oranının çok düşük olmasının diğer bir nedeni ise yönetici desteğinin olmaması ya da cezalandırıcı bir kültürün olması olabilir. Sonuç olarak, bu çalışma bulgularında HGK alt boyutlarında en düşük olumlu yanıt ortalaması %31,79 ile hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım boyutuna aittir.

HGKHA toplam puanı, HGKHA alt boyutlarından üniteler arası takım çalışması ve yönetici desteği, yönetici beklentileri ve eylemleri, organizasyonel öğrenme, hatalar hakkında açık iletişim ve geribildirim olumlu yanıt yüzdesi puanı üzerinde çalıştıkları hastanenin hasta ve çalışanlar için güvenli bir ortam olduğunu düşünme ve hastane hasta güvenliği uygulamaları varlığı durumlarının etkisi bulunmaktadır. Ayrıca çalışmada, hastanenin hasta güvenliği uygulaması varlığı durumunun raporlanan olayların sıklığı çalıştıkları hastanenin hasta ve çalışanlar için güvenli bir ortam olduğunu düşünme genel güvenlik algısı puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Kurumlarında hasta güvenliği ile ilgili uygulamaların olduğunu bildiren hemşireler hasta güvenliği ile ilgili uygulama, prosedür ve politikaları bildiğini, HGK'yi geliştirecek öğrenme çalışmalarının yapıldığını, olayların raporlandığını ve HGK oluşturmada yönetim desteğinin olduğunu belirtmiştir. Kurumlarında hasta güvenliği ile ilgili uygulamaların olduğunu bildiren ve çalıştıkları hastanenin hasta ve çalışanlar için güvenli bir ortam olduğunu düşünen hemşirelerin HGK toplam puanı ve yukarıda belirtilen HGKHA alt boyutları arasında beklendiği üzere anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ancak, bu ilişki istenen düzeyde değildir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından "Sağlıkta Kalite Standartları" geliştirilmiş ve bu kapsamda hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar uygulanmaya başlanmıştır (SKS, 2016). Ancak, bu bulgu bize uygulamaların çalışma alanına yansımada hala sınırlılıkların olduğunu düşündürmektedir.

HGKHA toplam puanı, ünite içi takım çalışması, üniteler arası takım çalışması ve yönetici desteği, hasta devir teslimi olumlu yanıt yüzdesi üzerinde çalışma pozisyonunun etkili olduğu belirlenmiştir. Bir diğer çalışmada da benzer bulgular bulunurken (Nordin ve ark., 2013), Arslan'ın (2014), çalışmasında çalışma pozisyonunun HGK puanını etkilemediği saptanmıştır. Bu bulgu, servis sorumlu hemşirelerinin çalışma yıllarının servis hemşirelerine göre daha uzun olması ve mevcut pozisyonları ile açıklanabilir. Yönetici pozisyonunda çalışmaları, servis sorumlu hemşirelerini sorumlusu olduğu hizmetleri iyi gösterme eğilimine yönlenebilir. Bu durumu sosyal beğenililik etkisi ile açıklamak olanaklı görünmektedir (McCreary ve Korabik, 1994). Servis sorumlu hemşirelerinin servislerinde ve üniteler arasında iletişimi sağlamaları ve ekip çalışmasını yönetmeleri nedeniyle ünite içi ve üniteler arası takım çalışmasını etkileyebilmektedir. Ayrıca, servis sorumlu hemşirelerinin kalite çalışmaları gereği çok fazla hasta güvenliği ile ilgili politika ve prosedür ile ilgilenmeleri hasta güvenliği uygulamalarını bilmelerini sağlamış dolayısıyla HGK algılamaları üzerinde etkili olmuş olabilir.

Çalışma bulgularına göre altı yıl ve daha fazla süredir çalışan hemşirelerin HGKHA alt boyutlarından üniteler arası takım çalışması ve yönetici desteği, yönetici beklentileri ve eylemleri, organizasyonel öğrenme olumlu yanıt yüzdesi puanı üzerinde meslekte çalışma süresinin anlamlı bir etkisi bulunmaktadır. Başka bir çalışmada ise, bu çalışmanın tersine bir yıl ve daha az süredir çalışanların HGKHA olumlu yanıt yüzde puanları daha yüksek bulunmuştur (Dursun ve ark., 2010). Korkmazer ve arkadaşlarının (2016) çalışması bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir. Çalışmanın bu bulgusu; uzun süre çalışan hemşirelerin, mesleki deneyiminin daha fazla olması, yöneticilik pozisyonunda çalışması, üst yönetim ile ilişkilerinin daha iyi olması, daha fazla eğitim çalışmalarında bulunmaları, kurumu iyi tanımaları ve örgütsel bağlılıklarının artması (Duygulu ve Abaan, 2007) gibi nedenlerle açıklanabilir.

HGKHA alt boyutlarından hatalar hakkında açık iletişim ve geribildirim olumlu yanıt yüzdesi puanı üzerinde hasta güvenliği ile ilgili eğitim almanın bir etkisi bulunmaktadır. Hemşirelerin hastayı olumsuz yönde etkileyebilecek bir durum gördüğünde özgürce konuşabilmesi, meydana gelen hatalar ve bunlarla ilgili uygulanan değişiklikler hakkında çalışanlara bilgi verilmesi hataların önlenmesinde oldukça önemlidir. Hemşirelerin %75,6'sı hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Diğer bir çalışma da bu bulguyu desteklemektedir (Algattan ve ark., 2018). Weaver ve arkadaşları (2013) takım eğitiminin HGK geliştirmede çok etkili bir yol olduğunu ve eğitim yoluyla çalışanlarda davranış değişikliği yapılabileceği belirtmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda hasta güvenliği ile ilgili eğitim alan hemşirelerin hatalar hakkında açık iletişim ve geribildirim boyutunda davranış değişikliğinin olması beklenen bir durumdur.

Hemşirelerin hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım alt boyut olumlu yanıt yüzdesi puanı üzerinde, çalışma şeklinin etkisi bulunmaktadır. Sürekli gündüz çalışan hemşirelerin hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım puanı vardiyalı (gece ve gündüz) çalışanlara göre 5,63 puan fazladır. Meslekte uzun süre çalışan ileri yaş ve servis sorumlu hemşiresi pozisyonundaki hemşirelerin kurum politikaları nedeniyle genelde gündüz çalıştırılması nedeniyle gündüz çalışan hemşirelerin hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım puanı daha fazla çıkmış olabilir.

Hemşirelerin HGKHA ünite içi takım çalışması alt boyut olumlu yanıt yüzdesi puanı haftalık çalışma süresinden etkilenmektedir. Hemşirelerin haftalık çalışma süresi arttıkça ünite içi takım çalışması puanı düşmektedir. 657 devlet memurları kanununda haftalık çalışma saati 40 saat olarak belirlenmiştir. Bu saatin üstünde çalışma kişilerde, stres, yorgunluk, motivasyon ve çalışma isteğini olumsuz etkilediği için ünite içinde çalışanların ilişkilerini de olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca gece nöbet ile uzun süre çalışma uykusuzluk, dikkatte dağılma ve yorgunluk gibi faktörlere neden olduğu için hemşirelerin daha fazla tıbbi hata yapmasına neden olmaktadır (Er ve Altuntaş, 2016). Bu durumda hemşirelerin HGK puanlarını olumsuz etkilemiş olabilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışma sonucunda, araştırmanın yapıldığı kurumlarda, hemşirelerin HGK toplam puanının ortalamasının altında, hatalara karşı cezalandırıcı bir kültürün var olduğu, kaliteli ve güvenli sağlık bakımı sunabilmek için hemşire sayısının yetersiz olduğu, olay bildirim sayısının istenen düzeyde olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, kurumlarda olumlu bir HGK'nin oluşturulabilmesi için hastane yönetimi hataların bildirilmesinde çalışanları desteklemeli ve cesaretlendirmelidir. Cezalandırıcı yaklaşımdan uzak, açık, ve geri bildirim verilen bir iletişim ortamının oluşturulması, örgütsel öğrenmenin sağlanması, üniteler arası ekip çalışmasının güçlendirilmesi ve sürdürülmesi, HGK'yi oluşturmaya yönelik eğitim ve aktivitelerin düzenlenmesi gerekmektedir. Ayrıca hasta güvenliği için uygun sayı ve nitelikte hemşirenin istihdam edilmesi, hemşirelerin güçlendirilmesi ve çalışma ortamlarının iyileştirilmesi HGK'nin oluşturulmasında oldukça önemlidir. Araştırma yapılan kurumlarda, 12-18 ayda bir HGK'nin değerlendirilmesi ve sonuçlarının çalışanlarla paylaşılması, değerlendirme sonucunda özellikle de %50 altında bulunan HGK alt boyutlarına yönelik çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Bu çalışmada, hemşirelerin çalışma pozisyonu, meslekte çalışma yılı, hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumu, hemşirelerin çalıştıkları hastanenin hasta ve çalışanlar için güvenli bir ortam olduğunu düşünme durumu, çalışma şekli, haftalık çalışma süresi ve hastane hasta güvenliğine ilişkin uygulamaların varlığının, hemşirelerin HGK algıları üzerinde etkisi olduğu, ancak bu etkinin düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu bulgular da hastanede hemşirelerin çalışma sistemleri ile çalışma ortamlarının hasta güvenliğini sağlayıcı şekilde düzenlenmesinin ve hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik mesleki gelişimlerinin desteklenmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Etki düzeyinin düşük olduğu göz önüne alındığında ise, çalışmanın yapıldığı sağlık kuruluşlarında HGK'ye etki eden diğer etmenlerin ileri nicel ve nitel çalışmalarla belirlenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Etik Kurul Onayı: T.C. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (05.03.2014/125-18) ve GO 14/12518 sayılı kararı ile onay alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Ethics Committee Approval: T.C. Approval was obtained from Hacettepe University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (05.03.2014/125-18) with the decision numbered GO 14/12518.

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from the participants.

KAYNAKLAR

Ali, H., Ibrahim, S. Z., Al Mudaf, B., Al Fadalah, T., Jamal, D., El-Jardali, F. (2018). Baseline assessment of patient safety culture in public hospitals in Kuwait Hayfaa. *BMC Health Services Research*, 18, 158.
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-2960-x>

Alqattan, H., Cleland, J., Morrison, Z. (2018). An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 13:3, 272-280
<https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2018.02.002>

Bodur, S., and Filiz, E. (2010). 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*, 10, 28-36.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-28>

Brunetto, Y., Xerri, M., Farr-Wharton, B., Shacklock, K., Farr-Wharton, R., Trincherro, E. (2016). Nurse safety outcomes: old problem, new solution the differentiating roles of nurses' psychological capital and managerial support. *Journal of Advanced Nursing*, 72:11, 2794-2805.
<https://doi.org/10.1111/jan.13036>

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). (2018). <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsresources/patientsafetyincidentmanagementtoolkit/patientsafetymanagement/pages/Patient-Safety-Culture.aspx>. (Erişim 28,11,2018)

Cho S. H., Kim Y. S., Yeon K. N., You S. J., Lee I. D. (2015). Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *International Nursing Review*, 62:2, 267-274.
<https://doi.org/10.1111/inr.12173>

Cloete L. (2015). Reducing medication errors in nursing practice. *Nurs Stand Jan*, 29:20, 50-59.
<https://doi.org/10.7748/ns.29.20.50.e9507>

Danielsson, M., Nilsen, P., Rutberg, H., Arestedt, K. (2017). A national study of patient safety culture in hospitals in Sweden. *Journal of Patient Safety*,
<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000369>

Dirik, H. F. ve Intepeler, S. S. (2017). The work environment and empowerment as predictors of patient safety culture in Turkey *Journal of Nursing Management*, 25, 256-265.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12458>

DiCuccio, M. H. (2015). The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review. *J Patient Saf*, 11, 135-142.
<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000058>

Dincer, M., Torun, N. Aksakal, H. (2018). Determining nurses' perceptions of patient safety culture in palliative care centres, *Contemporary Nurse*, 54:3, 246-257.
<https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1492350>

Dursun, S., Bayram, N., Aytaç, S. (2010). Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8:1, 1-14.

- Duygulu, S., Abaan, S. (2007).** Örgütsel bağlılık: Çalışanların kurumda kalma ya da kurumdaki ayrılma kararının bir belirleyicisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 14, 61-73.
- Er, F., Altuntaş, S. (2016).** Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi, 3:3, 132-139
<https://doi.org/10.5222/SHYD.2016.132>
- Famolaro T., Yount N., Hare, R., et al. (2018).** Hospital Survey on Patient Safety Culture 2018 User Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSA 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. AHRQ Publication No. 18-0025-EF.
- Fan, Y., Zheng, Q., Liu, S., Li, Q. (2016).** Construction of a new model of job engagement, psychological empowerment and perceived work environment among Chinese registered nurses at four large university hospitals: implications for nurse managers seeking to enhance nursing retention and quality of care. Journal of Nursing Management, 24:5, 646-655.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12369>
- Farokhzadian, J., Nayeri, N. D., Borhani, F. (2018).** The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. BMC Health Services Research, <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3467-1>
- Huang, C. H., Dra, B, Wu, H. H., Lee, Y. C. (2018).** The perceptions of patient safety culture: A difference between physicians and nurses in Taiwan. Applied Nursing Research, 40:1, 39-44.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.12.010>
- Hwang, J. (2015).** What are hospital nurses' strengths and weaknesses in patient safety competence? Findings from three Korean hospitals. International Journal for Quality in Health Care, 27:3, 232-238.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv027>
- International Council of Nurses (ICN). (2018).** Statement Patient Safety Global Ministerial Summit. April 2018.
- Karayurt, Ö., Damar, H. T., Bilik, Ö., Özdöker, S., Duran, M. (2017).** Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün ve güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının incelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1, 16-23.
- Khater, W., Akhu-Zaheya, L., Al-Mahasneh, S., Khater, R. (2015).** Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. International Nursing Review, 62:1, 82-91.
<https://doi.org/10.1111/inr.12155>
- Kim, K. J., Yoo, M. S., Seo, E. J. (2018).** Exploring the influence of nursing work environment and patient safety culture on missed nursing care in Korea. Asian Nursing Research, 12, 121-126.
<https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.04.003>
- Korkmazer, F., Yıldız, A., Ekingen, E. (2016).** Sağlık personeli hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 4:2, 141-154.
<https://doi.org/10.18506/anemon.04546>
- Lee, S. H., Phan, P. H., Dorman, T., Weaver, S. J., Pronovost, P. J. (2016).** Handoffs, safety culture, and practices: Evidence from the hospital survey on patient safety culture. BMC Health Services Research, 16, 254.
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1502-7>
- Leone, R. M., Adams, R. J. (2016).** Safety standards implementing. Fall prevention interventions and sustaining lower fall rates by promoting the culture of safety on an inpatient rehabilitation unit. Rehabilitation Nursing, 41:1, 26-32.
<https://doi.org/10.1002/rnj.250>
- McCreary, D. R., Korabik, K. (1994).** Examining the relationships between the socially desirable and undesirable aspects of agency and communion. Sex Roles, 31:11-12, 637-651.
<https://doi.org/10.1007/BF01544285>
- Najjar, S., Nafouri, N., Vanhaecht, K., Euwema, M. (2015).** The relationship between patient safety culture and adverse events: a study in Palestinian hospitals. Safety in Health, 1, 16.
<https://doi.org/10.1186/s40886-015-0008-z>

National Patient Safety Foundation (NPSF) (2015). Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years After To Err Is Human. Boston: NPSF, 2015. http://www.npsf.org/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm.pdf. (Erişim 02,11,2018).

Nordin, A., Theander, K., Wilde-Larsson, B., Nordström, G. (2013). Health care staffs' perception of patient safety culture In hospital settings and factors of importance for this. *Open Journal of Nursing*, 3, 28-40. <https://doi.org/10.4236/ojn.2013.38A005>

Okuyama, J. H. H., Galvao, T. F., Silva, M. T. (2018). Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: A systematic review and meta-analysis. *Scientific World Journal*, ID 9156301. <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>

Oliveira, R. M., Leitao, I. M., Oliveira, A. C., Gazos, D. M., Silva, L. M., Barros, A. A., et al. (2016). Evaluating the intervening factors in patient safety: Focusing on hospital nursing staff. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49:1, 104-13. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100014>

Pumar Mendez, M. J., Attree, M., Wakefield, A. (2014). Methodological aspects in the assessment of safety culture in the hospital setting: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 34:2, 162-170. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.08.008>

Reis, C. T., Paiva, S. G., Sousa, P. (2018). The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, 30:9, 660-677. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>

Rogers, A. (2004). Work Hour Regulation in Safety-Sensitive Industries. Paper commissioned by the Institute of Medicine Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. Presented to the Committee on November, 19, 2002.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2016). SKS-Hastane (Versiyon-5; Revizyon-00) 1. Baskı: Pozitif Matbaa, Ankara, Temmuz 2016 ISBN: 978-975-590-558-7

Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42:2, 156-165. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>

Singer, S., Lin, S., Falwell, A., Gaba, D., Baker, L. (2009). Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Services Research Journal*, 44:2, 399-421. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00918.x>

Sorra, J. S., Nieva, V. F. (2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. September.

Taylor, J., Dominici, F., Agnew, J., Gerin, D., Morlock, L., Miller, M. (2012). Do nurse and patient injuries share common antecedents? An analysis of associations with safety climate and working conditions. *BMJ Quality and Safety*, 21:1, 101-111. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000082>

Vaismoradi, M., Griffiths, P., Turunen, H., Jordan, S. (2016). Transformational leadership in nursing and medication safety education: a discussion paper. *J Nurs Manag*, 24:7, 970-980. <https://doi.org/10.1111/jonm.12387>

Verbakel, N. J., Langelaan, M., Verheij, T. J. M., Wagner, C., Zwart, D. L. M. (2015). Effects of patient safety culture interventions on incident reporting in general practice: a cluster randomised trial. *British Journal of General Practice*, 65:634, 319-329. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X684853>

Vifladdt, A., Simonsen, B. O., Lydersen, S., Farup, P. G. (2016). Changes in patient safety culture after restructuring of intensive care units: Two cross-sectional studies. *Intensive and Critical Care Nursing*, 32:1, 58-65.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.06.004>

Wami, S. D., Demssie, A. F., Wassie, M. M., Ahmed, A. N. (2016). Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 20:1, 16-495.
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1757-z>

Wang, M. and Tao, H. (2017). How Does Patient Safety Culture in the Surgical Departments Compare to the Rest of the County Hospitals in Xiaogan City of China? "<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28954427>" *Int J Environ Res Public Health*, 26:14, 10.
<https://doi.org/10.3390/ijerph14101123>.

Weaver, S. C., Lubomksi, L. S., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., Sydney, M. (2013). Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 158, 369-374.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>

World Health Organization (WHO). (2014). 10 Facts on Patient Safety <http://www.who.int/features/factfiles/patient-safety/en/index.html> (Erişim 02,11,2017)

World Health Organization (WHO). (2017). Patient Safety: Making health care safer. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA-3.0 IGO

Yapucu Güneş, Ü., Gürlek, Ö., Sönmez, M. (2016). A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Collegian*, 23, 225-232.
<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.02.005>