

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI

Aslı ÖZCAN

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ
KÜLTÜRÜ İLE VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİYİ
ÖNLEMEDE KANITA DAYALI UYGULAMA KULLANMA
DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Aysel DOĞAN

İSTANBUL, Haziran 2025

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI

Aslı ÖZCAN
224003081

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTA
GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE VENTİLATÖR İLİŞKİLİ
PNÖMONİYİ ÖNLEMEDE KANITA DAYALI
UYGULAMA KULLANMA DURUMLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Aysel DOĞAN

İSTANBUL, Haziran 2025

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ash ÖZCAN
(224003081)

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ
KÜLTÜRÜ İLE VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİYİ
ÖNLEMEDE KANITA DAYALI UYGULAMA KULLANMA
DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih :

Tezin Savunulduğu Tarih :

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Aysel DOĞAN

Diğer Jüri Üyeleri : Prof. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Dudu KILINÇ

İSTANBUL, 2025

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca, her adımında bana rehberlik eden, bilgi ve birikimlerini cömertçe benimle paylaşan, her konuda bana yol gösteren değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Aysel Doğan'a, değerlendirmeleriyle katkı sunan saygıdeğer jüri üyeleri Prof. Dr. Kerime Derya Beydağ ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Dudu Kılınç'a çalışmama gönüllü olarak katılan ve bilim dünyasına katkıda bulunan Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Prof. Dr. Murat Dilmener hastanesi yoğun bakım hemşirelerine, başarıımı inançla destekleyen, sabırla ve fedakârlıkla her adımında bana güç veren zorluklar karşısında birlikte çözüm arayarak gücümü artıran ve en büyük desteğiyle bu süreçte bana eşlik eden sevgili eşim Erdem Özcan'a ayrıca, bu zorlu akademik süreçte sevgileri, anlayışları ve varlıklarıyla bana ilham kaynağı olan canım oğlum Emir Mete Özcan'a ve canım kızım Aylin Ada Özcan'a sonsuz sevgimle teşekkür ederim.

Şükran ve saygılarımla.

Aslı Özcan

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
TABLO LİSTESİ	xi
KISALTMALAR.....	xii
BÖLÜM 1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER.....	1
2.1. HASTA GÜVENLİĞİ	1
2.1.1. Hasta Güvenliğinin Tanımı ve Tarihsel Gelişimi..	1
2.1.2. Hasta Güvenliğinin Türkiye’de ve Dünyada Tarihsel Gelişimi.....	2
2.1.3. Hasta Güvenliğini Etkileyen Faktörler.....	2
2.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliğinin Önemi.	2
2.2. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ	3
2.2.1. Hasta Güvenliği Kültürünün Tanımı ve Önemi....	3
2.2.2. Hasta Güvenliği Kültürünün Özellikleri	3

2.2.2.1. Hata Raporlama ve Öğrenme Sistemi	3
2.2.2.2. Ekip Çalışması ve Etkili İletişim	3
2.2.2.3. Yönetim Desteği.....	4
2.2.2.4. Cezasızlık Politikası	4
2.2.2.5. Sürekli Eğitim ve Farkındalık.....	4
2.2.3. Hasta Güvenliği Kültürünün Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi Yöntemleri	4
2.3. YOĞUN BAKIM	5
2.3.1. Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ)	5
2.3.2. Yoğun Bakım Hemşireliği	5
2.3.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bakım Davranışları ile Hasta Güvenliği Kültürleri.....	6
2.3.4. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği Kültürü	6
2.3.5. Hasta Güvenliği Kültürü Açısından Yoğun Bakım Hemşirelerinin Rolü ve Sorumlulukları	7
2.3.6. Hasta Güvenliği Kültürü ve Advers Olaylar	7
2.4. VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİ (VİP)	8
2.4.1. Mekanik Ventilasyon (MV).....	8
2.4.2. Ventilatör İlişkili Pnömoni Tanımı (VİP), Etiyolojisi ve Patogenezi	9

2.4.3. VIP'nin İnsidansı, Morbidite ve Mortalitesi	9
2.4.4. VIP'nin Risk Faktörleri ve Komplikasyonları	9
2.4.4.1. VIP İçin Önlenemez Risk Faktörleri	10
2.4.4.2. VIP İçin Önlenebilir Risk Faktörleri	11
2.4.5. VIP'yi Önleme Yöntemleri	11
2.4.5.1. Çevresel Önlemler	12
2.4.5.2. Entübasyon ve Yapay Solunuma Yönelik Önlemler	12
2.4.5.3. Hasta Takip ve Tedavisine Yönelik Önlemler	12
2.4.5.4. Ventilatör İlişkili Pnömoni Tanı Kriterleri	14
2.4.5.5. Ventilatör İlişkili Pnömoni Tedavi Yöntemleri	14
2.4.6. Ventilatör İlişkili Pnömoni Bakım Paketi	15
2.4.7. Ventilatör İlişkili Pnömoni Bakım Paketi ve Hemşirelik	16
2.5. KANITA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARI	18
2.5.1. Kanıta Dayalı Uygulamaların Tanımı	18
2.6. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE KANITA DAYALI UYGULAMA ARASINDAKİ İLİŞKİ	19

2.7. VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİDE KANITA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARININ KULLANIMI.....	19
2.8. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE VİP UYGULAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	20
BÖLÜM 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE AMACI	22
3.1.1. Araştırmanın Soruları	22
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	22
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	23
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME/EDİLMEME KRİTERLERİ.....	23
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:	23
3.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:.....	23
3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	23
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	24
3.7. TANIMLAYICI BİLGİ FORMU	24
3.8. VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİNİN ÖNLENMESİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALARA İLİŞKİN BİLGİLERİ FORMU.....	24
3.9. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ	25

3.10.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	26
3.11.VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	26
3.12.ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	27
3.13.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GÜÇLÜKLERİ.....	27
BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUMLAR.....	28
BÖLÜM 5. TARTIŞMA	44
BÖLÜM 6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
KAYNAKÇA.....	56
EKLER	68
EK-A: HEMŞİRE TANITICI FORM.....	68
EK-B: VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİNİN ÖNLENMESİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALARA İLİŞKİN BİLGİLERİ FORMU.....	71
EK-C: HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ.....	73
EK- D: ETİK KURUL ONAYI	76
EK-E: KURUM İZNİ.....	77
EK-F: GÖNÜLLÜ KATILIM (BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY) FORMU İÇERİĞİ.....	78
EK-G: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ	80

ÖZET

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİYİ ÖNLEMEDE KANITA DAYALI UYGULAMA KULLANMA DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu araştırmanın amacı, cerrahi hastalara bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü ile ventilatör ilişkili pnömoniyi önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte gerçekleştirilmiştir. Araştırma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Prof. Dr. Murat Dilmener Hastanesi'nde, yetişkin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşireler ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma evrenini, hastanenin cerrahi yoğun bakım ünitelerinde görev yapan toplam 104 hemşire oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 101 hemşire oluşturmuştur. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, Ventilatör İlişkili Pnömoninin Önlenmesinde Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgiler Formu ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır. Toplanan verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, t-testi, ANOVA, Pearson korelasyon ve çoklu regresyon analizleri uygulanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $29,8 \pm 5,56$ bulunmuş olup, %77,2'si kadın ve %74,3'ü lisans mezunu olduğu söylemiştir. Araştırmaya katılanların %86,1'i hasta güvenliği eğitimi aldığını ifade etmiştir. Ventilatör ilişkili pnömoniyi önlemede kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi toplam puanı ortalaması $4,44 \pm 1,84$ olup orta düzeyde bir bilgi düzeyini ortaya koymaktadır. Bilgi formunda en yüksek doğru yanıt puanı hasta pozisyonlandırılması sorusuna (%74,3), en düşük puan ise aspirasyon sisteminin değiştirilme sıklığı maddesine (%17,8) aittir. Hasta güvenliği kültürü ölçeği genel puan ortalaması 2,61 bulunmuş olup, en yüksek alt boyut ortalaması "yönetim ve liderlik" (2,70), en düşük alt boyut ise "bakım ortamı" (2,31) olarak bulunmuştur. Yapmış olduğumuz korelasyon analizinde, VIP bilgi düzeyi ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı bir ilişki

bulunmuştur ($r=0,391$; $p<0,01$). Regresyon analizine göre ise VİP'i önlemeye ilişkin kanıta dayalı uygulamalar bilgi puanının, yaş ve eğitim düzeyi faktörlerinin hasta güvenliği kültürüne olumlu yansıdığı görülmüştür ($R^2=0,227$; $p<0,001$). Elde edilen bulgular sonucunda; hasta güvenliği kültürünü geliştirmeye yönelik güncel yapılandırılmış eğitim programlarının düzenlenmesi ve uygulanmasının gerekliliği ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin bilgi düzeylerini artırmanın klinik uygulamalarda hasta güvenliğini güçlendireceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği kültürü, ventilatör ilişkili pnömoni, kanıta dayalı uygulama, hemşirelik, yoğun bakım

Tarih: 17.06.2025

ABSTRACT

INVESTIGATING THE RELATIONSHIP BETWEEN INTENSIVE CARE NURSES' PATIENT SAFETY CULTURE AND THEIR USE OF EVIDENCE-BASED PRACTICES FOR THE PREVENTION OF VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA

The purpose of this study was to examine the relationship between patient safety culture among intensive care nurses caring for surgical patients and their knowledge of evidence-based practices for preventing ventilator-associated pneumonia. The study was conducted as a descriptive and correlational study. The study included nurses working in the adult intensive care units at Istanbul University-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Faculty of Medicine Prof. Dr. Murat Dilmener Hospital. The study population consisted of 104 nurses working in the hospital's surgical intensive care units. The study sample consisted of 101 nurses who volunteered to participate in the study and met the inclusion criteria.

Data were collected using an Introductory Information Form, an Information Form on Evidence-Based Practices in the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia, and the Patient Safety Culture Scale. Frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, ANOVA, Pearson correlation, and multiple regression analyses were used to analyze the collected data. The mean age of the participating nurses was 29.8 ± 5.56 , 77.2% were female, and 74.3% reported having a bachelor's degree. 86.1% of the participants reported receiving patient safety training. The total mean score for knowledge of evidence-based practices in the prevention of ventilator-associated pneumonia was 4.44 ± 1.84 , indicating a moderate level of knowledge. The highest correct response score in the information form was for the patient positioning question (74.3%), while the lowest score was for the frequency of suction system replacement (17.8%). The overall mean score for the patient safety culture scale was 2.61, with the highest sub-dimension mean for "management and leadership" (2.70) and the lowest for "care environment" (2.31). Our correlation analysis found a significant relationship between VAP knowledge level and patient safety culture ($r=0.391$; $p<0.01$).

Regression analysis revealed that knowledge scores on evidence-based practices for

preventing VAP, along with age and education level, positively impacted patient safety culture ($R^2=0.227$; $p<0.001$). The findings highlighted the need to develop and implement up-to-date, structured training programs to enhance patient safety culture. Increasing nurses' knowledge levels is believed to strengthen patient safety in clinical practice

Keywords: Patient safety culture, ventilator-associated pneumonia, evidence-based practice, nursing, intensive care, surgery

Tarih: 17.06.2025



TABLO LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 3.1. Ölçek Puanlarının Normallik Analizi	25
Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı	28
Tablo 4.2. Hemşirelerin Ventilatör İlişkili Pnömoniye Önlemede Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgi Puan Ortalamaları	29
Tablo 4.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Kültür Puan Ortalamaları	31
Tablo 4.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bilgi Puanı ile Hasta Güvenliği Kültür Puanları Arasında Korelasyon Analizi	32
Tablo 4.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ventilatör ilişkili Pnömoniye Önlemede Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgi Düzeyinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi	33
Tablo 4.6. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ventilatör İlişkili Pnömoniye Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu	35
Tablo 4.7. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Kültür Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu	39

KISALTMALAR

AARC	: American Association for Respiratory Care (Amerikan Solunum Bakımı Derneği)
AHRQ	: Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı
CCN	: Critical Care Nurse (Yoğun Bakım Hemşiresi)
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)
IOM	: Uluslararası Göç Örgütü
JCI	: Uluslararası Ortak Komisyon
KVC	: Kardiyovasküler Cerrahi
MV	: Mekanik Ventilasyon
NRŞ	: Nöroşirürji
SB	: Sağlık Bakanlığı
SHİE	: Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyon
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
SPSS	: Sosyal Bilimler İstatistik Paketi (Statistical Package for the Social Sciences)
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
UHESA	: Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı
VİP	: Ventilatör İlişkili Pnömoni
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi

BÖLÜM 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Hasta güvenliği, hastanın sağlık kuruluşunda tedavi gördüğü süre içerisinde meydana gelen hatalar ve bu hatalar sonucunda ortaya çıkan kötü sonuçların en aza indirilmesini amaçlamaktadır (Institute of Medicine , 1999). Sağlık sisteminin kaliteli bir şekilde hizmet sunabilmesi için kurumun benimsediği güvenlik kültürü algısı son derece önemlidir (World Health Organization, 2021). Özellikle yoğun bakım üniteleri gibi hayati önem taşıyan birimlerde hasta güvenliği hem hasta hemde çalışan açısından büyük öneme sahiptir (Kaya vd., 2021; Ulrich vd., 2018).

Yoğun bakım üniteleri, diğer servislere kıyasla takip edilen hasta profilleri, çok sayıda cihazın bulunması ve hastalara her türlü tıbbi girişimin yapıldığı alanlar olduğu için güvenlik kültürü algısı bu servislerde büyük önem arz etmektedir (Gonçalves, 2011; Kendall-Gallagher ve Blegen, 2009). Bu durum hemşirelerin ve diğer sağlık personellerinin ortak bir algıda birleşmelerini zorunlu hale getirmektedir (Sammer vd., 2010). Güçlü bir güvenlik kültür anlayışının temelini, hataların gizlenmeden raporlanmasını teşvik eden, hatalardan ders almayı sağlayan, ceza yerine öğrenmeye teşvik eden eleştiri yerine açık iletişim tekniklerinin kullanımına özen gösteren bir yaklaşım oluşturmaktadır (Singer vd., 2009). Yoğun bakımda çalışan hemşireler sürekli hasta başı takip yapan ve hastasının tedavisinin yanısıra her türlü kişisel bakımını da yapan profesyonellerdir. Bunu yaparken güvenli bakım ortamı oluşturmalıdır (Blegen vd., 2017; Aboshaiqah ve Baker, 2013). Hemşirelerin uygulama becerilerini sürekli güncellemeleri ve bu bilgileri sahaya yansıtmaları gerekmektedir. Kültür algısını oluştururken yalnızca bireysel hata yapmaktan kaçınmak yerine kurumsal düzeyde bu algıyı oluşturmak çok önemlidir (Farokhzadian vd., 2015; Aslan ve Gürdap, 2021).

Ventilatör ilişkili pnömoni (VİP), En az 48 saat süreyle invaziv mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda gelişen enfeksiyondur. Yoğun bakım hastalarında sık görülen bu enfeksiyon hemşirelerin kanıt düzeyi yüksek uygulamaları etkin ve titizlikle uygulamaları ile önlenmektedir (Kalil vd., 2016; Hellyer vd., 2020). VİP'nin oluşumunu etkileyen en önemli faktörler arasında, sekresyonların aspirasyonu, endotrakeal tüp çevresinde gelişen biyofilm oluşumu, uzun süreli kontrolsüz sedasyon uygulamaları bağışıklık

sisteminin baskılanması ve hijyen yetersizliği gibi çok etken yer almaktadır (Niederman vd., 2019; Bassi vd., 2017). Etkili hemşirelik bakımı, enfeksiyon kontrol protokollerine uyum ve güçlü bir hasta güvenliği kültürünün bir arada sürdürülmesi ile sağlanabilmektedir.

Bu konuda önemli diğer unsur, bakım paketlerinin uygulanabilmesidir (Weaver vd., 2013; Lucian Leape Institute, 2013). VİP'i önlemede kullanılan bakım paketlerinde; yatak başı yüksekliğinin 30–45 derece arasında tutulması, günlük ağız bakımı, infüzyon şeklinde uygulanan sedasyonun belli bir süre kapatılıp şuur takibinin yapılması ve ekstübasyona hazırlığın değerlendirilmesi, peptik ülser ve derin ven trombozu profilaksisi gibi önlemeye yönelik girişimler yer almaktadır (CDC, 2023). Bu uygulamaların hemşireler tarafından doğru bir şekilde yürütülmesi, VİP'nin önlenmesine yarar sağlayacağı düşünülmektedir (Yazıcı ve Bulut, 2018; Viana vd., 2020).

Yapılan birçok çalışmada, hemşirelerin bu konuda bilgi düzeylerinin, rehberlere uyumlarının ve hasta güvenliği kültürüne yönelik farkındalıklarının yeterli düzeyde olmadığını ortaya koymaktadır (Şenyuva, 2016; Evcili ve Kaya, 2023; Ricart vd., 2003). Hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algıları ile VİP'yi önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları ne düzeyde kullandıkları arasındaki ilişkiyi araştırmak, enfeksiyon kontrolü açısından çok önemlidir.

Bu çalışma da, yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü ile ventilatör ilişkili pnömoniye önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları kullanma durumları arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda; hemşirelerin güvenlik kültürüne ilişkin algıları, VİP bakım paketlerine uyum düzeyleri ve kanıta dayalı uygulamaların etkin bir şekilde alana yansıtılıp yansıtılmadığı ele alınmıştır. Elde edilen bulguların, hasta güvenliğini artırmaya yönelik uygulamaların geliştirilmesine katkı sağlaması ve VİP oluşumunu önlemede kanıt temelli uygulamalara yönelik girişimlerin artırılması beklenmektedir.

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1. HASTA GÜVENLİĞİ

2.1.1.Hasta Güvenliğinin Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hastaların zarar görmesini önlemeyi amaçlar. Bu kavram yalnızca bireysel hataların önlenmesini değil, aynı zamanda sağlık kurumlarının güvenli hasta bakımı için alınan önlemlerin tümünü ifade etmektedir (Sammer vd., 2010; Yönt, 2011).

Hasta güvenliği farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine [IOM]), hasta güvenliğini “hastaların zarar görmesini önlemek” olarak tanımlarken, Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation), bu kavramı “sağlık hizmeti hatalarının önlenmesi ve bu hatalardan kaynaklanabilecek zararların azaltılması” şeklinde açıklamaktadır (Korkmaz, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (2019), hasta güvenliğini sağlık hizmeti sürecinde hastaya önlenebilir zararın gelişmemesi şeklinde tanımlamıştır. İlk olarak, 1999 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yayımlanan 'To Err is Human' raporu ile gündeme gelen hasta güvenliği, sağlık sistemlerinin kalitesini artırmaya yönelik atılan ilk adımdır. Bu rapor, her yıl sadece ABD’de 98.000 hastanın sağlık hizmeti kaynaklı hatalar nedeniyle yaşamını yitirdiğini ortaya koymuştur (Institute of Medicine, 1999). Bu durum, hasta güvenliğinin yönetim politikalarının merkezine alınması gerektiğini göstermektedir (Sungur ve Taşcı, 2019).

Sağlık alanında teknolojik yenilikler ve bireylerin değişen sağlık ihtiyaçları hem hizmet verenler hem de hizmet alanlar açısından çeşitli risk unsurlarını da beraberinde getirmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenilirliğini etkilemektedir (Gökdoğan ve Yorgun, 2010).

Hasta güvenliğinde amaç; güvenli bir çevre oluşturarak sağlık hizmeti alımı sırasında oluşabilecek tüm hataların önüne geçmektir. (Güven, 2007; Yönt, 2011).

2.1.2.Hasta Güvenliğinin Türkiye’de ve Dünyada Tarihsel Gelişimi

Hasta güvenliğini sağlamak amacıyla Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Sağlıkta Kalite Standartları (SKS), hasta güvenliği alanında kurumsal ve bireysel sorumlulukların düzenlenmesini ve uygulanmasını hedeflemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Türkiye’de 6 Nisan 2011 tarihinde yürürlüğe giren “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”, hasta güvenliği uygulamalarının ilgili kurumlarda düzenli bir şekilde sağlanmasını zorunlu hale getirmiştir. (Resmî Gazete, 2011). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hasta güvenliği konusunu 2002 yılında ilk olarak gündeme getirmiştir. 2004 yılında kurulan “Dünya Hasta Güvenliği İttifakı” ile birlikte hasta güvenliği konusunda küresel farkındalığın artması sağlanmıştır (Minuzzi vd., 2016). Bu konuda yapılan birçok araştırma da gösteriyor ki güvenli bir sağlık hizmeti ortamı kaliteli bakım almayı sağlamaktadır.

2.1.3.Hasta Güvenliğini Etkileyen Faktörler

Hasta güvenliğini etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır. Bunlar bireysel, kurumsal ve çevre kaynaklı faktörlerdir. Bilgi eksikliği, kişiler arası iletişim yetersizliği, vardiya düzensizliği, eksik elemanla çalışmaktan kaynaklanan iş yükü ve de malzeme eksikliği hasta güvenliğini tehlikeye sokan en önemli faktörler arasında yer almaktadır (Ulrick ve Kear, 2014). Etkili liderlik anlayışıyla, açık iletişim ve sürekli eğitim programları ile güvenli sağlık hizmeti ortamı sağlanmalıdır (Kıssal ve Dokgöz, 2024).

2.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliğinin Önemi

Hasta güvenliği ilkelerine dikkat edilmeden sunulan sağlık hizmeti olumsuz sonuçlar oluşturabilmektedir. Bunlar; kalıcı sakatlanmalar, hastane yatış süresinde artıştan kaynaklı maliyetin yükselmesi, yeni hastalıkların ortaya çıkması ve en önemlisi de geri dönüşü olmayan ölüme sebep olabilmektedir (Ulrich vd., 2014). Güvenli sağlık hizmeti sunumu, hastanın ve yakınlarının psikolojik durumunu düzeltmenin yanı sıra kuruma olan

güveni arttırmaktadır (Kırılmaz, 2009). Hasta güvenliğini öncelik haline getirmiş kurumlarda çalışanların iş doyumunda fazla olmakta ve bu sayede hasta bakım kaliteside artmaktadır (Kohn vd., 2000).

2.2. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

2.2.1.Hasta Güvenliği Kültürünün Tanımı ve Önemi

Hasta güvenliği kültürü, sağlık kurumlarının ve çalışanlarının hasta güvenliğine yönelik ortak tutumları ve davranışlarıdır (Khamisa vd., 2020). Bu kültür sağlık çalışanlarının yapılan hataları açıkça ifade edebildiği, iletişim kurabildiği ve karşılıklı güvenin ön planda olduğu bir anlayıştır (Dalton vd., 2008, Carney vd., 2020). Güçlü bir hasta güvenliği kültürü, hataların raporlanması ve önlenmesi açısından da büyük öneme sahiptir (Lee vd., 2022).

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında, yöneticiler tarafından çalışanların desteklenmesi ceza verici bir tutum sergilenmemesi ve insanların bu kültürü benimsemesine yönelik teşvik edici uygulamalar ve yönlendirmeler yapılması gerekmektedir. (Solak ve Topçu, 2022). Özellikle yoğun bakım ünitelerinde, VIP gibi önlenebilir bir enfeksiyonun hemşirelerin bilgi düzeyleri, farkındalıkları ve acil durum yönetim becerileri ile ortaya çıkabilecek durumun ciddiyeti büyük oranda azaltılabilmektedir (Abbasinia vd., 2023; Kaya vd., 2021).

2.2.2.Hasta Güvenliği Kültürünün Özellikleri

2.2.2.1.Hata Raporlama ve Öğrenme Sistemi

Yapılan hataların rahatlıkla bildirilebildiği gerekli raporların tutulduğu ve aynı hataların sürekli yapılmasının önüne geçildiği bir sistemdir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, etkili raporlama sistemlerinin hasta ve çalışan güvenliğini artırdığını ve hasta sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir (Lee vd., 2022; Sammer vd., 2010).

2.2.2.2.Ekip Çalışması ve Etkili İletişim

Etkili bir hasta güvenliği kültürü için, karşılıklı iletişim kurabilen saygılı ve disiplinli

çalışma ortamı olan ekip anlayışı gerekmektedir. Bilinmelidir ki sağlık çalışanları arasındaki uyum ve iletişim eksiklikleri hata riskini artırabilmektedir. Güncel çalışmalar, ekip içi güvenin ve etkili iletişimin hasta güvenliği düzeyini doğrudan etkilediğini ortaya koymaktadır (Abbasinia vd., 2023; Kaya vd., 2021).

2.2.2.3. Yönetim Desteği

Yöneticilerin aktif bir şekilde sahada yer aldığı ve bütün çalışanlarla eşit, saygılı ve özverili yaklaşabilmek hasta güvenliğinin sürdürülebilirliğini sağlayan en önemli faktörlerden biridir. Yönetimde yer alan kişiler, çalışanlara eğitim desteği sağlayarak güvenlik kültürü algısını üst seviyelere taşıyabilirler. Bu tür destekler, sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine dair uygulamalarda daha bilinçli ve dikkatli olmalarını sağlayacağı düşünülmektedir. (Carney vd., 2020; Khamisa vd., 2020).

2.2.2.4. Cezasızlık Politikası

Yapılan hataların kişisel bilgi ve beceri yetersizliklerinden çok, sistemdeki hata ve aksaklıklardan kaynaklandığı anlayışı, ceza vermek yerine öğrenme odaklı bir bakış açısını sunmaktadır. Birçok araştırma bize gösteriyor ki çalışanlar cezalandırılma korkusu taşımadığında hata bildirimlerinin daha sık yapıldığını ortaya koymaktadır (Lee vd., 2022; Sammer vd., 2021).

2.2.2.5. Sürekli Eğitim ve Farkındalık

Eğitim programlarının, hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumlarını güçlendirdiği, farkındalık düzeylerini arttırdığı ve kanıta dayalı uygulamaların benimsenmesini kolaylaştırdığını göstermektedir (Abbasinia vd., 2023; Kaya vd., 2021).

2.2.3. Hasta Güvenliği Kültürünün Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi Yöntemleri

Anketler, grup görüşmeleri ve kritik olay bildirim raporları bu yöntemler arasında yer alır. En yaygın kullanılan ise, AHRQ tarafından geliştirilen 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' anketidir (Weaver vd., 2013). Bu anket, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği algılarını kurumsal ve yönetimsel olarak görüşlerini sistematik olarak analiz

edip raporlamayı sağlamaktadır (Sorra ve Dyer, 2010). Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği olaylanmış benzer ölçekler kullanılarak, güvenlik kültürü düzeyleri değerlendirilmektedir (Tektas ve Bostan, 2019). Çıkan sonuçlara göre kurumlar, çalışanlarının geliştirilmesi gerekli taraflarını belirleyerek güçlendirmeye yönelik gerekli eğitimsel programları planlamaktadırlar (Singer vd., 2009).

2.3. YOĞUN BAKIM

2.3.1.Yoğun Bakım Ünitesi

YBÜ’leri hasta durumlarının sürekli değiştiği yakın takip ve müdahale gerektiren alanlardır. Bu alanlarda çok sayıda tıbbi cihaz bulunmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde, fazlaca tedavi planlamasının olduğu ayrıca yüksek teknolojik cihazların bulunduğu ve bu tedavi protokollerinin titizlikle yürütülebilmesi açısından bu birimlerde hasta güvenliği oldukça önemlidir (Sprung vd., 2013). Hasta güvenliğinin sağlanmasında bu karmaşık ortamda hemşirelerin hastaları dikkatle izlemeleri ve zamanında müdahalede bulunmaları aynı zamanda aciliyet gerektiren durumları sakinlikle yönetmeleri ile sağlanabilmektedir. Güçlü bir güvenlik kültürünün hakim olduğu yoğun bakım ortamlarında, sağlık profesyonelleri hasta bakım süreçlerine daha etkin, dikkatli ve sorumlu olduklarının farkında bilişli katılım sağlamaktadırlar (Sammer vd., 2010; Abbasinia vd., 2023).

2.3.2.Yoğun Bakım Hemşireliği

Özel eğitim, tecrübe ve sertifikasyon programı gerektiren, hasta bakımını doğrudan yöneten bir hemşirelik alanıdır. Yoğun bakımda hastaların sürekli takibinin yanısıra tedavi ve her türlü bakım gereksinimini karşılanmasını sağlamaktadırlar. Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli tüm önlemleri alan hemşireler, güvenli hasta bakımını organize ederler. Ayrıca hasta ve yakınlarına da psikolojik destek sağlayarak mental sağlığı korumak için gerekli hassasiyeti gösterirler (Bucher ve Holcomb, 2015).

2.3.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bakım Davranışları ile Hasta Güvenliği Kültürleri

Yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği kültürüne katkıları, çalıştıkları ortamda bu kültürün etkilerini ne derece yansıtabildikleri ile ilişkilidir. Güvenli hasta bakımında ilaç uygulamaları büyük özen ve dikkatle yapılmalı, tıbbi cihaz hataları önlenmeli, hastaların daha yakından izlenmesi ve gerekli geri bildirimlerin zamanında yapılması çok önemlidir. Hemşireler düzenli eğitimlerle güncel bilgiye ulaşarak ve hasta güvenliğine yönelik kararları hızlı ve doğru biçimde alarak güvenli bir çalışma ortamının oluşmasına katkı sağlar (Blegen vd., 2017).

2.3.4. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği Kültürü

Yoğun bakım üniteleri, hasta güvenliği tehditlerinin en fazla olduğu alanlardır (Gonçalves, 2011). Bu nedenle, hasta güvenliği kültürünün oluşturulması daha da kritik bir öneme sahiptir. Bu ünitelerde güvenlik kültürü, hastaların hatalar karşısında zarar görmesini engellemek ve sağlık çalışanlarının hata yapmalarını önlemek amacıyla dikkatle yönetilmelidir.

Hasta güvenliği kültürüne yönelik yoğun bakım ünitelerinde yapılan çalışmalarda hastaların aldıkları hizmetlerde hasta güvenliğinin ihmal edildiği durumlarla karşılaştıklarını ancak müdahale edemediklerini bildirmektedir (Kendall-Gallagher ve Blegen, 2009). Yoğun bakım üniteleri diğer servislerle kıyaslandığında hata yapma olasılığı daha yüksek ortamlar olduğu bildirilmektedir. Bu durum hem fiziksel çevrenin yoğunluğu, hasta sayısının fazlalığı, tedavi ve girişim çeşitliliğinin fazla olmasından kaynaklanmaktadır (Farzi vd., 2016). Yapılan birçok girişim hasta açısından yüksek risk taşımakta ve hasta güvenliğini sürekli olumsuz etkilemektedir (Kendall-Gallagher & Blegen, 2009).

2.3.5. Hasta Güvenliği Kültürü Açısından Yoğun Bakım Hemşirelerinin Rolü ve Sorumlulukları

Doğrudan hasta bakımıyla en fazla temas halinde olan sağlık profesyonelleri olarak hemşireler, hasta güvenliğinin sağlanmasında en önemli sorumluluğu taşımaktadırlar (Aboshaiqah ve Baker, 2013). Bu sebeple, hemşirelerin hasta güvenliği konusunda bilgi ve beceriye sahip olmaları, sadece kendi güvenliklerini değil, aynı zamanda hastaların güvenliğini de etkiler (Henneman vd., 2012).

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü güçlendirmek için bazı temel sorumlulukları vardır. Bunlar arasında, yapılan hataları raporlandırmak, hasta bakımında en iyi uygulamaları takip etmek, geleneksel yöntemlerin değil kanıt temelli uygulamaları benimsemek, risk değerlendirmelerini yapmak ve hasta bakım süreçlerinde etkin iletişim yöntemlerini aktif olarak kullanmak yer almaktadır (Kramer vd., 2007).

2.3.6. Hasta Güvenliği Kültürü ve Advers Olaylar

Dünya Sağlık Örgütü, hasta güvenliğini sağlık hizmetlerinde önlenabilir zararı azaltma ve gereksiz yaralanmaları önleme hedefiyle tanımlamaktadır (WHO, 2019). Sağlık hizmeti sunan kuruluşların bu güvenli ortamı sağlamalıdır (Abdallah vd., 2020). Sunulan hizmetin kalitesi, liderlik eksikliği, yetersiz ekip çalışması, iletişim sorunları, zayıf güvenlik kültürü ve düşük personel farkındalığı gibi faktörlerden doğrudan etkilenmektedir. Bu faktörler aynı zamanda advers olayların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (Albalawi vd., 2020). Advers olaylar, hemşirelerin iş yükünü artırarak tükenmişlik, işten ayrılma eğilimi ve dolayısıyla hasta güvenliğini tehlikeye sokacak riskleri beraberinde getirebilmektedir (Kakemam vd., 2021). İlaç uygulama hataları, yanlış tanı, hastane enfeksiyonları ya da hatalı tedavi planı oluşturma gibi güvenlik kültürü ihlal edilmiş durumlar bu kapsamdadır (WHO, 2019; Wang vd., 2024). Amerika Birleşik Devletleri'nde ise tıbbi hatalar, ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (Makary ve Daniel, 2016; Schwendimann vd., 2018). Aynı zamanda hemşirelerin büyük bir bölümü, artan iş yükü ve mesleki stres nedeniyle son bir yıl içerisinde advers olayların daha sık yaşandığını ifade etmektedir (Kakemam vd., 2021; Kang vd., 2016; Karimian vd., 2021). Güvenlik kültürünü geliştirmek için mevcut durumu değerlendirmek, personelin algı ve tutumlarını belirleyerek farkındalığı artırmak

öncelikli olmalıdır. Uygun hemşirelik müdahaleleriyle güvenlik kültürü algısını zayıflatacak advers olayları en aza indirmek mümkündür (Vikan vd., 2023; Hibbert vd., 2016).

Yoğun bakım üniteleri, sağlık sisteminin en kompleks alanları arasında yer alırken (Peradejordi-Torres ve Valls-Matarín, 2023), hemşireler, güvenlik kültürünün bu ortamlara entegre edilmesinde kilit rol oynamaktadır (Salem vd., 2019). Yöneticiler hemşirelerin güvenlik kültürüne dair tutumlarını geliştirerek güvenlik kültür algısını iyileştirebilir.

VİP, yoğun bakım hastalarında mekanik ventilasyon uygulaması sonrası gelişen ve hasta güvenliğini ciddi şekilde tehdit eden önemli bir advers olay olarak kabul edilmektedir. DSÖ hastanede edinilen ve önlenabilir nitelikteki enfeksiyonları sağlık hizmeti sırasında meydana gelen advers olaylar kapsamında değerlendirmektedir (WHO, 2019). VİP, yalnızca ölüm oranlarını artırmakla kalmaz, aynı zamanda hastanede kalış süresini uzatır, maliyetleri yükseltir ve sağlık çalışanlarının iş yükünü artırarak tükenmişliğe neden olabilir (Hellyer vd., 2020). VİP, hasta güvenliği kültürünün güçlendirilmesi ve en çok üzerinde durulması gereken önlenabilir bir advers olay olarak değerlendirilmektedir (Engineering ve Bahru, 2015; Sorra vd., 2016).

2.4. VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİ (VİP)

2.4.1.Mekanik Ventilasyon (MV)

MV, solunum yetmezliği gelişen veya solunum fonksiyonları yetersiz olan hastalara uygulanan bir solunum desteğidir. Solunum cihazları, hastanın durumuna uygun şekilde hava akışı ve basınç sağlayarak doğal solunum yapmasını sağlar (Temiz, 2015). Solunum desteği hastanın iyileşmesine kadar veya bazı vakalarda uzun süreli olarak sürebilir. Bu süreci yöneten cihazlara "mekanik ventilatör" adı verilmektedir. Yapay solunumu sağlayan bu sistemler, özellikle nefes alıp vermekte zorluk yaşayan hastaların bakımında hayati öneme sahiptir ve yaşam kurtarıcıdır (Dikmen, 2012; Weiss ve Kaplan, 2017).

2.4.2. Ventilatör İlişkili Pnömoni

VİP, yoğun bakımda entübe edilen ve en az 48 saat süre ile mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda görülen ciddi bir akciğer enfeksiyonudur (Li vd., 2024). Bu enfeksiyon genellikle solunum yoluyla bulaşan mikroorganizmaların akciğer dokusuna ulaşmasıyla ortaya çıkar (Tablan vd., 2004; Klompas vd., 2022). Çoğu zaman, endotrakeal tüp çevresinde biriken zararlı organizmalar veya sağlık çalışanlarının kirli el teması ile enfeksiyon gelişebilir (CDC, 2024; Palloş ve Şendir, 2012). Hastanın entübe edilmeden önce enfeksiyon belirtisi yokken solunum cihazına bağlı kaldığı süre içerisinde gelişen bir durumdur. (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024). Endotrakeal tüp çevresinde biriken sekresyonların akciğerlere aspre edilmesi ile ve solunum cihazının devresinin kontamine olması en sık enfeksiyon nedenlerindendir (Chastre ve Fagon, 2002; Kollef vd., 2021). Özellikle yoğun bakım da tedavi geren hastalığı ilerlemiş yada primer tanısında ciddi tedaviler alması gereken, immün sistemi baskılanmış hastalar risk taşımaktadır. (Niederman vd., 2019; Bassi vd., 2017).

2.4.3.VİP İnsidansı, Morbidite ve Mortalitesi

VİP, yoğun bakım ünitelerinde en sık karşılaşılan enfeksiyonlardan biridir (Muscedere vd., 2008). Hastane ölüm oranlarını artıran ciddi bir sağlık sorunudur (Klein Klouwenberg vd., 2014; Klompas vd., 2014).

Yapılan araştırmalar, bin ventilatör günü başına beş ile yirmi arasında enfeksiyon vakası görüldüğünü ortaya koymaktadır (Magill vd., 2018; Dudeck vd., 2022). Buda hastaların durumunun kötüleşmesine sebep olarak hastanede kalış sürelerini uzatmakta mekanik ventilatöre olan ihtiyacı arttırmakta ve hastalar için tedavi harcamalarının büyük ölçüde artmasına sebep olmaktadır (Hunter vd., 2018; Kollef vd., 2021). Avrupa ülkelerinde zamanında yapılmış uygulama ve kontroller ile VİP oranlarının azaldığı bildirilmiştir (Papazian vd., 2020; Torres vd., 2017).

2.4.4.VİP'nin Risk Faktörleri ve Komplikasyonları

Ventilatör ilişkili pnömoni gelişiminde birden fazla faktör etkili olmaktadır. (Ferrer vd., 2016; Hunter vd., 2018). Bakım sürecinde alınacak önlemlerle azaltılabilecek riskler

mevcuttur (Damas vd., 2021; Kalil vd., 2016). Hastaya özgü özelliklerin yanı sıra uygulanan bakım süreçleri de enfeksiyon gelişiminde belirleyici bir rol oynar (Papazian vd., 2020; Niederman vd., 2019). Bu durum hem önlenebilen hem de önlenemeyen risklerin birlikte değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır.

2.4.4.1. VIP İçin Önlenemez Risk Faktörleri

Hastanın mevcut sağlık durumu ve geçirilmiş hastalık öyküsü ile ilişkili durumdur. Dışarıdan müdahaleyle değiştirilemeyen bu durumlar, sadece dikkatli izlem ve önleyici uygulamalarla kontrol altına alınabilir (CDC, 2023; Klompas vd., 2014).

- İleri yaş (≥ 65 yaş)
- Nöromüsküler hastalıkların varlığı
- Koma (Glasgow Koma Skoru < 9)
- Kardiyopulmoner hastalıklar
- Torakoabdominal cerrahi geçirmiş olmak
- Travma veya yanık öyküsü
- Beslenme bozukluğu
- Santral sinir sistemi cerrahisi geçirmiş intrakraniyal basınç izlemi yapılan hastalar
- Çoklu organ yetmezliği
- İmmünsupresif tedavi alan veya immün yetmezliği olan hastalar
- Solunum yollarının doğal savunma mekanizmasını bozan hastalıklar (astım, bronşektazi, akut solunum yetmezliği vb.)
- Son dönemde hastaneye yatış öyküsü olan ve antibiyotik kullanmış bireyler
- Kan albümin düzeyinin yeterli seviyede olmaması
- Mikrobiyota dengesizliği

Mikrobiyota dengesizliği, bağırsak ve akciğerlerde bulunan yararlı mikroorganizmalar arasındaki doğal dengenin bozulmasıyla ortaya çıkar. Uzun süreli antibiyotik tedavisi, enteral beslenme değişiklikleri, stres, hipoksi ve mekanik ventilasyon gibi etkenler, bu mikrobiyal dengeyi bozarak bağışıklık sistemini zayıflatabilir. Wang ve Li (2024), akciğerlerdeki mikrobiyal dengenin bozulmasının zararlı bakterilerin çoğalmasını kolaylaştırdığını ve bunun VIP riskini artırdığını bildirmiştir (Smith ve Brown, 2024).

Saydığımız bu etkenler, VIP riskini yükseltirken aynı zamanda hastaların yoğun bakımda kalış sürelerini de uzatabilir (Klompas vd., 2014; Karabulut Çetin, 2017; Zhang

vd., 2019).

2.4.4.2. VIP İçin Önlenebilir Risk Faktörleri

Bu faktörler sağlık çalışanlarının bilgi, dikkat ve kanıta dayalı uygulamalarıyla kontrol altına alınabilmektedir (Chang vd., 2024; CDC, 2023).

- Sağlık çalışanlarının yetersiz el hijyenine,
- Entübasyonda oral yol yerine nazal yol seçilmesi,
- Subglottik aspirasyonun yetersiz yapılması veya hiç yapılmaması
- Kullanılan ventilasyon devrelerinin sık ve gereksiz yere değişimi
- Endotrakeal tüp manşon basıncının (cuff) $<20-30$ cmH₂O olması
- Hastanın sırt üstü pozisyonda uzun süre yatırılması
- Uygunsuz enteral beslenme uygulamaları ve mide içeriğinin akciğerlere aspre edilmesi
- Plansız ekstübasyon ve tekrar entübasyon
- Mekanik ventilasyon süresinin 48 saatten uzun olması
- Uzun süreli sedasyon kullanımı
- Stres ülser profilaksisi uygulamaları
- Antiasit kullanımı veya mide asiditesinin baskılanması
- Hastane içi sık hasta transferi
- Uzun süreli antibiyotik kullanımı
- Bronkoskopi, trakeostomi gibi invaziv işlemler
- Yetersiz hemşirelik bakımı

2.4.5.VIP'yi Önleme Yöntemleri

VIP'yi önlemek için gerekli önlemler, hastanın entübe edildiği andan itibaren uygulanmalı ve ekstübasyon sürecine kadar dikkatli sürdürülmelidir (Sungur ve Taşcı, 2010). Bu enfeksiyonun önlenmesi, büyük ölçüde hemşirelerin bakım sürecindeki tutum ve uygulamalarına bağlıdır. Özellikle solunum yolu temizliğinin sağlanması, hastanın pozisyonunun uygun şekilde düzenlenmesi ve hijyen kurallarına eksiksiz uyulması, koruyucu yaklaşımların temelini oluşturur. Ayrıca, invaziv solunum desteği süresinin mümkün olduğunca kısa tutulması ve klinik olarak uygun durumlarda noninvaziv yöntemlerin denenmesi önemlidir (Jiang vd., 2016).

2.4.5.1.Çevresel Önlemler

- Koruyucu Önlük, Eldiven, Maske ve Gözlük Takılması.
- Ekipmanların Sterilizasyonu ve Dezenfeksiyonu (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

2.4.5.2.Entübasyon ve Yapay Solunuma Yönelik Önlemler

- Oral Entübasyon tercih etmek
- Ventilatör bağlantılarını gözle görülür kirlenme olmadıkça değiştirmemek (mekanik ventilatör devresi, nemlendirici sistem ve aspirasyon sistemi)
- Subglottik aspirasyonu sağlayan endotrakeal tüp kullanarak solunum sekresyonlarının aspirasyonunu sağlamak, her pozisyon değişimi öncesi orofarenksi aspire ederek temizlemek, düzenli subglottik aspirasyon yapmak (Klompas vd., 2020; Torres vd., 2017).
- Kaf Basıncının İzlenmesi, endotrakeal tüp balon basıncını en az 20-30 cmH₂O basınçta tutmak. MV uygulanan hastalarda, endotrakeal tüpün kaf (cuff) basıncının yeterli düzeyde tutulmaması, subglottik bölgede biriken sekresyonların veya mide içeriğinin mikro aspirasyonuna yol açarak VİP gelişme riskini artırmaktadır (Blot vd., 2014; Nseir vd., 2015).
- Noninvaziv mekanik ventilasyon veya yüksek akım oksijen uygulayarak entübasyonun ya da re-entübasyonun önlenmesi

2.4.5.3.Hasta Takip ve Tedavisine Yönelik Önlemler

- Hastaya Uygun Pozisyon Verilmesi. Yatak baş yüksekliğinin 30° – 45° olması (Boltey vd., 2014).
- Beslenme, Gastrik rezidüel volümü takip etmek, distansiyonu önlemek (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).
- Peptik Ülser Profilaksisi. Nazogastrik veya orogastrik tüplerin kullanımı gastroözofageal sfinkter fonksiyonunu bozarak mide içeriğinin mikro aspirasyon riskini artırmakta ve bu durum VİP gelişimini tetikleyebilmektedir. (Alcan ve Korkmaz, 2015; Baykara ve Alparslan, 2018; Uçgün, 2008).
- Günlük Sedasyon Tatili ve Weaning (Burja vd., 2018).

- Derin Ven Trombozu Profilaksisi. Klinik olarak en ciddi komplikasyonlarından biri pulmoner embolidir (Falck-Ytter vd., 2012; Segal vd., 2007). Yoğun bakımda mekanik ventilasyon altında takip edilen ve sedatize edilen hastalar; damar duvarı hasarı, kan akışında yavaşlama ve pıhtılaşma eğiliminde artış gibi faktörlere bağlı olarak derin ven trombozu gelişimi açısından yüksek risk taşımaktadır (Kalil vd., 2016). İlaç tedavisinin yanı sıra, en kısa sürede mobilizasyonun sağlanması, pasif egzersiz uygulamaları, varis çorapları ve pnömotik kompresyon cihazları gibi yöntemlerin kullanımı da önerilmektedir. Bu uygulamaların, mekanik ventilasyon altındaki hastalarda olumlu klinik sonuçlara katkı sağladığı ve derin ven trombozuna bağlı advers olayların önlenmesine yardımcı olduğu bildirilmektedir (CDC, 2023; CDC, 2024).
- Endotrakeal tüp içini serum fizyolojikle yıkama yapmaktan kaçınmak (Sf/Ambu) Serum fizyolojik ile endotrakeal tüp yıkamak, mikroorganizma aspirasyonunu kolaylaştırarak VİP riskini artırabileceğinden önerilmemektedir (CDC, 2024).
- Öksürük Egzersizleri yaptırmak
- Endotrakeal tüp ve Trakeostomi Bakımını uygun yöntemlerle yapmak
- Uygun antibiyotik Kullanımı
- Sağlık çalışanlarının sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi
- Kalite kontrol çalışmaları. Enfeksiyon oranlarının düzenli olarak izlenmesi ve geribildirim sağlanması (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).
- İzolasyon Önlemlerine dikkat edilmesi
- Pnömonokok ve İnfluenza Aşısının yapılması. Özellikle kronik hastalığı olan veya bağışıklığı baskılanmış bireylerde bu aşılar, pnömoniyi önlemede etkili bulunmuştur (CDC, 2024).
- Klorheksidinli veya steril su ile hastanın klinik seyrine uygun ağız bakımı uygulamak.

Uygulanan bu yaklaşımlar sonucunda hemşirelerin hasta bakımını düzenli izlemeleri ve VİP gelişimi belirtilerine karşı gerekli önlemleri alıp hızlıca müdahalede bulunmaları büyük önem taşır. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, bu uygulamaların doğru ve etkili bir şekilde uygulanmasını sağlar.

2.4.6. Ventilatör İlişkili Pnömoni Tanı Kriterleri

Hastada meydana gelen belirti ve bulgular gerekli tetkikler ile teyit edildikten sonra tanının netliği için bu parametrelerin birlikte değerlendirilmesi gerekir.

Klinik Bulgular:

- Ateş ($>38^{\circ}\text{C}$)
- Lökositoz veya lökopeni
- Pürülan trakeal sekresyon ve miktarda artış
- Solunum sıkıntısı (CDC, 2024).

Radyolojik Bulgular:

- Akciğer grafisinde veya bilgisayarlı tomografide yeni infiltrasyonların görülmesi

Mikrobiyolojik Bulgular:

- Endotrakeal aspirat kültürü
- Bronkoalveoler lavaj kültürü (CDC, 2024).

2.4.7. Ventilatör İlişkili Pnömoni Tedavi Yöntemleri

VİP'nin tedavisinde temel amaç, hastanın solunum sıkıntısını gidermek rahat ve etkin nefes alıp vermesini sağlamaktır (Chastre ve Fagon, 2002; Torres vd., 2017). Hastalığın erken fark edilmesi hastalığın seyrini iyileştirebilmekte ayrıca mekanik ventilasyon süresinin kısılmasını sağlarken, tedavi maliyetlerini de azaltmaktadır (Yelken vd., 2011).

Ventilatör ilişkili pnömoniye ilişkin tanı koyulduktan sonra hastadan kan ve sekresyon örnekleri alınmalı ve sonuçların çıkması beklenmeden ampirik antibiyotik tedavisine hızlıca başlanmalıdır. (Rello vd., 2007; Türk Toraks Derneği, 2009). Yetersiz veya geç başlatılan antibiyotik tedavisi hastanın ölüm riskini arttırmaktadır. Bu nedenle, antibiyotik direnç profillerinin değerlendirilmesi yaygın karşılaşılan yoğun bakım mikroorganizmalarında göz önünde bulundurarak etkin protokol belirlenmelidir. Hastaya en uygun tedavi yoğun bakım hekimi ve enfeksiyon hastalıkları hekimlerince uygulanmalıdır (Porzecanski ve Bowton, 2006).

Amerikan Toraks Derneği kılavuzuna göre, VİP tedavisinde ampirik antibiyotik seçimi yapılırken bazı faktörler dikkate alınmalıdır. Hastanın yaşı, altta yatan hastalıkları,

daha önce aldığı antibiyotik tedavileri ve akciğer infiltrasyonlarının yaygınlığı risk faktörleri değerlendirilmelidir. Ayrıca, hastanede yatış süresi, antibiyotiğin etki genişliği, maliyeti ve erişilebilirliği gibi unsurlar da tedavi kararında göz önünde bulundurulmalıdır (American Thoracic Society ve Infectious Diseases Society of America, 2005).

2.4.8. Ventilatör İlişkili Pnömoni Bakım Paketi

Bakım paketi yaklaşımı, klinik uygulamalarda yer alan kanıta dayalı girişimlerin bir bütün halinde, eksiksiz ve düzenli biçimde uygulanmasını ifade eder. Hasta bakım kalitesini artırmak ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla hazırlanmış, kolay uygulanabilir ve takibi sürdürülebilirdir (CDC, 2023; CDC, 2024; Resar vd., 2012).

Bakım paketleri genellikle üç ile beş maddeden oluşan birlikte uygulandıklarında etkili sonuçlar veren kanıta dayalı uygulamalardan oluşur. Bu uygulamaların günlük klinik pratiğe yerleşmesi ve sağlık çalışanları tarafından standart bakımın bir parçası olarak benimsenmesi amaçlanmıştır (Resar vd., 2012). Bakım paketi uygulamalarında “ya hep ya hiç” ilkesi geçerlidir; yani pakette yer alan tüm uygulamaların eksiksiz şekilde yerine getirilmesi gerekmektedir. Aksi durumda, paketin tamamına uyulmadığı kabul edilir. Uyum düzeyinin %95’in üzerinde olması beklenmektedir. Kanıtlar, tam olarak uygulanan bakım paketlerinin enfeksiyon oranlarını anlamlı düzeyde azalttığını göstermektedir (Okgün Alcan ve Korkmaz Demir, 2015; Resar vd., 2012).

Dünyada ve Türkiye’de sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar (SHİE), hasta güvenliğini tehdit eden ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak bildirilmiştir (Ena ve Valls, 2018; SB, 2021). SHİE’yi önlemeye yönelik hemşirelik uygulamalarında kanıt düzeyi ispatlanmış bakım paketlerinin kullanımı koruyuculuk sağlamaktadır. Özellikle etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış VİP bakım paketi uygulamalarının, bu tür enfeksiyonların önlenmesinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (Saxena ve Mani, 2014).

Kanıta dayalı rehberler ışığında hazırlanan VİP bakım paketlerinin eksiksiz ve zamanında uygulanması, hasta güvenliğini artırmanın ve enfeksiyon oranlarını azaltacaktır (Gebhardt ve Wantia, 2013).

Paketlere uyum yoğun bakım ünitesi sorumlu hemşiresi tarafından günlük olarak kontrol listesi ile izlenmelidir. Bu listeler aylık olarak enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından kontrol edilmelidir (Okgün Alcan ve Korkmaz Demir, 2015).

Çalışmamızın gerçekleştirildiği kurumda, yoğun bakım ünitelerinde bakım paketlerinin kullanımı Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından 11.08.2021 tarihli yazı ile "Sağlık Hizmeti ilişkili enfeksiyonlar ulusal önlem paketi uygulamaları"nın yataklı tedavi kurumlarında tüm yoğun bakım ünitelerinde takibinin yapılması istenmiştir. 2023 yılında çalışmanın gerçekleştirildiği kurumun taşınma sürecine girmesi nedeniyle bu takipler aksamıştır. 2025 yılı itibarıyla invaziv araç ilişkili enfeksiyonlara yönelik önlem paketi uygulamaların tüm yoğun bakım ünitelerimizde kontrol listeleri kullanılarak takip edilmesi zorunlu hale gelmiştir.

2.4.9.Ventilatör İlişkili Pnömoni Bakım Paketi ve Hemşirelik

Yoğun bakım üniteleri, mekanik ventilasyon uygulamaları, invaziv girişimler, kateter kullanımı ve yaygın antibiyotik tedavisi gibi birçok enfeksiyon riski barındıran uygulamanın yer aldığı alanlardır. Bu nedenle, YBÜ'lerinde enfeksiyon oranları oldukça yüksektir ve bu durum hastalarda ölüm oranlarını ciddi şekilde arttırdığı bilinmektedir (Wang, 2024). Mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda en sık görülen enfeksiyonlardan biri olan VİP hem hasta sağlığını hem de sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkileyen en önemli hastane enfeksiyonlarından biridir (CDC, 2024; Jansson vd., 2013; Khan ve Aziz, 2017).

Ventilatör İlişkili Pnömoni gelişimini etkileyen birçok risk faktörü bulunmasına rağmen, bu enfeksiyonun önlenmesinde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının önemli katkıları olduğu gösterilmiştir (CDC, 2024; Dizbay, 2012; Sungur ve Taşçı, 2010). YBÜ hemşireleri, hastalarla sürekli temas halinde olan ve bakımın her aşamasını yürüten sağlık profesyonelleri oldukları için, enfeksiyonların kontrolünde kritik bir role sahiptir (Augustyn, 2007; Yüceer ve Demir, 2009).

Bakım paketinin etkinliğini değerlendirirken her adım eksiksiz yerine getirilmelidir. Aksi durumda, paket başarısız kabul edilmektedir (Resar vd., 2012). Hemşireler, bu kriterlere dayalı olarak bakım sürecini kontrol etmelidirler (Akıncı vd., 2010; Gebhardt ve Wantia, 2013).

Ventilatör ilişkili pnömoni önlem paketi;

- Hastaya yapılacak her türlü müdahalede el hijyeninin sağlanması.
- Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon gerekliliğinin her gün değerlendirilmesi ve uygun olan en kısa sürede ekstübasyonun planlanması.

- Sedasyon tatili uygulanması.
- Yatak başının 30-45 derecede tutulması.
- Steril su ile günlük ağız bakımının yapılması (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).

El hijyeninin sağlanması VİP'nin önlenmesinde en etkili uygulamalardan biridir. YBÜ'de, entübe ve invaziv girişimlere maruz kalan hastalar, sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlara karşı yüksek risk altındadır. Bu nedenle, hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin, hasta bakımında her temas öncesinde ve sonrasında, özellikle de hastalar arasında geçiş yaparken el hijyenini sağlamalıdır (WHO, 2021; CDC, 2024). Yapılan çalışmalarda, el hijyeni protokollerine tam uyumun sağlanmasıyla VİP oranlarında ciddi düşüşler sağlanmıştır (Erbay ve Erbay, 2020). Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada ise hemşirelerin el hijyeni konusundaki bilgi düzeylerinin artırılması ve denetlenmesi sonrası enfeksiyon oranlarında azalma görülmüştür (Yılmaz ve Kaya, 2021).

Ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesinde, invazif solunum desteği ihtiyacının her gün düzenli olarak gözden geçirilmesi ve hastanın ekstübasyona uygunluğu değerlendirilerek erken dönemde ekstübasyonun planlanması önemlidir (Klompas vd., 2014; Klompas, 2019). Eğer klinik durum uygunsa, noninvazif mekanik ventilasyon, yüksek akımlı nazal oksijen tedavisi veya spontan solunum denemeleri gibi alternatif tekniklerin tercih edilmesi, enfeksiyon riskini azaltmak adına önerilmektedir (Klompas vd., 2014; Klompas, 2020; Kapucu ve Özdemir, 2014).

Hasta yönetimi sürecinde sedasyon uygulamalarına dikkat edilmelidir. Sedatif ve narkotik ajanlar; öksürük ve öğürme gibi koruyucu reflekslerin baskılanmasına neden olarak aspirasyon riskini dolayısıyla da VİP gelişimini artırabilmektedir (Melsen vd., 2013). Sedasyonun uzun süreli uygulanması mekanik ventilasyondan ayrılma sürecini geciktirmektedir. Ventilatöre bağlı enfeksiyonların gelişme ihtimalini de yükseltmektedir (CDC, 2024; Koulanti vd., 2017). Sedatif ajanların gereksiz kullanımından kaçınılmalı, sedasyon zorunlu olduğunda ise öncelikli olarak aralıklı bolus (puşe) uygulama tercih edilmelidir. Aralıklı uygulamanın yeterli olmaması durumunda, sürekli infüzyona geçilse dahi sedasyon derinliği düzenli olarak sedasyon skorları aracılığıyla değerlendirilerek, hedefin hafif düzeyde sedasyon olması sağlanmalıdır. Ayrıca, sedatif ilaçlara her gün belirli bir süre ara verilerek “sedasyon tatili” uygulanmalı; bu sayede ilaca olan

gereksinimin günlük olarak yeniden gözden geçirilmelidir. Uygun hastalarda, günde bir kez sedasyon kesilerek hastanın spontan uyanıklığı değerlendirilebilir (Devlin vd., 2018; El-Khatib vd., 2021).

Yatak içi yarı oturur pozisyonda yatış, aspirasyonu önlemede en etkili yöntemlerden biridir. Bu pozisyon solunum fonksiyonlarını destekleyerek oksijenlenmeyi artırır. Düzenli pozisyon değişimleri, sekresyonların birikmesini engellemektedir. Özellikle sedasyon altındaki ve hareketsiz hastalarda düzenli aralıklar ile pozisyon vermek pozisyonlama öncesi hava yolu açıklığının sağlanması için etkin bir şekilde aspirasyon yapılması gerekmektedir (Kaya vd., 2021; Cutler ve Sluman, 2014).

Entübe hastaların takibinde ağız bakımı çok önemlidir. Günde en az üç kez (her 8 saatte bir) steril su ile ağız temizliğinin gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Yapılan araştırmalar steril su yada bikarbonatın eşit etki gösterdiği yönündedir. Bu durumda düzenli ağız bakımı uygulamaları maliyetsizdir (Berry, 2013; Muscedere et al., 2008). Gazlı bez kullanılarak dişlerin, dilin ve ağız içi boşluğunun silinmesi, ağız bakımı için yeterli kabul edilmektedir. Bu şekliyle oral kavite temizliği pratik, güvenli ve koruyucu bir bakım ortamı sunmaktadır (Camargo vd., 2019; Unahalekhaka vd., 2022). Kalp ve damar cerrahisi hastalarında klorheksidin içeren ürünlerle yapılan ağız bakımının daha faydalı olduğu çalışmalarda gösterilirken genel yoğun bakım hastalarında yeterli düzeyde kanıt sunulamamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).

Ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesine yönelik bakım paketleri, yukarıda belirtilen beş temel bileşen çerçevesinde yapılandırılmış olup, enfeksiyonların önlenmesine yönelik hasta merkezli bir yaklaşımın temelini oluşturmaktadır. Yoğun bakım hemşireleri, bu paketlerin uygulanmasında kanıta dayalı hemşirelik yaklaşımlarını benimseyerek sürecin dikkatli ve sistematik bir şekilde yürütülmesinde en önemli meslek koludur. Bu paketlerin düzenli bir şekilde uygulanması, takip edilmesi ve değerlendirilmesi ile birlikte etkin bir sonuç alınması sağlanacaktır.

2.5. KANITA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

2.5.1.Kanıt Dayalı Uygulamaların Tanımı

Kanıt dayalı uygulama, hasta bakımında bilimsel araştırmalarla elde edilen en iyi sonuçların, klinik deneyimler ve hastanın ihtiyaçlarıyla bütünleştirilerek kullanılmasıdır.

Hemşirelerin bakım süreçlerinde en güncel ve güvenilir bilimsel verilere dayanarak kararlar almaları önemlidir. Hemşireler, klinik kararlar alırken bu kanıtları, hastaların bireysel tercihlerine ve klinik rehberlere dayalı olarak uygulamalıdır. Özellikle hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde, bu uygulamaların benimsenmesi, bakım kalitesini artırır ve hasta güvenliğini sağlar. Hasta bakımının kalitesini artırmak için bilimsel araştırmalarla desteklenmelidir. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hemşirelerin yasal anlamda korunmasına da yardımcı olur (Özkan Tuncay ve Seller Afşar, 2024).

2.6. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE KANITA DAYALI UYGULAMA ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hasta güvenliği kültürü; kaliteli hasta bakımını sağlamak için bilimsel temellere dayandırılmış uygulamaların alanda etkin kullanılmasıyla oluşturulabilmektedir (Özen ve Armutçu, 2018). Yoğun bakım ünitelerinde güçlü bir hasta güvenliği kültürünün varlığı, hemşirelerin bilimsel bilgi ve becerilerini çalışma ortamlarında rahatlıkla uygulamalarını sağlamaktadır (Grol vd., 2013). Bu uygulamalar bireysel bakım kalitesinin artırılmasının yanı sıra hastalar üzerinde anlamlı iyileşmeler sağlayacak ve sağlık kurumlarının genel verimliliğini de olumlu yönde etkileyecektir.

2.7. VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİDE KANITA DAYALI HEMŞİRELİK UYGULAMALARININ KULLANIMI

Günümüzde sağlık sisteminde hizmet alan bireylerin, kendilerine uygulanacak her türlü tıbbi girişim hakkında bilgi sahibi olma hakkı vardır. Bu durum, sunulan sağlık hizmetlerinin bilimsel kanıtlara dayalı olarak planlanmasını ve yürütülmesini yasal bir zorunluluk haline getirmiştir. (Çalışkaner, 2020; Şen ve Yurt, 2021; Alanyaka vd., 2019). Ventilator ilişkili Pnömonide risk faktörlerinin engellenmesinde hemşirelerinin rolü büyüktür. Bu riskler kanıt temelli uygulamaların kullanımı ile önlenabilir (Hsieh ve Tuite, 2006; Klompas vd., 2014). Ülkemizde yoğun bakım hemşirelerinin VİP'i önlemeye ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirildiği çalışmaların sınırlı sayıda olduğu ve bilgi düzeylerinin de yetersiz olduğu görülmektedir (Şenyuva, 2016, Konuk Şener ve Küçük,

2015). Yurt dışında yapılan çalışmalarda da hemşirelerin VİP'e ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu bildirilmektedir (Aslan ve Gürdap, 2021, Evcili ve Kaya, 2023). Ayrıca hemşirelerin VİP'İ önlemeye ilişkin yayınlanan rehberlere uyumlarının da yetersiz olduğu görülmektedir (Ricart vd., 2003; Labeau vd., 2009).

Örneğin VİP'yi önlemede kanıt düzeyi yüksek olan ağız hijyeni sağlanması gerekliliği, VİP'yi önlemeye yönelik temel hemşirelik uygulamalarından biri olarak kabul edilmektedir. Hemşirelerin bilgi düzeyi, kanıt düzeyi ispatlanmış çalışmalara uyum oranında önemli eksiklikler olduğu bildirilmiştir (Saddki vd., 2017; Alja'afreh vd., 2018). Araştırmalar, bu eksikliklerin eğitimdeki yetersizlikler, bakım araçlarının teminin zor olması gibi eksikliğinden kaynaklandığını ortaya koymaktadır (Costello ve Coyne, 2008; Rello vd., 2007). Yapılan güncel çalışmalarda, önlem paketlerinin kullanımı ile VİP'in önlenilebileceği vurgulanmıştır (Karateke ve Terzi, 2021; Asadi ve Jahanimoghadam, 2024). Hastanın tedavisi ve bakımından sorumlu, hemşirelerin hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde kanıta dayalı uygulama sonuçlarını bakıma entegre edebilme becerisi çok önemlidir (Farokhzadian vd., 2015; Kurt ve Yazıcı, 2021). (Aslan ve Gürdap, 2021). Bilimsel düzeyde kanıtlanmış uygulamalar ile yapılan hemşirelik bakımın sağlanmasında çok önemliyken düşük eğitim düzeyi, örgütsel destek eksikliği, yetersiz veri tabanı, zaman ve insan kaynakları sıkıntısı gibi faktörlerin etkisiyle bu uygulamalar, kliniğe tam olarak yansıtılamamaktadır (Evcili ve Kaya, 2023).

Bu uygulamalarının kullanılmasında bir diğer engel hemşirelerin konuya ilişkin tutumlarıdır. Geleneksel uygulamaları özümseyen bazı hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya ilişkin tutumları olumsuz olabilmektedir. Bu nedenle kanıt düzeyi oldukça yüksek bulunan uygulamaların kullanımının artırılması için öncelikle hemşirelerin bu konudaki tutumlarının belirlenmesi oldukça önemlidir (Farokhzadian vd., 2015; Evcili ve Kaya, 2023; Melnyk ve Fineout-Overholt , 2019).

2.8. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE VİP UYGULAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarını yansıtmaktadır. Çalışılan kurumlarda bu kültür algısının varlığı klinik ortamlarda hasta güvenliğine yönelik uygulamaların kullanımını ve yaygınlığını arttıracakı düşünülmektedir (Singer

vd., 2009; Sammer vd., 2010). Hemşirelerin Sürekli öğrenme isteği, kendini geliştirme çabası, disiplinli iş ortamı, liderlik desteği güvenlik kültürünün varlığını güçlendirici başlıca unsurlar olup, VİP gibi önlenabilir enfeksiyonların büyük ölçüde azaltılmasına katkı sağlayacağı açıkça ortaya çıkmaktadır (Ginsburg vd., 2010; Totur Dikmen ve Dal Yılmaz, 2022).

Güvenlik kültürünü geliştiren kurumlarda VİP oranlarında anlamlı düşüşler yaşandığı gösterilmiştir. Mesela Kanada’da yapılan bir müdahale çalışmasında, hasta güvenliğine yönelik bir eğitim programı düzenlendikten sonra VİP oranının büyük oranda azaldığı görülmüştür (Ginsburg vd., 2010). Türkiye’de yapılan benzer bir araştırmada da, hemşirelerin güvenlik kültürüne yönelik algıları geliştikçe, enfeksiyon kontrol protokollerine uyumun arttığı bildirilmiştir (Totur Dikmen ve Dal Yılmaz, 2022).

Hastanelerde benimsenen güçlü güvenlik kültürü VİP gibi önlenabilir enfeksiyonların kontrolünde önem arz etmektedir (Karaca ve Arslan, 2014; Tüfekci ve Çelik, 2020). Özellikle hemşirelerin güvenlik kültürüne dair algılarının güçlendirilmesiyle, VİP’yi önlemeye yönelik uygulamalara daha yüksek düzeyde katılım sağlandığı görülmüştür. Ayrıca bakım kalitesinin iyileştiği de gözlemlenmiştir. (Singer vd., 2009; Yılmaz ve Kaya, 2021).

Sonuç olarak, her türlü uygulamada başarıya ulaşmak için eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir. (Arman vd., 2008; Resar vd., 2012). Güvenilirliği kanıtlanmış bakım paketinin uygulanabilme başarısı, yalnızca teknik içeriğine değil; uygulayıcı hemşirelerin bilgi, farkındalık ve sorumluluk düzeyine bağlıdır. 24 saat kesintisiz hizmet sunan, hasta ile en yakın temasta bulunan hemşireler, bakım paketlerinin eksiksiz ve süreklilik içinde uygulanmasında anahtar rol oynamaktadır. Ancak bu uygulamaların etkili bir şekilde hayata geçirilebilmesi için bu uygulama süreçlerinde aktif katılımlarını gerektirmektedir (Arman vd., 2008; Ginsburg vd., 2010).

BÖLÜM 3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE AMACI

Bu çalışma, cerrahi hastalara bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü ile VİP'i önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi düzeyleri arasındaki ilişki düzeyini saptamak amacıyla yapılmıştır. Çalışma tanımlayıcı ve ilişkisel tipte araştırma modeli kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.1.1.Araştırmanın Soruları

- Yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algıları nasıldır?
- Hemşirelerin ventilatör ilişkili pnömoniyi önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi düzeyleri nedir?
- Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı ile VİP'i önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi düzeyleri arasında nasıl bir ilişki vardır?
- Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı ile VİP'i önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Hemşirelerin demografik ve mesleki özellikleri ile hasta güvenliği kültürü algıları ve VİP'i önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi düzeyleri arasında nasıl bir ilişki vardır?

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırmanın verileri, 15 Ocak 2025 - 15 Şubat 2025 tarihleri arasında, İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Prof. Dr. Murat Dilmener Hastanesi 3.basamak yetişkin yoğun bakımda çalışan hemşirelerden toplanmıştır. Anestezi yoğun bakım ünitesi 29 yatak, nöroşirürji yoğun bakım ünitesi 6 yatak, kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım ünitesi 6 yatak kapasitesine sahip olup, hemşireler iki vardiya şeklinde çalışılmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini, İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Prof. Dr. Murat Dilmener Hastanesi hastanesinde 3.basamak yetişkin yoğun bakımda çalışan 104 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada evreninin tamamına ulaşılması amaçlanmış ve tam sayım yöntemi ile örneklem seçim yöntemine gidilmeyerek kriterlere uyan ve eksiksiz form dolduran, araştırmanın uygulandığı tarihlerde yıllık izinde olmayan ve onam formunu kabul eden 101 hemşire (%97.12) çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME/EDİLMEME KRİTERLERİ

3.4.1.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- Araştırma sırasında hastanede 3.düzey yetişkin yoğun bakımda hemşire olarak çalışıyor olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek

3.4.2.Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- Veri toplama sürecinde doğum öncesi izin, doğum sonrası izin, ücretsiz izin, yıllık izin ve raporlu olmak

3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler: Hasta Güvenliği Kültürü ölçeği (HGKÖ) puanları ile ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesinde kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgiler formu bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri: cinsiyeti, yaşı, çalıştığı birim, eğitim düzeyi, çalıştığı pozisyon, mesleki tecrübesi, kurumda çalışma süresi bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada veri toplama araçları olarak “Tanımlayıcı Bilgi Formu” (Ek A), “Ventilatör İlişkili Pnömoninin Önlenmesinde Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgiler Formu” (Ek B) “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” ve (Ek C) kullanılmıştır.

3.7. TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatürler taranarak hazırlanan bu formda hemşirelerin yaş, eğitim durumu, cinsiyet, meslekte çalışma yılı, bulunduğu yoğun bakımda çalışma yılı, çalıştığı yoğun bakım ünitesi, çalıştığı ünitedeki yatak sayısı ve yoğun bakım sertifikasının olma durumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan Anket Formu 22 sorudan oluşmaktadır (Özkan Tuncay ve Seller Afşar, 2024; Sorra ve Nieva, 2004; Yönt, 2011).

3.8. VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİNİN ÖNLENMESİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALARA İLİŞKİN BİLGİLERİ FORMU

Ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesinde kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgileri formu, Akın Korhan ve ark. (2014) tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir. Formun her bir maddesi dört seçenekten oluşuyor ve dokuz küresel önlemden oluşan uygulama konularını içermektedir. Bu başlıklar endotrakeal entübasyon tipi, ventilasyon devrelerinin değiştirilme sıklığı, hava yolu nemlendirici tipi, nemlendirici değiştirme sıklığı, açık veya kapalı aspirasyon sistemi kullanımı, aspirasyon sistemlerinin değiştirilme sıklığı, subglottik sekresyonların drenaj şekli, kinetik yatak kullanımı ve hasta pozisyonlarıdır. Anket dokuz sorudan oluşuyordu ve her doğru cevap için bir puan verildi; Yanlış bir cevap puanı olumsuz etkilemedi. Soru formundan elde edilecek puan aralığı 0-9’dur. Soru formundan alınan puanların yüksek olması VİP konusunda bilgi sahibi olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada bilgi testinin güvenilirliği $KR21=0,865$ olarak yüksek bulunmuştur.

3.9. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ

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

Bu araştırmada kullanılan hasta güvenliği kültürü ölçeği'nin iç tutarlılığını değerlendirmek amacıyla Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanmış olup sonuçlar Tablo 1 'de sunulmuştur. Yapılan güvenirlik analizinde, Cronbach's Alpha katsayısı oldukça yüksek bulunmuştur. Ölçeğin genel puanına ilişkin Cronbach's Alpha değeri ,927 olup, bu durum ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir. Alt boyutlara ait Cronbach's Alpha değerleri ise şu şekildedir: Yönetim ve liderlik alt boyutu için ,906; çalışan davranışı alt boyutu için ,912; beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutu için ,898; çalışan eğitimi alt boyutu için ,906 ve bakım ortamı alt boyutu için ,917 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3.1. Ölçek Puanlarının Normallik Analizi

	Basıklık	Çarpıklık
Bilgi Toplam	-0.388	0.253
Hasta Güvenliği Kültür Genel	0.136	0.119
Yönetim Liderlik	0.551	-0.205
Çalışan Davranışı	0.294	0.044
Hata Raporlama	0.024	-0.145
Çalışan Eğitimi	0.067	-0.242

Bakım Ortamı	-0.696	-0.038
--------------	--------	--------

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

3.10. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırma verileri, yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerle birebir görüşmeler aracılığıyla yüz yüze anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama süreci öncesinde, katılımcılara araştırmanın amacı, önemi ve gerekliliği hakkında hem sözlü hem de yazılı bilgilendirme yapılmıştır. Her anketin başlangıcında, katılımcılar için hazırlanmış bir bilgilendirilmiş onam formu yer almıştır. Katılımcılar, bu formu okuyarak araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmişlerdir. Katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Veri toplama sürecinde araştırmacı yalnızca anketlerin katılımcılara verilmesi, kırtasiye desteği sağlanması ve anketlerin geri toplanması amacı ile yoğun bakımda bulunmuştur. Anket sorularının yanıtlanmasına hiçbir şekilde müdahalede bulunmamıştır. Veri toplama süreci, etik kurallar çerçevesinde ve katılımcıların gizliliği korunarak gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada anketin doldurulma süresi ortalama 10-15 dakika kadar sürmüştür.

3.11. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve

Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir

3.12. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Çalışmanın yürütülebilmesi ve veri toplanabilmesi amacı ile Toros Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik araştırmalar Etik Kurulu onayı (EK-D Etik Kurul Onayı) ve çalışmanın yürütülmesi amacıyla araştırmanın yapılacağı hastaneden gerekli izinler alınmıştır. (EK-E Kurum İzni) Veri toplama araçlarının kullanım izinleri, hasta güvenliği kültürü ölçeği'ni geliştiren Türkmen'den, ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesinde kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgileri formu kullanımı için (Serap Parlar Kılıç ve çalışma arkadaşları tarafından geliştirilmiştir) geliştiricilerden biri olan Serap Parlar Kılıç'tan (EK-G Ölçek Kullanım İzni) e – posta yoluyla alınmıştır.

3.13. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GÜÇLÜKLERİ

Bu araştırma, yalnızca bir hastanedeki yoğun bakım hemşireleri ile sınırlı olup, bu durum çalışmanın genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Araştırmada tam sayım yöntemi kullanılmış ve belirlenen evrenin büyük bir kısmına ulaşılmıştır; ancak çalışmanın tek bir kurumda gerçekleştirilmiş olması, elde edilen bulguların farklı kurumlar veya bölgeler için genellenmesini sınırlamaktadır. Sonuçlar, yalnızca bu çalışmaya katılan hemşirelerin verdiği yanıtlarla sınırlıdır.

BÖLÜM 4. BULGULAR VE YORUMLAR

Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular Tablo 2' de yer almaktadır.

Tablo 0.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	78	77.2
Erkek	23	22.8
Yaş (Ort=29.870±5.567; Min=24; Maks=48)		
30 Yaş ve Altı	71	70.3
31 Yaş ve Üzeri	30	29.7
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi Mezunu	6	5.9
Hemşirelik Lisans Mezunu	75	74.3
Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi/mezunu	20	19.8
Yb Toplam Çalışma Süresi		
5 Yıl ve 5 Yıldan Az	56	55.4
6 Yıl ve Üzeri	45	44.6
Yb Yatak Sayısı		
10 Yataklı ve Daha Az	20	19.8
11 yatak ve üzeri	81	80.2
Klinik Bölüm Adı		
Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi	74	73.2
Kvc Yoğun Bakım Ünitesi	14	13.9
Nrş Yoğun Bakım Ünitesi	13	12.9
Pozisyon Çalışma Yılı (Ort=5.495±4.434; Min=1; Maks=17)		
1-5 Yıl	70	69.3
6 Yıl ve Üzeri	31	30.7
Kurumda Çalışma Yılı (Ort=6.020±5.796; Min=1; Maks=27)		
1-5 Yıl	72	71.3
6 Yıl ve Üzeri	29	28.7
Meslekte Çalışma Yılı (Ort=7.020±6.008; Min=1; Maks=27)		
1-5 Yıl	59	58.4
6-10 Yıl	21	20.8
11 Yıl Ve Üzeri	21	20.8
Oryantasyon Eğitimi Alma Durumu		
Evet	90	89.1
Hayır	11	10.9
Çalışma Şekli		
Sürekli Gündüz	19	18.8
Gündüz Ve Gece Vardiya	82	81.2

Haftalık Süre Aşımı		
Sürekli Aşar	23	22.8
Ara Sıra Aşar	66	65.3
Hiç Aşmaz	12	11.9
Hasta Güvenliği Eğitim Alma Durumu		
Aldım	87	86.1
Almadım	14	13.9
Hasta Güvenliği Komitede Çalışma Durumu		
Evet	6	5.9
Hayır	95	94.1
Hasta Güvenliği Komite Varlığı		
Evet Var	23	22.8
Bilmiyorum	78	77.2
Hasta Güvenliği Çalışma Varlığı		
Evet Var	31	30.7
Hayır Yok	9	8.9
Bilmiyorum	61	60.4
Kalite Çalışmasına Katılım Durumu		
Evet	8	7.9
Hayır	77	76.2
Kısmen	16	15.8
Mesleği Seçme İsteği Mesleği İsteyerek Seçme Durumu		
Evet	51	50.5
Hayır	18	17.8
Kısmen	32	31.7
İş Memnuniyeti		
Evet	43	42.6
Hayır	21	20.8
Kısmen	37	36.6
Hasta Güvenliği Komitelerde Rol İsteği		
Evet	44	43.6
Hayır	57	56.4
Vip Eğitim Bilgi Alma Durumu		
Evet	64	63.4
Hayır	37	36.6
Vip Makale Okuma Durumu		
Evet	23	22.8
Hayır	78	77.2

Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde büyük çoğunluğunun kadın (%77.2) olduğu görülmektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin yaş ortalaması 29.87 ± 5.57 olup, bunların %70.3'ü 30 yaş ve altındayken, %29.7'si 31 yaş ve üzerindedir. Eğitim durumlarına bakıldığında, %74.3'ünün hemşirelik lisans mezunu olduğu, %19.8'inin yüksek lisans öğrencisi ya da mezunu olduğu ve %5.9'unun sağlık meslek lisesi mezunu olduğu belirlendi.

Hemşirelerin ilgili yoğun bakım ünitesinde toplam çalışma süresine bakıldığında; %55.4'ü 5 yıl ve daha az deneyime sahipken, %44.6'sı 5 yıldan fazla deneyime sahiptir. Hemşirelerin çalıştıkları yoğun bakım ünitesinin yatak sayısına göre dağılımları incelendiğinde, büyük çoğunluğunun (%80.2) 10 yataktan fazla kapasiteli ünitelerde çalıştığı belirlendi. Katılımcıların klinik bölüm bazında dağılımları, %73.3'ünün anestezi yoğun bakım ünitesi, %13.9'unun kalp damar cerrahisi yoğun bakım ve %12.9'unun nöroşirurji yoğun bakım ünitesinde çalıştığı görüldü.

Hemşirelerin veri toplama sürecinde bulundukları pozisyonda çalışma yılına göre dağılımına bakıldığında, %69.3'lük bölümünün 1–5 yıl arası deneyime sahip olduğu, %30.7'sinin ise 6 yıl ve üzerinde çalıştığı belirlendi.

Çalışma katılımcılarının oryantasyon eğitimi alma durumu incelendiğinde, büyük çoğunluğunun (%89.1) bu eğitimi aldığı görülmektedir. Hemşirelerin çalışma düzenine bakıldığında %81.2'sinin gündüz ve gece vardiyalı sistemde çalışırken, %18.8'inin yalnızca gündüz mesai düzeni ile çalıştığı görülmektedir.

Yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği eğitimi alma durumu analiz edildiğinde, %86.1 gibi büyük bir oranın eğitimi aldığı görüldü. Ancak bununla birlikte hasta güvenliği komitesinde görev alma oranının %5.9 olduğu görüldü. Kurumda hasta güvenliği komitesinin varlığı hakkında sorulan soruya %22.8'i olduğunu belirtirken, %77.2'si bu konuda bilgisiz olduğu görülmektedir. Hasta güvenliğine yönelik çalışma varlığı hakkında %60.4'ünün bilmiyorum yanıtını verdiği görülmektedir.

Kalite çalışmalarına katılım durumları incelendiğinde yoğun bakım hemşirelerinin %76.2'si katılmadığını, %15.8'inin kısmen katıldığı ve %7.9'u etkin katılım sağladığı görülmektedir. Hemşirelerin iş memnuniyeti değerlendirildiğinde, %42.6'sının memnun olduğu, %36.6'sının kısmen memnun olduğu ve %20.8'inin ise memnun olmadığı görülmektedir.

Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği komitelerinde rol alma istekliliği değerlendirildiğinde %43.6'sının istekli olduğu, %56.4'ünün bu konuda isteksiz olduğu görülmektedir. Hemşirelerin VİP konusunda eğitim alma durumları incelendiğinde, %63.4'ünün bu konuda eğitim aldığı, %36.6'sının ise almadığı görülmektedir. Son bir yılda VİP ile ilgili makale okuma durumları değerlendirildiğinde, %77.2'sinin bu konuda herhangi bir okuma yapmadığı ve %22.8'inin makale okuduğu görülmektedir.

Tablo 0.2. Hemşirelerin Ventilatör İlişkili Pnömoniye Önlemede Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgi Puan Ortalamaları

	Ort	Ss	Min.	Maks.
Ventilatör İlişkili Pnömoniye Önlemede Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgi Toplam Puanı	4.446	1.846	0.000	9.000

Not: ort: ortalama, Ss: Standart sapma, min: minimum, maks: maksimum.

Çalışmaya katılan cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin VİP'i önlemede kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi puan ortalamaları Tablo 0.2 de verildi. Hemşirelerin VİP'i önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulama konusundaki bilgi puan ortalamasının 4.45 ± 1.85 olduğu görülmektedir. Bu bulgular, hemşirelerin VİP ile ilgili bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğunu ve konu hakkında heterojen bir bilgi dağılımının bulunduğunu göstermektedir.

Tablo 0.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Kültür Puan Ortalamaları

	Ort	Ss	Min.	Maks.	Ölçek Ranji
Hasta Güvenliği Kültür Genel	2.609	0.538	1.270	3.840	1-4
Yönetim Liderlik	2.704	0.535	1.290	3.880	1-4
Çalışan Davranışı	2.674	0.566	1.430	4.000	1-4
Hata Raporlama	2.586	0.695	1.000	4.000	1-4
Çalışan Eğitimi	2.615	0.710	1.000	4.000	1-4
Bakım Ortamı	2.305	0.736	1.000	4.000	1-4

Not: ort: ortalama, Ss: Standart sapma, min: minimum, maks: maksimum.

Yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği kültür puan ortalamaları Tablo 0.4'te görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden elde edilen puanlar incelendiğinde, genel puan ortalamasının 2.61 ± 0.54 olduğu görüldü. Ölçek değerinin anlamı ölçeği geliştiren yazarların yorumlarından bakıldığında yoğun bakım hemşirelerinin orta düzeyde bir hasta güvenliği kültürü algısının bulunduğu belirlendi. Alt boyutlar bazında en yüksek ortalamanın yönetim ve liderlik boyutunda (2.70 ± 0.54) olduğu belirlendi. Çalışan davranışı alt boyutunda da benzer şekilde 2.67 ± 0.57 puan ile orta düzeyde olumlu bir algı bulunduğu görüldü. Buna karşın hata raporlama (2.59 ± 0.70) ve çalışan eğitimi (2.61 ± 0.71) alt boyutlarında algının daha düşük olduğu gözlemlendi. Özellikle bakım ortamına ilişkin algı, tüm alt boyutlar arasında en düşük ortalamaya (2.31 ± 0.74) sahipti.

Tablo 0.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bilgi Puanı ile Hasta Güvenliği Kültür Puanları Arasında Korelasyon Analizi

	Ventilatör İlişkili Pnömoniye Önlemede Kanıt Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgi Toplam Puanı
Hasta Güvenliği Kültür Genel	0.391**
	0.000
Yönetim Liderlik	0.411**
	0.000
Çalışan Davranışı	0.347**
	0.000
Hata Raporlama	0.335**
	0.001
Çalışan Eğitimi	0.412**
	0.000
Bakım Ortamı	0.175
	0.080

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Yoğun bakım hemşirelerinin bilgi puanı ile hasta güvenliği kültür puanları arasında korelasyon analizi Tablo0.4'te verildi. Tabloda hemşirelerin VİP'i önlemeye yönelik kanıt dayalı uygulama konusundaki bilgi düzeyleri ile hasta güvenliği kültürüne ilişkin algıları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Korelasyon katsayıları değişkenler arasındaki ilişkinin kuvveti (derecesi) ve yönü hakkında bilgi veren ölçütlerdir. İlişki katsayıları -1 ile +1 arasında değişmektedir. İşaretler ilişkinin yönünü göstermektedir. -1'e ve +1'e yaklaşıpken ilişkinin kuvveti artarken 0'a yaklaştıkça azalmaktadır. Bulguların değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan değerler; 0,00 – 0,19 ilişki yok (önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki), 0,20 – 0,39 zayıf ilişki, 0,40 – 0,69 orta düzeyde ilişki, 0,70 – 0,89 kuvvetli ilişki ve 0,90 – 1,00 çok kuvvetli ilişki şeklinde yorumlanır (Alpar, 2020). Pozitif yönde ilişkide her iki değişken aynı artar ya da azalır, negatif yönlü ilişkide ise değişkenlerden bir artarken diğeri azalır. Analiz sonuçlarına göre, bilgi puanı ile hasta güvenliği kültürüne ilişkin genel puan arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.391$, $p<0.01$). Bu bulgu, bilgi düzeyi arttıkça hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının da olumlu yönde arttığını göstermektedir. Alt boyutlar düzeyinde değerlendirildiğinde, bilgi puanı ile yönetim ve liderlik ($r=0.411$, $p<0.01$), çalışan davranışı ($r=0.347$, $p<0.01$), hata raporlama ($r=0.335$, $p<0.01$) ve çalışan eğitimi ($r=0.412$, $p<0.01$) alt boyutları arasında da anlamlı ve pozitif

yönlü ilişkiler saptanmıştır. Buna karşın bilgi puanı ile bakım ortamı alt boyutu arasında saptanan pozitif korelasyon istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0.175$, $p=0.080$).

Tablo 0.6. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ventilatör ilişkili Pnömoni Önlemede Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgi Düzeyinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	ß	t	p	F	Model (p)	R ²
Hasta Güvenliği Kültürü Genel	Sabit	2.103	16.230	0.000	17.920	0.000	0.145
	Bilgi Toplam	0.391	4.233	0.000			
Yönetim Liderlik	Sabit	2.175	17.039	0.000	20.151	0.000	0.161
	Bilgi Toplam	0.411	4.489	0.000			
Çalışan Davranışı	Sabit	2.200	15.830	0.000	13.584	0.000	0.112
	Bilgi Toplam	0.347	3.686	0.000			
Hata Raporlama	Sabit	2.025	11.808	0.000	12.525	0.001	0.103
	Bilgi Toplam	0.335	3.539	0.001			
Çalışan Eğitimi	Sabit	1.911	11.278	0.000	20.239	0.000	0.161
	Bilgi Toplam	0.412	4.499	0.000			
Bakım Ortamı	Sabit	1.994	10.511	0.000	3.132	0.080	0.021
	Bilgi Toplam	0.175	1.770	0.080			
Lineer Regresyon Analizi							

Yoğun bakım hemşirelerinin VIP önlemede kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi düzeyinin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi tablo 0.5'te görülmektedir. Hemşirelerin VIP'i önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulama konusundaki bilgi düzeylerinin hasta güvenliği kültürü ve alt boyutları üzerindeki yordayıcı etkisi doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları, hemşirelerinin VIP önlemede kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi düzeyinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin genel puan üzerinde anlamlı ve pozitif yönlü bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir ($\beta=0.391$, $t=4.233$, $p<0.001$). Modelin açıklayıcılık düzeyinin %14.5 olduğu görülmektedir ($R^2=0.145$), bu sonuç bilgi düzeyinin hasta güvenliği kültürünün yaklaşık %15'ini açıkladığını göstermektedir.

Alt boyutlar bazında incelendiğinde, bilgi düzeyi yönetim ve liderlik ($\beta=0.411$, $t=4.489$, $p<0.001$), çalışan davranışı ($\beta=0.347$, $t=3.686$, $p<0.001$), hata raporlama ($\beta=0.335$, $t=3.539$, $p=0.001$) ve çalışan eğitimi ($\beta=0.412$, $t=4.499$, $p<0.001$) alt boyutlarında anlamlı bir yordayıcı değişken olarak öne çıktığı görülmektedir. Bu alt boyutlara ilişkin R^2 değerleri sırasıyla %16.1, %11.2, %10.3 ve %16.1 olup, bilgi düzeyinin bu alt boyutlara katkısının orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Bununla birlikte, bilgi düzeyinin bakım ortamı üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak

anlamli olmadığı görülmektedir ($\beta=0.175$, $t=1.770$, $p=0.080$). Modelin açıklayıcılığının da düşük olduğu görülmektedir ($R^2=0.021$).



Tablo 0.7. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ventilatör İlişkili Pnömoniye Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Ventilatör ilişkili Pnömoniye Önlemede Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgi Toplam Puanı
Cinsiyet		Ort ± SS
Kadın	78	4.42±1.81
Erkek	23	4.52±2.02
t=		-0.224
p=		0.823
Yaş		Ort ± SS
30 Yaş ve Altı	71	3.99±1.69
31 Yaş ve Üzeri	30	5.53±1.78
t=		-4.149
p=		0.000
Eğitim Durumu		Ort ± SS
Sağlık Meslek Lisesi Mezunu	6	3.83±1.83
Hemşirelik Lisans Mezunu	75	4.53±1.89
Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi/mezunu	20	4.30±1.72
F=		0.472
p=		0.625
Yb Toplam Çalışma Süresi		Ort ± SS
5 Yıl Ve 5 Yıldan Az	56	3.93±1.76
6 Yıl ve Üzeri	45	5.09±1.77
t=		-3.289
p=		0.001
Yb Yatak Sayısı		Ort ± SS
10 Yataklı Ve Daha Az	20	4.40±1.64
11 Yatak ve Üzeri	81	4.46±1.90
t=		-0.123
p=		0.903
Klinik Bölüm Adı		Ort ± SS
Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi	74	4.36±1.85
KVC Yoğun Bakım Ünitesi	14	4.93±2.02
Nrş Yoğun Bakım Ünitesi	13	4.38±1.66
F=		0.552
p=		0.578
Pozisyon Çalışma Yılı		Ort ± SS
1-5 Yıl	70	4.03±1.69
6 Yıl Ve Üzeri	31	5.39±1.86
t=		-3.610
p=		0.000
Kurumda Çalışma Yılı		Ort ± SS
1-5 Yıl	72	4.00±1.69

6 Yıl Ve Üzeri	29	5.55±1.78
t=		-4.114
p=		0.000
Meslekte Çalışma Yılı		Ort ± SS
1-5 Yıl ¹	59	3.98±1.75
6-10 Yıl ²	21	4.76±1.84
11 Yıl Ve Üzeri ³	21	5.43±1.75
F=		5.608
p=		0.005
PostHoc=		3>1 (p<0.05)
Oryantasyon Eğitimi		Ort ± SS
Evet	90	4.44±1.77
Hayır	11	4.45±2.50
t=		-0.017
p=		0.990
Çalışma Şekli		Ort ± SS
Sürekli Gündüz	19	5.47±1.90
Gündüz Ve Gece Vardiya	82	4.21±1.76
t=		2.783
p=		0.006
Haftalık Süre Aşımı		Ort ± SS
Sürekli Aşar	23	4.00±1.86
Ara Sıra Aşar	66	4.41±1.83
Hiç Aşmaz	12	5.50±1.62
F=		2.730
p=		0.070
Hasta Güvenliği Eğitim Alma		Ort ± SS
Aldım	87	4.46±1.81
Almadım	14	4.36±2.13
t=		0.192
p=		0.848
Hasta Güvenliği Komitede Çalışma		Ort ± SS
Evet	6	4.67±2.25
Hayır	95	4.43±1.83
t=		0.301
p=		0.764
Hasta Güvenliği Komite Varlığı		Ort ± SS
Evet Var	23	4.87±2.16
Bilmiyorum	78	4.32±1.74
t=		1.257
p=		0.212
Hasta Güvenliği Çalışma Varlığı		Ort ± SS
Evet Var ¹	31	5.10±1.89
Hayır Yok ²	9	3.78±2.39
Bilmiyorum ³	61	4.21±1.67
F=		3.127
p=		0.048
PostHoc=		1>3 (p<0.05)

Kalite Çalışmasına Katılım		Ort ± SS
Evet	8	4.00±1.69
Hayır	77	4.32±1.74
Kısmen	16	5.25±2.27
F=		1.953
p=		0.147
Mesleği Seçme İsteği		Ort ± SS
Evet	51	4.37±1.91
Hayır	18	4.56±1.85
Kısmen	32	4.50±1.80
F=		0.084
p=		0.919
İş Memnuniyeti		Ort ± SS
Evet	43	4.42±1.80
Hayır	21	4.10±2.10
Kısmen	37	4.68±1.76
F=		0.665
p=		0.516
Hasta Güvenliği Komitelerde Rol İsteği		Ort ± SS
Evet	44	4.75±1.97
Hayır	57	4.21±1.73
t=		1.464
p=		0.146
Vip Eğitim Bilgi		Ort ± SS
Evet	64	4.92±1.84
Hayır	37	3.62±1.57
t=		3.609
p=		0.000
Vip Makale Okuma		Ort ± SS
Evet	23	5.43±2.00
Hayır	78	4.15±1.71
t=		3.042
p=		0.003

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Çalışmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin ventilatör ilişkili pnömoniye önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu tablo 0.6'da verildi. Hemşirelerin yaşına göre bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p=0.000). 31 yaş ve üzerindeki hemşirelerin bilgi düzeyi (Ort=5.53) 30 yaş ve altındaki hemşirelere kıyasla (Ort=3.99) belirgin biçimde daha yüksekti. Benzer şekilde, yoğun bakımda toplam çalışma süresi (p=0.001), pozisyonundaki çalışma yılı (p=0.000) ve kurumdaki çalışma yılı (p=0.000) gibi mesleki deneyimle ilişkili değişkenlerde de anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Bu

bulgular, deneyim arttıkça bilgi düzeyinin yükseldiğine işaret etmektedir. Ayrıca, meslekte çalışma yılı değişkenine göre yapılan analizde anlamlı fark bulunmuş ($p=0.005$) ve post-hoc test sonuçlarına göre 11 yıl ve üzeri deneyime sahip hemşirelerin bilgi düzeyleri, 1–5 yıl deneyime sahip olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Çalışma şekline göre yapılan karşılaştırmada da anlamlı bir fark saptanmış ($p=0.006$); sadece gündüz çalışan hemşirelerin bilgi puanı (Ort=5.47), vardiyalı çalışanlara göre (Ort=4.21) daha yüksek olduğu bulundu.

Hemşirelerin hastanede hasta güvenliğine yönelik çalışma varlığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuş ($p=0.048$). Post-hoc analizine göre, kurumda hasta güvenliği çalışmalarının olduğunu belirten hemşirelerin bilgi düzeyleri, bu konuda bilgisi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, VIP'e yönelik eğitim alma ($p=0.000$) ve VIP ile ilgili makale okuma ($p=0.003$) durumları da bilgi puanlarını anlamlı düzeyde etkilemiştir. Eğitim alan (Ort=4.92) ve son bir yılda makale okuyan (Ort=5.43) hemşirelerin bilgi puanlarının bu tür bilgi kaynaklarından yararlanmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü.

Bununla birlikte, cinsiyet ($p=0.823$), eğitim durumu ($p=0.625$), çalışılan yoğun bakım ünitesinin yatak sayısı ($p=0.903$), klinik bölüm ($p=0.578$), oryantasyon eğitimi alma ($p=0.990$), hasta güvenliği komitesinde görev alma ($p=0.764$) ve kalite çalışmasına katılım ($p=0.147$) gibi bazı değişkenlerde bilgi düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Aynı şekilde, mesleği isteyerek seçme, iş memnuniyeti, hasta güvenliği eğitimi alma, hasta güvenliği komite varlığı ve komitelerde görev alma istekliliği gibi tutumsal değişkenler de bilgi puanlarında anlamlı bir değişim yaratmamıştır.

Tablo 0.8. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Kültür Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Hasta Güvenliği Kültür Genel	Yönetim Liderlik	Çalışan Davranışı	Hata Raporlama	Çalışan Eğitimi	Bakım Ortamı
Cinsiyet		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Kadın	78	2.65±0.47	2.75±0.46	2.72±0.49	2.60±0.67	2.68±0.67	2.35±0.71
Erkek	23	2.46±0.72	2.56±0.72	2.52±0.76	2.54±0.78	2.40±0.81	2.15±0.82
t=		1.505	1.452	1.507	0.367	1.639	1.131
p=		0.239	0.260	0.241	0.714	0.104	0.261
Yaş		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
30 ve Altı	71	2.63±0.55	2.75±0.53	2.70±0.58	2.59±0.73	2.56±0.74	2.36±0.73
31 ve Üzeri	30	2.56±0.51	2.60±0.54	2.62±0.55	2.58±0.63	2.75±0.63	2.17±0.74
t=		0.636	1.301	0.577	0.057	-1.265	1.226
p=		0.526	0.196	0.565	0.954	0.209	0.223
Eğitim Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Sağlık Meslek Lisesi Mezunu	6	2.59±0.82	2.64±0.85	2.65±0.89	2.70±0.83	2.43±1.07	2.44±0.64
Hemşirelik Lisans Mezunu	75	2.62±0.54	2.70±0.55	2.69±0.57	2.60±0.71	2.66±0.65	2.32±0.74
Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi/mezunu	20	2.56±0.46	2.74±0.38	2.61±0.46	2.49±0.61	2.50±0.83	2.21±0.77
F=		0.100	0.096	0.165	0.289	0.621	0.289
p=		0.905	0.909	0.848	0.750	0.539	0.750
Yb Çalışma Süresi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
5 Yıl ve 5 Yıldan Az	56	2.64±0.54	2.73±0.53	2.67±0.57	2.64±0.70	2.61±0.70	2.40±0.71
5 Yıldan Fazla	45	2.58±0.54	2.68±0.54	2.68±0.56	2.52±0.69	2.62±0.73	2.19±0.76
t=		0.550	0.453	-0.060	0.914	-0.048	1.457
p=		0.584	0.651	0.952	0.363	0.962	0.148
Yb Yatak Sayısı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
10 Yataklı Ve Daha Az	20	2.76±0.51	2.77±0.54	2.90±0.50	2.68±0.79	2.82±0.67	2.49±0.86
11 Yatak ve Üzeri	81	2.57±0.54	2.69±0.54	2.62±0.57	2.56±0.67	2.56±0.71	2.26±0.70
t=		1.413	0.646	1.991	0.672	1.458	1.289
p=		0.161	0.520	0.049	0.503	0.148	0.201
Klinik Bölüm Adı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi ¹	74	2.48±0.48	2.60±0.50	2.54±0.50	2.47±0.63	2.46±0.65	2.16±0.69
KVC Yoğun Bakım Ünitesi ²	14	2.98±0.65	3.01±0.65	3.03±0.71	2.87±0.87	3.14±0.79	2.74±0.48

Nrş Yoğun Bakım Ünitesi ³	13	2.92±0.45	2.94±0.39	3.03±0.48	2.94±0.68	2.96±0.57	2.65±0.95
F=		8.593	5.241	8.309	4.117	8.283	5.864
p=		0.000	0.007	0.000	0.019	0.000	0.004
PostHoc=		2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)
Pozisyon Çalışma Yılı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
1-5 Yıl	70	2.62±0.55	2.72±0.54	2.67±0.58	2.58±0.71	2.60±0.73	2.35±0.71
6 Yıl Ve Üzeri	31	2.59±0.52	2.66±0.52	2.69±0.54	2.59±0.66	2.66±0.67	2.20±0.80
t=		0.231	0.498	-0.176	-0.071	-0.410	0.934
p=		0.818	0.619	0.861	0.944	0.683	0.353
Kurumda Çalışma Yılı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
1-5 Yıl	72	2.61±0.55	2.72±0.53	2.66±0.58	2.58±0.72	2.56±0.73	2.35±0.70
6 Yıl Ve Üzeri	29	2.60±0.53	2.66±0.54	2.70±0.54	2.61±0.64	2.74±0.64	2.20±0.83
t=		0.058	0.558	-0.259	-0.252	-1.157	0.882
p=		0.954	0.578	0.796	0.801	0.250	0.380
Meslekte Çalışma Yılı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
1-5 Yıl	59	2.64±0.53	2.75±0.53	2.68±0.58	2.62±0.70	2.60±0.69	2.39±0.71
6-10 Yıl	21	2.59±0.69	2.66±0.60	2.71±0.71	2.59±0.84	2.52±0.91	2.29±0.89
11 Yıl Ve Üzeri	21	2.54±0.37	2.63±0.49	2.61±0.33	2.49±0.54	2.76±0.53	2.08±0.63
F=		0.271	0.466	0.174	0.287	0.594	1.337
p=		0.763	0.629	0.841	0.751	0.554	0.267
Oryantasyon Eğitimi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	90	2.63±0.55	2.71±0.53	2.68±0.58	2.61±0.70	2.63±0.72	2.37±0.73
Hayır	11	2.44±0.43	2.63±0.58	2.59±0.42	2.36±0.59	2.47±0.67	1.81±0.58
t=		1.106	0.514	0.514	1.126	0.729	2.433
p=		0.271	0.609	0.609	0.263	0.468	0.017
Çalışma Şekli		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Sürekli Gündüz	19	2.57±0.36	2.73±0.40	2.64±0.29	2.61±0.42	2.64±0.63	2.02±0.66
Gündüz Ve Gece Vardiya	82	2.62±0.57	2.70±0.56	2.68±0.61	2.58±0.75	2.61±0.73	2.37±0.74
t=		-0.365	0.211	-0.297	0.169	0.161	-1.896
p=		0.716	0.833	0.655	0.813	0.872	0.061
Haftalık Süre Aşımı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Sürekli Aşar	23	2.46±0.41	2.65±0.50	2.50±0.48	2.49±0.59	2.37±0.65	2.04±0.64
Ara Sıra Aşar	66	2.65±0.58	2.72±0.56	2.72±0.60	2.59±0.76	2.67±0.74	2.42±0.76
Hiç Aşmaz	12	2.66±0.47	2.74±0.46	2.76±0.49	2.73±0.51	2.79±0.58	2.18±0.69
F=		1.162	0.158	1.399	0.502	1.999	2.491
p=		0.317	0.854	0.252	0.607	0.141	0.088
Hasta Güvenliği Eğitim Alma		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Aldım	87	2.64±0.55	2.73±0.54	2.71±0.58	2.62±0.71	2.67±0.72	2.34±0.75

Almadım	14	2.40±0.43	2.57±0.47	2.46±0.42	2.37±0.56	2.28±0.57	2.08±0.62
t=		1.556	1.000	1.540	1.248	1.956	1.231
p=		0.123	0.320	0.127	0.215	0.053	0.221
Hasta Güvenliği Komitede Çalışma		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	6	2.81±0.59	2.94±0.66	2.89±0.64	2.73±0.64	3.05±0.57	2.23±0.81
Hayır	95	2.60±0.54	2.69±0.53	2.66±0.56	2.58±0.70	2.59±0.71	2.31±0.74
t=		0.944	1.121	0.976	0.533	1.548	-0.257
p=		0.348	0.265	0.331	0.595	0.125	0.798
Hasta Güvenliği Komite Varlığı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet Var	23	2.93±0.66	3.02±0.58	2.93±0.72	2.97±0.74	3.01±0.87	2.61±0.82
Bilmiyorum	78	2.52±0.46	2.61±0.48	2.60±0.49	2.47±0.65	2.50±0.62	2.21±0.69
t=		3.374	3.424	2.519	3.101	3.189	2.347
p=		0.009	0.001	0.050	0.003	0.002	0.021
Hasta Güvenliği Çalışma Varlığı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet Var ¹	31	2.87±0.56	2.98±0.52	2.94±0.60	2.86±0.63	2.89±0.76	2.47±0.80
Hayır Yok ²	9	2.39±0.27	2.35±0.33	2.56±0.32	2.31±0.41	2.51±0.41	2.11±0.67
Bilmiyorum ³	61	2.51±0.51	2.61±0.51	2.56±0.54	2.49±0.72	2.49±0.69	2.25±0.70
F=		5.797	7.996	5.271	4.066	3.629	1.247
p=		0.004	0.001	0.007	0.020	0.030	0.292
PostHoc=		1>2, 1>3 (p<0.05)	1>2, 1>3 (p<0.05)	1>3 (p<0.05)	1>2, 1>3 (p<0.05)	1>3 (p<0.05)	
Kalite Çalışmasına Katılım		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	8	2.55±0.23	2.59±0.26	2.62±0.28	2.60±0.35	2.61±0.45	2.25±0.73
Hayır	77	2.56±0.55	2.67±0.55	2.64±0.58	2.54±0.73	2.56±0.75	2.23±0.74
Kısmen	16	2.86±0.52	2.94±0.50	2.85±0.58	2.80±0.65	2.88±0.59	2.70±0.62
F=		2.056	1.925	0.954	0.925	1.387	2.899
p=		0.133	0.151	0.389	0.400	0.255	0.060
Mesleği Seçme İsteği		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	51	2.62±0.58	2.72±0.61	2.69±0.62	2.66±0.67	2.66±0.73	2.23±0.73
Hayır	18	2.70±0.56	2.74±0.55	2.75±0.60	2.69±0.80	2.72±0.79	2.49±0.87
Kısmen	32	2.54±0.44	2.65±0.40	2.60±0.46	2.41±0.65	2.49±0.64	2.32±0.66
F=		0.517	0.219	0.491	1.488	0.772	0.872
p=		0.598	0.804	0.614	0.231	0.465	0.421
İş Memnuniyeti		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	43	2.64±0.50	2.71±0.55	2.72±0.53	2.67±0.64	2.70±0.62	2.30±0.71
Hayır	21	2.67±0.69	2.81±0.63	2.70±0.72	2.51±0.88	2.62±0.93	2.44±0.82
Kısmen	37	2.54±0.49	2.64±0.46	2.60±0.52	2.54±0.65	2.51±0.67	2.23±0.72
F=		0.520	0.664	0.469	0.484	0.689	0.528
p=		0.596	0.517	0.627	0.618	0.504	0.591

Hasta Güvenliği Komitelerinde Rol İsteği		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	44	2.57±0.56	2.66±0.60	2.72±0.57	2.58±0.73	2.60±0.72	2.11±0.74
Hayır	57	2.64±0.52	2.74±0.48	2.64±0.57	2.59±0.67	2.63±0.71	2.46±0.70
t=		-0.602	-0.742	0.652	-0.055	-0.181	-2.414
p=		0.549	0.460	0.516	0.957	0.857	0.018

Vip Eğitim		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	64	2.66±0.58	2.73±0.60	2.71±0.62	2.68±0.71	2.75±0.66	2.35±0.76
Hayır	37	2.52±0.45	2.66±0.39	2.61±0.46	2.42±0.64	2.38±0.74	2.22±0.69
t=		1.338	0.586	0.914	1.829	2.623	0.845
p=		0.184	0.559	0.363	0.070	0.010	0.400

Vip Makale Okuma		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	23	2.75±0.57	2.83±0.50	2.84±0.63	2.75±0.71	2.86±0.74	2.34±0.86
Hayır	78	2.57±0.52	2.67±0.54	2.63±0.54	2.54±0.69	2.54±0.69	2.29±0.70
t=		1.419	1.248	1.567	1.273	1.882	0.240
p=		0.159	0.215	0.120	0.206	0.063	0.811

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği kültür puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu tablo 0.7’de görülmektedir. Araştırmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin genel puanları ve alt boyutları (yönetim liderlik, çalışan davranışı, hata raporlama, çalışan eğitimi, bakım ortamı) tanımlayıcı değişkenlere göre incelenmiş ve çoğu değişkenin istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı görülmüştür. Ancak bazı değişkenler açısından önemli düzeyde farklılaşmalar saptanmıştır.

Tablo 0.7’de görüldüğü gibi anestezi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin puan ortalamaları, KVC ve NRŞ yoğun bakım ünitesinde çalışanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<0.05$). Bu fark tüm alt boyutlarda anlamlı bulunmuş ve post-hoc testlere göre hem KVC hem de NRŞ grubu, anestezi grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür.

Kurumda hasta güvenliği çalışmaları yürütüldüğünü belirten hemşireler, genel güvenlik kültürü ($p=0.004$) ve özellikle yönetim liderlik ($p=0.001$), hata raporlama ($p=0.020$), çalışan davranışı ($p=0.007$) ve eğitim ($p=0.030$) alt boyutlarında anlamlı biçimde daha yüksek puanlara sahiptir. Benzer şekilde, kurumda hasta güvenliği komitesinin var olduğunu bilen hemşirelerin de tüm alt boyutlarda hasta güvenliği kültürü puanları anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$).

Ventilatör ilişkili pnömoni hakkında eğitim almış hemşireler, çalışan eğitimi alt boyutunda anlamlı düzeyde daha yüksek puanlara sahiptir ($p=0.010$). Hasta güvenliği komitelerinde görev alma isteği bakım ortamı alt boyutunda anlamlı farklılık yarattığı görülmektedir ($p=0.018$); bu isteğe sahip olmayan hemşirelerin puanları belirgin biçimde daha düşüktür.

Oryantasyon eğitimi alan hemşirelerin, bakım ortamına ilişkin algıları da daha olumlu olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.017$). Ayrıca, hasta güvenliği çalışmalarının yürütülüp yürütülmediğini bilmeyen hemşirelerin genel puanları daha düşüktür.

Buna karşılık yoğun bakım hemşirelerinin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma yılı, vardiya düzeni, kalite çalışmalarına katılım, mesleği isteyerek seçme durumu ve iş memnuniyeti gibi birçok değişken bakımından hasta güvenliği kültürü puanlarında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

BÖLÜM 5. TARTIŞMA

Hasta güvenliği, hastaların hastaneye başvurdıkları andan itibaren başlayarak, taburculuklarına kadar geçen sürede hizmet aldıkları tedavi ve bakım süreçlerinde karşılaştıkları bütün doğru uygulamaların tamamını kapsamaktadır. Ancak bazı durumlarda hastalar pek çok nedenlerle hastanede kalış sebepleri dışında başka hastalıklar ve sakatlıklara maruz kalabilmektedir. Bu durum hasta güvenliğinin tehlikeye düştüğü, gerekli önlemlerin alınmadığı, etkinliği kanıtlanmış uygulamaların yeterince benimsenmediğinin göstergesidir. Özellikle yoğun bakım gibi hayati riskin sürekli tehdit altında bulunduğu ortamlarda hasta güvenliğine yönelik gerekli ve yeterli önlemler alınmadığında karşımıza çıkan zorluklar olumsuz hasta bakım sonuçlarını doğurmaktadır. Bu bölümde hasta ile bire bir ve en fazla iletişim halinde olan hemşirelerin mevcut koşullarda hasta güvenliği kültür ağları ile VIP'i önlemede kanıta dayalı uygulama kullanım durumları ve hemşire tutumlarının analizini ve sonucunda güvenli hasta bakımına etkileri tartışıldı. Araştırmadan elde edilen veriler önceden yapılmış olan araştırmalar ile karşılaştırılarak benzer ve farklı tarafları ortaya koyulmuştur.

Yaptığımız çalışma sonucunda katılımcıların %86.1 gibi yüksek bir oranla hasta güvenliği eğitimi aldıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuç yapılmış mevcut çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Datpınar, & Torun, 2023). Bu durum bireysel ve kurumsal olarak hasta güvenliğine yönelik farkındalık seviyesinin arttığı gösteriyor. Ayrıca bu konuda düzenlenen eğitim programlarının da yaygınlaştığını düşündürmektedir (Xie vd., 2017). Hasta güvenliğine yönelik eğitim alma oranı yüksek bulunan katılımcıların, çalıştıkları hastanede hasta güvenliği komitelerinde görev alma durumları yalnızca %5.9 gibi oldukça düşük bir seviyede bulunmuştur. Bu sonuç bize hemşirelerin profesyonel karar alma mekanizmasında aktif rol almaktan kaçındıklarını düşündürmektedir. Yapılan benzer bir çalışmada hasta güvenliği kültürüne yönelik algının ancak yönetim bazındaki süreçlere katılım ile geliştirilebildiği ortaya koyulmuştur (Tlili vd., 2020). Çalışmamızda katılımcıların hasta güvenliği ile ilgili komitelerde görev alma istekleri incelendiğinde hemşirelerin %43.6'sının bu konuda istekli olduğu görülmektedir. Bu sonuç hemşirelerin ortalamaya yakın bir kesiminin ilgili komitelerde

görev almak istemelerine karşın oldukça düşük bir bölümün aktif olarak karar verici statüsünde çalıştığı görülmektedir. Benzerlik gösteren başka bir çalışmada hemşireler etik komitelerde aktif rol almalarına rağmen sadece hasta bakımı ile sınırlı kaldıklarını, karar alma ve gerekli eğitimsel programları düzenlemede ve katılımda daha az yer aldıkları bildirilmiştir (McDaniel, 1998). Benzer çalışmalardan birinde ise hasta güvenliği eğitimi alan hemşire tutumlarının daha olumlu yönde olduğu belirtilirken haftalık çalışma süresi gibi faktörlerin bu tutumları büyük ölçüde etkilediği vurgulanmıştır (Çilhoroz ve Ilgün, 2022). Bu sonuç bize eğitimin hasta güvenliği kültür algısının yükseltilmesinde temel araç olduğunu düşündürmüştür. Bu duruma karşın diğer çalışmada etkili liderlik anlayışı, yönetsel destek ve hemşirelerin gönüllü olarak katılımı olmadığında verilen eğitimin sınırlı kaldığı uygulamaya yansıtılamadığını göstermiştir (Rubinstein ve Tabak (2012).

Benzer şekilde, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin klinik gereklilik nedeni ile düzenlenen eğitimlere katılım sağladığı, sonuçta elde edilen bilgilerin bakım uygulamalarına yeterince aktaramadığı görülmüştür (McDaniel, 1998). Hemşirelerin karar alma ve yönetsel faaliyetleri içeren konularda sınırlı motivasyonunun olduğu sonucu mevcut çalışmamızda komite rollerinde görev alma isteksizliği ile örtüşmektedir.

Araştırmamızda VIP hakkında eğitim durumları sorgulanan katılımcıların %63.4'lük bir bölümünün bu konuda daha önce eğitim aldıklarını söylerken malesef ki %36.6'lık bir bölümün hiçbir bilgisinin olmaması çok önemli bir eğitim eksikliği olarak karşımıza çıkmıştır. Yapılan benzer nitelikli bir çalışmada VIP konusunda oldukça düşük bir bilgi seviyesine sahip hemşirelerin önleyici kanıt temelli uygulamaları bakıma yeterince entegre edemedikleri bildirilmiştir (Fernandes vd., 2018). Yapılmış olan bu çalışmaya karşılık olarak Barnawi ve ark. (2025), hemşirelerin bilgi düzeylerinin akademik başarıları ile alakalı olduğunu uygulamadaki uyumsuzluğun bilgiyi işleme ve güvenli bakım uygulamalarına aktarmada zayıf kalabileceği vurgulanmıştır (Barnawi vd., 2025). Yürütülen başka bir uygulamada ise ilgili konu hakkında verilen eğitimsel programların eğitim düzeyinde anlamlı bir artış sağladığı saptanmıştır (Sanders-Thompson, 2020). Bu sonuç bize düşündürüyorki bilgi eksikliğinin eğitsel müdahaleler ile giderilebileceğini ancak devamlılığın çalışma ortamındaki yönetsel denetimle sağlanabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda son bir yıl içinde katılımcıların VIP ile ilgili bilimsel makale okuyup okumadıkları sorgulandığında %22.8 gibi son derece düşük bir oran karşımıza çıkmıştır.

Benzerlik gösteren diğerk bir çalışmada ise VİP önlemeye yönelik rehberlere ilişkin bilgi düzeyinin düşük olduğu, bu durumun uygulama alanında büyük eksikliklere sebebiyet verdiği bildirilmiştir (Madhuvu vd., 2020). Ayrıca hemşirelerin genelinde, eğitime ihtiyaç duydukları ve gerekli kaynaklara erişimde güçlükler yaşadığıda bildirilmiştir (Weerasinghe ve ark. (2024). Bu bulgular bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Ortaya çıkan sonuç hemşirelerin güncel bilgi ve literatüre dayalı kanıtlanmış uygulamalar konusunda bilgi eksikliğinin oldukça yüksek olduğunu, bu durumun bireysel istekliliğin yanısıra ilgili kurumlarında mesleki gelişim fırsatlarını çalışanlarına sunması gerekliliğini açıkça ortaya koymuştur.

Çalışmamızda hemşirelerin VİP ‘yi önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalar ortalama bilgi puanının 4.45 ± 1.85 olduğu bulunmuş olup, bu değerin 0-9 puanlık aralıkta orta düzeyde birbilgi düzeyini işaret etmektedir. Yurtdışında hemşirelik öğrencileriyle gerçekleştirilen bir çalışmada, VİP nlemeyeynelik uygulamalara ilişkin bilgi düzeyinin düşük olduğu ve ortalama bilgi puanının 6.4/20 olduğunu bildirilmiştir (Aloush ve Qadire, 2017). Shojaeimotlagh ve ark. (2020) tarafından gerçekleştirilen sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, hemşirelerin VİP’yi nleme konusundaki bilgi düzeylerinin ortalama %48.3 olarak hesaplandığı ve en yüksek bilgi puanlarının hasta pozisyonlaması konusunda olduğu, buna karşın nemlendirici değişim sıklığı gibi teknik konularda bilgi seviyesinin düşük olduğu bulunmuştur (Shojaeimotlagh vd., 2020). Sanat Alreshidi ve ark. (2024) yaptıkları çok kapsamlı çalışmada VİP’i önlemeye yönelik eğitim programlarının hem genel bilgi düzeyini hem de daha spesifik uygulama alanlarında bilgi puanlarını önemli ölçüde artırdığını göstermiştir. Pre-test eğitim öncesi uygulanan ilk test sonuc ortalamasının %27.6 oldukça düşük olmasına karşın, eğitim sonrası bu oranların %95’in üzerine çıktığı bildirilmiştir (Sanat Alreshidi vd., 2024). Benzer biçimde, Lin ve ark. (2014) tarafından Tayvan’da yrtlen çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin bilgi puan ortalaması 7.87/12 olarak raporlanmıştır. Bu sonuç özellikle daha kıdemli ve lisans eğitimi almış yoğun bakım hemşirelerinde anlamlı şekilde daha yüksek olarak bulunduğu bildirilmiştir (Lin vd., 2014). Yaptığımız çalışmada da bilgi puanlarında geniş bir dağılım görülmesi, örneğin deneyim yılı, eğitim düzeyi gibi, bilgi düzeyini etkileyen faktörler arasında yer alabileceğini bizlere düşündürmektedir. Bu sonuç bize VİP konusundaki bilgi düzeylerinin iyileştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne yönelik algılarının genel olarak orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Ort. = 2.61 ± 0.54). Bu durum, mevcut yapılmış benzer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Türkiye'de cerrahi servislerde çalışan hemşirelerle yrtlen bir çalışmada, hasta güvenliği kültürüne ilişkin algının bizim çalışmamızla benzer biçimde orta seviyede olduğu grlmştr. Özellikle "birimler arası ekip çalışması" alt boyutunda daha olumlu yanıtlar alındığı bildirilirken, "hatalara ceza vermeyen yaklaşım" alt boyutunun en düşük puanı aldığı da belirtilmiştir (Yavuz, 2023). Bu sonuç, yapmış olduğumuz araştırmada hata raporlamaya dair puanların düşük çıkmasıyla örtüşmektedir. Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarında en yüksek puanın "yönetim liderlik" alanında çıkması (2.70 ± 0.54), yöneticilerin hasta güvenliği kültüründe etkili bir algı oluşabilmesi için çalışanlarına destek sağladığı ve başarılı bir yönetim anlayışı sergilediğini düşündürmüştür. Bazı çalışmalarda ise hastanelerde ynetiler tarafından yeterince motivasyon ve desteğin sağlanamadığı da rapor edilmiştir (Salamat vd., 2019). İlgili başka bir çalışmada ise yönetici hemşirelerin yatak başı çalışan hemşirelere kıyasla hasta güvenliği kültür algılarının oldukça yüksek olduğunu ortaya koymuş bu durumda liderliğin kültürü etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğunu ortaya koymuştur (Ahmed vd., 2011). Güçlü bir güvenlik algısında yönetim ve liderlik desteğinin öneminin son derece büyük olduğu bir kez daha doğrulanmıştır.

Yönetsel destek algısının görelisi olarak daha olumlu olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, yönetim desteğinin hasta güvenliği kültürünü güçlendirdiğini ancak bu desteğin bazı hastanelerde yetersiz kaldığını raporlanmıştır Bir başka çalışmada ise hemşire yöneticilerinin, çalışan hemşirelere kıyasla hasta güvenliği kültürünü daha olumlu değerlendirdiğini ve liderliğin kültürü etkileyen anahtar faktörlerden biri olduğunu belirtmiştir Bu bulgular hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde yönetim desteğinin yerini vurgulaması açısından önemli bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların hasta güvenliği kültürü "alışan davranışı" alt boyutunda (2.67 ± 0.57) puan aldığı görülmektedir. Bu puan ortalaması bize yoğun bakım hemşirelerinin bireysel tutumları, davranış düzeyleri ve sorumluluk alabilme durumları gibi bireysel farklılıkların göz önünde bulundurulduğu durumlarda orta seviyede olumlu bir algısının varlığını göstermektedir. Bu durum, Mello ve Barbosa (2017) tarafından yoğun bakım birimlerinde yapılan bir araştırmayla örtüşmektedir. Söz konusu çalışmada hemşirelerin idari destek ve süpervizör desteğini olumlu değerlendirdikleri belirtilmiştir

(Mello ve Barbosa, 2017). Buna karşın hasta güvenliği kültür diğer alt boyutları incelediğimizde "hata raporlama" alt boyutunda ortalama (2.59 ± 0.70) çıkmak "çalışan eğitimi" alt boyutunda ortalama (2.61 ± 0.71) ile çıkmış en düşük puanlar olarak dikkat çekmektedir. Önceki yıllarda yapılan bir çalışmada, yine bu alt boyutlarda çıkan düşük puan ortalamaları hata bildirim oranının düşük olması ve cezalandırıcı kültür algısının yaygın olması bu durumu açıklayan nedenler arasında gösterilmiştir. Ayrıca, eğitim fırsatlarının sınırlı olması da güvenlik kültürünün gelişmesini engelleyen önemli faktörlerden biri olarak tanımlanmıştır (Nguyen vd., 2023). Çalışmamızda "Bakım ortamı" alt boyutunun en düşük ortalamaya sahip olması (2.31 ± 0.74), temizlik, ekipman yetersizliği, hasta yoğunluğu, iş yükü, zaman yönetimi gibi fiziksel ve çevresel koşulların olumsuz olması hasta güvenliğini tehdit eden önemli bir unsur olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmamız ile benzerlik gösteren başka bir çalışmada iş yükü, vardiya düzeni ve yöneticiler ile iletişim problemleri gibi çalışma ortamına ilişkin unsurların olumsuz hasta sonuçlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiş buda güvenlik kültürünü ciddi bir şekilde zayıflatmış bildirilmiştir (Granados-Plaza vd., 2021).

Analiz sonuçlarına göre, hemşirelerin VIP'i önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulama konusundaki bilgi düzeylerinin hasta güvenliği kültürü üzerinde anlamlı etkisi olduğu görülmektedir. Bir başka çalışmada, hemşirelerin VIP önlemeye yönelik bilgi ve becerileri ile hasta güvenliği kültürü arasındaki anlamlı ilişkiler vurgulanmış, özellikle yönetimsel olarak öğrenmeye teşvik edilmenin çalışanlar üzerinde bilgi edinme isteğini üst düzeyde etkileyen bir faktör olduğu bulunmuştur (Cho ve Choi, 2018). Bu durum, mevcut çalışmanın genel hasta güvenliği kültürü puanı ile bilgi düzeyi arasındaki veri sonuçları ile örtüşmektedir. Yönetim ve liderlik alt boyutuna dair bulgular da bilgi düzeyinin anlamlı bir etkileyici olduğunu ortaya koymaktadır ($\beta=0.411$). Bu sonuç, hasta güvenliği liderliğinin hem bilgi temelli güvenlik algısını hem de ekip içi yönlendirmeleri etkilediğini öne süren bir çalışma ile uyumludur (Murray vd., 2018). Benzer şekilde, bu çalışmada hata raporlama ($\beta=0.335$) ve çalışan eğitimi ($\beta=0.412$) alt boyutlarında da bilgi düzeyinin etkili olduğu saptanmıştır. Emeghara ve ark. (2020), hemşire öğrencilere uyguladıkları eğitim paket programının hasta güvenliği kültürüne dair bilgi düzeyinin yükselmesine ve özellikle hata bildirimine ilişkin tutum ve davranışlarda iyileşmeye neden olduğu saptanmıştır (Emeghara vd., 2020). Bu durum, VIP önlemeye yönelik kanıt temelli uygulamalara ilişkin bilgi düzeyi ile hata raporlama alt boyutunda ilerlemenin

ilgili eğitim programları ile geliştirilebileceği inancını doğurmaktadır. Ancak bakım ortamı alt boyutunda bilgi düzeyinin anlamlı bir etkisinin olmaması ($p=0.080$), bu alt boyutun daha fiziksel çevre koşullarına bağlı olduğunu göstermektedir. Bu bulgu sonucu, Moody ve ark. (2006) tarafından yapılan bir çalışmada da desteklenmektedir. Araştırma sonuçları hasta güvenliği algısının yalnızca bilgi düzeyine değil, aynı zamanda iş yükü, iletişim biçimi ve liderlik anlayışı gibi çevresel ve yönetsel faktörlere bağlı olduğunu göstermiştir (Moody vd., 2006).

Araştırmamızın bulgularına göre yaş ve mesleki deneyim gibi demografik değişkenlerin, hemşirelerin VİP'i önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulama konusundaki bilgi düzeyleri üzerinde anlamlı değişkenler olduğunu ortaya çıkarmıştır. Özellikle 31 yaş ve üzerindeki hemşirelerin ortalama bilgi düzeyinin ($Ort=5.53$), 30 yaş ve altındaki hemşirelere kıyasla ($Ort=3.99$) anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum çalışmamızla benzerlik gösteren diğer araştırmalarla da geniş ölçüde desteklenmektedir (Bhandari vd. 2021; El-Kass vd. 2024; Yao vd. 2024). Örneğin El-Kass ve ark. (2024), yürüttükleri çalışmada, hemşirelerin yaşları ve mesleki deneyimleri arttıkça VİP konusundaki bilgi düzeylerinin de yükseldiğini ortaya koymuştur. Bu çalışma ileri yaş ve buna bağlı mesleki kıdemin artması ile bilgi birikim ve tecrübe ile kanıt düzeyi yüksek uygulamaların bu hemşireler tarafından güvenli bakım ortamına aktarıldığının ispatı niteliğindedir. Benzer bulgular, Yao ve ark. (2024) tarafından yapılan geniş ölçekli çalışmada da doğrulanmıştır.yine aynı şekilde hemşirelerin yaşça büyük olanların daha küçük yaştaki meslektaşlarına oranla mesleki bilgi seviyelerinin ve kanıta dayalı uygulamaları kullanma durumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılmış başka bir çalışma örneğinde yaş ve klinik deneyim ile bilgi düzeyi ile bunun bakım ortamına yansıtılması arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Özellikle 10 yıl ve üzeri deneyime sahip hemşirelerin hem bilgi düzeylerinin hem de VİP önlemede güvenilirliği kanıtlanmış uygulamalardan aldığı puanların daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Badawy, 2015). Bu bulgu, bizim araştırmamızda 11 yıl ve üzeri deneyime sahip hemşirelerin bilgi puanlarının, 1–5 yıl aralığında mesleki deneyime sahip hemşirelerden daha yüksek bulunmasıyla benzerlik göstermektedir. Bazı çalışmalarda ise deneyimle bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Örneğin yurtdışında gerçekleştirilen bir başka çalışmada, hemşirelerin büyük çoğunluğunun yoğun bakım deneyimi olmasına rağmen, bilgi düzeylerinde belirgin farklılıklar gözlenmemiştir.

(Bhandari vd., 2021). Bu farklılığın, bazı sağlık kurumlarında mesleki deneyimin nitelikli bilgi artışına dönüşmemesinden veya gerekli eğitim programlarının düzenlenmemesinden en önemliside güncel bilgiye erişimde aksaklıklardan kaynaklanabileceğini bize düşündürmüştür.

Araştırma bulgularında, sadece gündüz çalışan hemşirelerin bilgi puanlarının (Ort=5.47), vardiyalı çalışanlara göre (Ort=4.21) daha yüksek olduğu ve bu farkın önemli ölçüde anlamlı olduğu ($p=0.006$) saptanmıştır. Bu sonuç, düzenli çalışma saatlerine sahip hemşirelerin vardiyalı çalışanlara kıyasla bilgi edinme ve bilgiye erişim imkanının daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır. Örneğin, Verma ve ark. (2018), vardiyalı ve gündüz çalışan hemşireler üzerinde yürüttükleri çalışmada, gece nöbet tutan hemşirelerin uyku kalitesi ve psikolojik durum puanlarının gündüz vardiyasında çalışanlara kıyasla anlamlı ölçüde daha düşük bulmuştur (Verma vd., 2018). Bu durum, gece vardiyalarının hem ruhen hem de fiziksel olarak performansı olumsuz etkilediğini ve bu nedenle bilgi edinme isteğinin bu tür olumsuz koşullar karşısında yok olduğunu düşünürmüştür. Benzer şekilde, Iskra-Golec ve ark. (1996), 12 saatlik vardiya sisteminde çalışan yoğun bakım hemşirelerinin, 8 saatlik vardiya yapan meslektaşlarına göre daha fazla kronik yorgunluk, kaygı ve uyku bozukluğu yaşadığını bildirmiştir. Bu bulgular, düzensiz vardiya sisteminin psikolojik olarak insanları yıpratıldığını mesleki performansı azaltıldığını ortaya koymaktadır (Iskra-Golec vd., 1996). Barak ve ark. (1995) yaptıkları bir çalışmada, vardiyalı çalışan hemşirelerin %80'inden fazlasının uyku problemi yaşadığını, buna karşın gündüz çalışan hemşirelerde bu oranın %25 civarında olduğunu ve düzenli çalışma saatlerinin uyku kalitesi üzerindeki etkisini belirtmişlerdir. Bozulan uyku düzeni, öğrenme kapasitesinde azalmaya ve öğrenme motivasyonunda düşüşe sebep olduğusonucuna carılmıştır (Barak vd., 1995). Prameswari ve ark. (2021) tarafından başka bir ülkede yürütülen çalışmada ise vardiyalı çalışan hemşirelerin yaşam kalitesinin oldukça düşük olduğu, daha az kendilerine vakit ayırabildikleri ve antisosyal bir hayat yaşadıkları rapor edilmiştir (Prameswari vd., 2021). Bu durum özellikle yoğun bakımda çalışan hemşireler açısından düşünüldüğünde güncel mesleki gelişimlerin takibi açısından olumsuz sonuçlar ortaya koymaktadır.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgular, hemşirelerin VİP'i önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulama kullanma durumlarının, VİP'i önlemeye yönelik eğitim alma ve bilimsel makale okuma gibi değişkenlerle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, bilgi

düzeş artışının kurumsal költür algısının oluşturulması ile daha iyi sonuçlar alınabileceğinde göstermektedir. Kurumsal düzeyde hasta güvenliğı çalışmalarının varlığını bildiğini ifade eden hemşirelerin ile bilgi puan ortalamaları yüksek çıkmıştır. Alanazi ve Alonazi (2024), farklı dört hastanede yürüttükleri çalışmada, kurumsal anlamda destek gören meslektaşların hasta güvenliğine verdikleri önem ile kanıta dayalı uygulamaları klinikte kullanma durumlarının artırdığını belirtmiştir (Alanazi ve Alonazi, 2024). Örneğın, Vuolteenaho ve ark. (2014) tarafından yürütölen çok aşamalı bir çalışmada, düzenlenen eğitim programlarının, hemşirelerin solunum cihazlarına bağılı hasta bakımı uygulamalarındaki bilgi ve beceriyi arttırdığı sonucuna varılmıştır (Vuolteenaho vd. 2014). Benzer şekilde, Elbilgahy ve ark. (2016), eğitim programlarının hemşirelerin bilgi düzeylerini etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında uzun ve kısa vadede anlamlı artış gösterdiği raporlanmıştır. Araştırmamızda sorguladığımız son bir yılda makale okuma durumunun ilgili konuda bilgi puan artışıda oldukça dikkat çekicidir. Makale okuyan hemşirelerin okumayan hemşirelere oranla VİP önlemede kanıtlanmış uygulamalar üzerindeki bilgi puanı, akademik veriler ışığında güncel verilere ulaşım ve mesleki bilgi birikimide arttırmaktadır (Elbilgahy vd., 2016). Labeau ve ark. (2009), bilgi düzeyinin VİP gibi önlenabilir enfeksiyonların ortadan kaldırılması için kilit nokta olduğunu belirtmiş yetersiz bilgi düzeyinin rehberlere uyumun önündeki en büyük engel olduğunu vurgulamıştır (Labeau vd., 2009). Bu sonuç bize mevcut konuyla işikili akademik yayınların takibinin bilgi seviyesini yükselteceğini düşündürmüştür. Khalifa ve As (2020) tarafından yürütölen başka bir çalışmada da düzenli aralıklarla planlanan eğitim programlarının bilgi seviyelerini ve önerilen rehberlere uyumu artırdığı görölmüş bunun sonucuda VİP oranlarında anlamlı bir azalma görölmüştür (Khalifa ve As, 2020). Bu araştırma sonucu, mesleki alanda bilgi düzeyinin artırılmasının hasta bakım kalitesine ve dolayısıyla hasta sonuçları üzerinde de etkili olabileceğini düşündürmüştür.

Araştırmamızda kurumsal değişkenlerle ilgili örneğın cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan yoğun bakım ünitesinin yatak sayısı, klinik bölüm gibi farklılıklara göre VİP önlemeye yönelik rehberler ile ilgili bilgi düzeyi arasında farklılık çıkmamıştır. Aynı şekilde araştırmamızda katılımcıların verdiği cevaplar doğrultusunda; mesleğı isteyerek seçme, iş memnuniyeti, hasta güvenliğı eğitimi alma ve komitelere katılım istekliliğı gibi değişkenlerinde bilgi düzeyleri üzerinde etkisi olmadığı görölmüştür. Bu duruma örnörk olarak, Jojy ve ark. (2023) tarafından yapılan bir çalışmada, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi

ve mesleki deneyim gibi değişkenlerin çalışanların bilgi seviyeleri üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur (Jojoy vd., 2023). Bu durum bize gösteriyor ki bireysel özelliklerin kişinin bilgi birikimi ile bir bağlayıcılığı olmadığını tamamen öğrenme isteği ve dürtüsüyle alakalı olduğunu ortaya koymaktadır. Getahun ve ark. (2022) tarafından yrtlen çok merkezli bir çalışmada, bilgi düzeyinin tamamen akademik başarı ve çalışılan birime özgü güncel eğitimler almakla ilgili olduğu, buna karşın cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi değişkenlerin bilgi düzeyine etkisinin olmadığı bulunmuştur (Getahun vd., 2022). Bu bulgu, yapmış olduğumuz çalışmamızın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. El-Kass ve ark. (2024) da yaptıkları çalışma sonucunda benzer biçimde, cinsiyet, mezuniyet düzeyi ve çalışılan yoğun bakım tipi gibi değişkenlerle, bilgi seviyeleri hiçbir ilişki olmadığını, yaş, evlilik durumu ve mesleki kıdem gibi daha dinamik değişkenlerin hemşirelerin bilgi birikim düzeylerini etkilediğini göstermiştir (El-Kass vd., 2024). Bu da demografik özelliklerin bilgi ediniminde sınırlı rol oynadığını düşündürmektedir. Özellikle bazı araştırmalar çalışanların eğitim düzeyinin mesleki bilgi seviyesini etkilediğini de bildirilmektedir. Akademik kariyer arttıkça hemşirelerin bilgi düzeylerindeki anlamlı ölçüde arttığı da bildirilmiştir (Jassim, 2024).

Araştırma sonuçlarına göre, hemşirerin çalıştıkları yoğun bakım türü ile hasta güvenliği kültür algıları arasında farklılıklar bulunmuştur. Özellikle anestezi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültür puanlarının, diğer yoğun bakım ünitesinde çalışanlara kıyasla daha düşük olduğu grlmştr. Ballangrud ve ark. (2012) tarafından yrtlen çok merkezli bir çalışmada bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir (Ballangrud vd., 2012). Çalışmada, değişik yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik kültür algısı farklılık göstermektedir. Bu durumun ekip içi dinamik ve disiplinlerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Benzer şekilde Marsteller ve ark. (2015), kardiyovasküler cerrahi ekiplerinde, genel cerrahi ve anestezi ekiplerine kıyasla daha yüksek güvenlik kültürü algısının varlığı bariz grlmştr. Araştırma sonucunda kardiyovasküler cerrahi yoğun bakımlarında çalışan hemşirelerin diğer yoğun bakımlara oranla daha çok ekip anlayışının benimsendiği ve yönetimsel olarak öğrenme odaklı bir gelişim sergilendiği, zelikli bir yoğun bakım nitesi olmasından kaynaklanabileceği bilgisi verilmiştir (Marsteller vd., 2015). Yine benzer bir çalışma olan Salem ve ark. (2019), ocuk ve yetişkin yoğun bakım ünitelerindeki hemşirelerin hasta güvenliği algılarını karşılaştırıldığında pediatrik

birimlerde çalışan sağlık personellerinin yetişkin yoğun bakım ünitelerine göre kritik olay bildirimlerine yönelik tutumları daha yüksek bulunmuştur (Salem vd., 2019).

Araştırmamızda elde ettiğimiz bir diğer bulgumuz da, çalışılan kurumda hasta güvenliğine yönelik çalışmaların ve komitelerinin varlığının bilincinde olan hemşirelerin güçlü bir güvenlik kültür algısına sahip olduğu bilincidir. Kim ve ark. (2010), yürüttükleri çalışmada, hasta güvenliği kültürüne yönelik eğitimsel programlar ve çalışmaların varlığını gören hemşirelerin, bireysel olarak güvenlik kültürüne yönelik algılarını anlamlı ölçüde iyileştirdiğini bildirmektedir. Özellikle yapılan hatanın korkusuzca bildirilebildiği, mevcut mesleki bilgilerin düzenli güncellendiği ve çalışma ortamındaki etkin ve açık liderlik anlayışının bu iyileşmede katkısının büyük olduğu vurgulanmıştır (Kim vd., 2010). Pronovost ve ark. (2003) tarafından Johns Hopkins Hastanesi'nde yapılan büyük ölçekli çalışmada ise hasta güvenliği kültürünün kurumsal bir yönetim stratejisi haline getirilmesinin ardından hastanede çalışan yöneticiler ve hasta güvenliği komite üyelerinin bu kültüre dair algılarında önemli gelişmeler gözlemlendiği raporlanmıştır (Pronovost vd., 2003). Benzer şekilde, Lee ve Han (2024), çocuk hastanelerinde yürütülen çalışmalarında, hasta güvenliği yönetim komitelerinin varlığı ve etkin bir çalışma ortaya koyabilmesi hemşirelerin güvenli bakım uygulamalarını artırdığını belirtmiştir. Bu da hasta güvenliği kültürünün yapısal ve yönetsel destekle güçlendirilebileceğini göstermektedir (Lee ve Han, 2024).

Amiri ve ark. (2018) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada, yatak başı hemşirelerin ve yönetici süpervizör hemşirelere verilen hasta güvenliği kültürü eğitim programı sonrasında özellikle ekip liderine güven ve iletişim becerileri alt boyutlarında olumlu değişimler gözlemlenmiştir (Amiri vd., 2018). Bu sonuç yapılan içeriği genişletilmiş güncel eğitimlerin hem yönetim bazında hemde bireysel olarak güvenlik kültürü algısını yükseltmek için belli boyutlarda yeterli olacağını vurgulamaktadır.

Araştırmamızda VİP önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalara ilişkin eğitim algısına evet yanıtını veren hemşirelerin, güvenlik kültürünün çalışan eğitimi alt boyutunda yüksek puanlara sahip olması ($p=0.010$), düzenlenen eğitimin sadece bilgi seviyenini arttırmakla kalmadığını aynı zamanda hasta güvenliği kültür algısında güçlendirdiğini ortaya koymuştur (Xie ve ark., 2017).

Benzer biçimde, Suryani (2024) tarafından yürütülen ve 243 hemşirenin katıldığı bir eğitim programında gerekli eğitim verildikten sonra hemşirelerin hasta güvenliği kültür

algılarında önemli bir artış olduğu görülmüştür. Bu durum uygulama alanlarında geleneksel yöntemleri benimseyen hemşirelerin güncel bilgi verici eğitsel programlara katılımları sonucunda akademik doğruluğu kanıtlanmış uygulamalara yönelimlerinin artacağı düşünülmüştür (Suryani, 2024). Bir başka çalışmada ise, hasta güvenliği ile ilgili raporlama, kritik olay anında ilgili birimlerin bilgilendirilmesine yönelik güvenlik kültürü algısının önemi üzerinde durulmuştur (Chiang vd., 2012). Lee ve Kim'in (2011) orta ölçekli hastanelerde yürüttükleri çalışmada, hasta güvenliği komitelerinin varlığının ve işlevsel oluşunun çalışan hemşireler üzerinde güvenli hasta bakım ortamının oluşturulması açısından etkisinin büyük olduğu vurgulanmıştır. Bu tür komitelere katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu bildirilirken bu komitelerde görev almak isteyen hemşire oranının fazla olması çalışılan kurumda hasta güvenliği kültürüne verilen önemi ortaya koymaktadır.

Araştırmamızdan elde edilen bir diğer sonuç da; oryantasyon eğitimi almış hemşirelerin "bakım ortamı" alt boyutuna ilişkin kültür algısı değerlendirilmiştir. Sonuç olarakta işe başlarken bulundukları kliniğe adaptasyonu arttırmak için verilen eğitimin güvenli hasta bakım ortamı oluşturmada olumlu sonuçlar ortaya koyduğu düşünülmüştür. ($p=0.017$). Varghese ve Shkrabak'ın (2024) yeni başlayan hemşirelere yönelik geliştirdikleri oryantasyon programı sonucunda, hemşirelerin sadece mesleki yeterliliklerinin değil aynı zamanda hasta güvenliği algılarında büyük ölçüde geliştirdiği yönünde bulgular ortaya çıkmıştır. Benzer şekilde, Swartzman ve arkadaşlarının (2019) yürüttüğü çalışmada, yeni başlayan yoğun bakım hemşirelerine yönelik verilen rehberlik programının sadece mesleki bilgi beceri anlamında katkı sağlamanın yanı sıra psikolojik ve ekip içi iletişim açısından da olumlu sonuçlar verdiği vurgulanmıştır. Bu bulgular, oryantasyon ve rehberlik programlarının hemşirelerin yalnızca bilgi düzey artışını sağlamak dışında daha çok olumlu tutum ve davranış sergilemesine katkı sağladığı düşünülmektedir. Bosna-Hersek sağlık sisteminde yürütülen bir başka araştırma ise, kurumsal düzeyde farkındalık oluşumunun, yönetsel desteğin ve çalışan memnuniyet ve iş doyumu gibi kavramların hasta güvenliği kültür algısıyla doğrudan ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (Lučkin vd., 2022).

Sudan'da yürütülen bir çalışmada, hasta güvenliğine yönelik eğitim almış çalışanların bilgi düzeylerindeki artışın yanı sıra, tecrübelerinin klinik pratiğe aktarımının daha başarılı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca kurumsal hasta güvenliği çalışmalarının şeffaf bir

şekilde yürütüldüğü kurumlarda çalışan hemşirelerin güçlü bir güvenlik kültür algısını benimsediği araştırma verilerinde ortaya koyulmuştur. (Mukhtar vd., 2019).

Lee ve ark. (2019) tarafından yapılan bir çalışmada, hasta güvenliği kültürünü etkileyen en önemli değişkenlerin yöneticilerin tutum ve sergiledikleri davranış ile çalışılan kurumdaki deneyim olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet, yaş gibi değiştirilemeyen özelliklerin kültür algısı üzerinde etkisinin olmadığı rapor edilmiştir (Lee vd., 2019). Stimpfel ve ark. (2017) da yaş, cinsiyet gibi demografik verilerin güvenlik kültürü üzerinde anlamlı etkilerinin olmadığı sonucunu varmıştır. Wazqar ve Attallah'ın (2023) onkoloji hemşireleriyle yaptıkları çalışmada, hasta güvenliği kültürünü en güçlü biçimde etkileyen unsurun açık iletişim olduğu belirtilmiştir.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz veriler sonucunda diyebiliriz ki; YB ünitelerinde görev yapan hemşirelerin, hasta güvenliği kültürüne karşı olumlu yaklaşımları arttıkça, MV bağlı gelişen pnömoniye önlemede kanıt düzeyi yüksek bulunmuş uygulamaları kullanma durumunda orantılı bir şekilde artacağı düşünülmektedir. Bütün bunlarla birlikte, çalışanların bilgi birikim düzeyinin artmasıyla iş doyumu ve ekip ruhu gibi faktörler sayesinde bakım kalitesinin de artacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapmış olduğumuz bu çalışma yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği kültür algısı ile, VİP'i önlemede kanıta dayalı uygulamaları kullanmaları için gerekli bilgi düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirmeye alınmıştır. Elde edilen verilerinden çıkan sonuç doğrultusunda konu ile ilgili bilgi seviyesinin ortalama bir düzeyde olduğu belirlenmiş aynı zamanda bu durumun güvenlik kültürü algısını birçok alt boyutta arttırdığını ortaya koymuştur. Bilgi düzeyinin bireysel ve kurumsal farklılıklara göre değişkenlik gösterdiği, güçlü bir güvenlik kültürü algısı oluşturabilmenin ise çalışılan kurumun izleyeceği stratejik bir yönetim vizyonu ile mümkün olacağı kanısına varılmıştır. Yapılan çalışma bize gösteriyor ki mesleki bilgi birikim için sürekli ve düzenli eğitim programlarına katılımın liderlerce desteklenmesi, bilgilerin her daim güncel ve kliniğe uyarlanabilir olması kadar önem taşımaktadır. Ayrıca güvenlik kültürü, çok boyutlu ve dinamik bir olgu olarak yalnızca hemşirelerin bilgi ve becerilerine indirgenmemelidir, bu algının oluşması için daha çok yönetsel ve organizasyonel kararlılık gerekmektedir.

Araştırmamızdan çıkan sonuçlara göre önerilerimiz;

VİP'ye Yönelik Sürekli Eğitim Programları Geliştirilmeli: Tüm yoğun bakım hemşirelerine yönelik düzenli ve güncel içerikli eğitim programları hazırlanmalı ve belirli aralıklarla uygulanmalıdır.

- **Kurumsal Güvenlik Komiteleri Etkinleştirilmeli:** Hasta güvenliği ile ilgili çalışma yapan komitelerin görünürlüğü ve işlevselliği artırılmalı, hemşirelerin bu komitelere aktif katılımı desteklenmelidir.
- **Oryantasyon Programları Zenginleştirilmeli:** Yeni başlayan hemşirelere yönelik güncel oryantasyon programları planlanmalıdır.
- **Gece ve Vardiyalı Çalışanlara Yönelik Bilgiye Erişim Kolaylaştırılmalı:** Vardiyalı çalışan hemşirelerin bilgi kaynaklarına erişebileceği online eğitim platformları ve mobil uygulamalar geliştirilmelidir.

- **Kıdemli Hemşireler Mentörlük Rolüne Dahil Edilmeli:** Kıdemli hemşirelerin yeni başlayan hemşirelere rehberlik edebileceği şekilde çalışma listeleri oluşturulmalı.
- **Bakım Ortamına Yönelik Yapısal İyileştirmeler Planlanmalı:** Fiziksel koşulların iyileştirilmesi, iş yükü dengesinin sağlanması ve gerekli malzeme ve personel desteğinin artırılması kurumsal öncelikler arasında ele alınmalıdır.
- **Kurumsal Güvenlik Kültürü Çalışmaları ile İlgili Duyurular Yapılmalı:** Hasta güvenliği ile ilgili komitelerin yaptığı çalışmalar duyurulmalı ve komitenin faaliyetleri hakkında çalışanlar bilgilendirilmelidir.

Bu öneriler sonucunda; bütüncül bir sistem yaklaşımı ile VIP'i önlemeye yönelik kanıta dayalı güvenli bir sağlık hizmeti sunumu için, sağlık kurumunun tüm kademelerinde sürdürülebilir kültür algısının benimsenmesi büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- [1] Abbasinia, M., Aghajani, M., Abdi, Z. (2023), "Exploring the relationship between patient safety culture and ventilator-associated pneumonia prevention practices in ICUs: A cross-sectional study", *International Journal of Nursing Studies*, 134, 104396.
- [2] Abdallah, W., Johnson, C., Nitzl, C., Mohammed, M. A. (2020), "Arabic version of pharmacy survey on patient safety culture: Hospital pharmacy settings", *Sage Open Medicine*, 8, 205031212095106.
- [3] Aboshaiqah, A. E., Baker, O. G. (2013), "Assessment of nurses' perceptions of patient safety culture in a Saudi Arabia hospital", *Journal of Nursing Resort Quality*, 28(3), 272–280.
- [4] Ahmed, N. G. S., Adam, S. M., Abd Al-Moniem, I. I. (2011), "Patient Safety: Assessing Nurses' Perception and Developing an Improvement Plan", *Life Science Journal*, 8(2), 53–64.
- [5] Akıncı, C., Çakar, N., Ayyıldız, A., Atalan, K. H. (2010), "Yoğun bakım hemşirelerinin ventilatör ilişkili pnömoni ile ilgili bilgilerinin değerlendirilmesi", *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi*, 38, 45–51.
- [6] Alanazi, S., Alonazi, W. B. (2024), "Enhancing critical care practitioners' knowledge and adherence to ventilator-associated events bundle", *Frontiers in Medicine*, 11, 1365742.
- [7] Alankaya, N., Karadakovan, A., Uran, B. N. Ö., Bayram, H. (2019), "Hemşirelerin ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesinde kanıta dayalı uygulamalar konusunda bilgileri: İzmir örneği", *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 55–63.
- [8] Albalawi, A., Kidd, L., Cowey, E. (2020), "Factors contributing to the patient safety culture in Saudi Arabia: A systematic review", *BMJ Open*, 10(10), e037875.
- [9] Alcan, A. O., Korkmaz, F. D. (2015), "Ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesi: Bakım paketi yaklaşımı", *İzmir Üniversitesi Tıp Dergisi*, 3, 38–47.
- [10] Alja'afreh, M. A., Mosleh, S. M., Habashneh, S. S. (2018), "Nurses' perception and attitudes towards oral care practices for mechanically ventilated patients", *Saudi Medical Journal*, 39(4), 379–385.
- [11] Aloush, S. M., Qadire, M. (2017), "Student nurses' knowledge about prevention of ventilator-associated pneumonia", *International Journal of Nursing Education*, 9(3), 138–143.
- [12] American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America. (2005), "Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171(4), 388–416.
- [13] Amiri, M., Khademian, Z., Nikandish, R. (2018), "The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial", *BMC Medical Education*, 18, 158.
- [14] Arman, D., Arda, B., Şardan Çetinkaya, Y., Kavacan, Ç. B., Esen, F., İskit Topeli, A., (2008), "Sağlık ile hizmeti ilişkili pnömoninin önlenmesi kılavuzu", *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*, 12(2), 1–14.
- [15] Arslan, H., Gürdap, Z. (2021), "Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ve periferik venöz kataterle ilişkili enfeksiyonu önlemeye yönelik bilgi düzeyleri", *The Journal of Turkish Family Physician*, 12(2), 84–98.
- [16] Asadi, N., Jahanmoghdam, F. (2024), "Oral care of intubated patients, challenging task of ICU nurses: a survey of knowledge, attitudes and practices", *BMC Oral Health*, 24(1), 925.
- [17] Augustyn, B. (2007), "Ventilator-associated pneumonia risk factors and prevention", *Critical Care Nurse*, 27(4), 32–39.
- [18] Badawy, A. I. (2015), "Impact of a structured teaching program for prevention of ventilator-associated pneumonia on knowledge and practices of intensive care nurses at Central Quwesna Hospital, Egypt", *Medical Journal of Cairo University*, 82, 1–13.
- [19] Ballangrud, R., Hedelin, B., Hall-Lord, M. L. (2012), "Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: a cross-sectional study", *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(6), 344–354.

- [20] Barak, Y., Achiron, A., Lampl, Y., Gilad, R., Ring, A., Elizur, A., Sarova-Pinhas, I. (1995), "Sleep disturbances among female nurses: comparing shift to day work", *Chronobiology International*, 12, 345–350.
- [21] Barnawi, F. A. J., Barnawi, Y., Al-Modallal, H. (2025), "Enhancing patient safety: assessing ICU nurses' knowledge and compliance in ventilator-associated pneumonia prevention at King Fahad General Hospital, Saudi Arabia", *Saudi Journal of Nursing and Health Care*, 8(1), 20–30.
- [22] Bassi, G. L., Ferrer, M., Marti, J. D., Comaru, T., Torres, A. (2017), "Ventilator-associated pneumonia", *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 38(3), 253–261.
- [23] Baykara, Z. N., Alparslan, V. (2018), "Yoğun Bakım Ünitesinde stres ülser profilaksisi", *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 16, 1–9.
- [24] Berry, A. M. (2013), "A comparison of Listerine and sodium bicarbonate oral cleansing solutions on dental plaque colonisation and incidence of ventilator-associated pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomised control trial", *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(5), 275–281.
- [25] Bhandari, S., Sharma, M., Shrestha, G. (2021), "Knowledge of nurses working in critical care areas regarding ventilator associated pneumonia prevention bundles in a tertiary level cardiac centre", *Journal of Institute of Medicine*, 43(1), 36–42.
- [26] Blegen, M. A., Vaughn, T., Goode, C. J. (2017), "The relationship between patient safety culture and quality of care in nursing homes", *Journal of Nursing Care Quality*, 32(2), 122–129.
- [27] Blot, S. I., Koulenti, D., Dimopoulos, G., Martin, C., Komnos, A., Krueger, W. A., Spina, G., Armaganidis, A., Rello, J., the EU-VAP Study Investigators. (2014), "Prevalence, risk factors, and mortality for ventilator-associated pneumonia in middle-aged, old, and very old critically ill patients", *Critical Care Medicine*, 42(3), 601–609.
- [28] Boltey, E., Yakusheva, O., Costa, D. K. (2017), "5 nursing strategies to prevent ventilator-associated pneumonia", *American Nurse Today*, 12(6), 42–43.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5706660/>
- [29] Bucher, L., Holcomb, J. (2015), "The role of the intensive care nurse in patient safety", *Journal of Intensive Care Nursing*, 31(2), 103–111.
- [30] Burja, S., Belec, T., Bizjak, N., Mori, J., Markota, A., Sinkovič, A. (2018), "Efficacy of a bundle approach in preventing the incidence of ventilator associated pneumonia (VAP)", *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*, 18(1), 105–109.
- [31] Camargo, L., da Silva, S. N., Chambrone, L. (2019), "Efficacy of toothbrushing procedures performed in intensive care units in reducing the risk of ventilator-associated pneumonia: A systematic review", *Journal of Periodontal Research*, 54(6), 606–614.
- [32] Carney, B. T., West, P., Neily, J., Mills, P. D., Bagian, J. P. (2020), "The impact of patient safety culture on patient outcomes: A systematic review", *Journal of Patient Safety*, 16(3), 123–130.
- [33] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023), "Guidelines for preventing healthcare-associated pneumonia", *Centers for Disease Control and Prevention*.
- [34] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024), "Healthcare-Associated Pneumonia Prevention Guideline", *Centers for Disease Control and Prevention*.
- [35] Chang, P.-H., Lin, T.-L., Chen, Y.-J., Lai, W.-H., Chen, I.-L., Chang, H.-C., Liu, S.-F. (2024), "Risk Factors, Pathogens, and Outcomes of Ventilator-Associated Pneumonia in Non-Cardiac Surgical Patients: A Retrospective Analysis", *Microorganisms*, 12(7), 1422.
- [36] Chastre, J., Fagon, J. Y. (2002), "Ventilator-associated pneumonia", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 165(7), 867–903.
- [37] Chiang, H. Y., Lin, S. Y., Hsiao, Y. C., Chang, Y. (2012), "Culture Influence and Predictors for Behavioral Involvement in Patient Safety Among Hospital Nurses in Taiwan", *Journal of Nursing Care Quality*, 27, 359–367.
- [38] Cho, S., Choi, J. (2018), "Patient Safety Culture Associated with Patient Safety Competencies Among Registered Nurses", *Journal of Nursing Scholarship*, 50(5), 549–557.
- [39] Costello, T., Coyne, I. (2008), "Nurses' Knowledge of Mouth Care Practices", *British Journal of Nursing*, 17(4), 264–268.
- [40] Cutler, L. R., Sluman, P. (2014), "Reducing Ventilator Associated Pneumonia in Adult Patients Through High Standards of Oral Care: A Historical Control Study", *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(2), 61–68.
- [41] Çalışkaner, D. (2020), "Ventilatör İlişkili Pnömoninin Önlenmesinde Risk Faktörlerine Yönelik Koruyucu Önlemler ve Klinik Uygulamalar", *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(3), 237–244.

- [42] Çilhoroz, Y., ve Ilgün, G. (2022), "Examination of Nurses' Attitudes About Patient Safety According to Sociodemographic Characteristics", *Sudan Journal of Medical Sciences*.
- [43] Dalton, G. D., Samaropoulos, X. F., Dalton, A. C. (2008), "Improvements in the Safety of Patient Care Can Help End the Medical Malpractice Crisis in the United States", *Health Policy*, 86(2–3), 153–162.
- [44] Damas, P., Fripiat, F., Ancion, A., Canivet, J. L., Lambermont, B., Layios, N., ..., Damas, C. (2021), "Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: Current Practices and Challenges", *International Journal of Antimicrobial Agents*, 58(3), 106395.
- [45] Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., ..., Alhazzani, W. (2018), "Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU", *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873.
- [46] Dikmen, Y. (2012), "Mekanik Ventilasyon Klinik Uygulama Temelleri", Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara.
- [47] Dizbay, M. (2012), "Yoğun bakımda önlem paketleri: Ventilatörle ilişkili pnömoni", *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*, 16(3), 167–182.
- [48] Dudeck, M. A., Weiner, L. M., Allen-Bridson, K., Malpiedi, P. J., Peterson, K. D., Pollock, D. A., Sievert, D. M. (2022), "National Healthcare Safety Network report, data summary for 2020", *American Journal of Infection Control*, 50(5), 459–475.
- [49] Elbilgahy, A. A., Ouda, W., Hashem, S., Ellassmy, M. (2016), "Effect of implementing training program for nurses' on prevention of pediatric ventilator-associated pneumonia", *Mansoura Nursing Journal*, 2(2), 59–70.
- [50] El-Kass, S. M., Alruwili, H. A., Alrowily, M. A., Ellayan, O. M., El-Kass, L. M., Hijo, E. E., Alghamdi, N. A. (2024), "Critical Care Nurses' Knowledge on Prevention of Ventilator-associated Pneumonia: A Cross-sectional Study", *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 28(12), 1122–1129.
- [51] El-Khatib, M. F., Zeineldine, S. M., Ayoub, C. M., Husari, A. (2021), "Impact of nursing care bundles on the incidence of ventilator-associated pneumonia", *American Journal of Infection Control*, 49(4), 441–447.
- [52] Emeghara, O. C., Okechukwu, E., Christian, C., Olawale, O., Quamariyat, A. A. (2020), "Utilization of an instructional package on patient safety culture to enhance knowledge of nursing students", *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 32(13), 37–45.
- [53] Ena, J., Valls, V. (2018), "Pneumonia", *Guide to Infection Control in the Hospital*, [International Society for Infectious Diseases].
- [54] Engineering, M., Bahru, J. (2015), "Assessment of patient safety culture in Malaysia hospital using hospital survey on patient safety culture (HSOPSC) survey", *Journal of Advanced Research in Social and Behavioural Sciences*, 1(1), 19–31.
- [55] Erbay, H., Erbay, D. (2020), "The effect of hand hygiene training on knowledge and compliance among ICU nurses", *Turkish Journal of Intensive Care*, 18(3), 134–139.
- [56] Evcili, F., Kaya, D. (2023), "Hemşirelerin kanıt dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesi", *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 179–184.
- [57] Falck-Ytter, Y., Klompas, M., Anderson, D. J., Berenholtz, S. M., Calfee, D. P., Dubberke, E. R., ... & Yokoe, D. S. (2012), "Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals: 2012 Update", *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 33(5), 528–545.
- [58] Farokhzadian, J., Khajouei, R., Ahmadian, L. (2015), "Evaluating factors associated with implementing evidence-based practice in nursing", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(6), 1107–1110.
- [59] Farzi, S., Farzi, S., Alimohammadi, N., Moladoost, A. (2016), "Medication errors by the intensive care units' nurses and the Preventive Strategies", *Anesthesiology and Pain*, 6(4), 33–45.
- [60] Fernandes, S., Dasila, P. K., Banerjee, A. (2018), "Ventilator-associated pneumonia prevention: Awareness of ICU nurses on evidence-based guidelines", *International Journal of Health Sciences and Research*, 8(5), 147–152.
- [61] Ferrer, M., Torres, A., Niederman, M. S., Menéndez, R. (2016), "Respiratory infections in the intensive care unit", *European Respiratory Review*, 25(140), 203–215.
- [62] Gebhardt, F. E., Wantia, N. (2013), "Prävention nosokomialer Infektionen durch Bündel: Evidenz und praktische Umsetzung", *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 108(2), 119–124.

- [63] George, D., Mallery, M. (2010), "SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.)", Pearson, Boston.
- [64] Getahun, A., Belsti, Y., Getnet, M., Bitew, D. A., Gela, Y. Y., Belay, D. G., Terefe, B., Akalu, Y., Diress, M. (2022), "Knowledge of intensive care nurses' towards prevention of ventilator-associated pneumonia: A multicenter, cross-sectional study", *Annals of Medicine and Surgery*, 78.
- [65] Ginsburg, L., Norton, P. G., Casebeer, A., Lewis, S. (2010), "An educational intervention to enhance nurse leaders' perceptions of patient safety culture", *Health Services Research*, 45(3), 739–758.
- [66] Gonçalves, L. A. (2011), "Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes", *Doktora Tezi*, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- [67] Gökdoğan, F., Yorgun, S. (2010), "Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili bilgi düzeyleri", *Gülhane Tıp Dergisi*, 52(4), 282–288.
- [68] Granados-Plaza, M., Gea-Caballero, V., Martí-Ejarque, M. D. M., Ferré-Grau, C. (2021), "Association of nursing practice environment on reported adverse events in private management hospitals: A cross-sectional study", *Journal of Clinical Nursing*.
- [69] Grol, R., Wensing, M., Eccles, M. (2013), "Improving patient care: The implementation of change in clinical practice", Elsevier Health Sciences.
- [70] Güven, R. (2007), "Dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarında hasta güvenliği kavramı", 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 5, 411–422.
- [71] Hellyer, T. P., McAuley, D. F., Walsh, T. S., Anderson, N. H., Conway Morris, A., Simpson, A. J. (2020), "Biomarker-guided antibiotic stewardship in suspected ventilator-associated pneumonia (VAPrapid2): A randomised controlled trial and process evaluation", *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(2), 182–191.
- [72] Henneman, E. A., Wiegand, D. L. (2012), "The importance of nursing in patient safety: A review", *Journal of Nursing Care Quality*, 27(1), 56–62.
- [73] Hibbert, P. D., Molloy, C. J., Hooper, T. D., et al. (2016), "The application of the global trigger tool: A systematic review", *International Journal for Quality in Health Care*, 28(6), 640–649.
- [74] Hsieh, H. Y., Tuite, P. K. (2006), "Prevention of ventilator-associated pneumonia: What nurses can do", *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25, 205–208.
- [75] Hunter, J. D., Walsh, T. S., Jackson, C. (2018), "Ventilator-associated pneumonia", *BMJ*, 360, k1400.
- [76] Institute of Medicine. (1999), "To err is human: Building a safer health system", National Academy Press.
- [77] Iskra-Golec, I., Folkard, S., Marek, T., Noworol, C. (1996), "Health, well-being and burnout of ICU nurses on 12- and 8-h shifts", *Work & Stress*, 10, 251–256.
- [78] Jansson, M. M., Ala-Kokko, T. I., Ylipalosaari, P., Syrjälä, H., Kyngäs, H. (2013), "Critical care nurses' knowledge of, adherence to and barriers towards evidence-based guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia: A survey study", *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(4), 216–227.
- [79] Jassim, S. (2024), "Preventive Measures of Ventilator-Associated Pneumonia among Intensive Care Unit Nurses", *Academia Open*, 9, 10291.
- [80] Jiang, Y., Fan, Y., Wang, L., Zhang, L., & Li, J. (2016), "Preventing ventilator-associated pneumonia: Evidence-based strategies", *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 28(3), 359–370.
- [81] Jojy, A. R., Jose, A. M., & Saju, A. (2023), "Effect of structured educational programme regarding prevention of ventilator associated pneumonia among staff nurses", Unpublished manuscript.
- [82] Kakemam, E., Albelbeisi, A. H., Davoodabadi, S., Azarmi, M., Zolghadr, F., & Mamene, M. (2022), "The impact of nurses' perceptions of systems thinking on occurrence and reporting of adverse events: A cross-sectional study", *Journal of Nursing Management*, 30(2), 482–490.
- [83] Kalil, A. C., Metersky, M. L., Klompas, M., Muscedere, J., Sweeney, D. A., Palmer, L. B., Napolitano, L. M., O'Grady, N. P., Bartlett, J. G., Carratalà, J., El Solh, A. A., Ewig, S., Fey, P. D., File, T. M., Restrepo, M. I., Roberts, J. A., Waterer, G. W., Cruse, P., Knight, S. L., & Brozek, J. L. (2016), "Management of adults with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: 2016 clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society", *Clinical Infectious Diseases*, 63(5), e61–e111.
- [84] Kang, J. H., Kim, C. W., Lee, S. Y. (2016), "Nurse-perceived patient adverse events depend on nursing workload", *Osong Public Health Research Perspectives*, 7(1), 56–62.

- [85] Kapucu, S., Özdemir, G. (2014), "Ventilatör ilişkili pnömoni ve hemşirelik bakımı", *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 99–110.
- [86] Karabulut Çetin, B. (2017), "Ventilatör İlişkili Pnömoninin Önlenmesinde Yoğun Bakım Hemşirelerine Verilen Eğitimin Rolü", Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [87] Karaca, A., Arslan, H. (2014), "A Study for Developing a Scale for Patient Safety Culture", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(7), 584–599.
- [88] Karateke, Y., Terzi, B. (2021), "Yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilatöre bağlı hastalarda ventilatör ilişkili pnömoni (VİP) 'i önlemeye ilişkin ağız bakımı etkinliğinin incelenmesi: Sistematik bir derleme", *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 25(1), 1–9.
- [89] Karimian, M., Ranjbar, R., Salamati, M., Adibi, A., Kazemi, F., Azami, M. (2021), "Prevalence of dyspepsia in Iran: A systematic review and meta-analysis", *Archives of Iranian Medicine*, 24(7), 568–578.
- [90] Kaya, H., Karaca, A., Yıldız, D. (2021), "The effectiveness of semi-recumbent position in preventing ventilator-associated pneumonia: A randomized controlled study", *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 29(1), 12–20.
- [91] Kendall-Gallagher, D., Blegen, M. A. (2009), "Competence and certification of registered nurses and safety of patients in intensive care units", *American Journal of Critical Care*, 18(2), 106–113.
- [92] Khalifa, E. M., As, S. (2020), "The impact of an Educational Training Program on Nurses in Reduction of Ventilator Associated Pneumonia", *Egyptian Journal of Occupational Medicine*, 44, 709–726.
- [93] Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., Ilic, D. (2020), "Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1471.
- [94] Khan, R. A., Aziz, Z. (2017), "A retrospective study of antibiotic de-escalation in patients with ventilator-associated pneumonia in Malaysia", *International Journal of Clinical Pharmacy*, 39(4), 906–912.
- [95] Kırılmaz, H. (Ed.) (2009), "Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı", Turunç Matbaacılık, Antalya.
- [96] Kissal, A., Dokgöz, E. (2024), "Acil ve yoğun bakım birimlerinde görevli hemşirelerin çalışma ortamlarının hasta güvenliği tutumuna etkisi", *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 11(1), 188–197.
- [97] Kim, Y. M., Kim, S. Y., Kim, M. Y., Kim, J. H., Lee, S., Jang, M. (2010), "Patient Safety Program and Safety Culture", *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 16(4), 455–465.
- [98] Klein Klouwenberg, P. M. C., van Mourik, M. S. M., Ong, D. S. Y., Horn, J., Schultz, M. J., Cremer, O. L., Bonten, M. J. M. (2014), "Electronic implementation of a novel surveillance paradigm for ventilator-associated events: Feasibility and validation", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 189(8), 947–955.
- [99] Klompas, M., Baker, M. A., Rhee, C., Wright, M. O., CDC Prevention Epicenters Program (2022), "Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update", Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA).
- [100] Klompas, M., Branson, R., Eichenwald, E. C. (2014), "Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals: 2014 update", *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 35(S2), S133–S154.
- [101] Klompas, M., Branson, R., Eichenwald, E. C., Greene, L. R., Howell, M. D., Lee, G., Speck, K. (2020), "Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals: 2020 update", *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41(12), 1431–1438.
- [102] Kohn, L. T., Corrigan, J. M., Donaldson, M. S. (Eds.) (2000), "To err is human: Building a safer health system", National Academies Press.
- [103] Kollef, M. H., Bassetti, M., Francois, B., Gonzalez, M. C., Jaber, S., Laterre, P. F., Torres, A. (2021), "The intensive care medicine research agenda on multidrug-resistant bacteria, antibiotics, and stewardship", *Intensive Care Medicine*, 47(3), 353–368.
- [104] Konuk Şener, D., Küçük, Ö. (2015), "Pediatri kliniğinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara ilişkin görüşleri", *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 3, 1–9.
- [105] Korkmaz, A. (2018), "Geçmişten günümüze hasta güvenliği", *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 6(1), 10–19.

- [106] Koulenti, D., Boulanger, C., Blot, S. (2017), "Evaluating rates of ventilator-associated pneumonia: Consider patient, organizational & educational risk factors", *Indian Journal of Medical Research*, 145, 696–697.
- [107] Kramer, M., Schmalenberg, C. (2007), "Magnet hospital nurses: The influence of the workplace environment on patient safety", *Journal of Nursing Administration*, 37(4), 169–176.
- [108] Kurt, M., Yazıcı, G. (2021), "Yoğun bakım ünitesinde sık görülen sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde kanıta dayalı uygulamalar", *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 25–44.
- [109] Labeau, S. O., Van de Vyver, K., Brusselaers, N., Vogelaers, D., Blot, S. I. (2011), "Prevention of ventilator-associated pneumonia with oral antiseptics: a systematic review and meta-analysis", *The Lancet Infectious Diseases*, 11(11), 845–854.
- [110] Labeau, S., Vandijck, D., Brusselaers, N., Wandel, D., Vogelaers, D., Blot, S. (2009), "Reduction of ventilator-associated pneumonia: enhancing knowledge is important", *Intensive Care Medicine*, 35, 1818–1819.
- [111] Lee, N., Kim, J. (2011), "Perception of Patient Safety Culture and Safety Care Activity among Nurses in Small-Medium Sized General Hospitals", *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 17(4), 462–473.
- [112] Lee, S. E., Dahinten, V. S., MacPhee, M. (2022), "Disentangling the relationships between patient safety culture and the implementation of evidence-based practice in critical care", *BMC Health Services Research*, 22(1), 788.
- [113] Lin, H. L., Lai, C. C., Yang, L. Y. (2014), "Critical care nurses' knowledge of measures to prevent ventilator-associated pneumonia", *American Journal of Infection Control*, 42(8), 923–925.
- [114] Lucian Leape Institute (2013), "Through the eyes of the workforce: Creating joy, meaning, and safer health care", National Patient Safety Foundation.
- [115] Lučkin, A., Pašalić, A., Konjo, H., Branković, S., Jogunčić, A., Alihodžić, A., Mizdrak, A., Mrkulić, E. (2022), "Assessment of patient safety perception nurses in health system of Bosnia and Herzegovina in COVID period", *Journal of Health Sciences*.
- [116] Madhuvu, A., Endacott, R., Plummer, V., Morphet, J. (2020), "Nurses' knowledge, experience and self-reported adherence to evidence-based guidelines for prevention of ventilator-associated events: A national online survey", *Intensive & Critical Care Nursing*, Article 102827.
- [117] Magill, S. S., Edwards, J. R., Bamberg, W., Beldavs, Z. G., Dumyati, G., Kainer, M. A., Fridkin, S. K. (2018), "Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections", *New England Journal of Medicine*, 370(13), 1198–1208.
- [118] Makary, M., Daniel, M. (2016), "Medical error—The third leading cause of death in the US", *BMJ*, 353(2), 139.
- [119] Marsteller, J., Wen, M., Hsu, Y., Bauer, L. C., Schwann, N., Young, C. J. (2015), "Safety culture in cardiac surgical teams: Data from five programs and national surgical comparison", *Annals of Thoracic Surgery*, 100(6), 2182–2189.
- [120] McDaniel, C. (1998), "Hospital ethics committees and nurses' participation", *The Journal of Nursing Administration*, 28(9), 47–51.
- [121] Mello, J. F., Barbosa, S. F. F. (2017), "Patient safety culture in an intensive care unit: the perspective of the nursing team", *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 19, a07.
- [122] Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E. (2019), "Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice", 4. baskı, Wolters Kluwer.
- [123] Melsen, W. G., Rovers, M. M., Groenwold, R. H. H., Bergmans, D. C. J. J., Camus, C., Bauer, T. T., Hanisch, E. W., Klarin, B., Koeman, M., Krueger, W. A., Lacherade, J. C., Lorente, L., Memish, Z. A., Morrow, L. E., Nardi, G., van Nieuwenhoven, C. A., O'Keefe, G. E., Nakos, G., Scannapieco, F. A., Seguin, P., Staudinger, T., Topeli, A., Ferrer, M., Bonten, M. J. M. (2013), "Attributable mortality of ventilator-associated pneumonia: A meta-analysis of individual patient data from randomised prevention studies", *The Lancet Infectious Diseases*, 13(8), 665–671.
- [124] Minuzzi, A. P., Salum, N. C., Locks, M. O. H., Amante, L. N., Matos, E. (2016), "Contributions of healthcare staff to promote patient safety in intensive care", *Escola Anna Nery*, 20, 121–129.
- [125] Moody, R. F., Pesut, D., Harrington, C. (2006), "Creating safety culture on nursing units: human performance and organizational system factors that make a difference", *Journal of Patient Safety*, 2(4), 198–206.
- [126] Mukhtar, H. F., Ibrahim, M., Ahmed, O. (2019), "Effect of Proposed Program of Patient Safety on Nurse's Performance and Quality of Care at Kosti and Rabak Teaching Hospitals-Sudan", *Int J Res-Granthaalayah*, 4, 1–6.

- [127] Murray, M., Sundin, D., Cope, V. (2018), "The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care", *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1287–1293.
- [128] Muscedere, J., Other Authors (2008), "Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator-associated pneumonia: Prevention", *Journal of Critical Care*, 23(1), 126–137.
- [129] Nguyen, T. H. H., Bui, T. M. A., Tran, M. T., Phung, T. H. (2023), "Perception of patient safety and associated factors among health staff: A cross-sectional study in some hospitals in Vietnam", *Journal of Health and Development Studies*.
- [130] Niederman, M. S., Martin-Loeches, I., Torres, A. (2019), "The rationale for aspiration prevention in the intensive care unit", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 200(8), 957–968.
- [131] Nseir, S., Martin-Loeches, I. (2015), "In the name of ventilator-associated pneumonia prevention: lung microbiota blown away by colistin!", *European Respiratory Journal*, 46(6), 1544–1547.
- [132] Shojaeimotlagh, V., Khorshid Hassan, H., Dalvand, S., Hasanpour Dehkordi, A., Ghanei Gheshlagh, R. (2020), "Nurses' Knowledge on Ventilator-Associated Pneumonia: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Trauma Monthly*, 25(4), 180–187.
- [133] Okgün Alcan, A., Korkmaz Demir, F. (2015), "Ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesi: bakım paketi yaklaşımı", *İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 25(3), 38–47.
- [134] Özen, N., Armutçu, B. (2018), "Ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesinde yoğun bakım hemşirelerinin kanıta dayalı uygulamalara ilişkin bilgi düzeyleri", *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*, 9(3), 78–83.
- [135] Özkan Tuncay, F., Seller Afşar, K. (2024), "Yoğun bakım hemşirelerinin ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesine yönelik bilgi düzeyleri ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 1829–183
- [136] Palloş Öztürk, A., Şendir, M. (2012), "Nöroşirurji yoğun bakım ünitelerinde bir hasta güvenliği konusu olarak ağız bakımı", *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(3), 233–238.
- [137] Papazian, L., Klompas, M., Luyt, C. E. (2020), "Ventilator-associated pneumonia in adults: A narrative review", *Intensive Care Medicine*, 46(5), 888–906.
- [138] Peradejordi-Torres, R. M., Valls-Matarín, J. (2023), "Perception of the safety culture in a critical area", *Enferm Intensiva (Engl Ed)*, 34(3), 148–155.
- [139] Porzecanski, I., Bowton, D. L. (2006), "Diagnosis and treatment of ventilator-associated pneumonia", *Chest*, 130(2), 597–604.
- [140] Pronovost, P., Weast, B., Holzmueller, C., Rosenstein, B., Kidwell, R., Haller, K., Feroli, E., Sexton, J., Rubin, H. (2003), "Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center", *Quality and Safety in Health Care*, 12(6), 405–410.
- [141] Rehmani, A. I., Au, A., Montgomery, C., Papathanassoglou, E. (2024), "Use of nursing care bundles for the prevention of ventilator-associated pneumonia in low-middle income countries: A scoping review", *Nursing in Critical Care*, 29(6), 1511–1534
- [142] Rello, J., Koulenti, D., Blot, S., Sierra, R., Diaz, E., De Waele, J. J., Rodriguez, A. (2007), "Oral care practices in intensive care units: A survey of 59 European ICUs", *Intensive Care Medicine*, 33(6), 1066–1070.
- [143] Resar, R., Pronovost, P., Haraden, C., Other Authors (2012), "A care bundle approach for prevention of ventilator-associated pneumonia", *Clinical Microbiology and Infection*, 18(4), 363–369.
- [144] Ricart, M., Lorente, C., Diaz, E., Kollef, M. H., Rello, J. (2003), "Nursing adherence with evidence-based guidelines for preventing ventilator-associated pneumonia", *Critical Care Medicine*, 31, 2693–2696.
- [145] Rubinstein, D., Tabak, N. (2012), "Nurses' knowledge, attitudes and willingness to participate officially in workplace Healthcare Ethics Committees (HEC)", *Medicine and Law*, 31(1), 163–176.
- [146] Saddki, N., Mohamad Sani, F. E., Tin-Oo, M. M. (2017), "Oral care for intubated patients: A survey of intensive care unit nurses", *Nursing in Critical Care*, 22(2), 89–98.
- [147] Salamat, A., Aliha, J. M., Hamooleh, M. M., Mohammadnejad, E., Haghani, S. (2019), "Patient Safety Culture in Intensive Care Units in the Viewpoint of Nurses in Tehran, Iran", *Iran Journal of Nursing*.
- [148] Alem, M., Labib, J., Mahmoud, A., Shalaby, S. (2019), "Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Intensive Care Units: A Cross-Sectional Study", *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(21), 3667–3672.

- [149] 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.
- [150] Sanat Alreshidi, M., AlRashidi, F. A., Tuppal, C. P., Other Authors (2024), "Nurses' Knowledge on the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) among Critically Ill Patients", *Nurse Media Journal of Nursing*, 14(1).
- [151] Saxena, P., Mani, M. (2014), "Preventing hospital acquired infections: A challenge we must accept", *ResearchGate*.
- [152] Schwendimann, R., Blatter, C., Dhaini, S., Simon, M., Ausserhofer, D. (2018), "The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events — A scoping review", *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–13.
- [153] Segal (2007), "Quality in Critical Care Medicine", *Encyclopedia of Quantitative Risk Analysis and Assessment*, Wiley Online Library.
- [154] Singer, S. J., Gaba, D. M., Falwell, A., Lin, S., Hayes, J., Baker, L. (2009), "Patient safety climate in US hospitals: Variation by management level", *Medical Care*, 47(1), 23–31.
- [155] Smith, J. A., Brown, K. L. (2024), "The ongoing challenge of ventilator-associated pneumonia: Epidemiology and risk factors", *Journal of Critical Care*, 65, 102–110.
- [156] Solak, M., Topçu, S. (2022), "Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi", *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 5(3), 681–693.
- [157] Sorra, J. S., Dyer, N. (2010), "Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture", *BMC Health Services Research*, 10, 1–13.
- [158] Sorra, J. S., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N., Behm, J. (2016), "AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's guide", Agency for Healthcare Research and Quality.
- [159] Sprung, C. L., Other Authors (2013), "Intensive care unit quality improvement: Concepts and strategies", *Journal of Intensive Care Medicine*, 28(2), 80–93.
- [160] Stimpfel, A. W., Djukic, M., Brewer, C. S., Kovner, C. T. (2017), "Common predictors of nurse-reported quality of care and patient safety", *Health Care Management Review*, 44(1), 57–66.
- [161] Sungur, G., Taşcı, S. (2010), "Ventilatörle ilişkili pnömoniye önlemeye yönelik hemşirelik uygulamaları", *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 2(2), 131–136.
- [162] Suryani, L. (2024), "Increasing Knowledge About Patient Safety Culture Among Nurses In Karawang District", *International Journal of Social Science and Community Service*.
- [163] Swartzman, C., Penoyer, D., Farooq, O., Rodriguez, A., Barrett, J., McBride, K., Lore, H. (2019), "Impact of an ICU MD-RN mentorship program on nursing self-perceptions of outcomes", *Critical Care Medicine*, 47(1 Suppl), 33.
- [164] Şen, E. Ş., Yurt, S. (2021), "Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumlarının belirlenmesi", *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(2), 102–107.
- [165] Şenol, A., Gündoğ, Ö., Özer Balin, Ş., Aşçı Toraman, Z., Gül, Y., Akbulut, A. (2021), "[Makale başlığı]", *Flora Dergisi*.
- [166] Şenyuva, E. (2016), "Hemşirelik eğitimi ve kanıta dayalı uygulamalar", *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(1), 59–65.
- [167] T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021). *Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar: Ulusal önlem paketi uygulamaları*.
- [168] T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair yönetmelik*. Resmi Gazete (Sayı: 27897, 6 Nisan 2011).
- [169] T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *Türkiye'de hasta güvenliği kültürü: Sağlık çalışanlarının görüşleri*.
- [170] Tablan, O. C., Anderson, L. J., Besser, R., Bridges, C., Hajjeh, R., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2004). *Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia, 2003: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*. Centers for Disease Control and Prevention.
- [171] Tektaş, M., Bostan, S. (2019). *Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesi*. Sağlık ve Toplum Dergisi, 29(3), 45–52.
- [172] Temiz, G. (2015). *Mekanik ventilasyondaki hastanın bakımı (İnvaziv-noninvaziv)*. İçinde A. Sezen, G. Temiz, M. D. Güngör (Ed.), *Yoğun bakım hemşireliği* (ss. 201–228). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- [173] Tlili, M., Aouicha, W., Ben Dhiab, M., Mallouli, M. (2020). *Assessment of nurses' patient safety culture in 30 primary health-care centres in Tunisia*. Eastern Mediterranean Health Journal, 26(11), 1347–1354.
- [174] Torres, A., Niederman, M. S., Chastre, J., Ewig, S., Fernandez-Vandellos, P., Hanberger, H., Kollef, M., Mauch, M., Restrepo, M. I., Rodríguez, A., & Welte, T. (2017). *International*

- ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia. *European Respiratory Journal*, 50(3), 1700582.
- [175] Totur Dikmen, B., Dal Yılmaz, Ü. (2022). *Yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü algıları*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(1), 24–33.
- [176] Tüfekci, F. G., Çelik, S. (2020). *Hemşirelerin hasta güvenliği iklimine ilişkin görüşleri: Tanımlayıcı bir çalışma*. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 12(2), 210–217.
- [177] Türk Tabipleri Birliği (TTB). (2011). *Hasta güvenliği: Türkiye ve dünya* (1. baskı). Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- [178] Türk Toraks Derneği. (2009). *Erişkinlerde hastanede gelişen pnömoni tanı ve tedavi uzlaşısı raporu*.
- [179] Türkmen, E., Baykal, Ü., Seren, Ş., Altuntaş, S. (2011). *Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin geliştirilmesi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(4), 38–46.
- [180] Uçgun, İ. (2008). *Mekanik ventilasyon komplikasyonları*. Yoğun Bakım Dergisi, 8(1), 44–59.
- [181] Ulrich, B., Kear, T. (2014). *Patient safety and patient safety culture: Foundations of excellent health care delivery*. *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), 447–456.
- [182] Ulrich, B., Barden, C., Cassidy, L., Varn-Davis, N. (2019). *Critical care nurse work environments 2018: Findings and implications*. *Critical Care Nurse*, 39(2), 67–84.
- [183] Unahalekhaka, A., Butpan, P., Wongsan, R., Phunpae, P., Preechasuth, K. (2022). *Contamination of antimicrobial-resistant bacteria on toothbrushes used with mechanically ventilated patients: A cross-sectional study*. *Intensive and Critical Care Nursing*, 68, 103120.
- [184] Varghese, L., Shkrabak, S. (2024). *Seamless transition: Strategies for effective new nurse orientation and practice integration*. *Nurse Leader*.
- [185] Verma, A., Kishore, J., Gusain, S. (2018). *A comparative study of shift work effects and injuries among nurses working in rotating night and day shifts in a tertiary care hospital of North India*. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23, 51–56.
- [186] Viana, K. E., Matsuda, L. M., Pereira, A. C. S., Oliveira, J. L. C., Inoue, K. C., Cruz, E. D. A. (2020). *Cultura de segurança do paciente em hospitais públicos de ensino: Estudo comparativo*. *Revista Enfermagem UERJ*, 28, e51949.
- [187] Vikan, M., Haugen, A. S., Bjørnnes, A. K., Valeberg, B. T., Deilkås, E. C. T., Danielsen, S. O. (2023). *The association between patient safety culture and adverse events—a scoping review*. *BMC Health Services Research*, 23(1), 300.
- [188] Wang, T., Li, Q. (2024). *Ventilator-associated pneumonia: Pathobiological heterogeneity and implications for treatment*. *Nature Communications*, 15, 1234.
- [189] Weaver, S. J., Lubomski, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., Dy, S. M. (2013). *Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: A systematic review*. *Annals of Internal Medicine*, 158(5 Pt 2), 369–374.
- [190] Weerasinghe, I. G. T. J., Srimali, U. H. I., Herath, H. M. A. N., Andarawewa, M. R. B. S. S., Shopijen, E., Priyanthi, W. N. (2024). *Assessment of ICU nurses' knowledge and identifying barriers in preventing ventilator-associated pneumonia in adult ICUs: A study at the National Hospital, Kandy*. *Proceedings of the SLIIT International Conference on Advancements in Sciences and Humanities (SICASH)*.
- [191] Weiss, B., Kaplan, L. J. (2017). *Oxygen therapeutics and mechanical ventilation advances*. *Critical Care Clinics*, 33(2), 293–310.
- [192] World Health Organization (WHO). (2019). *Patient safety*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- [193] World Health Organization (WHO). (2021). *WHO guidelines on hand hygiene in health care: First global patient safety challenge clean care is safer care*.
- [194] Xie, J., Ding, S., Zhong, Z., Zeng, S., Qin, C., Yi, Q., Gong, L., Zhou, J. (2017). *A safety culture training program enhanced the perceptions of patient safety culture of nurse managers*. *Nurse Education in Practice*, 27, 128–133.
- [195] Yao, N., Xu, B., Xu, R., Gong, Z., Ma, G., Peng, S., Zhang, J. (2024). *Adult intensive care unit nurses' knowledge of and compliance barriers to evidence-based guidelines for prevention of ventilator-associated pneumonia: A cross-sectional survey*. *Nursing in Critical Care*.
- [196] Yavuz, M. E. (2023). *Patient safety culture perception among surgical nurses*. *Journal of Education and Research in Nursing*.
- [197] Yazıcı, G., Bulut, H. (2018). *Efficacy of a care bundle to prevent multiple infections in the intensive care unit: A quasi-experimental pretest-posttest design study*. *Applied Nursing Research*, 39, 4–10.

- [198] Yelken, B., Memiş, D., Durmaz, G., Yosunkaya, A., Aygün, G. (2011). *Ventilatörle ilişkili pnömonide tanı ve tedavi rehberi 2011*. İçinde F. Kahveci (Ed.), *Türk Yoğun Bakım Derneği* (ss. 1-28).
- [199] Yılmaz, Z., Kaya, N. (2021). *Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel rol ve sorumlulukları üzerine bir değerlendirme*. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 29(1), 15–22.
- [200] Yönt, G. H. (2011). *Hasta güvenliği kültürü*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 27(1), 77–82.
- [201] Yüceer, S., Güler Demir, S. (2009). *Yoğun bakım ünitesinde nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesi ve hemşirelik uygulamaları*. Dicle Tıp Dergisi, 36(3), 226–233.
- [202] Yüceer, S., Güler Demir, S. (2009). *Yoğun bakım ünitesinde nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesi ve hemşirelik uygulamaları*. Dicle Tıp Dergisi, 36(3), 226–233.



EKLER

EK-A: HEMŞİRE TANITICI FORM

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, ''Yoğun Bakım Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile Ventilatör İlişkili Pnömoniyi Önlemede Kanıta Dayalı Uygulama Kullanma Durumları Arasındaki İlişki'' yi saptamak amaçlanmıştır.

Değerlendirmeniz çalışmanın güvenilirliğini ve doğruluğunu doğrudan etkilemektedir.

Bundan dolayı cevapları içtenlikle ve eksiksiz değerlendirmenizi rica ederim.

Çalışmanın sonuçları sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacağından kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Ankete katılıp, araştırmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim.

Aslı Özcan

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Cinsiyetiniz?

a) Kadın

b) Erkek

2. Yaşınız?

.....

3. Eğitim durumunuz?

a) Sağlık meslek lisesi mezunu

b) Hemşirelik lisans mezunu

c) Hemşirelik yüksek lisans öğrencisi/mezunu

d) Hemşirelik doktora öğrencisi/mezunu

4. Yoğun bakım ünitesinde toplam çalışma sürenizi belirtiniz.

a) 5 yıl ve 5 yıldan az

b) 6 Yıl ve Üzeri

5. Kaç yataklı bir yoğun bakım ünitesinde çalışmaktasınız?

a) 10 yataklı ve daha az

b) 11 Yatak ve Üzeri

6-Çalıştığınız klinik bölümün adı:.....

7-Bulunduğunuz pozisyonadaki çalışma yılınız:.....

8-Kurumda toplam çalışma yılınız:.....

9-Meslekte toplam çalışma yılınız:.....

10-İşe başlarken oryantasyon eğitimi aldınız mı?

a) Evet

b)Hayır

11-Çalışma şekliniz:

a)Sürekli gündüz

b)Sürekli gece vardiya

c)Gündüz ve gece vardiya

12-Haftalık çalışma saatleriniz olması gerekeni aşar mı?

a)Sürekli aşar

b)Ara sıra aşar

c)Hiç aşmaz

13-Hasta güvenliği ile ilgili daha önceden eğitim aldınız mı?

a)Aldım

b)Almadım

14-Hasta güvenliği ile ilgili bir komitede çalıştınız mı?

a)Evet

b)Hayır

15-Kurumunuzda hasta güvenliği komitesi var mı?

a)Evet var

b)Hayır yok

c) Bilmiyorum

16-Kurumunuzda hasta güvenliğine yönelik çalışmalar var mı?

a)Evet var

b)Hayır yok

c) Bilmiyorum

17- Kurumunuzda yürütülen kalite çalışmalarında yer alıyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

c) Kısmen

18-Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?

a) Evet

b) Hayır

c)Kısmen

19-Yaptığınız işten memnun musunuz?

a) Evet

b) Hayır

c) Kısmen

20-Hasta güvenliği ile ilgili komitelerde etkin rol almak ister misiniz?

a)Evet b)Hayır

21. VIP'in önlenmesi konusunda eğitim/bilgi aldınız mı?

a. Evet

b. Hayır

22. VİP ile ilgili son bir yılda makale okudunuz mu?

a. Evet

b. Hayır



EK-B: VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİNİN ÖNLENMESİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALARA İLİŞKİN BİLGİLERİ FORMU

Ventilatörle İlişkili Pnömoninin Önlenmesi İçin Hangi Seçeneği Önerirsiniz?

1. Ventilator ilişkili pnömoni gelişmemesi açısından endotrakeal entübasyon yöntemleri arasında hangisi tercih edilmelidir?

- a) Oral entübasyon önerilir
- b) Nazal entübasyon önerilir
- c) Her iki entübasyon da önerilir
- d) Bilmiyorum

2. Ventilator devreleri ne kadar sürede değiştirilmelidir?

- a) Her 48 saatte bir (veya klinik olarak gerektiğinde) devrelerin değiştirilmesi önerilir
- b) Her hafta (veya klinik olarak gerektiğinde) devrelerin değiştirilmesi önerilir
- c) Her yeni hastada (veya klinik olarak gerektiğinde) devrelerin değiştirilmesi önerilir
- d) Bilmiyorum

3. Ventilator hava yolu nemlendiricilerinin hangi tipte olması önerilir?

- a) Isıtmalı nemlendiriciler önerilir
- b) Isı ve nem değiştiriciler önerilir
- c) Isıtmalı nemlendiricilerle birlikte ısı ve nem değiştiriciler birlikte önerilir
- d) Bilmiyorum

4. Hava yolu nemlendirici değiştirilme sıklığı ne kadar olmalıdır?

- a) Her 48 saatte bir (veya klinik olarak gerektiğinde) humidiferlerin değiştirilmesi önerilir
- b) Her 72 saatte bir (veya klinik olarak gerektiğinde) humidiferlerin değiştirilmesi önerilir
- c) Her yeni hastada (veya klinik olarak gerektiğinde) humidiferlerin değiştirilmesi önerilir
- d) Bilmiyorum

5. Açık veya kapalı aspirasyon sistemi tercihi ne olmalıdır?

- a) Açık aspirasyon sistemleri önerilir
- b) Kapalı aspirasyon sistemleri önerilir
- c) Her iki sistem de önerilir
- d) Bilmiyorum

6. Ventilatör aspirasyon sisteminin ne kadar sürede değiştirilmesi önerilir?

- a) Günlük (veya klinik olarak gerektiğinde) değişim önerilir
- b) Haftalık (veya klinik olarak gerektiğinde) değişim önerilir
- c) Her yeni hastada (veya klinik olarak gerektiğinde) değişim önerilir
- d) Bilmiyorum

7. Ekstra lümenli olarak kullanılan endotrakeal tüplerin subglottik sekresyonların aspirasyonunda ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesini nasıl etkiler?

- a) Bu tüpler ventilatör ilişkili pnömoni riskini azaltır
- b) Bu tüpler ventilatör ilişkili pnömoni riskini artırır
- c) Bu tüpler ventilatör ilişkili pnömoni riskini etkilemez
- d) Bilmiyorum

8. Ventilatör ilişkili pnömoni riskini standart yataklara karşı hareketli (kinetik) yatak kullanımı nasıl etkiler?

- a) Hareketli yataklar ventilatör ilişkili pnömoni riskini artırır
- b) Hareketli yataklar ventilatör ilişkili pnömoni riskini azaltır
- c) Hareketli yataklar ventilatör ilişkili pnömoni riskini etkilemez
- d) Bilmiyorum

9. Ventilatör ilişkili pnömoni riskini önlemede hangi pozisyon önerilir?

- a) Sırtüstü pozisyon önerilir
- b) Yarı oturur pozisyon önerilir
- c) Hasta pozisyonu ventilatör ilişkili pnömoni riskini etkilemez
- d) Bilmiyorum

EK-C: HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ

		Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.				
2	Sunulan tüm hizmetler, hasta güvenliği açısından değerlendirilir.				
3	Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır.				
4	Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır.				
5	İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (İsim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır.				
6	Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır.				
7	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömoni oranları, düşmeler vb göstergelerden yararlanılır.				
8	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb göstergelerden yararlanılır.				
9	Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir.				
10	Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate alınır.				
11	Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.				
12	Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme) çalışılır.				
13	Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.				
14	Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreci kullanılır.				
15	Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.				
16	Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.				
17	Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.				
18	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir.				
19	Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder.				
20	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandırmada meslektaşları tarafından cesaretlendirilir				

		Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
21	Çalışanlar, hatalar oluştuğunda hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır.				
22	Çalışanlar, hasta güvenliği konusundaki kurumsal hedefleri bilir.				
23	Çalışanlar, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır.				
24	Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır.				
25	Çalışanlar, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır.				
26	Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır.				
27	Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır.				
28	Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır				
29	Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır.				
30	Tüm çalışanlar (tüm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme) katılır.				
31	Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.				
32	Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.				
33	Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.				
34	Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.				
35	Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.				
36	Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.				
37	Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir.				
38	Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır.				
39	Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.				
40	Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay-hataları tanımlama ve raporlama süreçleri, vb) eğitimler düzenli olarak verilir.				
41	Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.				
42	Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.				

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

EK- D: ETİK KURUL ONAYI

T.C.
TOROS ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK
KURULU ONAY BELGESİ

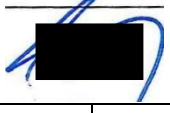
Toros Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kuruluna başvuran Toros Üniversitesi Hemşirelik Bölümünde Dr. Öğr. Ü. Aysel DOĞAN' ın "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Kültürü ile Ventilator İlişkili Pnömoniye Önlemede Kanıta Dayalı Uygulama Kullanma Durumları Arasındaki İlişki" adlı araştırması kurumumuz tarafından incelenmiş ve;

Etik Yönden uygun bulunmuştur.

Etik Yönden Geliştirilmesi gerekmektedir.

Etik Yönden Uygun Bulunmamıştır

x

Toros Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik kurul Kararı		
Başvuru Formunun Etik Kurula Ulaştığı Tarih	22.10.2024	
Etik kurul Karar Toplantı Tarihi ve Karar No	30.10.2024/177	
Yer	Toros Üniversitesi Rektörlük Senato	
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.	
Prof. Dr. Tunay KÖKSAL	Başkan	
Prof. Dr. Köksal HAZIR	Başkan Yrd.	
Prof. Dr. Fügen ÖZCANARSLAN	Üye	
Prof. Dr. Ünsal YETİM	Üye	
Prof. Dr. sera Yeşim AKSAN	Üye	
Prof. Dr. Prof. Dr. Yüksel ÖZDEMİR	Üye	
Doç. Dr. Metin OCAK	Üye	

KURUL BAŞKANI VE ÜYELER:

EK-E: KURUM İZİNİ

İÜC Tarih ve Sayı: 07.01.2025-1196001



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

İSTANBUL OKAN
ÜNİVERSİTESİ -Tarih:
17/01/2025
Sayı: E--044-2025.69.2.305
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-
CERRAHPAŞA
REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : E-19274766-199-1196001- -
Konu : Aslı Özcan'ın Tez Çalışması Hk.

07.01.2025

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 02.01.2025 tarihli ve E-50200903-199-1190779 sayılı yazı

İlgi yazıya istinaden; İstanbul Okan Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Aslı ÖZCAN'ın "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Kültürü ile Ventilator İlişkili Pnömoniye Önlemede Kanıta Dayalı Uygulama Kullanma Durumları Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışmasının anketini Fakültemiz Yoğun Bakım Ünitelerinde (yetişkin) çalışan hemşirelere uygulayabilmesinde sakınca bulunmamaktadır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim

Beyhan BUDAK
Müdür



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı

İSTANBUL OKAN
ÜNİVERSİTESİ -Tarih:
17/01/2025
Sayı: E--044-2025.69.2.305
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-
CERRAHPAŞA
REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : E-50200903-199-1201549
Konu : Aslı Özcan'ın tez çalışması

14.01.2025

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ - CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE (Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 09.01.2025 tarihli ve E-34507216-804.01-1198311 sayılı yazı

İstanbul Okan Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Aslı ÖZCAN'ın "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Kültürü ile Ventilator İlişkili Pnömoniye Önlemede Kanıta Dayalı Uygulama Kullanma Durumları Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışmasının anketini Fakültemiz Yoğun Bakım Ünitelerinde (yetişkin) çalışan hemşirelere uygulayabilmesinde sakınca bulunmadığı ile ilgili Fakültemiz Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünün yazısı hakkında Fakültemiz Hastane Başhekimliğinden alınan 09.01.2025 tarihli, 1198311 sayılı yazı ve eki ilişikte sunulmuş olup, konu Dekanlığımızca da uygun görülmüştür.

Bilgilerini ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Emin KÖSE
Dekan

EK-F: GÖNÜLLÜ KATILIM (BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY) FORMU İÇERİĞİ:

Bu çalışmanın ismi “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Kültürü ile Ventilatör İlişkili Pnömoniye Önlemede Kanıta Dayalı Uygulama Kullanma Durumları Arasındaki İlişki”

Sizin de bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup imzaladıktan sonra çalışmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Çalışma, **İstanbul üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Prof.Dr.Murat Dilmener hastanesi yetişkin yoğun bakımda çalışan hemşirelere uygulanacaktır.** Eğer çalışmaya katılmayı kabul ederseniz; çalışmada genel ve fiziksel özellikleriniz (yaşınız, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim süresi vb.) **Veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “Tanıtıcı Bilgi Formu” “Ventilatör İlişkili Pnömoninin Önlenmesinde Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Bilgileri Formu ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” kullanılacaktır.** Çalışma kapsamında yapılacak değerlendirme ve ölçümlerin 5-10 dakika zaman alması planlanmaktadır.

Değerlendirme kayıtlarınız kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bunun dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Katılımın olası yararları: **Bu çalışmada elde edilecek sonuçların konuya yönelik farkındalık yaratması ve hemşirelerde Ventilatör İlişkili Pnömoniye önlemede Kanıta Dayalı Uygulama Kullanma Durumlarının belirlenmesi ve bu doğrultuda Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin bireysel ve kurumsal açıdan eğitim planlanıp önlemler alınmasına katkı sağlaması beklenmektedir.**

Değerlendirmeler sırasında oluşabilecek riskler: Çalışma kapsamında yapılacak olan uygulamalar herhangi bir risk içermemektedir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Aysel DOĞAN, yüksek lisans öğrencisi Hemşire Aslı ÖZCAN

tarafından İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ -CERRAHPAŞA CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ YETİŞKİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER ÜZERİNDE bir çalışma yapılacağı belirtilerek, bu çalışma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir çalışmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu çalışmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Çalışma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çalışmadan çekilebilirim (*Ancak çalışmacıları zor durumda bırakmamak için çalışmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim*). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Çalışma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Çalışmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı Soyadı :

Adres :

Tel :

İmza :

Formdaki bilgileri vererek gerekli açıklamaları yapan ve olur alan araştırmacının

Adı Soyadı : Aslı ÖZCAN

İmzası :

Tarih (Gün/Ay/Yıl) : 15.01.2025

Adresi : İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa

22.04.2025 21:43

Tez Çalışması için Ölçek Kullanım İzni - a [REDACTED] tr - Toros University Posta

Gmail

Mail

Chat

Meet

Oluştur

Gelen Kutusu

Yıldızlı

Ertelenenler

Gönderilmiş Postalar

Taslaqlar

Diğer

Etiketler

Postalarda arama yap

un prosecutor ya da en uygun talimatı memnuniyete karşılatabileceğiz.

Daha önce bu konuda ortak ölçek güvenilirliği ve geçerliliğini çalışmasını birlikte gerçekleştirdiğiniz ortak alamamamız nedeni ile size tekrar mail gönderiyorum. Yardımcı olabileceğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

--
Saygılarımla/ Best Regards.....
Assist. Prof. Dr. Aysel DOĞAN
Toros University Faculty of Health Sciences Dep. of Nursing
33
Tel: [REDACTED]

Serap Parlar Kılıç

Alici: ben

Sayın Aysel Doğan Hanım, "yetişkin yoğun bakımda çalışan hemşirelerin VİP'yi önlemede kanıt dayalı uygulamaları kullanmalarını teşvik eden" isimli araştırmanızda, "knowledge levels of intensive care nurses on prevention of ventilator-associated pneumonia" başlıklı makalenizi okudum. Makalede bahsedilen ölçeğin Türkçeye çevrilmesi için yardımcı olabileceğim bir şey varsa rica ederim. Lütfen bana dönüş yaparsanız çok sevinirim. İyi çalışmalar dilerim.

DOĞAN, AYSEL <a[REDACTED].tr>, 21 Nis 2025 Pzt, 11:47 tarihinde şunu yazdı:

Yanıtla

Yönlendir

80

