



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTA GÜVENLİĞİNE  
İLİŞKİN TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

GÜLŞAH BAL

DANIŞMAN  
DR. ÖĞR. ÜYESİ TULUHA AYOĞLU

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2019

Bu alışma 08.07.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

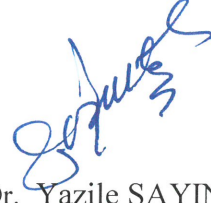
TEZ JÜRİSİ

T. AYOĞLU

Dr.Öğr.Üyesi Tuluha AYOĞLU  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Yazile SAYIN  
Bezmialem Vakıf Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

GÜLŞAH BAL

## İTHAF

*Danışman hocama ve sevgili aileme ithaf ediyorum.*



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince değerli görüşleriyle bana her konuda rehberlik eden, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım danışman hocam **Dr. Öğr. Üyesi. Tuluha AYOĞLU'na**,

Öneri ve katkılarını esirgemeyen, değerli hocam **Prof. Dr. Nevin KANAN** ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nın diğer öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerine,

Veri toplama aşamasında çalışmaya gönüllü katılarak katkı sağlayan tüm yoğun bakım hemşirelerine ve çalışma arkadaşlarıma, verilerin değerlendirilip yorumlanmasında desteğini esirgemeyen Kocaeli Üniversitesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi **Doç. Dr. Canan Baydemir'e**,

Yaşamım boyunca varlığını her koşulda yanımda hissettiğim sevgili aileme, teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	Xİ
ÖZET .....	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Yoğun Bakım Hizmetleri.....	4
2.1.1. Yoğun Bakım Hizmetlerinin Dünya'daki ve Türkiye'deki Gelişimi.....	5
2.2. Hasta Güvenliği.....	8
2.2.1. Hasta Güvenliği'nin Dünya' daki Türkiye'deki Gelişimi.....	10
2.3. Yoğun Bakımlarda Hasta Güvenliği.....	13
2.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Rol ve Sorumlulukları.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi.....	23
3.2. Araştırma Soruları.....	23
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	23
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	23
3.4.1. Araştırmaya Seçilme Kriterleri.....	24
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.6. Araştırmada Veri Toplama Araçları.....	25

3.6.1. Anket Formu.....	25
3.6.2. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği.....	25
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	26
3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	27
3.9. Araştırmanın Etik Konuları.....	27
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
4. BULGULAR.....	28
4.1.Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-demografik ve alışma Yaşamlarına Ait zelliklerine İlişkin Bulgular ve İstatistiksel Analizleri.....	28
4.2.Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Deneyimlerine İlişkin Bulgular ve İstatistiksel Analizleri.....	31
4.3.Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular ve İstatistiksel Analizleri.....	32
4.4.Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-demografik ve alışma Yaşamlarına Ait zelliklerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular ve İstatistiksel Analizleri.....	33
4.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Deneyimlerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular ve İstatistiksel Analizleri.....	41
5. TARTIşMA.....	43
5.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Sosyo-demografik ve alışma Yaşamlarına Ait zelliklerinin Tartışılması.....	43
5.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Deneyimlerinin Tartışılması.....	47
5.3.Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Tartışılması.....	49
5.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-demografik ve alışma Yaşamlarına Ait zelliklerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Tartışılması.....	50

5.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Deneyimlerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Tartışılması.....	51
KAYNAKLAR .....	55
HAM VERİLER .....	64
FORMLAR .....	69
ETİK KURUL KARARI .....	79
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI .....	81
ÖZGEÇMİŞ .....	82



## TABLolar LİSTESİ

**Tablo 4.1-1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri**

**Tablo 4.1-2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Yaşamlarına Ait Özellikleri**

**Tablo 4.2-1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Deneyimleri**

**Tablo 4.3-1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Alt Boyutları, Toplam Puanı ve İç Tutarlılık Puanları**

**Tablo 4.4-1. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar**

**Tablo 4.4-2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Yaşamlarına Ait Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar**

**Tablo 4.5-1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Deneyimlerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar**

## ŞEKİLLER LİSTESİ

**Şekil 4.3-1: Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Puanları Dağılımı**

**Şekil 4.4-1: Çalışılan Hastanelere Göre İş Doyum Puanları Dağılımı**

**Şekil 4.4-2: Yoğun Bakım Basamaklarına Göre İş Doyum Puanları Dağılımı**



**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

- AACCN: Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği
- ABD: Amerika Birleşik Devletleri
- AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)
- DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
- EFCCNA: Avrupa Kritik Bakım Hemşireleri Federasyonu
- HHY: Hasta Hakları Yönetmeliği
- HKS: Hizmet Kalite Standartları
- HSCGP: Hasta ve Sağlık Çalışanı Güvenliği Platformu
- ICN: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği)
- ICNARC: Intensive Care National Audit and Research Centre (Ulusal Yoğun Bakım Denetim ve Araştırma Merkezi)
- IOM: Institute of Medicine (Amerikan Tıp Enstitüsü)
- JCI: Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyon)
- NPSA: The Neuropsychanalysis Association
- NPSF: National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu)
- SAS: Sağlıkta Akreditasyon Standartları
- SB: Sağlık Bakanlığı
- TYBHD: Türk Yoğun Bakım Hemşireler Derneği
- UEMS: European Union of Medical Specialists (Avrupa Tıp Uzmanlık Alanları Birliği)
- YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi
- YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

## ÖZET

Bal, G. (2019). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliğine yönelik tutumlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini, Mart 2018 ve Mayıs 2018 tarihleri arasında Kocaeli’nde bulunan kamu ve üniversite hastanelerinin yoğun bakımlarında çalışan toplam 273 hemşire; örneklemini ise evreni bilinen örnekleme yöntemine göre 161 hemşire oluşturdu. Veriler yüzyüze görüşme yöntemiyle “Anket Formu” ve “Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği” kullanılarak toplandı. Veriler, NCSS (Number Cruncher Statistical System) programı ile tanımlayıcı istatistiksel methodlar kullanılarak değerlendirildi. Araştırma öncesinde gerekli kurumlardan etik ve kurum izni, ölçek sahibinden ve hemşirelerden izin alındı.

Araştırma kapsamına alınan yoğun bakım hemşirelerinin yaş ortalamasının,  $32,66 \pm 6,15$  olduğu; %84,5’inin kadın, %60,2’sinin lisans mezunu, %71,4’ünün medeni durumunun evli olduğu bulundu. Yoğun bakım hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği’nden ortalama  $155,49 \pm 22,15$  puan; ölçeğin alt boyutları olan iş doyumundan  $32,11 \pm 7,40$ , ekip çalışmasından  $44,01 \pm 7,05$ , güvenlik ikliminden  $17,89 \pm 3,38$ , yönetim anlayışından  $24,25 \pm 5,09$ , stres tanımlamadan  $19,68 \pm 4,66$  ve çalışma koşullarından  $17,54 \pm 2,95$  puan aldıkları belirlendi. Hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının sosyo-demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, eğitim durumuna göre hasta güvenliği tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı ancak medeni duruma göre ölçeğin ekip çalışması alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulunduğu saptandı. Hemşirelerin kadroya, meslekte çalışma süresine, yoğun bakımda çalışma süresine ve haftalık çalışma süresine ve hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre hasta güvenliği tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı. Çalışılan hastane, yoğun bakım basamağı, gece vardiyası tutma sayısı ve yoğun bakım sertifikası olma durumuna göre iş doyumunu alt boyutunda; gece vardiyası tutmasına göre ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı alt boyutları ve toplam ölçek puanında; çalışma şekline göre iş doyumunu, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı alt boyutlarında ve toplam ölçek puanında gruplar arasında fark saptandı. Hasta güvenliği eğitim sertifikası olan ve hasta güvenliği konusunda yeterli bilgi ve yetkinliğe sahip olduğunu düşünenlerin hasta güvenliği tutumu anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Sonuç, yoğun bakım hemşirelerinin orta düzeyde ve pozitif bir hasta güvenliği tutumu izlediği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, yoğun bakım hemşiresi, hasta güvenliği, hasta güvenliği tutumu

## ABSTRACT

Bal, G. (2019). Evaluation of Intensive Care Nurses' Attitudes Towards Patient Safety. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Surgical Nursing. Master Thesis. Istanbul.

The research was conducted descriptively, and cross-sectionally to evaluate the attitudes of intensive care unit nurses towards patient safety. The population of the research consisted of intensive care nurses working in Kocaeli province at public and university hospitals, and a total of 273 nurses who were working between March 2018, and May 2018, sample consisted of 161 people according to the known sampling method of population. Data were collected by face to face interview method, and "Survey Form", and "Patient Safety Attitude Questionnaire" were used. The data were assessed by means of the NCSS (Number Cruncher Statistical System) program by using the descriptive statistical methods. Prior to the research, ethical and institutional permission was obtained from required institutions, the scale holder and the nurses.

Included in the research intensive care nurses' mean age were  $32.66 \pm 6.15$ , 84.5% were women, 60.2% had bachelor's degree, marital status of 71.4% were found married. Intensive care nurses' the Patient Safety Attitude Questionnaire mean was  $155.49 \pm 22.15$  point; from scale's sub-dimensions of job satisfaction  $32.11 \pm 7.40$ , from team work  $44.01 \pm 7.05$ , from safety climate  $17.89 \pm 3.38$ , from management perception  $24.25 \pm 5.09$ , from defining stress  $19.68 \pm 4.66$  and from work conditions  $17.54 \pm 2.95$  point were determined. There was no statistically significant difference between the socio-demographic characteristics of nurses' attitudes towards patient safety according to age, gender and educational status, but there was a significant difference between the groups in the sub-dimension of teamwork according to marital status. No statistically significant difference was found between the nurses' attitude scores according to the staff, working hours in the occupation, working hours in the intensive care unit, weekly working hours and patient safety education. In the sub-dimension of job satisfaction according to which hospital nurse works, intensive care level, number of night shifts and certificate of intensive care; according to night shift number, teamwork, security climate, management perception sub-dimensions and total scale score; there were differences between the groups in terms of job satisfaction, security climate, management understanding sub-dimensions and total scale score. Patient safety attitude was found to be significantly higher in patients who had a patient safety education certificate and who thought that they had sufficient knowledge and competence in patient safety.

As a result, it was determined that intensive care nurses had a moderate and positive patient' safety attitude.

Key Words: Intensive care, intensive care nurse, patient safety, patient safety attitude.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin özellikleri nedeniyle hasta bakımında güvenli hizmet sunumunu etkileyebilecek, önceden belirlenmesi her zaman mümkün olmayan risklerin olduğu, karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta güvenliğinin sağlanması, tıbbi yanlışlıkların önlenmesi içinde sağlık sisteminde birincil öncelikler arasındadır ve sağlıkta kaliteli bakımın en önemli basamaklarından biridir (Gürel 2012; Tunçel 2013).

Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu'na (National Patient Safety Foundation- NPSF) göre hasta güvenliği sağlık bakım hizmetleri sırasında olabilecek yaralanma ve istenmeyen durumlardan kaçınma, bu tür olaylara karşı önlem alma ve gerekli düzenlemeleri yapmak amacıyla sağlık kurumlarında izlenen süreçler olarak tanımlanmaktadır (Turan-Mantar ve İntepeler 2016).

Günümüzde hastalar bakım veya tedavi esnasında önlenemez nedenlerle zarar görebilmektedir. Hasta bireylerin, sağlık kurumlarında tedavi ve bakım hizmeti alırken ölmesi ya da zarar görmesi, özellikle son yıllarda sağlık kuruluşlarının hasta güvenliği konusuna daha fazla önem vermesine yol açmıştır (Akansel 2015). Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine – IOM) tarafından hazırlanan raporda, sağlık bakımı alırken hayatlarını kaybedenlerin sayısının meme kanseri, trafik kazaları, Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome-AIDS), işyeri kazaları nedeni ile ölenlerin sayısından daha fazla olduğu bildirilmektedir (Padilha ve ark. 2015; Çınar ve Karadakovan 2016). Gelişmiş ülkelerde ölümlerin 2/3'ü kronik hastalıklar sebebi ile olmakta, ölümlerin 2/3'ü hastane/bakımevi gerçekleşmekte ve her üç kişiden birisi de yoğun bakımda hayatını kaybetmektedir (DC yoğun bakım 2019). Bakımın ilk basamağı olması ve hasta bakımında "önce zarar vermeme" temel ilkesinden yola çıkarak hasta güvenliği konusu, hastalarla sürekli iletişim içinde olan hemşirelerin temel uygulamalarında önemli yere sahiptir. Güvenli bakım uygulamaları, hemşirelerin, hasta güvenliğini tehdit eden riskli durumlar karşısında karar verme ve gerekli önlemleri almasını gerektirmektedir (Toffoletto ve Ramirez-Ruiz 2013; Farzi ve ark. 2017).

Sağlık kurumlarında üst yöneticilerin hasta güvenliği konusunda önemli sorumluluklar alması, güvenlik kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesinde diğer

önemli unsurdur (Hellings ve ark. 2007). Hasta güvenliği kültürü ise örgüt kültürünün bir parçasıdır; örgütteki bireylerin değer ve tutumları, inançları, algıları önemlidir (Sile'n-Lipponen ve ark. 2005; Kaya 2009; Steelman ve Graling 2013; Korkmazer ve ark. 2016). Hasta güvenliği kültürü, çalışanların konuyla ilgili tutumlarının bilinmesini, tanımlanmasını, düzenleme yapılmasını sağlar. Böylece sorunların açıklıkla ve yargılanma korkusu olmadan tartışılabildiği ortamın sağlanmasına gerekli fırsatı sağlar (Steeleman ve Graling 2013; Azami-Aghdash ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2017).

Yoğun bakımlar, tıbbi araç gereçlerin ve ileri teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı, kompleks bir yapıya sahip, agresif tedavi yöntemlerinin uygulandığı, hastaların durumlarının her an değişebileceği ve hastaların kritik durumu nedeniyle dikkat gerektiren, birçok komplikasyon gelişebileceği dolayısıyla hasta güvenliğini tehdit eden ve tıbbi hatalara yol açabilen birimlerin başında yer alır (JCAHO 2006; Winters ve Dorman 2006; Chaboyer & ark. 2013; Farzi & ark. 2017; Tarrant & ark. 2017).

Yapılan çalışmalarda yoğun bakım ünitelerinin, ekip çalışmasındaki eksiklikler, ekip içi ve hastalarla iletişim sorunları, ilaç uygulamalarındaki hatalar, çalışma koşulları, hastane yönetimi, iş yükü, personel eksikliği vb. nedenler ile hasta güvenliği açısından önemli risk oluşturduğu belirtilmektedir (Baykal & Altuntaş 2010; Chaboyer & ark. 2013; Zago-Novaretti ve ark. 2014; Carvalho ve ark. 2016; Farzi & ark.2017; Tarrant & ark. 2017). Hasta gereksinimlerinin giderek arttığı özellikli yoğun bakım birimleri, sağlık bakımının güvenli bir şekilde sağlanması ve olumlu hasta sonuçlarına ulaşılabilmesinde, mesleki bilgi, beceri ve üstün bağlılığa sahip sağlık profesyonelleri tarafından yönetilmeyi gerektirmektedir (Wasserfallen ve ark. 2004; Leape 2009; Blot & ark. 2014; Farzi & ark. 2017; Tarrant & ark. 2017).

Hekimler, sağlık kuruluşu işletmecileri ve hemşireler tarafından yapılan çalışmalarda, hasta güvenliği konusunun, hemşirenin birincil sorumluluğu olarak algılandığını göstermektedir (Sayek 2011). Mesleğin bir gereği olarak hasta ile uzun süre etkileşimde olan yoğun bakım hemşiresi, bakımın her aşamasında aktif rol alan, multidisipliner ekip içinde önemli yeri olan ve yaşamı tehdit eden hataların tanınması, önlenmesi ve düzeltilmesini içeren hasta güvenliği konusunda kritik bir role sahip sağlık bakım profesyonelidir (Candaş ve Gürsoy 2015; Mansour 2015).

Yoğun bakımlarda gerek insan kaynaklı gerekse maddi kayıplara sebep olan tıbbi hataları önlemek için etkin hasta güvenliği kültürü oluşturulması ve geliştirilmesi önerilmektedir (Sile'n-Lipponen ve ark. 2005; AORN 2013). Hasta güvenliğini geliştirmede faydalı yöntemler arasında; hataların raporlandırılması ve bildirimi, kalite iyileştirme çalışmalarının ve eğitimlerinin yapılması, yorgunluk ve benzeri insan kaynaklı faktörlerin ortadan kaldırılması yer almaktadır. Bunların yanı sıra etkin ekip içi iletişimin sağlanması, hatalardan ders alınması, hatalara proaktif yaklaşımda bulunulması, çalışanların nitelik ve niceliğinin iyileştirilmesi de diğer önemli yöntemlerdendir (Sayek 2011).

Ülkemizde yapılan hasta güvenliğine ilişkin çalışmalar incelendiğinde; bir çoğunun acil, ameliyathane ve cerrahi birimlerde yapılan çalışmaları kapsadığı görülmektedir. Yoğun bakımlarda yapılan çalışmaların ise daha çok infeksiyon, mekanik ventilatör kullanımı, düşme riskini içerdiği ve hemşirelerin bu konulardaki tutumuna yönelik çalışmalara çok rastlanılmadığı görülmektedir. Buna rağmen acil ve ameliyathanelerde hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarına yönelik çalışmalar bulunmaktadır.

Bu bilgiler ışığında araştırma, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı. Bu araştırma sonucunda hasta güvenliği açısından önemli risk taşıyan kritik hastalara bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin, hasta güvenliği konusunda tutumlarının belirlenmesi ile; hemşirelerin konuya ilişkin farkındalıklarının arttırılarak eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinde rehber olabileceği düşünülmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.Yoğun Bakım Hizmetleri

Yoğun Bakım Hizmetinin verildiği üniteler, terminal dönemde olmayan, durumu ağır hastaların geri döndürülmesi için kurulmuş birimlerdir. Genel durumu kritik olmanın yanı sıra terminal dönem olarak da ifade edilen yaşamının son döneminde olan hastaların tedavi ve bakımını yoğun bakım üniteleri dışında palyatif bakım birimi gibi farklı birimlerde yapılmaktadır. Yoğun Bakım Ünitesi'ne (YBÜ) kabul edilecek hastalarda bu ayrımın iyi yapılmasına yönelik uluslararası standartlar belirlenmiştir (Türk Toraks Derneği 2019).

Yoğun bakım üniteleri, kritik hastaların tedavi ve bakım girişimlerinin yapıldığı, yerleşim yeri olarak özel tasarlanmış, tıbbi tedavi/hasta bakımı açısından diğer sağlık kurumu hizmetlerinden ayrıcalıklı, gelişmiş teknoloji tıbbi alet ve cihazlar ile özel eğitilmiş sağlık personeliyle donatılmış, ciddi yaşam riski olan hastaların tedavi ve bakımlarının yapıldığı, hasta kabulünde belirli uluslararası hasta kabul kriteri olan sağlık bakım birimleridir. Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastalara örnek olarak ciddi solunum yetmezlikleri, ağır travmalar, miyokard infarktüsü, beyin kanamaları, ritm bozuklukları, zehirlenmeler örnek olarak verilebilir. Ayrıca, büyük cerrahi girişimler sonrasında yakın gözlem gerektiren hastalar da kritik hasta olarak değerlendirilebilmekte ve durumu stabil oluncaya kadar yoğun bakımda takip edilmektedir (Türk Toraks Derneği 2019).

Yoğun bakımlar, kritik olarak tanımladığımız hastaların hemodinamisinin sağlanması ve sürdürülmesinde, solunum, nabız, kan basıncı, beden sıcaklığı, oksijen saturasyonu gibi yaşamsal bulgularının monitörden devamlı izlendiği, gerektiğinde yapay solunum desteği için ventilatörlerin yer aldığı, tedaviye ilişkin hastaların sıvı, beslenme solüsyonları ve ilaç desteğinin sağlandığı, tıbbi tedavi ve hemşirelik bakımı hizmetlerinin ayrıcalıklı bir öneme sahip olduğu bölümlerden biridir. Bu birimlerde bir ya da birden çok organ yetmezliği gelişmiş hastaların destek amaçlı tedavi ve bakımı gerçekleştirilir (Good 2009; Lynn-McHale ve ark. 2009; Türk Toraks Derneği 2019).

Gelişmiş ülkelerde ölümlerin 2/3'ü kronik hastalıklar sebebi ile olmakta, ölümlerin 2/3'ü hastane ya da bakımevinde gerçekleşmekte ve her üç kişiden birisi de yoğun bakımda hayatını kaybetmektedir (DC yoğun bakım 2019).

### **2.1.1. Yoğun Bakım Hizmetlerinin Dünya' daki ve Türkiye'deki Gelişimi**

1852 yılında Kırım Harbi' nde yaralı askerlerin tedavi ve bakımında önemli hizmetleri olan Florence Nightingale, kritik durumda olan hastaların ayrı bir yerde, birlikte bakımlarının yapılmasının daha iyi bir hemşirelik bakımından yaralanmalarında önemli olduğunu gözlemlemiş ve onun bu gözlemleri yoğun bakım hizmetlerinin ve yoğun bakım hemşireliği kavramının temellerini oluşturmuştur (Nightingale 1863). Bu gözlemden 100 yıl sonra 1952 yılında, Kopenhag'da polio salgını sonucu yüzlerce bireyde solunum yetmezliği gelişmiş; 300'ün üzerinde hastaya birkaç hafta boyunca bine yakın tıp ve diş hekimliği öğrencileri tarafından trakeostomi açılarak el ile yapay solunum desteği yapılmıştır. Bu olaydan sonra dünyada salgın hastalıkların (polio) gözlenmesiyle kritik hastaların ayrı bir alanda tutulması gerekliliği yoğun bakım ünitelerinin ortaya çıkmasına öncü olmuştur (Ibsen 1966; Reiser 1992; Kelly ve ark. 2014).

Anesteziyolog Bjorn Ibsen, 1953 yılında, pozitif basınçlı ventilasyonun salgın sırasında tedavi seçeneği olması gerektiğini öne sürmüştür. Ibsen'in çalışmaları sonucunda yapay akciğerlerin geliştirilmesi sonrası, çok amaçlı daha komplike yatak başı ventilatörlerin geliştirilmesi 1960 yıllarını bulmuştur. Zamanla Ibsen'in bu çalışmaları sonucunda gerekli cihazlarla donatılmış servislere gereksinim duyulduğu ortaya çıkmış; bir çok kaynakta yoğun bakımın babası olarak da bahsedilen Ibsen bu gereksinimden yola çıkarak, hekimleri ve fizyologları toplayarak Avrupa'da ilk yoğun bakım ünitesini kurmuştur. Ayrıca Ibsen yoğun bakımların her hastanın kendi hemşiresi tarafından bakım görebileceği alanlar olması gerektiğini öne sürmüştür. Böylece günümüz modern yoğun bakım ünitelerinin temelleri atılmıştır (Kelly ve ark. 2014; Madenoğlu 2017).

Dr. Ibsen'in ayrılmasından sonra hastanenin idaresi Dr. Henning Sund Kristensen'e geçmiştir. Astrup, Siggard-Anderson and Severinghaus tarafından  $Ph$ ,  $PO_2$  ve  $PCO_2$  değerlerinin keşfedilmesi ve yoğun bakımlarda kan gazı izleminin kullanılmaya başlamasıyla uzun dönemli ventilasyonda iyileşmeler kaydedilmiştir. Max Harry Weil modern yoğun bakımın babası olarak bilinmektedir (Tang ve Sun 2011).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) bulunan Los Angeles şehrinde Güney California Üniversitesi Tıp Merkezi'nde dört yataklı şok odaları oluşturulmuştur. İngiltere'de, Professor Ron Bradley, St.Thomas Hastahanesi'nin yoğun bakım ünitesinde tam zamanlı çalışan ilk hekimdir. Çalışmaları sırasında Dr. Margaret Branthwaite ile ilk kez pulmoner arter kateterizasyonunu uygulamıştır. 1971 yılında ilk mikro işlemci kontrollü ventilatorün çalışmaya başlatılmasıyla günümüz yoğun bakım üniteleri şeklini almaya başlamıştır. Son 20 yılda, özellikle bakım vermek için multidisipliner bir ekibin yer aldığı yoğun bakım üniteleri oluşturulmuştur. Bu ekip yoğun bakım uzmanı, anestezi ve reanimasyon hekimi, hemşireler, fizyoterapistler, eczacılar, diyetisyenler, teknisyenler, radyoloji ve mikrobiyoloji uzmanından oluşmuştur. İngiltere'de Ulusal Yoğun Bakım Denetim ve Araştırma Merkezi (ICNARC - Intensive Care National Audit and Research Centre) 1994 yılında kurulmuştur. Yoğun bakımların bir bilim dalı olarak kuruluşu, ilk olarak Fransa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleşmiştir (Reynolds ve Tansey 2011; ICNARC 2014).

Yoğun bakımda hemşireler açısından gelişmeler ise Avrupa'da Kritik Bakım Hemşireleri Federasyonu'nun (EFCCNA - European Federation of Critical Care Nursing Associations) kurulmasıyla başlamıştır. Türkiye'nin de kurucu üyesi olduğu EFCCNA, 2002 yılında ilk bilimsel kongresini gerçekleştirmiştir (Madenoğlu 2017).

2001 yılında Sidney Avustralya'da yapılan 8. Dünya Yoğun Bakım Kongresi'nde her organizasyondan bir üyenin katılımıyla Dünya Kritik Bakım Hemşireleri Federasyonu oluşturulmasına karar verilmiş ve bu dayanışma ile önemli bir adım atılmıştır. Böylece dünyadaki yoğun bakım derneklerini bir araya getirecek iletişim sağlanmıştır (Madenoğlu 2017).

Türkiye'de yoğun bakıma ilişkin gelişmeler Avrupa ile benzer zamanlarda başlamıştır. Dünya Yoğun Bakım Federasyonu (World Federation for Intensive/Critical Care) ile sıkı ilişkiler içerisinde olan ve bu federasyonda Türk delegesi kimliğiyle görevli olan "Prof. Dr. Cemalettin Öner" in teşvikiyle, 7.11.1978'de İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kürsüsü'nde ilk toplantı yapılarak 'Yoğun Tedavi ve Bakım Derneği' kurulmuştur. (Yoğun Bakım Derneği 2019).

Vehbi Koç Vakfı tarafından Ayşe Pişkin Özinci ve bir meslektaşı, yoğun bakım hemşirelerinin eğitimini araştırmak üzere ABD'ye gönderilmiş ve bu sırada Amerikan

Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği'nin (AACCN) çalışmalarını izleme olanağı bulmuşlardır. Bu çalışmaların etkisinde kalan Ayşe Pişkin Özinci, Türkiye'ye geri döndüğünde yedi meslektaşı ile dernek kurma çalışmalarını başlamıştır (Madenoğlu 2017).

Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği 14.02.1992 tarihinde İstanbul ilinde Ayşe Pişkin Özinci'nin önderliğinde Emine Türkmen, Birgül Savaş, Özlem Yazıcı, Berrin Bulut, Ferah İnceoğlu, Hanife Demir tarafından hemşireliğinin gelişimine katkıda bulunmak amacıyla kurulmuştur. Dernek 1997' de EFCCNA'nın kurucu üyesi olarak tüzük çalışmalarında rol almış ve 2001 yılında EFCCNA'nın toplantısına ev sahipliği yapmıştır (Madenoğlu 2017).

2008 yılında derneğin ismi Türk Yoğun Bakım Hemşireler Derneği (TYBHD) olarak değişmiştir. Kuruluşundan günümüze, hemşireliğinin ilerlemesine yönelik kongreler ve eğitim içerikleri düzenlemiştir. Faaliyetlerini aktif olarak günümüzde de sürdürmektedir. Ayrıca Avrupa Kritik Bakım Hemşireleri Dernekleri Federasyonu'nun kurucu üyesi olmaktadır (TYBHD 2019).

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitesi yaklaşık olarak 35 yıl önce kurulmuş ve Prof. Dr. Arzu Topeli İskit ABD'de yoğun bakım eğitimi bitirdikten sonra, 1996'da birim sorumlusu başkanı olmuştur. 2007 yılında Avrupa Tıp Uzmanlık Alanları Birliği'ne (UEMS) bağlı Avrupa Yoğun Bakım Kurulu'nca (European Board of Intensive Care Medicine) eğitime yönelik akreditasyon çalışmalarını Türkiye'de yapan tek ve ilk yoğun bakım ünitesi özelliğini taşımaktadır (Hacettepe Üniversitesi 2019).

Yoğun bakım tıpta bir uzmanlık alanı olup, eğitimi Türkiye'de altı uzmanlık dalı üzerine yapılan yan dal eğitimi programıdır. Yoğun bakım, yoğun bakım uzman hekimi ve hemşireler, fizyoterapistler ve diğer sağlık profesyonellerinin ekip anlayışıyla sundukları hizmetlerin bir bütünü olup, hastahanelerin gelişmiş teknolojiyle donatılmış ünitelerinde sunulmalıdır. Yoğun bakım üniteleri bu konuda özel eğitim almış bir hekim sorumluluğunda hizmet sunması hasta güvenliğini geliştirmektedir. ABD'de bu, sağlığın kalite göstergesi olarak kabul görmektedir (DC yoğun bakım 2019).

## 2.2. Hasta Güvenliği

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde beş ana kategoriye ayrılan piramidin birinci basamağı olan fizyolojik ihtiyaçlardan sonra ikinci basamakta yer alan güvenliğin sağlanması gereksinimi sağlık bakım gereksinimleri içerisinde de önceliğe sahip olup sağlık bakımının temelini oluşturur (Maslow 1954).

Hastalar, bakım veya tedavi esnasında önlenebilir nedenlerle zarar görebilmektedir. Bakımın ilk basamağı olması ve hasta bakımında "önce zarar vermeme" temel ilkesinden yola çıkarak hasta güvenliği konusu, hastalarla sürekli iletişim içinde olan hemşirelerin temel uygulamalarında önemli yere sahiptir. Güvenli bakım, hasta güvenliğini tehdit eden riskli durumlarda hemşirelerin, karar verme ve gerekli önlemleri almasını gerektirmektedir (Toffoletto ve Ramirez-Ruiz 2013; Farzi ve ark. 2017). IOM tarafından 1999 yılında yayımlanan, sağlık bakım hizmetlerini iyileştirmek için hazırlanmış raporda sağlık bakımı alırken hayatlarını kaybedenlerin sayısının meme kanseri, trafik kazaları, AIDS, işyeri kazaları nedeni ile ölenlerin sayısından daha fazla olduğu bildirilmektedir (Ulrich ve Kear 2014; Padilha ve ark. 2015). Hastaların hastanede tedavi görürken ölmesi veya zarar görmesi özellikle son yıllarda hasta güvenliği konusunda ilgiyi arttırmıştır (Akansel 2015).

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) hasta güvenliğini, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine ilişkin hataların sebep olduğu hasta hasarlarının tamamen ortadan kaldırılması ya da en aza indirilmesi olarak tanımlamaktadır. Ayrıca başka bir tanımda hasta güvenliği; hastanelerde risklerin değerlendirilmesi, risklerin tanımlanması ve yönetimi, tekrarlayan risklerin azaltılması için raporlanması, risk analizi, geliştirilen çözümlerin uygulamaya konması ve sonucunda hastaya daha güvenli bakım verme süreci olarak da tanımlanmaktadır (Gözlü ve Kaya 2012). Hasta güvenliği, hastaya gereksiz zarar vermeme ya da hastanın olası risklerden uzak olması anlamına gelmekte, sağlık hizmetlerinin bireye vereceği zararı önlemek için sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan tedbirleri kapsamaktadır (Özbayır ve ark. 2016).

Sağlık Hizmetleri Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki

uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi tıbbi hata kavramını belirtmektedir (JCAHO 2006).

Tıp Enstitüsüne göre tıbbi hata; hedeflenen bir işin amaçlandığı şekliyle bitirilememesi ya da hedefe ulaşmada için yalnız plan yapma ve uygulamadır.

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'na (National Patient Safety Foundation) göre sağlık uygulamalarına ilişkin tıbbi hata ise, hastaya verilen hizmet esnasında bir aksamanın sebep olduğu, istendik olmayan, beklenmedik sonuçlardır ( Akalın 2005 ).

Tıbbi hatalarının gözlenmesi; Tıp Enstitüsü' nün Kasım 1999'da dünyada büyük ses getiren "To Err Is Human" ismi ile yayınladığı raporuna kadar sürmüştür. Araştırma verilerine dayanılarak bu raporda, Amerika'da yılda 44 bin ile 98 bin kişinin bu tür hatalar sonucu öldüğü; ölümlerin meme kanseri ya da trafik kazalarına bağlı kayıplardan daha çok olduğu belirtilmiştir. Türkiye'de ise yılda 10.000 ila 22 .000 tıbbi hataya bağlı ölüm olabileceği sonucuna varılmıştır (Sayek 2011).

Yapılan araştırmada kendilerine ya da yakınlarına uygulanan tedaviye bağlı tıbbi hata yapıldığını belirten hekimlerin oranının %35, hekim dışında ise bu oranın %42 olduğu bulunmuştur. Bu ve bunun gibi araştırma sonuçlarından yola çıkılarak ABD, İngiltere, Avustralya ve Batı Dünyası ortaklığıyla 2000 yılından sonra Sağlıkta Hasta Güvenliği Dönemi başlatılmıştır (Çakmakçı ve Akalın 2011; Sayek 2011).

Yoğun bakımlarda gerek insan kaynaklı gerekse maddi kayıplara sebep olan tıbbi hataları önlemek için etkin hasta güvenliği kültürü oluşturulması ve geliştirilmesi önerilmektedir (Sile'n-Lipponen ve ark. 2005; AORN 2013). Hasta güvenliğini geliştirmede faydalı yöntemler arasında; hataların raporlandırılması ve bildirimi, kalite iyileştirme çalışmalarının ve eğitimlerinin yapılması, yorgunluk ve benzeri insan kaynaklı faktörlerin ortadan kaldırılması yer almaktadır. Bunların yanı sıra etkin ekip içi iletişimin sağlanması, hatalardan ders alınması, hatalara proaktif yaklaşımda bulunulması, çalışanların nitelik ve niceliğinin iyileştirilmesi de diğer önemli yöntemlerdendir (Sayek 2011).

Hasta güvenliği kültürü ise örgüt kültürünün bir parçasıdır. Örgütteki bireylerin değer ve tutumları, inançları, algıları önemlidir (Sile'n-Lipponen ve ark. 2005; Kaya 2009; Steelman ve Graling 2013; Korkmazer ve ark. 2016).

Sağlık kurumlarında üst yöneticilerin bu konuda önemli sorumluluklar alması, güvenlik kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesinde diğer önemli unsurdur (Hellings ve ark. 2007). Hasta güvenliği kültürü, çalışanların konuyla ilgili tutumlarının bilinmesini, tanımlanmasını, düzenleme yapılmasını sağlar. Böylece sorunların açıklıkla ve yargılanma korkusu olmadan tartışılabildiği ortamın sağlanmasına gerçekçi fırsat sağlar (Steelman ve Graling 2013; Azami-Aghdash ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2017).

2011 yılında güncellenen Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri; hastanın doğru kimliklendirilmesi, etkili iletişimin artırılması, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi, doğru-taraf, doğru-prosedür ve doğru-hasta cerrahisinin sağlanması, enfeksiyona bağlı risklerinin azaltılması, düşmelerden kaynaklanan hastaların zarar görme risklerinin azaltılması olarak bildirilmektedir (Hasta ve Sağlık Çalışanı Güvenliği Platformu 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Cenevre’de 2017 yılında düzenlenen ve Avrupa Komisyonu tarafından desteklenen konferansta, dünyada her yıl yaklaşık on milyon kişinin önlenebilir hatalara bağlı sakatlandığı ya da öldüğü üzerinde durularak hasta güvenliği konusuna ilişkin daha çok araştırma yapılması gerektiğini göstermiştir (Özdemir 2014).

### **2.2.1. Hasta Güvenliği’nin Dünya’ daki ve Türkiye’deki Gelişimi**

Hasta güvenliği konusu, eski çağlardan günümüze varlığını sürdüren bir konudur. M.Ö. 1700’ lerde Hamurabi kanunları, hekimin hastasını yaralaması ya da öldürmesi durumunda, her iki elinin de kesilerek cezalandırılması, hekim ücretlerinde düzenlemelerin yapılması, tıbbi başarı varsa ödüllendirilmesi, başarısızlık ve/veya sakat bırakma ve benzeri durumlarda cezalandırma gibi uygulamalardan bahsetmektedir (Bayar 2013).

1990 yılının başlarında gündeme gelen hasta güvenliği kavramı dünyada ilk kez 1991 yılında Harvard Tıp Uygulamaları araştırma sonuçlarının yayımlanmasıyla başlamıştır (World Health Professional Alliance 2002; Yönt 2011). Hasta güvenliğine ilgiyi ilk uyandıran ise IOM’un 1999’da yayınladığı ve bütün dünyada dikkate değer verilerle öne çıkan hasta güvenliği konusu, NPSA’nin (The Neuropsychanalysis Association) kurulmasıyla 2003 yılında, daha organize duruma gelmiştir.

Hasta güvenliği Türkiye’de 1990 yıllarından sonra özel sektörün sağlık hizmetlerine girişinin artmasıyla kalite yönetimi çalışmaları ile başlamıştır. Son 20 yılda kalite ve akreditasyon çalışmalarının yaygınlaşması ile hasta güvenliğine olan duyarlılık artmaya başlamıştır. Hasta güvenliğine resmi olarak ilk kez, 1998 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği’nde yer verilmiştir. Yönetmeliğin 37.maddesinde, “herkesin sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme bunu isteme haklarının olduğu belirtilmiş ve bunun olması için gerekli önlemlerin hastaneler tarafından alınması gerektiği zorunluluğu getirilmiştir” (HHY 1998).

2000 yıllarına gelindiğinde özel hastanelerin akreditasyon ve uluslararası belgeye kavuşma çabaları hasta güvenliğinde yeni bir dönem başlatmıştır. Sağlık bakanlığı 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hasta güvenliği konusunu ele almıştır. Bu kapsamda Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu kurulması önerilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2003). Sağlık Bakanlığı kendi bünyesinde Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı’nı kurmuş ve Uluslararası Birleşik Komisyonu’nun (Joint Commission International-JCI) değerlendirme kriterlerini Türkçe’ye çevirerek hastahanelerde uygulanmasını başlatmıştır (Tak 2010; Sur ve ark. 2011).

2006 yılında Hasta Güvenliği Derneği kurulmuş ve 2007-2008 yıllarında Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi düzenlenmiştir (Sur ve ark. 2011; Öztürk ve Kahrıman 2016).

Ülkemizde, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında kalite hizmet sunum çalışmaları 2003 yılında başlatılmıştır. Ülkemizdeki ilk ulusal standartlar Hizmet Kalite Standartları’dır (HKS). Buna yönelik çalışmalar, Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında başlatılmış 2005 yılında set olarak ilk şekli oluşturulmuş ve 2011 yılından bu yana ülkemizde, tüm hastanelerde uygulanmaya başlanmıştır. Türkiye’de 2011 yılında Kurum Performans ve Kalite Yönergesi’nin yürürlüğe girmesi ile tüm hastaneler HKS’yi uygulamaya ve Hizmet Kalite Belgesi ile belgelendirmeye başlanmıştır. Bu yönerge, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmet sunumunun sağlanması amaçlanarak sağlık kurum ve kuruluşlarının kurumsal performansının ölçülmesine yönelik olarak uygulanmaya başlamıştır (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2011; Doğan Merih ve ark. 2015; Sağlık Bakanlığı 2016).

Hasta güvenliği uygulamaları resmi gazetede ise şu alanları kapsamaktadır. Bunlar; hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması, hastaya uygulanacak

girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması, sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması, kan ve kan ürünleri transfüzyonunun sağlanması, ilaç güvenliğinin sağlanması, hasta düşmelerinin önlenmesi, cerrahi güvenliğinin sağlanması, radyasyon güvenliğinin sağlanması, engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması şeklinde sıralanmıştır (Resmi Gazete 2011).

Türkiyede hasta ve çalışan güvenliğini korumak amacıyla kurulan Sağlık Hizmet Kalite Standartları 2015 yılında yeniden güncellenmiştir. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Başkanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları Hastane ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları olarak beşinci ve son versiyonu yayınlanmış ve bu standartların kapsadığı on hedefe yer verilmiştir. Bu hedefler; hasta odaklılık, sağlıklı çalışma yaşamı, etkililik, etkinlik, verimlilik, uygunluk, hakkaniyet, zamanlılık, sürekliliktir (Sağlık Bakanlığı 2015; Öztürk ve Kahrıman 2016).

Ülkemizde hasta güvenliğini korumak için Hasta Hakları Yönetmeliği yürürlüğe girmiştir. Hasta Hakları Yönetmeliği ilk olarak 1998 yılında resmi gazetede yayımlanmış ve en son halini 2019 yılında almıştır. Bu yönetmelik dokuz bölümden oluşmaktadır ve 51 madde içermektedir.

Yönetmeliğin birinci bölümünde; amaç, kapsam, dayanak, tanımlar ve ilkeler yer almaktadır. Yönetmeliğin beşinci maddesine göre sağlık hizmetlerinin sunulmasında aşağıdaki ilkelere uyulması şartı gerekmektedir.

a) Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima gözönünde bulundurulur.

b) Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.

c) Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.

d) Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.

e) Kişi, rızası ve Bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.

f) Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.

Yönetmeliğin ikinci bölümü; sağlık hizmetlerinden faydalanma haklarını içermektedir.

Yönetmeliği üçüncü bölümü; sağlık durumuyla ilgili bilgi edinme haklarını içerir.

Yönetmeliğin dördüncü bölümü; hasta haklarının korunmasını ve yasal işlemler dışında başka şahıslarla paylaşılmamasını içerir.

Yönetmeliğin beşinci bölümü; tıbbi müdahalede hastanın ve ya birinci derece yakınının rızasına ilişkin maddeleri içerir. Hastanın tedaviyi red etme rızası vardır ve yazılı onam gerekliliğini içerir.

Yönetmeliğin altıncı bölümü; tıbbi araştırmalarda rıza ve izin yöntemleri, gönüllülerin korunması ve bilgilendirilmesi, rıza alınmasının usulü ve şekli, küçüklerin ve mümeyiz olmayanların durumu, ilaç ve terkiplerin araştırma amacıyla kullanımını içerir.

Yönetmeliğin yedinci bölümü; güvenliği sağlamayı içerir. Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır. Bütün sağlık kurum/kuruluşları, hastaların, ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadır. Tutuklu ve hükümlerin sağlık kurum ve kuruluşlarında muhafazaları ile ilgili özel mevzuat hükümleri saklıdır.

Yönetmeliğin sekizinci bölümü; sorumluluk ve hukuki korunma yollarını içerir (HHY 1998).

### **2.3. Yoğun Bakımlarda Hasta Güvenliği**

Yoğun bakımlar sağlık durumu kritik hastalara bakım ve tedavi amacıyla düzenlenen özellikli ve multidisipliner birimlerdir. Yoğun bakımlar işleyiş düzeni nedeniyle diğer birimlerden farklıdır. Ayrıca yoğun bakımın kendine özgü özelliklerinin bulunmasında tıbbi hata riskini arttırmaktadır (Donchin ve ark. 2003; Pronovost ve ark. 2005). Bunlar hasta ile ilgili hastalıkla ilgili ve ya ekiple ilgili olabilmektedir (Vincent 2003). Yoğun bakımlarda yatan hastalarda hastane infeksiyonu gelişme riski ve

infeksiyona bağlı gelişebilecek komplikasyonlar servis hastalarından daha yüksektir. Bu nedenle infeksiyon kontrolü hasta güvenliğini etkileyen önemli konulardandır (Sayek 2011). Yoğun bakımlardaki iletişim yetersizliği de tıbbi hatalara yol ağan etkenlerden biridir (Readera ve ark. 2007; Altundağ 2016). Hasta güvenliğini etkileyen diğer durumlar ise düşmeler, ilaç uygulamalarına ilişkin hatalar, hastane infeksiyonları, tıbbi ekipman ile tedavi ihmali ve iletişim kaynaklı hatalar olmaktadır (Yılmaz 2014). Hemşirelerin hemşirelik uygulamalarına yönelik hata nedeni değişkenine göre sağlık ęalışanı yetersizliği, iş yükünün fazlalığı, tıbbi bakımın karmaşık olması, bireysel hatalar olarak dağılmaktadır (Bayar 2013).

Yoğun bakımlarda hasta güvenliğini korumak için Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 20/7/2011 tarihinde yayımlanmış ve 22/3/2017 tarihinde güncellenmiş son şeklini almıştır.

Yasa, yedi bölüm ve 25 maddeden oluşur.

Birinci bölümde; tebliğin amacı,kapsamı ve tanımları belirlenmiştir.

Bu Tebliğ Kamu Hastaneleri Birliklerine, üniversitelere ve diğer kamu kuruluşlarına ait, bünyesinde yoğun bakım hizmeti verilen tüm yataklı sağlık tesisleri ile buralarda görev yapan personeli kapsar.

Özel sağlık tesisleri, 27/3/2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliği’nin yoğun bakım servislerine ilişkin hükümleri saklı kalmak kaydıyla bu Tebliğ hükümlerine tâbidir.

Bu Tebliğde geçen;

Yoğun bakım servisi: Bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, fiziksel alt yapısı ve konumu itibariyle hasta bakımı açısından özellik taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, yaşamsal göstergelerin izlendiği, hasta takip ve tedavisinin 24 saat esasına dayalı olarak kesintisiz sağlandığı, fonksiyonel olarak, dahili yoğun bakım servisi, cerrahi yoğun bakım servisi, nöroyoğun bakım servisi, anestezi yoğun bakım servisi, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım servisi, koroner yoğun bakım servisi, genel yoğun bakım servisi şeklinde adlandırılan erişkin, çocuk ve yenidoğan hasta birimlerini tanımlar.

İkinci bölümde; genel, erişkin, çocuk, kalp ve damar cerrahisi ve yenidoğan yoğun bakımların fiziki koşulları ile hizmet/donanımı ve çalışan asgari standartları belirtilmiştir.

Üçüncü bölümde; enfeksiyon kontrolü, izolasyon odası ve güvenlik önlemlerine ilişkin maddeler yer alır.

Dördüncü bölümde; komisyon kurulması, seviyelendirme ve istisnalar belirtilmiştir.

Beşinci bölümde; sorumlu uzman hekim, görev, yetki ve sorumluluklar ile personelin görevlendirilmesi ve eğitimine ayrılmıştır.

Altıncı bölümde; yoğun bakımlarda gece vardiyası, hasta kabul işlemleri, hasta sevki ve naklini kapsar.

Yedinci bölümde ise çeşitli ve son hükümler vardır. Bunlar; denetim ve sorumluluk, yenidoğan temel bakım hizmetleri, mevcut yoğun bakım servislerinin uyumu ve tescili, yürürlük ve yürütmedir. Bu tebliğin yürütmesi Sağlık Bakanlığı tarafından kontrol edilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2017).

#### **2.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Rol ve Sorumlulukları**

Uluslararası Hemşireler Birliği'nin (International Council of Nurses-ICN) Hasta Güvenliği Durum Bildirgesi'nde, şiddetle üzerinde durulan, hasta güvenliği, hasta bakımı ve hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin başlıca unsurudur. Ölüme ve/veya sakatlığa neden olabilen ilaç hataları, uzman hekimler tarafından öngörülüp, değerlendirilmektedir. İşyeri kazalarından ilaç uygulama hatalarına kadar pekçok nedene bağlı, her yıl binlerce insan ölmektedir. Hekimler, sağlık kuruluşu işletmecileri ve hemşireler tarafından yapılan çalışmalarda, hasta güvenliği konusunun, hemşirenin birincil sorumluluğu olarak algılandığını göstermektedir (Sayek 2011).

Hemşirelerin, hasta güvenliğinde primer görevleri üstlenmeleri sebebi ile, yapılan hataların, sistem unsurlu aksaklıklardan çok hemşirelere yüklenmesi tehlikesi her zaman söz konusudur. Buna karşın hemşirelerin tedbiri elden bırakmama yaklaşımlarının hastaları pekçok tehlikeli ve riskli uygulamalara karşı koruduğu da kanıtlarla ispat edilmiştir. Yapılan bir çalışmada, hekimler, eczacılar ve diğer sağlık personeli tarafından yapılan ilaç hatalarından çoğunluğunun (%86) hemşireler

tarafından, hata öncesinde önlendiğini göstermiştir. Geniş, sistematik yaklaşım, sağlık kuruluşu yönetimi dahil tüm sağlık koruma ekibi üyelerini de içine alan, hasta güvenliği açısından en sağlıklı yaklaşımdır. Sağlık bakımının etkililiği ve başarılı sonuç elde edilmesinde hemşireliğin liderliği temel unsurdur. Hemşireler hastaların güvenlik stratejilerini oluşturma ve devamında ideal bir pozisyona sahip olup hastanelerde primer rolü üstlenmektedir (Sayek 2011).

Hemşirelik hizmetlerinin merkezinde insan olması nedeniyle oluşabilecek hatalarda hasta ile 24 saat beraber olan hemşireler daha dikkatli olmalıdır. Hasta bakımıyla doğrudan ilgili olan ve uzun saatler hasta ile birlikte zaman geçiren hemşirelerin hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesinde önemli rolleri bulunmakta ve kilit bir rol üstlenmektedir. Bu rollerin başlıcaları şunlardır:

1. Hasta güvenliği kültürü oluşturularak tüm çalışanların konu hakkında bilgilendirilmesinin sağlanması,
2. Hemşirelik hizmetlerinin sürdürülmesinde liderlik edilerek tıbbi hataların önlenmesi,
3. Raporlandırma konusuna ilişkin gerekli eğitimlerin sağlık çalışanlarına verilerek uygulanmasının sağlanması,
4. Disiplinlerarası ve multidisipliner yaklaşımın sağlanması ve işbirlikçi tutumun geliştirilmesi,
5. Yoğun bakımlardaki hemşirelik bakımına ilişkin süreçlerin düzenli olarak takibi,
6. Hasta güvenliğine ilişkin kurum içi ve kurum dışı etkinliklerde aktif rol almanın sağlanması ve çalışanların bu konuda teşvik edilmesi,
7. Hemşirelerin çalışma saatlerinin yasalar doğrultusunda düzenlenmesi,
8. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimleri sırasında hasta güvenliği uygulamalarına ilişkin rollerinin ve sorumluluklarının hatırlatılması ve yeni gelişmelerin izlenmesi,
9. Hasta/yakınlarına risklerle ilgili bilgilendirmelerin hasta eğitimi kapsamında yapılması,

10. Yasal durum ve değişiklikleri savunmak için yöneticilerden destek alınması ve tıbbi hataların zamanında bildirilmesinin sağlanması,

11. Çalışanların çalışma koşullarının gözden geçirilmesi ve ihtiyaçlarının karşılanması,

12. İnfeksiyonların kontrol altına alınması ve çapraz infeksiyonların önlenmesi,

13. Yüksek riskli uygulamalara ait standartların belirlenmesi ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi,

14. Tıbbi hataların zamanında bildirilerek ve cezalandırmanın en aza indirildiği bir ortam oluşturulması,

15. Hasta güvenliği uygulamalarının sürdürülebilmesinde yeterli insan gücü ve maddi kaynakların sağlanması,

16. Yöneticiler tarafından hasta güvenliğiyle ilgili stratejilerin oluşturulması,

17. Hemşire ve diğer tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda bilgili ve duyarlı olmasının sağlanması,

18. Hasta güvenliğinin oluşturulmasında hatalı uygulamaların nedeninin belirlenmesi,

19. Hemşirelik bakım kalitesinin arttırılmasına yönelik çalışmaların yapılmasıdır (McGillis ve ark. 2004; Henneman ve ark. 2006; Lake ve ark. 2010; Altundağ 2016; Öztürk ve Kahrıman 2016).

Hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin rol ve sorumluluklarına Hemşirelik Kanunu ve Hemşirelik Yönetmeliği'nde de yer verilmiştir.

Hemşirelik Kanunu 6283 kanun numarasıyla mevzuatta yer almaktadır. Kanun en son 2012 yılında son halini almıştır. Kanunda 16 madde bulunmaktadır.

Hemşirelik Kanunu'nun 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14. maddeleri hemşirelik mesleğini kimlerin ve nerelerde yapabileceğini açıklamaktadır. Dördüncü maddesi hemşirelerin görevlerini açıklamaktadır. Hemşireler; "tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik

bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu Kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yapar". Hemşirelerin birinci fıkrada sayılan hizmetlerde çalışma alanlarına, pozisyonlarına ve eğitim durumlarına göre görev, yetki ve sorumlulukları Sağlık Bakanlığı'nca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

11. maddesi hemşirelerin hangi durumlarda ceza alabileceklerini ve kanundaki yerlerini açıklamaktadır.

15. madde bu kanunun 28 Şubat 1954 tarihinden bu yana mer'i olduğunu belirtir.

16. maddeye göre bu kanunun hükümlerini icraya Maliye ve Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekilleri memurdur (Sağlık Bakanlığı 2012).

Hemşirelik Yönetmeliği 8.3.2010 tarihinde yayınlanmıştır ve 19.4.2011 tarihinde en son hali yayımlanmıştır. Toplamda 13 madde içermektedir.

Yönetmeliğin birinci maddesine göre yönetmeliğin amacı; sağlık hizmeti sunulan kurum ve kuruluşlarda görev yapan hemşirelerin çalışma alanlarına, pozisyonlarına ve eğitim durumlarına göre görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemektir.

Yönetmeliğin ikinci maddesi bu yönetmeliğin, kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında ve hemşirelik hizmetleri sunulan diğer alanlarda görev yapan hemşireleri kapsadığını belirtmiştir.

Yönetmeliğin üçüncü maddesi bu Yönetmeliğin 25/2/1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununun 4 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmasını açıklar.

Yönetmeliğin dördüncü maddesi bu yönetmelikte geçen tanımları açıklamaktadır.

Yönetmeliğin 5. maddesine göre hemşirelik hizmetleri aşağıdaki hususları kapsar:

a) Birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hemşirenin yerine getirdiği bakım verme, hekimce hazırlanan tıbbî tanı ve tedavi planının oluşturulması ve

uygulanması, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama rolleri,

b) Mesleki eğitimle kazanılan bilgi, beceri ve karar verme yeteneklerini kullanarak, insanlara yaşadıkları ve çalıştıkları her ortamda doğum öncesinden başlayarak yaşamın tüm evrelerinde meslek standartları ve etik ilkeler çerçevesinde sunduğu hemşirelik bakımı,

c) Hemşirelik hizmetlerinin ve bu hizmetlerden sorumlu insan gücü kaynaklarının, diğer kaynakların ve bakım ortamının yönetimi ile risk yönetimini,

Yönetmeliğin altıncı maddesine göre hemşireler;

a) Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.

b) Verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir.

c) Tıbbî tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygular, hastada beklenmeyen veya ani gelişen durumlar ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında müdavi hekimin şifahi tıbbi istemini kabul eder. Bu süreçte hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır.

ç) Hastaya lüzumu halinde uygulanmak üzere hekim tarafından reçete edilen tıbbî talepleri bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirir.

d) Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalananlara zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, müdavi hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular.

e) Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.

f) Görevi teslim alacak hemşire gelmeden ve gerekli bilgiyi hasta başında sözlü ve yazılı olarak teslim etmeden ve doğal afet, toplu kazalar gibi olağanüstü durumlarda ise hemşireye olan ihtiyaç ortadan kalkmadan kurumdan ayrılamaz.

g) Hemşirelikle ilgili eğitim, danışmanlık, araştırma faaliyetlerini yürütür. Mesleği ile ilgili bilimsel etkinliklere katılır. Toplumun, öğrenci hemşirelerin, sağlık çalışanlarının ve adaylarının eğitimine destek verir ve katkıda bulunur.

h) Sağlık hizmetlerinin verildiği tüm alanlarda etkin bir şekilde görev alır, oluşturulan sağlık politikalarının yürütülmesinde, mevzuat çerçevesinde karar mekanizmalarına katılır.

ı) Hizmet sunumunda, hizmetten faydalananların bireysel farklılıklarını kabul ederek, insan onurunu, mahremiyetini ve kültürel değerlerini azami ölçüde göz önünde bulundurur.

i) Tüm uygulamalarını kayıt altına almakla görevlidir.

Yönetmeliğin yedinci maddesi yüksek lisanslarını tamamlayıp uzman olan hemşireleri tanımlamaktadır.

Yönetmeliğin sekizinci maddesi, hemşirelik mesleğiyle ilgili özellik arz eden birim ve alanlarda yetki belgesine sahip hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları, sahip oldukları yetki belgeleri ve çalıştıkları özellikli alana göre bakanlıkça düzenlendiğini tanımlar.

Yönetmeliğin dokuzuncu maddesi başhemşirelik yetkilendirilmesinin nasıl olacağını ve görevlerini açıklamaktadır.

Yönetmeliğin onuncu maddesi sorumlu hemşire olmak için gerekenleri ve yetki ve görevlerini açıklamaktadır.

Yönetmeliğin on bir, on iki ve on üçüncü maddesine göre yönetmelik Sağlık bakanlığına bağlı olarak yürütülür ve her türlü alt düzenlemeleri yapmaya yetkilidir (Sağlık Bakanlığı 2011).

Yukarıda belirtilen görevlerin dışında yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakıma özel görevleri, yetki ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bunlar;

- ✓ Hasta ve ailesinin haklarına, otonomilerine ve farklılıklarına saygı gösterir, yargılayıcı ve ayrımcı olmayan bir bakım sağlar.
- ✓ Hasta yararına olan karar ve girişimleri etik ilkeler doğrultusunda belirler.
- ✓ Kurumun güvenlik ve risk yönetimi programına katkıda bulunur ve destekler.
- ✓ Her yaş grubuna özgü alınması gerekli güvenlik önlemlerini bilir, hastalar ve çalışanlar için temiz ve güvenli bir çevre sağlar ve sürdürür.
- ✓ Hemşirelik bakımında asepti, sterilizasyon ve izolasyon tekniklerine uyar ve uyulmasını sağlar.
- ✓ Aseptik tekniğe uygun biçimde hastanın pansumanlarını, kateter bakımlarını yapar.
- ✓ Hastane enfeksiyonu olan veya enfeksiyona yatkınlığı olan hastaların bakımında enfeksiyon kontrol programına destekleyici girişimlerde bulunur.
- ✓ Hasta değerlendirmesinde skora sistemleri ve skalalardan (Braden, Waterlow vb.) yararlanır.
- ✓ Temel ve ileri yaşam desteği protokollerini bilir, uygun acil girişimleri başlatır.
- ✓ Acil ilaç seti, tıbbi cihazları ve malzemeleri kullanıma hazır bulundurur.
- ✓ Diğer sağlık profesyonelleri ile beraber hasta vizitine katılır, hastanın tedavi ve bakım planının oluşturulmasına katkıda bulunur.
- ✓ Her yaş grubu ile ilgili normal büyüme ve gelişmeyi bilir, bu bilgiler doğrultusunda bakımı planlayıp uygular.
- ✓ Çevresel uyaranları kontrol altına alarak hastaların uyku ve dinlemelerini sağlar.
- ✓ Her yaş grubuna özgü uygulanması gereken ilaç çeşitlerini, farklı dozlarını ve olabilecek yan etkilerini bilir, ilaçları hekimin yazılı istemine uygun şekilde verir.
- ✓ Non-invaziv monitörizasyon tekniklerini kullanır.
- ✓ İnvaziv girişimlerde hekimi asiste eder.

- ✓ Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözer, ventilatördeki hastaya bakım verir.
- ✓ Hemodinamik parametreleri takip eder ve hesaplar, sonuçları yorumlar, kaydeder ve ilgili sağlık profesyonellerine bildirir.
- ✓ Kardiyak ritmi izler, yorumlar, öldürücü ritimleri tanır ve gerekli acil girişimleri bilir, uygular.
- ✓ Pace makerli hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.
- ✓ İntra aortik balon pompalı hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.
- ✓ Basınç yaralanması riskini değerlendirir ve önleyici uygulamalar yapar.
- ✓ Hastaya oksijen uygulamasında rol alır.
- ✓ Postural drenaj uygulamalarında rol alır.
- ✓ Aldığı-çıkardığı sıvı izlemi, enteral ve total parenteral beslenme uygulaması ve takibini yapar.
- ✓ Post- mortem bakımda rol alır.
- ✓ Bakım verirken hasta, ailesi ve sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde çalışır.
- ✓ Hastaya bakım verirken ortaya çıkan uzmanlık sınırları dışında olan sorunların çözümünde, ilgili uzmanlık alanlarındaki sağlık profesyonelleri ile iletişime geçer.
- ✓ Hasta ve ailesinin eğitimlerinde, onların geleneksel ve kültürel özelliklerini dikkate alır.
- ✓ Yoğun bakım hemşireliği ile ilgili bilgi, beceri ve yetkinliklerini güncelleştirir.
- ✓ Klinik becerilerini artırabileceği ve deneyim kazanabileceği eğitim fırsatlarını araştırır.
- ✓ Akranlarının, meslektaşlarının ve diğer sağlık görevlilerinin profesyonel gelişimlerine katkıda bulunur.
- ✓ Araştırma bulgularını, yenilikleri yoğun bakım uygulamalarına yansıtır.
- ✓ Uygulamalarında kanıta dayalı araştırma sonuçlarından yararlanır (Akbal Ergün ve ark. 2007).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi

Araştırma, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın, hasta güvenliği açısından riskli grubu oluşturan kritik hastalara bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin, hasta güvenliği konusunda tutumlarının belirlenmesi; konuya ilişkin farkındalıklarının artırılarak eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinde rehber olabileceği düşünülmektedir.

#### 3.2. Araştırma Soruları

Araştırma Soruları:

- Yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumları nedir/nasıldır?
- Yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumları sosyo-demografik özelliklerine göre fark gösterir mi?
- Yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumları çalışma yaşamlarındaki bazı durumlara göre fark gösterir mi?

#### 3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, Mart 2018 ve Mayıs 2018 tarihleri arasında Kocaeli ilinde bulunan ve çalışma izni alınabilen tüm kamu ve üniversite hastanelerinin yoğun bakımlarında yapıldı.

#### 3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kocaeli İlinde bulunan kamu hastaneleri (Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Karamürsel Devlet Hastanesi, İzmit Seka Devlet Hastanesi, Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi, Kandıra M. Kazım Dinç Devlet Hastanesi) ve Kocaeli Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yoğun bakım birimlerinde çalışan toplam 273 hemşire oluşturdu. Araştırmanın örnekleme evrendeki eleman sayısı bilinen formülle hesaplanarak 130 olarak belirlendi. Çalışmanın gücü  $1-\beta$  ( $\beta =$  II. tip hata olasılığı) olarak ifade edilir ve genel olarak araştırmaların %80 güce sahip olmaları gerekmektedir. Bu araştırmada 273

kişilik evrenden toplamda  $\alpha=0.05$  düzeyinde %80 güç elde etmek için çalışmaya alınacak olgu sayısının en az 130 olarak saptandığı ancak kayıplar göz önüne alındığında bu sayının 150 olarak almanın daha uygun olacağı görüldü. Araştırma 161 hemşire ile tamamlandı.

### Basit Rastgele Örneklemede Örneklem Genişliği Tahmini

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma

$$(273) \cdot (1.96)^2 \cdot (0.20) \cdot (0.80)$$

$$n = \frac{(273) \cdot (1.96)^2 \cdot (0.20) \cdot (0.80)}{(0.05)^2 (273-1) + (1.96)^2 \cdot (0.20) \cdot (0.80)}$$

***n = 130 minimum toplam olgu miktarı***

#### 3.4.1. Araştırmaya Seçilme Kriterleri

*Araştırmaya seçilme kriterleri;*

- 18 ve üzeri yaşta olması,
- Yoğun bakım hemşiresi olması,
- Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında izinli olmaması,
- Araştırmaya katılmada gönüllü olmasıdır.

*Araştırmaya seçilmeme kriterleri;*

- Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında izinli olması,
- Araştırmaya katılmada isteksiz olması,
- Yoğun bakım dışındaki birimlerde çalışılıyor olmasıdır.

### 3.5. Araştırmanın Değişkenleri

*Bağımlı değişken:* Yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumları.

*Bağımsız değişken:* Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, kadrosu, mezuniyet derecesi, hemşire olarak toplam çalışma yılı, yoğun bakımda çalışma süresi, çalışılan yoğun bakım birimi, çalışılan hastane, çalışılan yoğun bakım basamağı, haftalık toplam çalışma saati, aylık tutulan gece vardiyası sayısı, günlük bakım verilen hasta sayısı, çalışılan vardiya, yoğun bakım hemşireliği sertifikası olma durumu, hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumu, hasta güvenliği sertifikası olma durumu, hasta güvenliği konusunda yeterli bilgi ve yetkinliğe sahip olma durumu.

### 3.6. Araştırmada Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak Anket Formu (**Ek 1**) ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (**Ek 2**) kullanıldı.

#### 3.6.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Bayar 2013, Yeniterzi 2013, Balık, 2014, Yılmaz 2014, Aydemir 2015) hazırlanan anket formu, yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu), çalışma yaşamlarına ait bazı özelliklerini (kadrosu, meslekte toplam çalışma yılı, yoğun bakımda çalışma süresi, çalıştığı yoğun bakım birimi, çalıştığı hastane, çalıştığı yoğun bakım basamağı, haftalık toplam çalışma saati, aylık tuttuğu gece vardiyası sayısı, günlük bakım verdiği hasta sayısı, hangi vardiyada çalıştığı, vb.) ve hasta güvenliğine ilişkin hemşirelerin bilgilerini (yoğun bakım hemşireliği sertifikası bulunması, hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumu, nereden eğitim aldığı, hasta güvenliği eğitim sertifikası olma durumu, hasta güvenliği konusunda yeterli bilgi ve yetkinliğe sahip olma durumu) içeren üç bölüm ve toplam 19 sorudan oluşmaktadır.

#### 3.6.2. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği

Bu ölçeğin ilk olarak Sexton ve ark. (2006) tarafından farklı birimlere özgü (yoğun bakım, eczane ve kadın doğum birimleri) versiyonları geliştirilmiştir. Baykal ve ark. tarafından 2010 yılında ölçek Türkçe'ye uyarlanarak tüm birimlerde uygulanabilir yapıya dönüştürülmüştür. Ölçek; iş doyumunu (11 madde), ekip çalışması (12 madde), güvenlik iklimi (5 madde), yönetim anlayışı (7 madde), stresi tanımlama (5 madde) ve

çalışma koşulları (6 madde) olmak üzere 6 alt boyuttan ve toplam 46 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipinde olan ölçek 5- tamamen katılıyorum, 4- katılıyorum, 3- kısmen katılıyorum, 2-katılmıyorum, 1-kesinlikle katılmıyorum şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin bazı maddeleri (21., 36., 37., 38., 39., 40., 41., 42., 43. ve 45. maddeler) negatif puanlanmaktadır. Baykal ve ark. (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak tüm birimlerde uygulanabilir yapıya dönüştürülmüş olan ölçeğin madde toplam puan korelasyonu değeri .35 ile .58 arasında olup, toplam ölçek için Cronbach alfa değeri .93 ve alt boyut Cronbach alfa değerleri iş doyumunda .85, ekip çalışmasında .86, güvenlik ikliminde .83, yönetim anlayışında .77, stresi tanımlamada .74 ve çalışma koşullarında .72 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan toplam puan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını yansıtmaktadır. Ölçeğin en düşük puanı 46, en yüksek puanı 230'dur. Toplam puan arttıkça hasta güvenliğine ilişkin tutumlar olumlu yönde artmaktadır.

Bu araştırmada ölçek alt boyut ve toplam iç tutarlılıkları incelendiğinde Cronbach alfa değeri; İş Doyumu için  $\alpha=0,876$ , Ekip Çalışması için  $\alpha=0,879$ , Güvenlik İklimi için  $\alpha=0,878$ , Yönetim Anlayışı için  $\alpha=0,886$ , Stres Tanımlama için  $\alpha=0,790$ , Çalışma Koşulları için  $\alpha=0,558$  ve ölçek toplamı için  $\alpha=0,933$  olarak saptandı.

### **3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması**

Veri toplama araçları olan Anket Formu ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği araştırma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmada gönüllü hemşirelere, araştırmanın amacı, yararı, verilerin toplanma süreci anlatılarak araştırmacı tarafından alınan bütün verilerin saklanacağı, cevapların gizli kalacağı ve sadece bilimsel amaç için kullanılacağı konusunda bilgi verildikten sonra uygulandı. Verilerin toplanılmasında yoğun bakım hemşireleriyle bire bir görüşme yöntemi kullanıldı. Araştırmaya katılmada istekli olan hemşirelere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra gönüllü bilgilendirme formu (**EK 3**) verilerek yazılı onamları alındı. Veri toplama araçlarını, literatürde belirtilen değil, gerçekte uyguladıklarına göre işaretlemeleri sözlü olarak istendi. Araştırma öncesinde veri toplama aracı olan anket formunun anlaşılabilirliğinin test edilmesinde yoğun bakım ünitesinde çalışan 16 hemşire pilot çalışma kapsamına alındı. Pilot çalışma sonrası anket formu başlangıçta iki bölümden oluşmakta iken üç bölüme çıkarıldı ve açık uçlu olan bir soruya yanıt alınamamasından dolayı çıkarılmasına karar verildi. Verilerin

toplanmasında hemşirelere süre belirtilmedi. Veri toplanma araçlarının doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürdü.

### **3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi**

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile yapıldı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student-t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Oneway ANOVA ve gruplar arası farklılığı belirlemede Games-Howel ve Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

### **3.9. Araştırmanın Etik Konuları**

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı kurumlardan kurum izni (**EK 4**), Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlayan Prof. Dr. Ülkü Baykal'dan ölçek kullanım izni alındı (**EK 5**). Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı.

Araştırmada insan olgusunun kullanımı, kişisel hakların korunmasını gerektirdiğinden; Gönüllü Bilgilendirme Formu (**EK 3**) bir etik koşul olarak gerçekleştirildi ve örneklem kriterlerine uyan, araştırmaya katılma konusunda istekli yoğun bakım hemşirelerinden sözlü veya yazılı izinleri alındı.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın Kocaeli ilindeki yoğun bakımlarda gerçekleştirilmiş olması, Kocaeli ilindeki hastanelerin bazılarında kurum izni verilmemiş olması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

## 4.BULGULAR

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen verilerin bulguları aşağıda belirtilen bölüm başlıkları altında tablo ve şekiller halinde verildi.

**Bölüm I:** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-demografik ve Çalışma Yaşamlarına Ait Özelliklerine İlişkin Bulgular ve İstatistiksel Analizleri

**Bölüm II:** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Deneyimlerine İlişkin Bulgular ve İstatistiksel Analizleri

**Bölüm III:** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular ve İstatistiksel Analizleri

**Bölüm IV:** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-demografik ve Çalışma Yaşamlarına Ait Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular ve İstatistiksel Analizleri

**Bölüm V:** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Deneyimlerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular ve İstatistiksel Analizleri

### 4.1.Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik ve Çalışma Yaşamlarına Ait Özelliklerine İlişkin Bulgular ve İstatistiksel Analizleri

Bu bölümde, hemşirelerin sosyo-demografik (Tablo 4.1-1) ve çalışma yaşamlarına ait (Tablo 4.1-2) özelliklerine yönelik bulguları yer aldı.

**Tablo 4.1-1: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri (N=161)**

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde(%)	
Yaş	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	20-54 (32)	
	<i>Ort±Ss</i>	32,66±6,15	
	≤25 Yaş	20	12,4
	26-30 Yaş	45	28,0
	31-35 Yaş	37	23,0
	≥36 Yaş	<b>59</b>	<b>36,6</b>
Cinsiyet	Kadın	<b>136</b>	<b>84,5</b>
	Erkek	25	15,5

<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Lise</b>	17	10,6
	<b>Önlisans</b>	29	18,0
	<b>Lisans</b>	<b>97</b>	<b>60,2</b>
	<b>Lisansüstü</b>	18	11,2
<b>Medeni Durum</b>	<b>Evli</b>	<b>115</b>	<b>71,4</b>
	<b>Bekar</b>	46	28,6

Araştırma kapsamına alınan yoğun bakım hemşirelerinin yaşları 20 ile 54 arasında değişmekte olup %36,6'sı (n=59) 36 ve üzeri yaşta, yaş ortalaması ise  $32,66 \pm 6,15$  olarak saptandı. Hemşirelerin %84,5'inin (n=136) kadın, %60,2'sinin (n=97) lisans mezunu, %71,4'ünün (n=115) medeni durumunun evli olduğu gözlemlendi (Tablo 4.1-1).

**Tablo 4.1-2: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Yaşamlarına Ait Özellikleri (N=161)**

<b>Özellikler</b>		<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Kadro</b>	<b>Hemşire</b>	<b>146</b>	<b>90,7</b>
	<b>Diğer*</b>	15	9,3
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	1-31 (10)	
	<i>Ort±Ss</i>	10,48±6,52	
<b>Toplam Çalışma Yılı</b>	<b>≤5 Yıl</b>	44	27,3
	<b>6-10 Yıl</b>	<b>45</b>	<b>28,0</b>
	<b>11-15 Yıl</b>	34	21,1
	<b>≥16 Yıl</b>	38	23,6
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	1-29 (6)	
	<i>Ort±Ss</i>	6,35±4,83	
<b>Yoğun Bakımda Çalışma Yılı</b>	<b>≤5 Yıl</b>	<b>79</b>	<b>49,1</b>
	<b>6-10 Yıl</b>	57	35,4
	<b>≥11 Yıl</b>	25	15,5
		<b>Genel</b>	<b>80</b>
<b>Çalışılan Yoğun Bakım Birimi</b>	<b>Kardiyovasküler Cerrahi</b>	20	12,4
	<b>Koroner</b>	11	6,8
	<b>Çocuk</b>	9	5,6
	<b>Yenidoğan</b>	33	20,5
	<b>Diğer</b>	8	5,0
<b>Çalışılan Hastane</b>	<b>Devlet Hastanesi</b>	<b>107</b>	<b>66,5</b>
	<b>Üniversite Hastanesi</b>	54	33,5

<b>Çalışılan Yoğun Bakım Basamağı (Düzeyi)</b>	<b>1. Basamak</b>	31	19,3
	<b>2. Basamak</b>	32	19,9
	<b>3. Basamak</b>	<b>98</b>	<b>60,9</b>
<b>Haftalık Çalışma Saati</b>	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	40-68 (40)	
	<i>Ort±Ss</i>	44,63±6,15	
	<b>≤40 Saat</b>	<b>89</b>	<b>55,3</b>
	<b>&gt;40 Saat</b>	72	44,7
<b>Gece Vardiyası Tutma</b>	<b>Var</b>	<b>132</b>	<b>82,0</b>
	<b>Yok</b>	29	18,0
<b>Aylık Gece Vardiya Sayısı (n=132)</b>	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	1-16 (9)	
	<i>Ort±Ss</i>	8,80±2,42	
	<b>≤10 Vardiya</b>	<b>74</b>	<b>56,1</b>
	<b>&gt;10 Vardiya</b>	58	43,9
<b>Günlük Bakılan Hasta</b>	<b>Var</b>	<b>152</b>	<b>94,4</b>
	<b>Yok</b>	9	5,6
<b>Genelde Çalışılan Vardiya</b>	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	2-9 (3)	
	<i>Ort±Ss</i>	3,45±1,50	
	<b>Sürekli Gece</b>	15	9,3
	<b>Sürekli Gündüz</b>	30	18,6
	<b>Karma</b>	<b>116</b>	<b>72,0</b>

\* Ebe, Acil Tıp Teknisyeni, Toplum Sağlığı Memuru

**Tablo 4.1.2'**de yoğun bakım hemşirelerinin çalışma yaşamlarına ait özellikleri incelendiğinde; %90,7'sinin (n=146) hemşire, %9,3'ünün (n=15) diğer sağlık çalışanları (ebe, ATT, vb.) olduğu, meslekte toplam çalışma süresinin 1-31 yıl arasında değişmekte olup, %28'inin (n=45) 6-10 yıl arasında, ortalama 10,48±6,52 yıl olduğu, yoğun bakımda çalışma süreleri 1-29 yıl arasında değişmekte olup, %49,1'inin (n=79) 5 yıl ve altında olduğu, ortalama yoğun bakımda çalışma süresinin ise 6,35±4,83 yıl olduğu; %49,7'sinin (n=80) genel yoğun bakımda, %66,5'inin (n=107) devlet hastanesinde, %60,9'unun (n=98) 3. basamak yoğun bakımda çalıştığı saptandı.

Yoğun bakım hemşirelerinin haftalık çalışma saatleri 40 ile 68 arasında değişmekte olup, ortalama 44,63±6,15 saat olarak saptandı; %55,3'ünün (n=89) haftalık çalışma saatinin 40 ve altında saat olduğu, %44,7'sinin (n=72) ise 40 saatten fazla olduğu belirlendi. Yoğun bakım hemşirelerinin %82'sinin (n=132) gece vardiyasında çalıştığı gözlenirken, gece vardiyasında çalışanların (n=132) aylık vardiya sayılarının 1 ile 16 arasında değişmekte olup, %56,1'inin (n=74) aylık 10 ve altında gece vardiyası olduğu, ortalama gece vardiyası sayısının 8,80±2,42 olduğu gözlemlendi.

Araştırmada yer alan yoğun bakım hemşirelerin %94,4'ünün (n=152) hasta bakımında aktif olarak yer aldığı, hasta bakım hemşirelerin (n=152) günlük baktıkları hasta sayısının 2-9 arasında değişmekte olup ortalama  $3,45 \pm 1,50$  hasta olduğu saptandı (Tablo 4.1-2).

Çalışanların %9,3'ünün (n=15) sürekli gece çalıştığı, %18,6'sının (n=30) sürekli gündüz ve %72'sinin (n=116) gece-gündüz karma vardiya şeklinde çalıştığı gözlemlendi (Tablo 4.1-2).

#### 4.2.Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Deneyimlerine İlişkin Bulgular ve İstatistiksel Analizleri

Bu bölümde, yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği deneyimlerine ilişkin bulgularına yer verildi.

**Tablo 4.2-1: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Deneyimleri (N=161)**

Hasta Güvenliği Deneyimleri		Sayı (n)	Yüzde(%)
Yoğun Bakım Sertifikası	Var	56	34,8
	Yok	105	65,2
Hasta Güvenliği Eğitimi Alma	Evet	154	95,7
	Hayır	7	4,3
Eğitimin Alındığı Yer*	Okuldaki Derslerden	62	38,5
	Kurum İçi Oryantasyon	104	64,6
	Hizmet İçi Eğitim	107	66,5
	Kurs/ Sertifika/ Eğitim Programı	11	6,8
	Bilimsel Etkinlikler	17	10,6
Hasta Güvenliği Eğitim Sertifikası Olması	Var	5	3,1
	Yok	156	96,9
Hasta Güvenliği Konusunda Yeterli Bilgi ve Yetkinliğe Sahip Olma Düşüncesi	Var	138	85,7
	Yok	23	14,3

\*Birden çok yanıt verilmiştir.

Araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin %34,8'inin (n=56) yoğun bakım sertifikasının olduğu, %65,2'sinin (n=105) yoğun bakım sertifikasının olmadığı; %95,7'sinin (n=154) hasta güvenliği eğitimi aldığı, hasta güvenliği eğitimi alanların %38,5'inin (n=62) okuldaki derslerden, %64,6'sının (n=104) kurum içi

oryantasyonlardan, %66,5'inin (n=107) hizmet içi eğitimlerden, %6,8'inin (n=11) kurs/ sertifika/ eğitim programlarından ve %10,6'sının (n=17) bilimsel etkinliklerden eğitim aldığı saptandı. Yoğun bakım hemşirelerinin %3,1'i (n=5) hasta güvenliği sertifikasının olduğunu, %85,7'si (n=138) hasta güvenliği konusunda yeterli bilgi ve yetkinliğe sahip olduğunu düşündüğünü bildirdi (Tablo 4.2-1).

#### 4.3.Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular ve İstatistiksel Analizleri

Bu bölümde, yoğun bakım hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden aldıkları puanlara ilişkin bulgularına yer verildi (Tablo 4.3-1).

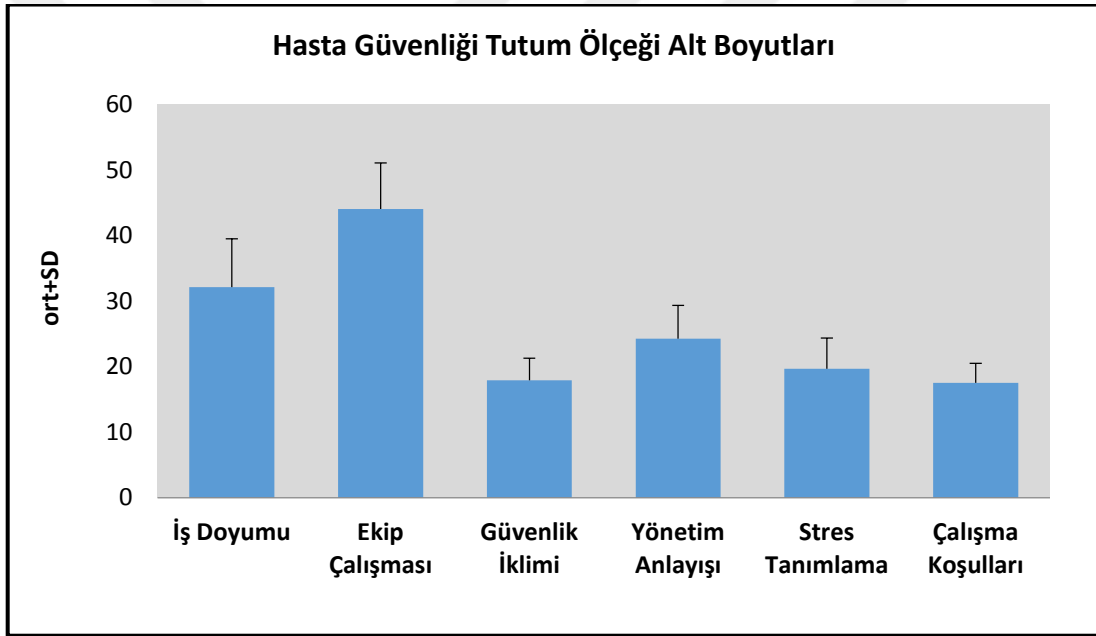
**Tablo 4.3-1: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Alt Boyutları, Toplam Puanı ve İç Tutarlılık Puanları**

Ölçek ve Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Min	Max	Ort	Ss	Cronbach's Alpha
İş Doyumu	11	14	55	32,11	7,40	0,876
Ekip Çalışması	12	18	59	44,01	7,05	0,879
Güvenlik İklimi	5	5	25	17,89	3,38	0,878
Yönetim Anlayışı	7	7	35	24,25	5,09	0,886
Stres Tanımlama	6	6	30	19,68	4,66	0,790
Çalışma Koşulları	5	10	25	17,54	2,95	0,558
<b>Toplam Puan</b>	<b>46</b>	<b>93</b>	<b>229</b>	<b>155,49</b>	<b>22,15</b>	<b>0,933</b>

Ss:Standart sapma

Yoğun bakım hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alt boyutları ve ölçek toplamı değerlendirildiğinde; İş Doyumu alt boyutundan aldıkları puanlar 14 ile 55 arasında değişmekte olup, ortalama  $32,11 \pm 7,40$  olarak; Ekip Çalışması alt boyutundan aldıkları puanlar 18 ile 59 arasında değişmekte olup, ortalama  $44,01 \pm 7,05$

olarak; Güvenlik İklimi alt boyutundan aldıkları puanlar 5 ile 25 arasında değişmekte olup, ortalama  $17,89 \pm 3,38$  olarak; Yönetim Anlayışı alt boyutundan aldıkları puanlar 7 ile 35 arasında değişmekte olup, ortalama  $24,25 \pm 5,09$  olarak; Stres Tanımlama alt boyutundan aldıkları puanlar 6 ile 30 arasında değişmekte olup, ortalama  $19,68 \pm 4,66$  olarak; Çalışma Koşulları alt boyutundan aldıkları puanlar 10 ile 25 arasında değişmekte olup, ortalama  $17,54 \pm 2,95$  olarak ve ölçek toplam puanı 93 ile 229 arasında değişmekte olup, ortalama  $155,49 \pm 22,15$  olarak belirlendi (**Tablo 4.3-1, Şekil 4.3-1**). Ölçek alt boyut ve toplam iç tutarlılıkları incelendiğinde Cronbach alfa değeri; İş Doyumunda  $\alpha=0,876$ , Ekip Çalışmasında  $\alpha=0,879$ , Güvenlik İkliminde  $\alpha=0,878$ , Yönetim Anlayışında  $\alpha=0,886$ , Stres Tanımlamada  $\alpha=0,790$ , Çalışma Koşullarında ( $\alpha=0,558$ ), ölçek toplamında ise  $\alpha=0,933$  olduğu saptandı (**Tablo 4.3-1**).



**Şekil 4.3-1: Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Puanları Dağılımı**

#### **4.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik ve Çalışma Yaşamlarına Ait Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular ve İstatistiksel Analizleri**

Bu bölümde, yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik ve çalışma yaşamlarına ait özelliklerine göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden aldıkları puanlara ilişkin bulgulara yer verildi (**Tablo 4.4-1; Tablo 4.4-2**).

**Tablo 4.4-1. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar (N=161)**

Özellik	İş	Ekip	Güvenlik	Yönetim	Stresi	Çalışma	Toplam	
	Doyumu	Çalışması	İklimi	Anlayışı	Tanımlama	Koşulları	Puan	
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	
Yaş	≤25 Yaş (n=20)	33,75±7,09	43,65±6,6	17,9±2,17	24±5,07	19,65±5,21	17,8±3,02	156,75±19,92
	26-30 Yaş (n=45)	32,64±7,98	45,16±6,18	18,16±2,94	24,27±5,07	18,6±4,65	17,67±2,93	156,49±21,29
	31-35 Yaş (n=37)	30,76±8,03	45,08±7,95	17,46±3,88	24,16±5,3	20,68±4,06	17,43±2,78	155,57±24,26
	≥36 Yaş (n=59)	32±6,64	42,58±7,14	17,97±3,72	24,39±5,11	19,9±4,79	17,42±3,11	154,25±22,61
	<b>Test Değeri</b>	F:0,819	F:1,524	F:0,299	F:0,034	F:1,421	F:0,124	F:0,112
	<b>P</b>	<sup>a</sup> 0,485	<sup>a</sup> 0,210	<sup>a</sup> 0,826	<sup>a</sup> 0,992	<sup>a</sup> 0,239	<sup>a</sup> 0,946	<sup>a</sup> 0,953
Cinsiyet	Kadın (n=136)	31,99±7,48	44,24±6,92	18,09±3,29	24,45±5,12	19,63±4,71	17,56±2,87	155,95±22,35
	Erkek (n=25)	32,8±7,07	42,76±7,77	16,84±3,73	23,2±4,92	19,96±4,47	17,44±3,43	153±21,3
	<b>Test Değeri</b>	t:-0,505	t:0,961	t:1,709	t:1,128	t:-0,322	t:0,184	t:0,611
	<b>P</b>	<sup>b</sup> 0,615	<sup>b</sup> 0,338	<sup>b</sup> 0,089	<sup>b</sup> 0,261	<sup>b</sup> 0,748	<sup>b</sup> 0,854	<sup>b</sup> 0,542
Eğitim Durumu	Lise (n=17)	33,24±7,18	40,47±8,22	17,24±4,4	23,18±5,56	19,29±5,07	16,82±4,67	150,24±29,15
	Önlisans (n=29)	33,31±5,52	43,28±4,7	18,03±2,73	24,83±3,81	19,34±4,46	17,93±2,6	156,72±17
	Lisans (n=97)	31,89±7,84	44,97±7,13	18,1±3,29	24,36±5,33	19,86±4,52	17,75±2,63	156,93±22,05
	Lisansüstü (n=18)	30,33±7,93	43,33±7,89	17,17±3,81	23,78±5,32	19,67±5,64	16,44±2,97	150,72±22,98
	<b>Test Değeri</b>	F:0,757	F:2,234	F:0,631	F:0,438	F:0,132	F:1,277	F:0,760
	<b>P</b>	<sup>a</sup> 0,520	<sup>a</sup> 0,086	<sup>a</sup> 0,596	<sup>a</sup> 0,726	<sup>a</sup> 0,941	<sup>a</sup> 0,296	<sup>a</sup> 0,518
Medeni Durum	Evli (n=115)	32,24±7,69	44,77±7,13	18,19±3,51	24,64±5,3	19,51±4,8	17,7±3,17	157,05±23,33
	Bekar (n=46)	31,78±6,71	42,11±6,57	17,15±2,92	23,28±4,44	20,11±4,33	17,15±2,32	151,59±18,55
	<b>Test Değeri</b>	t:0,356	t:2,184	t:1,776	t:1,538	t:-0,731	t:1,203	t:1,419
	<b>P</b>	<sup>b</sup> 0,722	<sup>b</sup> 0,030*	<sup>b</sup> 0,078	<sup>b</sup> 0,126	<sup>b</sup> 0,466	<sup>b</sup> 0,231	<sup>b</sup> 0,158

Yoğun bakım hemşirelerin yaş, cinsiyet ve eğitim durumuna göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin alt boyutları olan İş Doyumu, Ekip Çalışması, Güvenlik İklimi, Yönetim Anlayışı, Stresi Tanımlama, Çalışma Koşulları alt boyutları ve ölçek toplam tutum puanı arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4-1).

Olguların medeni durumuna göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin İş Doyumu, Güvenlik İklimi, Yönetim Anlayışı, Stresi Tanımlama, Çalışma Koşulları alt boyutlarından ve ölçek toplamından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4-1). Ancak evli yoğun bakım hemşirelerinde Ekip Çalışması alt boyutu puanı bekarlardan yüksekti ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,030$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 4.4-1).

**Tablo 4.4-2. Yoğun Bakım Hemşirelerin Çalışma Yaşamlarına Ait Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar (N=161)**

Özellik		İş	Ekip	Güvenlik	Yönetim	Stresi	Çalışma	Toplam
		Doyumu	Çalışması	İklimi	Anlayışı	Tanımlama	Koşulları	Puan
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Kadro	Hemşire (n=146)	32,36±7,5	44,1±7,14	17,92±3,38	24,44±5,15	19,66±4,82	17,6±2,94	156,09±22,46
	Diğer (n=15)	29,67±6,01	43,07±6,26	17,6±3,42	22,47±4,17	19,93±2,79	16,93±3,08	149,67±18,47
	Test Değeri P	t:1,347 <i><sup>b</sup>0,180</i>	t:0,540 <i><sup>b</sup>0,590</i>	t:0,354 <i><sup>b</sup>0,724</i>	t:1,433 <i><sup>b</sup>0,154</i>	t:-0,335 <i><sup>b</sup>0,741</i>	t:0,836 <i><sup>b</sup>0,405</i>	t:1,070 <i><sup>b</sup>0,286</i>
Meslekteki Çalışma Süresi	≤5 Yıl (n=44)	32,7±7,66	44,23±6,52	17,8±2,78	23,59±4,49	19,32±4,2	17,57±2,96	155,2±20,16
	6-10 Yıl (n=45)	31,51±7,44	44,44±7,64	17,44±3,29	24,31±5,73	18,96±4,95	17,47±2,74	154,13±22,25
	11-15 Yıl (n=34)	32,41±8,05	45,03±7,61	18,82±4,05	24,88±5,07	20,79±4,61	17,85±2,89	159,79±24,71
	≥16 Yıl (n=38)	31,87±6,64	42,32±6,37	17,71±3,42	24,39±5,08	19,97±4,84	17,32±3,31	153,58±22,19
	Test Değeri P	F:0,222 <i><sup>a</sup>0,881</i>	F:1,039 <i><sup>a</sup>0,377</i>	F:1,179 <i><sup>a</sup>0,320</i>	F:0,428 <i><sup>a</sup>0,733</i>	F:1,150 <i><sup>a</sup>0,331</i>	F:0,208 <i><sup>a</sup>0,891</i>	F:0,576 <i><sup>a</sup>0,631</i>
Yoğun Bakımda Çalışma Süresi	≤5 Yıl (n=79)	31,96±7,51	44,47±7,13	17,8±3,26	23,96±5,33	19,24±4,69	17,57±2,91	155±21,74
	6-10 Yıl (n=57)	32,3±7,41	44,07±7,48	18,07±3,55	24,6±4,91	19,91±4,65	17,47±3,02	156,42±22,91
	≥11 Yıl (n=25)	32,16±7,31	42,4±5,7	17,8±3,46	24,4±4,88	20,56±4,64	17,6±3,03	154,92±22,5
	Test Değeri P	F:0,034 <i><sup>a</sup>0,966</i>	F:0,818 <i><sup>a</sup>0,443</i>	F:0,118 <i><sup>a</sup>0,889</i>	F:0,267 <i><sup>a</sup>0,766</i>	F:0,865 <i><sup>a</sup>0,423</i>	F:0,023 <i><sup>a</sup>0,977</i>	F:0,077 <i><sup>a</sup>0,926</i>
Çalışılan Hastane	Devlet Hastanesi (n=107)	33,38±7,17	43,78±7,59	18±3,55	24,52±5,08	19,97±4,87	17,63±3,02	157,28±23,05
	Üniversite Hastanesi (n=54)	29,59±7,27	44,46±5,9	17,69±3,01	23,72±5,12	19,11±4,21	17,37±2,84	151,94±19,98
	Test Değeri P	t:3,152 <i><sup>b</sup>0,002**</i>	t:-0,582 <i><sup>b</sup>0,561</i>	t:0,557 <i><sup>b</sup>0,578</i>	t:0,942 <i><sup>b</sup>0,348</i>	t:1,106 <i><sup>b</sup>0,270</i>	t:0,518 <i><sup>b</sup>0,605</i>	t:1,448 <i><sup>b</sup>0,150</i>
Yoğun Bakım Basamağı	1. Basamak(n=31)	36,1±7,76	45±8,4	19±4,4	25,35±5,95	20,1±5,15	18,65±2,61	164,19±25,61
	2. Basamak (n=32)	30,59±6,59	42,38±6,78	18±3,08	24,06±5,07	20,75±4,62	17,13±3,21	152,91±22,64
	3. Basamak (n=98)	31,35±7,17	44,22±6,66	17,51±3,04	23,97±4,81	19,2±4,5	17,33±2,91	153,58±20,31
	Test Değeri P	F:6,048 <i><sup>a</sup>0,003**</i>	F:1,213 <i><sup>a</sup>0,300</i>	F:2,352 <i><sup>a</sup>0,098</i>	F:0,899 <i><sup>a</sup>0,409</i>	F:1,485 <i><sup>a</sup>0,230</i>	F:2,808 <i><sup>a</sup>0,063</i>	F:3,051 <i><sup>a</sup>0,051</i>

**Tablo 4.4-2. Yoğun Bakım Hemşirelerin Çalışma Yaşamlarına Ait Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar-Devamı (N=161)**

<b>Haftalık Çalışma Süresi</b>	<b>≤40 Saat (n=89)</b>	32,53±7,92	43,54±7,9	17,62±3,86	24,04±5,65	19,31±5,07	17,51±2,92	154,55±24,75
	<b>&gt;40 Saat (n=72)</b>	31,6±6,72	44,58±5,85	18,24±2,65	24,51±4,33	20,14±4,1	17,58±3,01	156,65±18,55
	<b>Test Değeri</b>	t:0,792	t:-0,963	t:-1,201	t:-0,596	t:-1,141	t:-0,166	t:-0,598
	<b>P</b>	<b><sup>b</sup>0,429</b>	<b><sup>b</sup>0,337</b>	<b><sup>b</sup>0,231</b>	<b><sup>b</sup>0,552</b>	<b><sup>b</sup>0,256</b>	<b><sup>b</sup>0,869</b>	<b><sup>b</sup>0,551</b>
<b>Gece Vardiyası Tutma</b>	<b>Yok(n=29)</b>	35,21±9,53	46,41±7,37	19,31±3,39	27,48±4,77	19,14±5,81	17,93±3,02	165,48±24,52
	<b>Var (n=132)</b>	31,43±6,7	43,48±6,9	17,58±3,3	23,55±4,9	19,8±4,39	17,45±2,94	153,3±21,06
	<b>Test Değeri</b>	t:2,025	t:2,050	t:2,537	t:3,938	t:-0,581	t:0,786	t:2,737
	<b>P</b>	<b><sup>b</sup>0,051</b>	<b><sup>b</sup>0,042*</b>	<b><sup>b</sup>0,012*</b>	<b><sup>b</sup>0,001**</b>	<b><sup>b</sup>0,565</b>	<b><sup>b</sup>0,433</b>	<b><sup>b</sup>0,007**</b>
<b>Gece Vardiyası Tutma Sayısı</b>	<b>&lt;10 Vardiya (n=74)</b>	32,55±5,86	42,8±7,27	17,69±3,25	23,69±4,42	19,65±4,07	17,34±2,85	153,72±20,85
	<b>≥10 Vardiya (n=58)</b>	30,00±7,45	44,34±6,36	17,45±3,39	23,36±5,48	20±4,8	17,6±3,07	152,76±21,51
	<b>Test Değeri</b>	t:2,142	t:-1,282	t:0,414	t:0,380	t:-0,455	t:-0,514	t:0,258
	<b>P</b>	<b><sup>b</sup>0,034*</b>	<b><sup>b</sup>0,202</b>	<b><sup>b</sup>0,679</b>	<b><sup>b</sup>0,705</b>	<b><sup>b</sup>0,650</b>	<b><sup>b</sup>0,608</b>	<b><sup>b</sup>0,797</b>
<b>Çalışma Şekli</b>	<b>Sürekli Gece(n=15)</b>	28,27±6,35	43,6±4,75	18,67±3,62	24,33±6,15	19±5,63	17,27±2,79	151,13±22,47
	<b>Sürekli Gündüz (n=30)</b>	35,23±9,37	46,57±7,29	19,4±3,37	27,47±4,69	19,27±5,75	18,1±3,11	166,03±24,28
	<b>Karma (n=116)</b>	31,8±6,68	43,4±7,14	17,41±3,24	23,41±4,75	19,88±4,23	17,43±2,94	153,33±20,89
	<b>Test Değeri</b>	F:4,243	F:2,479	F:4,814	F:8,235	F:0,286	F:0,681	F:4,424
	<b>P</b>	<b><sup>a</sup>0,023*</b>	<b><sup>a</sup>0,087</b>	<b><sup>a</sup>0,009**</b>	<b><sup>a</sup>0,001**</b>	<b><sup>a</sup>0,753</b>	<b><sup>a</sup>0,508</b>	<b><sup>a</sup>0,014*</b>

<sup>a</sup>Oneway ANOVA

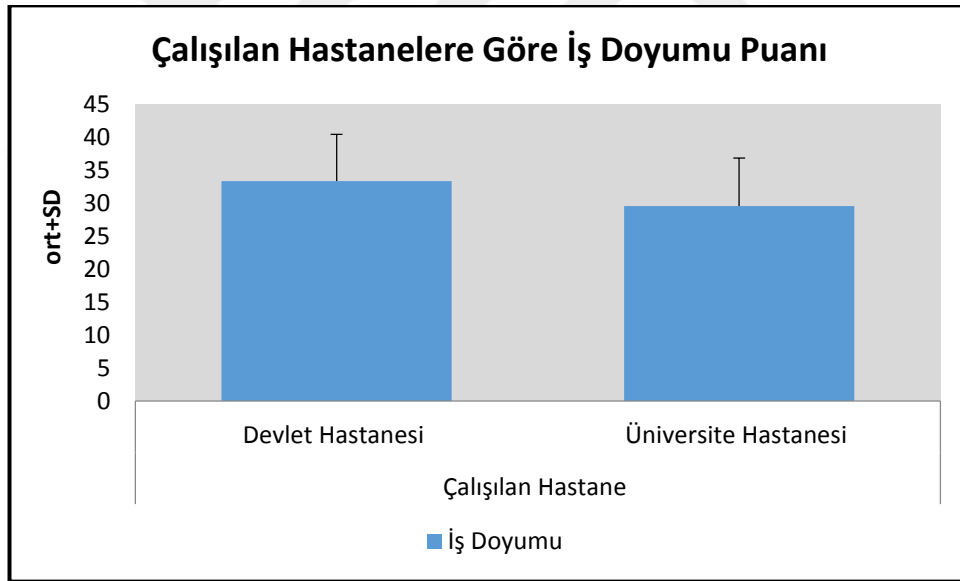
<sup>b</sup>Student-t Test

\* $p < 0,05$

\*\* $p < 0,01$

**Tablo 4.4-2’de** yoğun bakım hemşirelerinin kadrosuna, meslekteki çalışma sürelerine, yoğun bakımda çalışma sürelerine, haftalık toplam çalışma saatine göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği’nin İş Doyumu, Ekip Çalışması, Güvenlik İklimi, Yönetim Anlayışı, Stresi Tanımlama, Çalışma Koşulları alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ( $p>0,05$ ).

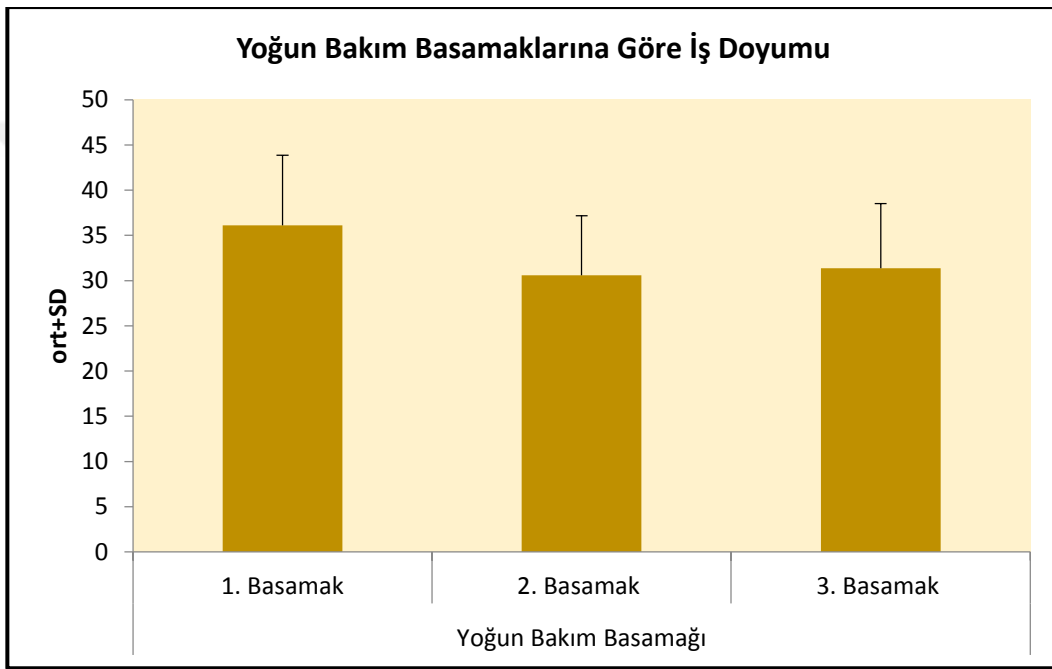
Çalışılan hastaneye göre yoğun bakım hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği’nin Ekip Çalışması, Güvenlik İklimi, Yönetim Anlayışı, Stresi Tanımlama, Çalışma Koşulları alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı fark göstermez iken ( $p>0,05$ ); devlet hastanesinde çalışan yoğun bakım hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği’nin İş Doyumu alt boyutundan aldıkları puan, üniversite hastanesinde çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,002$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 4.4-2, Şekil 4.4-1).



**Şekil 4.4-1: Çalışılan Hastanelere Göre İş Doyum Puanları Dağılımı**

Çalışılan yoğun bakım basamağına göre yoğun bakım hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği’nin Ekip Çalışması, Güvenlik İklimi, Yönetim Anlayışı, Stresi Tanımlama, Çalışma Koşulları alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak ( $p>0,05$ ) anlamlı fark bulunmaz iken; İş Doyumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p=0,003$ ;  $p<0,01$ ) (Tablo

**4.4-2).** Farkın hangi basamaktan olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Benferroni test sonuçlarına göre; çalışılan yoğun bakım basamağı 1 olan sağlık çalışanlarının İş doyumu puanı, çalışılan yoğun bakım basamağı 2 ve 3 olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,008$ ;  $p=0,005$ ;  $p<0,01$ ) (Tablo 4.4-2). Çalışılan yoğun bakım basamağına göre yoğun bakım hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmaz iken ( $p=0,051$ ;  $p>0,05$ ), çalışılan yoğun bakım basamağı 1 olan sağlık çalışanlarının ölçek toplamından alınan puanlar dikkat çekici düzeyde yüksek saptandı (Tablo 4.4-2, Şekil 4.4-2).



**Şekil 4.4-2: Yoğun Bakım Basamaklarına Göre İş Doyum Puanları Dağılımı**

Gece vardiyasında çalışma durumuna göre yoğun bakım hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin İş Doyumu, Stresi Tanımlama, Çalışma Koşulları alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaz iken ( $p>0,05$ ); gece vardiyasında çalışan yoğun bakım hemşirelerinin İş Doyumu alt boyutundan aldıkları puanlar, gece vardiyasında çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde düşük saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4-2).

Gece vardiyasında çalışan yoğun bakım hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Ekip Çalışması ( $p=0,042$ ;  $p<0,05$ ), Güvenlik İklimi ( $p=0,012$ ;  $p<0,05$ ), Yönetim Anlayışı ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ) alt boyutundan aldıkları puanlar, gece vardiyasında çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu

(**Tablo 4.4-2**).. Ayrıca gece vardiyasında çalışan yoğun bakım hemşirelerinin ölçek toplamından aldıkları puanın, gece vardiyasında çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ( $p=0,007$ ;  $p<0,01$ ) (**Tablo 4.4-2**).

Aylık gece vardiyasında çalışma sayısına göre yoğun bakım hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Ekip Çalışması, Güvenlik İklimi, Yönetim Anlayışı, Stresi Tanımlama, Çalışma Koşulları alt boyutları ve ölçek toplam puanı, istatistiksel olarak anlamlı fark göstermez iken ( $p>0,05$ ); aylık gece vardiyası sayısı 10'dan az olan yoğun bakım hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin İş Doyumu alt boyutundan aldıkları puanlar, aylık gece vardiyası sayısı 10 ve üzerinde olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,034$ ;  $p<0,05$ ) (**Tablo 4.4-2**).

Çalışma şekillerine göre yoğun bakım hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Ekip Çalışması, Stresi Tanımlama, Çalışma Koşulları alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ( $p>0,05$ ); İş Doyumu ( $p=0,023$ ;  $p<0,05$ ), Güvenlik İklimi ( $p=0,009$ ;  $p<0,01$ ), Yönetim Anlayışı ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ) alt boyutları ve toplam ölçek ( $p=0,014$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (**Tablo 4.4-2**). İş Doyumunda farkı belirlemek için yapılan Games-Howell test sonuçlarına göre; çalışma şekli sürekli gündüz olan yoğun bakım hemşirelerinin İş Doyumu puanı, çalışma şekli sürekli gece olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0,015$ ;  $p<0,05$ ) (**Tablo 4.4-2**). Güvenlik İklimi alt boyutunda farkı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni test sonuçlarına göre; çalışma şekli sürekli gündüz olan hemşirelerin puanı, çalışma şekli karma olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,011$ ;  $p<0,05$ ) (**Tablo 4.4-2**). Yönetim Anlayışı alt boyutunda farkı belirlemek için yapılan Bonferroni test sonuçlarına göre; çalışma şekli sürekli gündüz olan yoğun bakım hemşirelerin puanı, çalışma şekli karma olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ) (**Tablo 4.4-2**). Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin toplamından aldıkları puanlar arasındaki farkı belirlemek için yapılan Bonferroni test sonuçlarına göre ise çalışma şekli sürekli gündüz olan hemşirelerin ölçek toplam puanı, çalışma şekli karma olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek belirlendi ( $p=0,014$ ;  $p<0,05$ ) (**Tablo 4.4-2**).

#### 4.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Deneyimlerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular ve İstatistiksel Analizleri

Bu bölümde, yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği deneyimlerine göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden aldıkları puanlara ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4.5-1).

Tablo 4.5-1.Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Deneyimlerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar (N=161)

		İş Doyumu	Ekip Çalışması	Güvenlik İklimi	Yönetim Anlayışı	Stresi Tanımlama	Çalışma Koşulları	Toplam Puan
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Yoğun Bakım Sertifikası Olma	Var (n=56)	31,89±7,29	43,27±7,45	17,8±3,18	23,48±5,2	20,11±4,45	17,3±2,81	153,86±21,17
	Yok (n=105)	32,23±7,5	44,4±6,84	17,94±3,49	24,67±5,01	19,46±4,78	17,67±3,03	156,36±22,71
	Test Değeri P	t:2,142 <i><sup>b</sup>0,034*</i>	t:-1,282 <i><sup>b</sup>0,202</i>	t:0,414 <i><sup>b</sup>0,679</i>	t:0,380 <i><sup>b</sup>0,705</i>	t:-0,455 <i><sup>b</sup>0,650</i>	t:-0,514 <i><sup>b</sup>0,608</i>	t:0,258 <i><sup>b</sup>0,797</i>
Hasta Güvenliği Eğitimi	Almış (n=154)	32,06±7,5	44,01±7,17	17,91±3,41	24,24±5,12	19,66±4,74	17,54±2,99	155,42±22,47
	Almamış (n=7)	33,29±4,82	43,86±4,1	17,57±2,82	24,57±4,89	20,14±2,48	17,57±1,99	157±14,09
	Test Değeri P	Z:-0,568 <i><sup>c</sup>0,570</i>	Z:-0,021 <i><sup>c</sup>0,983</i>	Z:-0,184 <i><sup>c</sup>0,854</i>	Z:-0,150 <i><sup>c</sup>0,881</i>	Z:-0,337 <i><sup>c</sup>0,736</i>	Z:-0,179 <i><sup>c</sup>0,858</i>	Z:-0,361 <i><sup>c</sup>0,718</i>
Hasta Güvenliği Eğitim Sertifikası	Var (n=5)	37,2±10,03	48,2±6,1	21,2±2,59	28,8±3,49	23,6±3,71	19,8±3,11	178,8±28,07
	Yok (n=156)	31,95±7,29	43,87±7,06	17,79±3,35	24,11±5,08	19,56±4,65	17,47±2,93	154,74±21,63
	Test Değeri p	Z:-1,098 <i><sup>c</sup>0,272</i>	Z:-1,293 <i><sup>c</sup>0,196</i>	Z:-2,383 <i><sup>c</sup>0,017*</i>	Z:-2,287 <i><sup>c</sup>0,022*</i>	Z:-1,886 <i><sup>c</sup>0,059</i>	Z:-1,593 <i><sup>c</sup>0,111</i>	Z:-2,057 <i><sup>c</sup>0,040*</i>
Hasta Güvenliği Konusunda Yeterli Bilgi ve Yetkinliğe Sahip Olma Düşüncesi	Var (n=138)	32,33±7,57	44,44±6,98	18,21±3,4	24,74±5,14	19,83±4,82	17,78±2,97	157,33±22,23
	Yok (n=23)	30,78±6,25	41,39±7,08	16±2,52	21,35±3,72	18,78±3,53	16,13±2,47	144,43±18,46
	Test Değeri p	t:0,930 <i><sup>b</sup>0,354</i>	t:1,936 <i><sup>b</sup>0,055</i>	t:2,978 <i><sup>b</sup>0,003**</i>	t:3,032 <i><sup>b</sup>0,003**</i>	t:1,000 <i><sup>b</sup>0,319</i>	t:2,515 <i><sup>b</sup>0,013*</i>	t:2,633 <i><sup>b</sup>0,009**</i>

Yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakım sertifikası olma durumuna göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin, Ekip Çalışması, Güvenlik İklimi, Yönetim Anlayışı, Stresi Tanımlama, Çalışma Koşulları alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ( $p>0,05$ ); yoğun bakım sertifikası olan hemşirelerin İş Doyumu alt boyut puanı yoğun bakım hemşireliği sertifikası olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ( $p=0,034$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 4.5-1).

Hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre, yoğun bakım hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin İş Doyumu, Ekip Çalışması, Güvenlik İklimi, Yönetim Anlayışı, Stresi Tanımlama, Çalışma Koşulları alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.5-1).

Hasta güvenliği eğitim sertifikasına sahip olma durumuna göre, yoğun bakım hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin İş Doyumu, Ekip Çalışması, Çalışma Koşulları alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ( $p>0,05$ ); hasta güvenliği eğitim sertifikası olan yoğun bakım hemşirelerinin Güvenlik İklimi ( $p=0,017$ ;  $p<0,05$ ), Yönetim Anlayışı ( $p=0,022$ ;  $p<0,05$ ), Stresi Tanımlama ( $p=0,059$ ;  $p>0,05$ ) alt boyut puanları ve ölçek toplam puanı ( $p=0,040$ ;  $p<0,05$ ), eğitim sertifikası olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (Tablo 4.5-1).

Hasta güvenliği konusunda yeterli bilgi ve yetkinliğe sahip olma düşüncesine göre, yoğun bakım hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin İş Doyumu, Stresi Tanımlama ve Ekip Çalışması alt boyutlarından alınan puanlar, istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi ( $p>0,05$ ). Ancak, Ekip Çalışması alt boyutuna göre, Hasta güvenliği konusunda yeterli bilgi ve yetkinliğe sahip olduğunu düşünen yoğun bakım hemşirelerinin puan ortalaması, yeterli bilgi ve yetkinliğe sahip olmadığını düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olmamak ile birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,055$ ;  $p>0,05$ ) (Tablo4.5-1).

Hasta güvenliği konusunda yeterli bilgi ve yetkinliğe sahip olduğunu düşünen yoğun bakım hemşirelerinin Güvenlik İklimi ( $p=0,003$ ;  $p<0,01$ ), Yönetim Anlayışı ( $p=0,003$ ;  $p<0,01$ ), Çalışma Koşulları ( $p=0,013$ ;  $p<0,05$ ) alt boyut puanı ve Ölçek toplam puanı ( $p=0,009$ ;  $p<0,01$ ), yeterli bilgi ve yetkinliğe sahip olmadığını düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek belirlendi (Tablo 4.5-1).

## 5.TARTIŞMA

Yoğun bakımlar, tıbbi araç gereçlerin ve ileri teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı, kompleks bir yapıya sahip, agresif tedavi yöntemlerinin uygulandığı ve hastaların kritik durumu nedeniyle dikkat gerektiren, hasta güvenliğini tehdit eden ve tıbbi hatalara yol açabilen birimlerin başında yer alır (Winters & Dorman 2006; Chaboyer & ark. 2013; Farzi & ark. 2017; Tarrant & ark. 2017).

Yapılan çalışmalarda yoğun bakım ünitelerinin, ekip çalışmasındaki eksiklikler, ekip içi ve hastalarla iletişim sorunları, ilaç uygulamalarındaki hatalar, çalışma koşulları, hastane yönetimi, iş yükü, personel eksikliği vb. nedenler ile hasta güvenliği açısından önemli risk oluşturduğu belirtilmektedir (Baykal & Altuntaş 2010; Chaboyer & ark. 2013; Zago-Novaretti & ark. 2014; Carvalho & ark. 2016; Farzi & ark. 2017; Tarrant & ark. 2017). Hasta gereksinimlerinin giderek arttığı özellikli yoğun bakım birimleri, sağlık bakımının güvenli bir şekilde sağlanması ve olumlu hasta sonuçlarına ulaşılabilmesinde, mesleki bilgi, beceri ve üstün bağlılığa sahip sağlık profesyonelleri tarafından yönetilmeyi gerektirmektedir (Leape 2009; Blot & ark. 2014; Farzi & ark. 2017; Tarrant & ark. 2017).

Mesleğin bir gereği olarak hasta ile uzun süre etkileşimde olan yoğun bakım hemşiresi, bakımın her aşamasında aktif rol alan, multidisipliner ekip içinde önemli yeri olan ve yaşamı tehdit eden hataların tanınması, önlenmesi ve düzeltilmesini içeren hasta güvenliği konusunda kritik bir role sahip sağlık bakım profesyonelidir (Candaş & Gürsoy 2015; Mansour 2015).

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilen araştırmanın sonuçları literatür eşliğinde beş bölümde tartışıldı.

### 5.1. Hemşirelerin Sosyo-demografik ve Çalışma Yaşamlarına Ait Özelliklerinin Tartışılması

Yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği tutumlarına ilişkin yapılan ulusal (Yeniterzi 2013; Yılmaz 2014; Somyürek ve Uğur 2016) ve uluslararası (Luiz ve ark. 2015; Guirardello 2017) çalışmalarda, yoğun bakım hemşirelerinin yaş ortalamasının 28 ila 35 arasında; çoğunluğun kadın, evli ve lisans mezunu olduğuna ilişkin sonuçlar, bu

çalışma bulgularına paralellik göstermektedir. Sunulan araştırmanın sosyo-demografik bulguları literatür bilgileri ile uyumludur. Buna göre YBÜ genellikle genç-dinamik lisans eğitilmiş, sosyal yaşamında çoğunluğu hedefini çizmiş bir gruptan oluştuğu söylenebilir (**Tablo 4.1-1**).

Yeniterzi'nin (2013) çalışmasında, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin %66,7'sinin devlet hastanesinde çalıştığı; meslekte ortalama çalışma yılının  $6,73 \pm 5,55$  yıl ve yoğun bakım biriminde çalışma süresinin ortalama  $4,02 \pm 4,34$  yıl olduğu; %58,3'ünün gece-gündüz karma şeklinde çalıştığı; günlük ortalama baktıkları hasta sayısının  $6,58 \pm 2,41$  ve %53,1'inin 3-6 hastaya bakım verdikleri bulundu.

Guirardello tarafından (2017) yoğun bakımlarda çevre faktörünün hasta güvenliğinde hemşirelerin tutumuna etkisinin incelendiği çalışmada, hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ortalamasının 10,4 yıl; yoğun bakımda çalışma süreleri ortalamasının 5,2 yıl olduğu belirtilmiştir.

Yoğun bakım hemşirelerinde hasta güvenliği kültürünü belirlemek amacıyla yapılan başka bir çalışmada, hemşirelerin %56,3'ünün Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalıştığı, %44,6'sının kurumdaki görev süresinin 2-5 yıl olduğu, %48,4'ünün çalıştığı birimdeki görev süresinin 1 yıl ve daha az olduğu, %62'sinin gece vardiyasında çalıştığı ve %56'sının haftalık çalışma süresinin 40-49 saat olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin %71,8'inin bir vardiyada tek başına 3-5 hastaya bakım verdiği, %97,5'inin hastanın bakımında aktif rol aldığı saptanmıştır (Yılmaz 2014).

Acil servis hemşirelerinde hasta güvenliği kültürüne ilişkin yapılan çalışmada hemşirelerin, %95,7'sinin servis hemşiresi olarak görev aldığı, %74,8'inin vardiyalı olarak çalıştığı, çalışma yılı ortalamasının  $10,29 \pm 6,89$  yıl, acil serviste çalışma yılı ortalamasının  $5,56 \pm 4,12$  yıl, haftalık çalışma saati ortalamasının  $45,55 \pm 7,53$  saat olduğu bildirilmiştir (Aydemir 2015).

Türk Hemşireler Derneği'nin (2009) hemşirelerin çalışma sistemleri ve çalışma sistemlerinden etkilenme durumlarına yönelik görüşlerini inceledikleri kalitatif bir araştırmada, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin (n=12) haftalık çalışma saatlerinin 40- 60 saat arasında değiştiği ve bir katılımcının haftalık çalışma saatinin ise 68 saati bulunduğu belirlenmiştir.

Sunulan araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin çalışma yaşamları ve hizmet süre özellikleri yapılan çalışmalara benzerlik gösterdiği söylenebilir. Bu zellikler hem literatür bilgilerine hem de araştırmanın verilerine dayanarak incelendiğinde ortak noktanın genellikle genç, deneyim olarak yarısının yeterli bir çalışma hayatı içinde olmayan bir hemşire grubu ile çalışıldığını düşündürdü. Sunulan araştırmada YB hemşirelerinin büyük çoğunluğu literatürden farklı olarak devlet kurumlarında çalışıyordu. Çalışmanın yapıldığı ildeki hastanelerin özellikleri ve çalışmanın sınırlılıkları kapsamında çalışmaya dahil edilen hastanelere göre farkların olması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Ancak, bu durum hemşirelerin YB hasta güvenliği ile ilgili tutumlarında veriler üzerinde etkili olabilir. Çünkü kurum politikalarının çalışanların güvenlikle ilgili tutumlarını etkileyebileceği düşünülmektedir.

Sağlık hizmeti veren kurumlar temelde, hizmetin devamlılığının sağlanması gerektirdiğinden haftanın 7 günü 24 saat hizmet vermekle yükümlüdür. Bu nedenle de vardiyalı ve gece nöbeti sistemi ile çalışan kurum niteliğindedir (Yeşil iek alık ve ark. 2015). Vardiyalı ve gece nöbetli çalışma sistemlerine yönelik yapılan araştırma sonuçları, bireye/topluma kesintisiz hizmet sağlama amaçlı bu sistemin yararının yanı sıra, çalışanlar üzerinde fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkilerinin olduğunu hatta çalışan ve hasta güvenliğini de tehdit ettiğini ortaya koymaktadır. Çünkü gece nöbetli çalışma sisteminin, vardiyalı çalışma sistemine göre daha farklı, daha yorucu olduğu bildirilmektedir (THD 2008; Yeşil iek alık ve ark. 2015).

Türkiye’de hemşireler 657 sayılı devlet memurları kanununa ya da 4857 sayılı iş kanuna bağlı olarak çalışmaktadır. Yasal düzenlemelerde hemşireler 657 sayılı devlet memurları kanununa göre 40 saat, iş kanuna göre ise 45 saat haftalık çalışma süresini aşmamalıdır (THD 2008).

Sunulan araştırmada YB hemşirelerinin mesai saatleri literatür bilgileri (Yılmaz 2014; Aydemir 2015) ile genellikle uyumluydu. Ancak sürekli izlem, kayıt ve tedavi/bakım girişimlerinin sürekliliğini gerektiren yoğun bakım koşullarında, herhangi bir istenmeyen olayla karşılaşma riskinin çok yüksek olması nedeniyle haftalık çalışma saatinin 40 saati geçmesi ve ağırlıklı olarak vardiyalı sistemde çalışması hasta ve çalışan güvenliği açısından üzerinde düşünülmesini gerektirmektedir (THD 2008).

Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'e (2017) göre "Yoğun bakım servisleri; yatak kapasitesi, kabul ve tedavi edeceği hastaların özelliği ve klinik durumu, sahip olduğu fiziki şartlar, bulundurulması zorunlu uzmanlık dalları ve uzman tabip sayısı, tabip dışı personel sayısı ve niteliği, tıbbi araç-gereç ve donanım standartları ile bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak seviyelendirilir. Erişkin yoğun bakım servisleri birinci, ikinci ve üçüncü seviye; çocuk yoğun bakım servisleri ikinci ve üçüncü seviye, yenidoğan yoğun bakım servisleri ise birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü seviye olarak seviyelendirilir. Dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri, seviye IV A ve seviye IV B olarak ayrı tescil edilir." Seviye I yoğun bakım servisleri, yaşamsal risk doğurabilecek tıbbi durumların yakın takip edildiği, invaziv olmayan monitörizasyon yöntemlerine sahip, temel destek tedavilerin ve ilk stabilizasyonun sağlanabildiği, gerektiğinde ilgili kliniklerin içinde de yapılandırılabilen, II. veya III. seviye yoğun bakım servislerine hasta transferi yapabilen birimlerdir ve günün her saatinde, serviste 5 yatağa kadar bir hemşire/sağlık memuru bulundurulmasını zorunlu kılar. Seviye II yoğun bakım servisleri, temel monitörizasyon ve temel destek tedavilerin yanında, invaziv monitorizasyon ve tedavilerinin de yapılabildiği, III. seviye yoğun bakım servislerine hasta transferi yapabilen yoğun bakım servisleridir ve günün her saatinde, serviste 3 yatağa kadar bir hemşire/sağlık memuru bulundurulmasını zorunlu kılar. Seviye III yoğun bakım servisleri, çoklu organ işlev bozukluğu gibi tüm komplike hastaların kabul edildiği, solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi destek tedavilerin sağlanabildiği, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi hizmeti verilen yoğun bakım servisleridir ve günün her saatinde, serviste 2 yatağa kadar bir hemşire/sağlık memuru bulundurulmasını zorunlu kılar.

Sunulan araştırmada ortalama bir hemşireye düşen hasta sayısı bu çalışma için yasada belirtilen sayılarla uyumlu gibi görünse de bir hemşireye düşen hasta sayısının 9'a kadar çıkıyor olması hasta güvenliğinin sağlanmasında bir risk olarak ele alınabilir. Bu durum YBÜ hemşirelerinde iş doyum tutumları arasında fark yaşanmasında etkili olmasının da nedeni olabilir.

Hemşirelerin %62,1'inin cerrahi yoğun bakımda (genel cerrahi ve kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım) ve %60,9'unun 3. basamak yoğun bakımda çalışıyor olmasına ilişkin çalışma bulgusu, hasta izleminin daha da önem kazandığı ve

hasta güvenliği açısından riskli hastaların yoğun olduğu birimler olması açısından kayda değer bulundu. Yoğun bakımlarda %9,3 oranda temel eğitimi hemşirelik dışında olan sağlık çalışanlarının istihdamını gösteren çalışma bulgusu, küçük bir oran olarak görünse de kısmi ya da tam bağımlı hastaların tedavi ve bakımlarının gerçekleştirildiği, teknik donanım ve invaziv uygulamaların çokça olduğu, özellikli birim olan yoğun bakımlarda hasta güvenliği açısından düşündürücüdür.

## **5.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Deneyimlerinin Tartışılması**

Karmaşık ve multidisipliner, kritik hastaların bakımlarının verildiği yoğun bakım birimlerindeki hemşireler veya çalıştırılması planlanan hemşire, ebe (hemşire yetkisi almış) ve toplum sağlık memurları (toplum sağlığı), 2002 yılından beri beş yıl boyunca geçerli Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası bulundurması gereklidir (Akbal Ergün 2007).

Guirardello tarafından (2017) yoğun bakımlarda çevre faktörünün hasta güvenliğinde hemşirelerin tutumuna etkisinin incelendiği çalışmada, hemşirelerin %63.4'ü yoğun bakım konusunda uzmanlık belgesine sahip olduğu belirtilmiştir.

Ancak bu çalışmada Guirardello'nun (2017) çalışma bulgusundan farklı olarak, sertifikası olan yoğun bakım hemşirelerinin sayısının (%34,8) olmayanlara (%65,2) göre az olduğu bulundu (**Tablo 4.2-1**). Literatür bilgisinden ve çalışma sonucundan farklı olan bu sonuç, özellikli birim olan yoğun bakımlarda kaliteli ve güvenli bakımın sağlanmasında bu konuya ilişkin kurumsal politikaların gözden geçirilmesinin ve yeniden düzenlenmesinin gerekliliğini akla getirmekte ve üst yöneticilere bu konuda önemli sorumluluklar düştüğünü göstermektedir. Ayrıca bu sonuç, hasta güvenliğinde YBÜ hemşirelerinin ekip "işbirliği tutumlarını" etkileyebilir.

Sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliğin sağlanmasında, tüm sağlık çalışanlarının güvenli uygulamalar konusunda eğitimlerinin belirli aralıklarla verilmesi, hasta güvenliğinin kurumun bütününe yönelik bir sorumluluk olduğu bilincinin yerleştirilmesi, hatalı uygulamaların önlenmesine yönelik farkındalığın, kampanya ve özel eğitim programlarıyla geliştirilmesi üzerinde durulmaktadır (WHO 2015).

Yeniterzi (2013), yenidoğan yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı çalışmada, hemşirelerin %74'ünün hasta güvenliği eğitimi aldığını, çoğunluğunun eğitimi

çalıştıkları yoğun bakım biriminden aldığını, tamamına yakınının (%99) hasta güvenliği kavramını bildiği ancak %51,6'sının hasta güvenliği ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğu bulunmuştur.

Yılmaz'ın (2014) çalışmasında yoğun bakım hemşirelerinin %69.6'sının hasta güvenliği eğitimi aldığı, %93.1'inin bu eğitimi hizmet içi eğitim programlarından aldığı belirlenmiştir.

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğini tehdit eden hatalara ilişkin düşünce ve yaklaşımlarının incelendiği çalışmada, hemşirelerin %72,7'sinin mesleki yaşamı boyunca yoğun bakımda hasta güvenliğini tehdit eden bir olaya tanık olduğu, %89,9'unun hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldıkları ve %59,6'sının hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığına kısmen güvendiği belirlenmiştir (Somyürek ve Uğur 2016).

Farklı birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği uygulamaları ve hasta güvenliği kültürünü algılama düzeyine ilişkin yapılan çalışmalarda (Bayar 2013; Tunçel ve ark. 2013), hemşirelerin çoğunun hasta güvenliği konusunda eğitim aldıkları, hasta güvenliği uygulamalarını bildikleri, ancak bilgilerin kısmen yeterli olduğu ve yeterince uygulamaya yansıtamadıkları bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada ise, hemşirelerin tamamının hasta güvenliğini ilgilendiren uygulamalara önemli katkılar sağlayabileceklerini ve %87,5'inin hataların eğitim ile önleyebileceğini bildirdikleri belirlenmiştir (Altındış 2010).

Diğer çalışma sonuçlarında olduğu gibi bu çalışmada da (**Tablo 4.2-1**), hemşirelerin büyük çoğunluğunun hasta güvenliği konusunda eğitim aldıkları ve eğitimi özellikle çalıştıkları kurumların hizmet içi ya da oryantasyon programlarından aldıkları bulundu. Bu sonuç, sağlık kurumlarının hasta güvenliğinin sağlanmasında eğitime önem verdiğinin bir göstergesi olması açısından değerlidir. Ancak, hemşirelerin yarıdan fazlasının bilgisini, kısmen yeterli olarak ifade etmesi verilen eğitimlerin etkinliğinin gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Çalışmada hasta güvenliği sertifikası olan hemşirelerin oranının oldukça düşük olduğunu (%3,1) gösteren sonuç, hemşirelerin hasta güvenliği konusunda bilgilerini yeterli bulmayışı ile uyumlu bulundu.

### 5.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Tartışılması

Öztürk ve ark. (2019) çalışmasında, katılımcıların Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nde en yüksek ortalamayı yönetim anlayışı ve güvenlik iklimi alt boyutlarına, en düşük ortalamayı ise stresi tanımlama alt boyutuna verdikleri belirlenmiştir.

Balık tarafından (2014) acil hemşirelerinin hasta güvenliği tutumunun belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada, hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplamından aldığı ortalama puanın  $133,12 \pm 23,56$  olduğu ve ölçeğin alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının da ölçek toplamında olduğu gibi orta düzeyde tutumu yansıttığı belirlenmiştir.

Öztürk, Kıvanç ve Bilgin tarafından acil servislere çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla 2017 yılında yapılan bir diğer araştırmada ise Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden ve ölçeğin alt boyutlarından iş doyumunu alt boyutundan 3,36, ekip çalışması alt boyutundan 3,60 puan, güvenlik iklimi alt boyutundan 3,72, yönetim anlayışı alt boyutundan 3,67 olarak olumlu yanıtlar vermişlerdir. Stresi tanımlama alt boyutu ortalaması 3,00 ve çalışma koşulları alt boyutu ortalaması 2,98 olarak "kararsızım" yanıtına yakın cevap vermişlerdir. Acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine tutumlarını belirlemek için yapılan farklı bir çalışmada, hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden alınan puan ortalaması  $152,26 \pm 22,54$  olup alt boyutlarda en yüksek puan ortalamasıdır (Aydemir 2015).

Oliveira (2018) psikiyatri hastanesindeki sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını incelemek için yapılan araştırmasında, en yüksek puanı İş Doyumu, en düşük puanı ise Çalışma Koşulları alt boyutunda saptamış; İş Doyumu, Ekip Çalışması ve Stres Tanımlama alt boyutlarında hasta güvenliği tutumunu olumlu olarak belirlese de genele bakıldığında sağlık profesyonellerinin tutumu düşük seviyede değerlendirilmiş ve hasta güvenliğinin psikiyatri hastahanelerinde güçlendirilmesine ilişkin çalışmalar yapılması gerekliliğini ortaya koymuştur.

Luiz (2015) ve Tondo'nun (2017) çalışmalarında Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin İş Doyumu alt boyutundan alınan puanın en yüksek iken yönetim anlayışı en düşük olarak belirlenmiştir.

Toso tarafından 2016 yılında yapılan çalışmada Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puanları değerlendirildiğinde, ekip çalışması, iş doyumu ve çalışma koşulları alt boyutlarında hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları olumlu değerlendirildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışmada, Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin alt boyut tutum maddeleri genel olarak kendi içinde Cronbach alfa değerine göre uyum içinde olduğunu göstermektedir. Maddelerin temsil ettiği tutumlar olan iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ile ilişkisi 0.70 üzerinde olduğu için yüksektir. Ancak, çalışma koşulunu açıklayan maddelerle ilgili tutumlar 0.70 altındadır ve diğer çalışma bulgularına paralel olarak (Balık 2014; Aydemir 2015) orta düzeyde güvenlik kültürünü açıklamaktadır. Bunun nedeni örneklemin sadece tek bir karakteristiği (yoğun bakım hemşirelerinde olması) göstermesi olabilir. Ayrıca, bu çalışmada diğer ulusal (Öztürk, Kıvanç ve Bilgin 2017; Öztürk ve ark. 2019) ve uluslararası (Toso 2016) çalışmalarda olduğu gibi ekip çalışması ve güvenlik iklimi alt boyutuna verilen puanların diğer çalışmalardan (Luiz 2015; Tondo 2017) farklı olarak yüksek olduğu sonucu hemşirelerin, hasta güvenliği tutumunda ekip anlayışını ve güvenlik uygulamalarını benimsediğini göstermekte ve olumlu bir sonuç olarak kabul edilebilmektedir. Ancak diğer çalışmalardan farklı olarak (Luiz 2015; Tondo 2017 Oliveira 2018) en düşük puanın iş doyumu alt boyutuna verilmesi mevcut çalışma koşullarının hemşirelerin iş doyumunu olumsuz yönde etkilediğini ve hasta güvenliği tutumu açısından yeterli olmadığını düşündürmektedir.

#### **5.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-demografik ve Çalışma Yaşamlarına Ait Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Tartışılması**

Bu araştırmada, yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği tutumunda etkili olmadığı bulundu. Sunulan araştırmada YBÜ hemşirelerinin hasta güvenliği tutumunda medeni durum etkiliydi. Medeni durumu evli olanlarda Tunçer'in (2016) çalışmasına benzer olarak ekip çalışması alt boyut puan ortalamalarının bekârlardan daha yüksek olduğu bulundu. Evli olmanın ekip çalışması tutum puanlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Bu çalışmada, hemşirelerin çalışma yaşamına ait özelliklerinden kadro durumu, meslekte çalışma süresi, yoğun bakım biriminde çalışma süresi ve haftalık çalışma

süresinin hasta güvenliği tutumunda etkili olmadığı ancak çalışılan hastane, çalışılan yoğun bakım basamağı, gece vardiyası tutma, aylık gece vardiyası sayısı, çalışma şekli açısından hasta güvenliği tutumunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Devlet hastanesinde çalışanlarda hasta güvenliği alt boyutu olan iş doyumu tutumunun üniversitelere göre daha yüksek olması bu hastaneler arasında çalışma şartları açısından farklılık olduğunu düşündürdü. 1. basamak yoğun bakımlarda çalışanlarda ve gece vardiyası sıklığı (vardiya çalışma sayı ve süresinin) aylık<10 olanlarda iş doyumu tutum puanlarının yüksek olması yine çalışma koşullarının YBÜ hemşirelerinin güvenlik tutumları üzerindeki etkisini göstermektedir (**Tablo 4.4-2**). Hasta güvenliği tutumlarından ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı alt boyutlarında ve ölçek toplamında anlamlı derecede yüksek puanların, çalışma şekli sürekli gündüz olan ve gece vardiyası tutmayan hemşirelerden kaynaklanması çalışma koşullarının hasta güvenliği tutumu üzerindeki önemini ortaya koymaktadır.

Aydemir (2015) yapmış olduğu çalışmada iş yaşamı iyi olan hemşirelerin ekip çalışması ve iş doyum tutumlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Oliviera ve ark. (2018) uzun yıllar çalışan hemşirelerin hasta güvenliği puanlarının olumlu olduğu bildirilmiştir. Sunulan araştırma, genel olarak tutumlar olumlu olsa da çalışma koşulları daha iyi olanların tutumlarının daha iyi olduğunu göstermektedir (**Tablo4.4-2**).

### **5.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Deneyimlerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Tartışılması**

Balık'ın (2014) acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının hasta güvenliği eğitimi alma, hasta güvenliği konusunda kendilerini yeterli hissetme durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur.

Acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan bir diğer çalışmada ise hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları hasta güvenliği eğitimi alma ve hasta güvenliği konusunda kendilerini yeterli hissetme durumlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Öztürk, Kıvanç ve Bilgin 2017).

Aydemir'in (2015) acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine tutumlarını belirlemek için yapılan çalışmada hasta güvenliği eğitimi alan, aldığı eğitimi yeterli bulan hemşirelerde, Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı alt boyutlarında farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Sunulan araştırmada hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre, yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği tutumunda fark bulunmadığına ilişkin bulgu (**Tablo 4.5-1**) Aydemir'in (2015) çalışma bulgusundan farklı iken Balık'ın (2014), Öztürk, Kıvanç ve Bilgin'in (2017) çalışma bulgusu ile örtüşmektedir. Eğitim alanlarda beklenen farkın bulunamaması, hasta güvenliği konusunda verilen eğitimin istenilen bilgi ve davranışlar üzerinde etkili olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca çalışmada yoğun bakım sertifikası olan hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin İş doyumu alt boyut puanlarının almayanlardan anlamlı düzeyde düşük olması (**Tablo 4.5-1**), eğitim dışında farklı faktörlerin de (çalışma koşulları vb.) yoğun bakım hemşirelerinin tutumlarında etkili olabileceğine dikkat çekmektedir.

Aydemir'in çalışma bulgusuna benzer olarak, hasta güvenliği konusunda yeterli bilgi ve yetkinliğe sahip olduğunu düşünen hemşirelerde Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin toplam puan ortalaması ve alt boyutlarından, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ve çalışma koşullarına verilen yanıtlarda fark bulundu. Hasta güvenliği konusunda kendini yeterli bulan hemşirelerin hasta güvenliği tutum ölçeği toplam puanı ve güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ve çalışma koşulları alt boyutundan aldıkları puanlar yüksek bulundu. Bu sonuç hasta güvenliği tutumu açısından olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

#### **Yapılan araştırma sonucunda yoğun bakım hemşirelerinin;**

- Yaş ortalamasının  $32,66 \pm 6,15$  olduğu, çoğunluğunun kadın, evli ve lisans mezunu olduğu saptandı (**Tablo 4.1-1**).
- Kadrosunun hemşire, meslekte ortalama çalışma süresinin  $10,48 \pm 6,52$  yıl, yoğun bakımda ortalama çalışma süresinin  $6,35 \pm 4,83$  yıl, çoğunluğun genel ve 3. basamak yoğun bakımlarda çalıştığı, %66,5'inin devlet hastanesinde çalıştığı, ortalama haftalık çalışma saatinin  $44,63 \pm 6,15$  saat olduğu, %82'sinin gece vardiyası tuttuğu ve aylık gece vardiya sayısının  $8,80 \pm 2,42$  olduğu, ortalama 3-4 hastaya bakım verildiği ve karma şekilde çalışıldığı görüldü (**Tablo 4.1-2**).

- Çoğunluğunun yoğun bakım sertifikasının olmadığı ancak tamamına yakınının (%95,7) hasta güvenliği eğitimi aldığını ifade ettiği ve eğitimi hizmet içi eğitim şeklinde aldığı, tamamına yakınının (%96,9) hasta güvenliği eğitim sertifikasına sahip olmadığı, ancak çoğunluğunun hasta güvenliği konusunda yeterli bilgi ve yetkinliğe sahip olduğunu düşündüğü belirlendi (**Tablo 4.2-1**).
- Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nden ortalama  $155,49 \pm 22,15$  puan olarak orta düzeyde tutum sergiledikleri; ölçeğin alt boyutları olan iş doyumundan  $32,11 \pm 7,40$ , ekip çalışmasından  $44,01 \pm 7,05$ , güvenlik ikliminden  $17,89 \pm 3,38$ , yönetim anlayışından  $24,25 \pm 5,09$ , stres tanımlamadan  $19,68 \pm 4,66$  ve çalışma koşullarından  $17,54 \pm 2,95$  puan aldıkları; en yüksek puanın ekip çalışması alt boyutunda, en düşük puanın ise iş doyumunda olduğu saptandı (**Tablo 4.3-2**) (**Şekil 4.3-1**).
- Hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının sosyo-demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, eğitim durumuna göre hasta güvenliği tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı ( $p > 0,05$ ) ancak medeni duruma göre ölçeğin ekip çalışması alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark olduğu ( $p < 0,05$ ), evli yoğun bakım hemşirelerinde ekip çalışması alt boyutu puanının bekarlardan yüksek olduğu bulundu (**Tablo 4.4-1**).
- Kadroya, meslekte çalışma süresine, yoğun bakımda çalışma süresine ve haftalık çalışma süresine göre hasta güvenliği tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadığı ( $p > 0,05$ ); çalışılan hastane ( $p < 0,01$ ), yoğun bakım basamağı ( $p < 0,01$ ) ve gece vardiyası tutma sayısına ( $p < 0,05$ ) göre "iş doyumunu" alt boyutunda; gece vardiyası tutmasına göre "ekip çalışması" ( $p < 0,05$ ), "güvenlik iklimi" ( $p < 0,05$ ), "yönetim anlayışı" ( $p < 0,01$ ) alt boyutları ve "toplam ölçek" puanında ( $p < 0,01$ ); çalışma şekline göre "iş doyumunu" ( $p < 0,05$ ), "güvenlik iklimi" ( $p < 0,01$ ), "yönetim anlayışı" ( $p < 0,01$ ) alt boyutlarında ve "toplam ölçek" ( $p < 0,05$ ) puanında gruplar arasında fark bulunduğu görüldü (**Tablo 4.4-2**).
- Yoğun bakım sertifikası olma durumuna göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin iş doyumunu alt boyutunda anlamlı fark olduğu ( $p < 0,05$ ) ve sertifikası olan hemşirelerin iş doyumunu alt boyut puanının olmayanlardan düşük olduğu (**Tablo 4.5-1**); hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre hasta güvenliği

tutumunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı ( $p>0,05$ ) ancak, hasta güvenliği eğitim sertifikası olan ve hasta güvenliği konusunda yeterli bilgi ve yetkinliğe sahip olduğunu düşünen yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği tutumunun anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (**Tablo 4.5-1**).

***Bu sonuçlar doğrultusunda;***

- Yoğun bakım hemşirelerinin orta düzeyde ve pozitif bir hasta güvenliği tutumu izlediği söylenebilir.
- En düşük puanın “iş doyumu” alt boyutuna verilmesi, yoğun bakımda hasta güvenliği tutumunda eğitimin dışında bazı faktörlerin de (çalışma koşulları, kurum politikaları, stres vb) etkili olduğunu düşündürmesi, hemşirelerin hasta güvenliği tutumuna ilişkin olumlu bir davranış geliştirilmesinde önemli olduğu bu bağlamda hemşirelerin iş doyumunu arttırmaya yönelik çalışmaların (çalışma koşullarının iyileştirilmesi, stresle başetme vb.) artırılmasının yararlı olabileceği söylenebilir.
- Hasta güvenliği deneyimiyle Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği karşılaştırıldığında, hasta güvenliği eğitimi aldığını ifade edenlerde beklenen farkın bulunamaması, hasta güvenliği eğitiminin yeterli bilgi ve davranışlar üzerinde etkili olmadığını düşündürürken yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakım sertifika programlarına katılımın artırılması, hasta güvenliği konusunda daha uygun ve güncel eğitimlerin verilmesi, hasta güvenliği sertifikası üzerinde durulması ve kurum politikalarının bu yönde iyileştirilmesinde üst yöneticilerin daha fazla sorumluluk alması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Akalın, E. H. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3), 141-146. Erişim 12.05.2019, [http://yogunbakimdergisi.org/managete/fu\\_folder/2005-03/html/2005-.html](http://yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2005-03/html/2005-.html).
2. Akansel, N. (2015). Uluslararası ve ulusal hasta güvenliği hedefleri ve uygulamalar. İçinde Yavuz van Giersbergen, M., Kaymakçı, Ş. (Eds.), *Ameliyathanede Hasta Güvenliği Ameliyathane Hemşireliği*. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği, Meta basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir; 85.
3. Akbal Ergün, Y., Demir, H., Sağnak, N. (2007). Yoğun bakım hemşirelerinin görev tanımları ile ilgili çalışma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11,102-113.
4. Altındış, S. (2010). Sağlık hizmetlerinde olay raporlama ve hasta güvenliğine etkileri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1, 17-32.
5. Altundağ, S. (2016). Özellikle Birimlerde Hasta Güvenliği. İçinde Öztürk,H. Kahriman,İ. (Eds.) *Hemşirelik Öğrencileri için Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği Eğitim Rehberi*. İstanbul Tıp Kitabevleri. 1. baskı İstanbul; 143-157.
6. Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). (2013). *Perioperative Standards and Recommended Practices*. ABD; 217-331.
7. Aydemir, A. (2015). Acil servislerde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve tutumunu etkileyen faktörler. (Yükseklisans tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
8. Azami-Aghdash, S., Ebadifard Azar, F., Rezapour, A., Azami, A., Rasi, V., Klvan, K. (2015). Patient Safety Culture in Hospitals of Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29, 251.
9. Balık, H. (2014). Acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları. (Yüksek lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
10. Bayar, H. (2013). Acil birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamaları. (Yüksek lisans Tezi). Haliç Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
11. Baykal, Ü. ve Altuntaş, S. (2010). Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 7(1), 39-46.

12. Blot, S., Afonso, E., Labeau, S. (2014). Insights and advances in multidisciplinary critical care: A review of recent research. *American Journal of Critical Care*, 23(1), 70-80.
13. Candaş, B., Gürsoy, A. (2015). Cerrahide hasta güvenliği: Güvenli cerrahi kontrol listesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 40-50.
14. Carvalho de-Oliveira, A., Carlos-Garcia, P., de Souza-Nogueira, L. (2016). Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: A systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 679-689.
15. Chaboyer, W., Chamberlain, D., Hewson-Conroy, K., Grealy, B., Elderkin, T., Brittin, M., McCutcheon, C., Longbottom, P., Thalib, L. (2013). CNE article: Safety culture in Australian intensive care units: Establishing a baseline for quality improvement. *American Journal of Critical Care*, 22(2), 93-102.
16. Çakmakçı, M., Akalın, H.E. Hasta güvenliği: Bir paradigma değişimi. (2011). İçinde Sayek F. (Ed.) *TTB Raporları/Kitaplar-2010 Hasta Güvenliği Türkiye ve Dünya*. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Birinci Baskı, Ankara;13-179.
17. Çınar, D. ve Karadakovan, A. (2016). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(2), 116-22.
18. Doğan Merih, Y., Güngör, P., Yaşar Kocabey, M., Samatli, A., Emuce, Ç., Eksan, H., Özdem, Ş. (2015). Sağlık Çalışanı Gözüyle Hizmet Kalite Standartlarının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(1), 62-73.
19. Donchin, Y., Gopher, D., Olin, M., Badihi, Y., Biesky, M., Sprung, C.L. Pizov, R., Cotev, S. (2003). A Look into The Nature and Causes of Human Errors in the Intensive Care Unit. *Quality and Safety in Health Care*, 12(2), 143-147.
20. Farzi, S., Irajpour, A., Saghaei, M., Ravaghi, H. (2017). Causes of medication error in intensive care units from the perspective of healthcare professionals. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 6(3), 158-165.
21. Farzi, S., Moladoost, A., Bahrami, M., Farzi, S., Etminani, R. (2017). Patient safety culture in intensive care units from the perspective of nurses: A cross-sectional study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(5), 372-376.
22. Good, V.S. (2009). The Critical Care Environment. İçinde Carlson, K.K. (Ed.). *AACN Advanced Critical Nursing*. ABD; 3-22.

23. Gözölü K, Kaya S. (2012). Akreditasyon belgesine sahip bir hastanede hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. İçinde 6. Ulusal Sağlık ve Hastane İdareesi Kongresi Bildirileri. Isparta; 175-182.
24. Guirardello, E.B. (2017). Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. *Article Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 2884.
25. Gürel, A. (2012). Ameliyathanede hasta güvenliğine ilişkin ameliyathane hemşiresinin rolü. (yüksek lisans tezi), T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
26. Hacettepe Üniversitesi (2019). Erişim 07.05.2019, [http://www.hastane.hacettepe.edu.tr/yogun-bakim\\_610.html](http://www.hastane.hacettepe.edu.tr/yogun-bakim_610.html).
27. Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) (1998, 1 Ağustos).Resmi Gazete: 23420: 67-73.
28. Hasta ve Sağlık alışanı Güvenliği Platformu (2011). “Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri Erişim 04.04.2019, <http://www.hscgp.org/Content/132/HastaGuenligi> Nedir.
29. Hellings, J., Schrooten, W., Klazinga, N., Vleugels, A. (2007). Challenging Patient Safety Culture: Survey Results. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 20, 620-632.
30. Henneman, E.A., Blank, F.S.J., Gawlinski, A., Henneman, P.L. (2006). Strategies Used By Nurses to Recover Medical Errors in an Academic Emergency Department Setting. *Applied Nursing Research*, 19, 70-5.
31. Ibsen B. (1966). Intensive therapy: Background and development. *International Anesthesiology Clinics*, 4, 277–294.
32. Intensive Care National Audit and Research Centre (2014). Erişim 03.06.2014, [www.icnarc.org](http://www.icnarc.org).
33. JCAHO (2006). Sentinel Event Statistics. Erişim tarihi: 02.02.2016, [http://www.jointcommission.org/Library/TM\\_hysicians/mp\\_11\\_06.htm](http://www.jointcommission.org/Library/TM_hysicians/mp_11_06.htm).
34. Karayurt, Ö., Turhan Damar, H., Bilik,Ö., Özdöker,S., Duran,M. (2017). Ameliyathanede Hasta Güvenliği Kültürünün ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının İncelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1, 16-23.
35. Kaya, S. (2009). Hasta Güvenliği Kültürü Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir?. *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, 1(1), 32-34.

36. Kelly, E. F., Fong, K., Hirsch, N., Nolan, J.P. (2014). Intensive care medicine is 60 years old: The history and future of the intensive care unit. *Clinical Medicine*, 14(4), 376–9.
37. Korkmazer, F., Yıldız, A., Ekingen, E. (2016). Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2),141-154.
38. Lake, E.T., Shang, J., Klaus, S., Dunton, N.E. (2010). Patient Falls; Association with Hospital Magnet Status and Nursing Unit Staffing. *Research in Nursing & Health*, 33,413-25.
39. Leape, L. (2009). Transforming healthcare: A safety imperative. *Quality and Safety in Health Care*, 18, 424-428.
40. Lynn-McHale, J.D. Wiegand, Williams, L.D. (2009). End-of-life Care. İçinde Carlson, K. K. (Ed.). *AACN Advanced Critical Nursing*. ABD; 1507-1521.
41. Luiz, R.B., Simões, A.L.A., Barichello, E., Barbosa, M.H. (2015). Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 880-7.
42. Madenoğlu K, M. (2017). Diğer Sağlık Sorunları. İçinde *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarında Bakım*. Karadakon A., Eti Aslan F. (Eds.).1429-1441.
43. Mansour, M. (2015). Factor analysis of nursing students' perception of patient safety education. *Nurse Education Today*, 35, 32-37.
44. Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York, NY: Harper.
45. McGillis, H.L., Doran, D., Ping, G.H. (2004). Nurse Staffing Models, Nursing hours and patient safety outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34,41-5.
46. Nightingale F. (1863). *Notes on hospitals*. 3rd ed. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green.
47. Oliveira, I.C.L., Cavalcante, M.L.S.N., Freitas, S.A., Freitas, R.J.M., Silva, B.V., Marinho, D.M.F., Lima de Carvalho,R.E.F. (2018). Safety culture: Perception of health professionals in a mental hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2316-22.
48. Özbayır, T., Hergül, F.K., Gök, F. (2016). Ameliyathanede hasta güvenliği: Sistematik derleme. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 9(1), 87-98.

49. Özdemir H. (2014). Cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algılarının belirlenmesi: Afyonkarahisar’da bir uygulama. (Yüksek Lisans Tezi), Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
50. Öztürk.H. Kahriman,İ. (2016). Hasta Güvenliği ve Yasalarda Yeri. İçinde Öztürk,H. Kahriman,İ. (Eds.). *Hemşirelik Öğrencileri için Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği Eğitim Rehberi*. İstanbul Tıp Kitabevleri. 1.baskı İstanbul; 89-103.
51. Öztürk, Y. E., Kırac, R. Bilgin, A. (2017). Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarına Yönelik Bir Araştırma. III. IBANESS Kongreler Serisi, Edirne: 1448-1458.
52. Padilha, K.G., Barbosa, R.L., Oliveira, E.M., Andolhe, R., Ducci, A.J., Secoli, S.R. (2015). Patient safety in intensive care units: Development of a research project. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49 (Esp), 154-160.
53. Pronovost, P.J., Thompson, D.A., Holzmueller, C.G., Lubomski, L.H., Morlock, L.L. (2005). Defining and measuring patient safety. *Critical Care Clinics*, 21(1), 1-19.
54. Readera, T.W., Flina, R., Cuthbertsonb, B.H. (2007). Communication Skills and Error in the Intensive Care Unit. *Current Opinions In Critical Care*, 13 (6),732-736.
55. Reiser,S.J. (1992). The unfolding and ambiguities of survival therapy. *International Journal of Technology Assessment in Healthcare*, 8,382–394.
56. Resmi Gazete (2011). Hasta ve Sağlık Çalışanı Güvenliği Yönetmeliği. Erişim 06.04.2019, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>.
57. Reynolds LA, Tansey EM, (eds.). (2011). History of British intensive care. Wellcome Witnesses to Twentieth Century Medicine, vol. 42. London: Queen Mary, University of London;1950-2000.
58. Sağlık Bakanlığı (2003). Sağlıkta Dönüşüm. Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı Yayını.
59. Sağlık Bakanlığı (2011). Hemşirelik Yönetmeliği. Erişim 04.04.2019 [www.mevzuat.gov.tr](http://www.mevzuat.gov.tr).
60. Sağlık Bakanlığı (2012). Hemşirelik Kanunu. Erişim 04.04.2019 [www.mevzuat.gov.tr](http://www.mevzuat.gov.tr).
61. Sağlık Bakanlığı (2015). Sağlıkta Akreditasyon Standartları- Hastane (SAS). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Erişim 03.05.2015, [http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular\\_2011/2011/2014/sas\\_tr.pdf](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/2014/sas_tr.pdf).

62. Sağlık Bakanlığı (2016). Yoğun Bakım Üniteleri Hizmet Kalite Standartları. Erişim 12.05.2016, <https://kalite.saglik.gov.tr/SKS>.
63. Sağlık Bakanlığı (2017). Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. Erişim 01.07.2019 <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?>
64. Sağlık Bakanlığı (2017). Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. Erişim tarihi: 19.04.2019, [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1057:yatakli-salik-tesslernde-youn-bakim-hzmetlernn-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-tebl&catid=3:teblig Genelge&Itemid=35](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=1057:yatakli-salik-tesslernde-youn-bakim-hzmetlernn-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-tebl&catid=3:teblig Genelge&Itemid=35)
65. Sayek F. (2011). TTB Raporları/Kitapları-2010 *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya*. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Birinci Baskı. Ankara;13-179.
66. Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. R., Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, 44.
67. Sile' n-Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H., Smith, A. (2005). Potential Errors and Their Prevention In Operating Room Teamwork As Experienced By Finnish, British And American Nurses. *International Journal of Nursing Practice*. 11, 21–32.
68. Somyürek, N. ve Uğur,E. (2016). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturma: Hemşire Gözüyle Tıbbi Hatalar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1),1-7.  
Erişim 12.05.2019, [https://www.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD\\_3\\_1\\_1\\_7.pdf](https://www.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD_3_1_1_7.pdf).
69. Steelman VM, Graling PR., (2013). Top 10 Patient Safety Issues: What More Can We Do?. *Association of periOperative Registered Nurses*. ABD; 97:6.
70. Sur, H., Özsarı, S.H., Say, B. (2011). Hasta Güvenliği. İçinde Sur H, Palteki T. (Eds.) *Hastane Yönetimi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 509-19.
71. Tak,B. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1, 72-113.

72. Tang, W. ve Sun, S. (2011). Max Harry (Hal) Weil – a leader, mentor, friend, and wonderful colleague. *Resuscitation*, 82, 1481–2.
73. Tarrant, C., Leslie, M., Bion, J., Dixon-Woods, M. (2017). A qualitative study of speaking out about patient safety concerns in intensive care units. *Social Science and Medicine*, 193, 8-15.
74. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. (2011). Hastane Hizmet Kalite Standartları. Pozitif Matbaa Ltd. Şti. Ankara; 3-5.
75. Toffoletto, M. C., Ramirez-Ruiz, X. (2013). Improving patient safety: How and why incidences occur in nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(5), 1098-1105.
76. Tondo, J.C.A. ve Guirardello, E.B. (2017). Perception of nursing professionals on patient safety culture. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1284-90.
77. Toso, G.L., Golle, L., Magnago, T.S.B.S., Herr, G.E.G., Loro, M.M., Aozane, F., Kolankiewicz, A.C.B. (2016). Patient safety culture in hospitals within the nursing perspective. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4), 58662.
78. Tunçel, K. (2013). Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü algılama düzeyi ve hasta güvenliği uygulamaları. (yüksek lisans tezi), T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
79. Tunçer, G. Bebek Dostu Kadın Doğum ve Çocuk Hastanelerinde Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Hasta Güvenliği Tutumlarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.
80. Turan-Mantar, N., İntepeler, Ş. S. (2016). Çocuklara yönelik perioperatif güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımının komplikasyon gelişimine etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(2), 38-44.
81. Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği (DC yoğun bakım) (2019). Erişim 07.05.2019, <https://www.dcyogunbakim.org.tr/yogun-bakim-nedir-ne-degildir/>.
82. Türk Hemşireler Derneği (2008). Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. Erişim 22.06.2019, <http://www.tybhd.org.tr>
83. Türk Hemşireler Derneği (2009). Vardiyalı, Uzun Süre, Fazla Çalışma ve Etkileri. Erişim 22.06.2019, <http://www.tybhd.org.tr>

84. Türk Toraks Derneği (2019). Erişim 07.05.2019, <https://www.toraks.org.tr/halk/News.aspx?detail=3541>.
85. Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği (2019). Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Tarihçesi. Erişim 22.05.2019, <http://www.tybfd.org.tr/pages/kurumsal/1/tarihcemiz>.
86. Ulrich, B. ve Kear, T. (2014). Patient safety and patient safety culture: Foundations of excellent health care delivery. *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), 447-456,505.
87. Vincent, C. (2003). Understanding and Responding to Adverse Events. *The New England Journal of Medicine*, 348, 1051-6.
88. Wasserfallen, J.B., Bütschi, A.J., Muff, P., Biollaz, J., Schaller, M.D., Pannatier, A., Revelly, J.P., Chiolerio, R. (2004). Format of medical order sheet improves security of antibiotics prescription: The experience of an intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 32,655-9.
89. Winters, B., Dorman, T. (2006). Patient-safety and quality initiatives in the intensive-care unit. *Curr Opin Anaesthesiol.*, 19(2), 140-145.
90. World Health Organization (2015). Regional strategy for patient safety in the WHO South-East Asia Region (2016–2025).
91. World Health Professions Alliance (2002). Patient Safety World Health Professions Alliance Fact Sheet. Erişim 10.07.2012, <http://www.whpa.org/factptsafety.htm>.
92. Yeşilçicek Çalık, K., Aktaş, S., Kobyay Bulut, H., Özdaş Anahar, E. (2015). Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklindeki Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2015; 1(1):33-45.
93. Yeniterzi, E. (2013). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin uygulamaları. (yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
94. Yılmaz, Z. (2014). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün belirlenmesi. (Yüksek lisans tezi). Erciyes Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
95. Yoğun Bakım Derneği. (2019). Yoğun Bakım Derneği Tarihçesi. Erişim 07.05.2019, <https://www.yogunbakim.org.tr/hakkinda/tarihce>.
96. Yönt, G. (2011). Hasta Güvenliği Kültürü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 27(1).

97. Zago-Novaretti, M. C., de Vasconcelos-Santos, E., Quiterio, L. M., Mahfuz- Daud-Gallotti, R. (2014). Nursing workload and occurrence of incidents and adverse events in ICU patients. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5), 692-699.



## HAM VERİLER

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'ne verilen yanıtlar	Tamamen Katılıyor		Katılıyor		Kısmen Katılıyor		Katılmıyor		Kesinlikle Katılmıyor	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Performansım hakkında geri bildirim alırım (bilgilendirilirim).	19	11,8	33	20,5	58	36	43	26,7	8	5
Hastane yönetimi işini iyi yapar.	15	9,3	22	13,7	87	54	27	16,8	10	6,2
Bu hastane, çalışmak için iyi bir yerdir.	14	8,7	20	12,4	69	42,9	45	28	13	8,1
Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	21	13	37	23	65	40,4	23	14,3	15	9,3
Bu hastane, problemlili doktor ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenir.	23	14,3	54	33,5	62	38,5	18	11,2	4	2,5
Bu birimde, hemşirelerin fikirlerine değeri verilir.	13	8,1	35	21,7	71	44,1	34	21,1	8	5
Bu hastanede çalışmaktan gurur duyarım.	11	6,8	36	22,4	73	45,3	29	18	12	7,5
Bu birimdeki tıbbi ekipman-donanım yeterlidir.	6	3,7	31	19,3	66	41	47	29,2	11	6,8
Bu birimdeki personelin düzeyi, hasta sayısını karşılamak için yeterlidir.	25	15,5	48	29,8	45	28	32	19,9	11	6,8
Bu birimde karar verilirken, ilgili personelden elde edilen verilerden yararlanılır.	13	8,1	39	24,2	66	41	39	24,2	4	2,5

Hastanede, işimi etkileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.	8	5	34	21,1	71	44,1	43	26,7	5	3,1
Hastalara bakım verirken, ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardım eder.	2	1,2	4	2,5	27	16,8	84	52,2	44	27,3
Bu birimde çalışanlar, anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.	1	0,6	5	3,1	22	13,7	94	58,4	39	24,2
Bu birimde ahlaki (etik) değerler yüksektir.	1	0,6	11	6,8	33	20,5	70	43,5	46	28,6
Acil durumlarda diğer personelin ne yapacağını bilirim.	0	0	5	3,1	36	22,4	90	55,9	30	18,6
Bu birimde görüş farklılıkları hasta yararı (kimin haklı olduğundan çok hastalar için neyin iyi olduğu gibi) dikkate alınarak çözülür.	2	1,2	10	6,2	40	24,8	79	49,1	30	18,6
Gerçekten profesyonel olan çalışanlar, kişisel problemlerini işine yansıtmaz.	6	3,7	13	8,1	34	21,1	72	44,7	36	22,4
Bu hastanede, çalışanlar arasında ekip çalışması ve iş birliği desteklenir.	2	1,2	20	12,4	67	41,6	55	34,2	17	10,6
Hasta güvenliği ile ilgili sorun olduğunda, bunu rapor etmem konusunda meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.	3	1,9	20	12,4	49	30,4	74	46	15	9,3

Bu birimde, diğerlerinin hatalarından öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.	6	3,7	26	16,1	62	38,5	54	33,5	13	8,1
Diğer personelin hastaya zarar verebilecek hatalar yaptığını gördüm.	26	16,1	66	41	37	23	27	16,8	5	3,1
Bu birimde, hasta güvenliği ile ilgili sorular sormak için uygun yolları (kanalları) bilirim.	2	1,2	14	8,7	58	36	65	40,4	22	13,7
Bu birimde, doktor ve hemşireler uyumlu bir ekip içinde çalışır.	6	3,7	21	13	53	32,9	64	39,8	17	10,6
Bu birimde olay raporları ile ilgili bilgiler, hasta bakımın güvenliğini sağlamada kullanılır.	2	1,2	18	11,2	66	41	58	36	17	10,6
Bu birimde, güvenli raporlama sistemlerinden, hasta güvenliğini geliştirmede yararlanır.	2	1,2	14	8,7	62	38,5	69	42,9	14	8,7
Bu birimde, hasta güvenliği ile ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyulur.	2	1,2	12	7,5	64	39,8	68	42,2	15	9,3
Bu birimde, gerektiğinde tıbbi hataları nasıl rapor edeceğimi bilirim.	2	1,2	11	6,8	44	27,3	82	50,9	22	13,7
Hasta güvenliği, bu birimin önceliği olarak sürekli olarak önemsenir.	2	1,2	7	4,3	37	23	95	59	20	12,4
Bu birimde hasta olarak bulunmam durumunda kendimi güvende hissederim.	9	5,6	12	7,5	50	31,1	64	39,8	26	16,1

Bu birimde, tıbbi hatalar uygun bir şekilde ele alınır.	3	1,9	13	8,1	54	33,5	71	44,1	20	12,4
Bu hastanede, yeni personelin işe oryantasyonu ve hizmet içi eğitim iyi yapılır.	9	5,6	18	11,2	46	28,6	67	41,6	21	13
Bu birimdeki tüm personel, hasta güvenliği ile ilgili sorumluluk alır.	4	2,5	10	6,2	48	29,8	75	46,6	24	14,9
Hastane yönetimi, hasta güvenliği ile ilgili konularda taviz vermez.	4	2,5	16	9,9	60	37,3	64	39,8	17	10,6
Hastane yönetimi, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarını eksiksiz yürütmemi destekler.	5	3,1	16	9,9	73	45,3	52	32,3	15	9,3
Tanı ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.	9	5,6	19	11,8	70	43,5	51	31,7	12	7,5
Acil durumlardaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler.	16	9,9	30	18,6	50	31,1	47	29,2	18	11,2
Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler.	21	13	45	28	37	23	41	25,5	17	10,6
Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres, performansımı olumsuz etkiler.	30	18,6	54	33,5	45	28	22	13,7	10	6,2
Yorgun olduğumda, işimde daha az etkin olurum.	13	8,1	48	29,8	51	31,7	37	23	12	7,5
Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersem, bunu dile getirmem zordur.	37	23	60	37,3	39	24,2	19	11,8	6	3,7

Bu birimde, hizmetin aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır.	32	19,9	57	35,4	47	29,2	21	13	4	2,5
Çalışanlar, bu birimde oluşturulan kural ve prosedürleri (el yıkama, tedavi protokolleri/klinik yollar gibi) sıklıkla önemsemezler.	51	31,7	69	42,9	26	16,1	13	8,1	2	1,2
İşimde hayal kırıklığı yaşıyorum.	24	14,9	53	32,9	58	36	22	13,7	4	2,5
Bu birimdeki doktorlar dahil tüm çalışanlar, işlerini iyi yaparlar.	3	1,9	15	9,3	59	36,6	64	39,8	20	12,4
İşimde kendimi tükenmiş hissedirim.	13	8,1	44	27,3	71	44,1	21	13	12	7,5
Bu birimde, hemşirelik eğitimi alanlar (öğrenciler) uygun şekilde desteklenir.	10	6,2	17	10,6	44	27,3	67	41,6	23	14,3

## FORMLAR

### EK -1

#### ANKET FORMU

Değerli Meslektaşım;

Bu veri toplama formu "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarını Değerlendirmek" amacı ile oluşturulmuştur. Araştırmadan elde edilen verilerin doğruluğu için lütfen her soruyu dikkatli bir şekilde okuyunuz ve durumunuzu en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz. Hiç bir soruyu yanıtsız bırakmamaya özen gösteriniz.

Araştırmamıza katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma devam ederken herhangi bir zamanda araştırmacılara bilgi vererek, çalışmadan ayrılmanız isteğinize bağlıdır. Araştırma esnasında sizden alınan bilgiler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. İsmiğiniz hiçbir şekilde belirtilmeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

**Sorumlu Araştırmacı**

Gülşah BAL  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

**İletişim**

Tel: 02623037500

E-mail:

gulsah\_1071@hotmail.com

### BÖLÜM I SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek
3. Medeni Durumunuz: ( ) Evli ( ) Bekar
4. Mezuniyet Dereceniz: ( ) Lise ( ) Önlisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü  
( ) Doktora

### BÖLÜM II ÇALIŞMA YAŞAMINA AİT ÖZELLİKLER

5. Kadronuz: ( ) Hemşire ( ) ATT (Acil Tıp Teknisyeni) ( ) Ebe  
( ) Diğer.....
6. Hemşire Olarak Toplam Çalışma Yılıınız:.....
7. Yoğun Bakımda Çalışma Süreniz (ay/yıl belirtiniz):.....

8. Çalıştığınız Yoğun Bakım Birimi (Genel/ Dahili/ Cerrahi/ Kardiyovasküler Cerrahi/ Koroner/ Çocuk/ Yenidoğan / Diğer belirtiniz):.....
9. Çalıştığınızın hastane: ( ) Devlet hastanesi ( ) Üniversite hastanesi
10. Çalıştığınız yoğun bakımın basamağı (düzeyi): .....
11. Haftalık toplam çalışma saatiniz:.....
12. Aylık tuttuğunuz gece vardiyası sayısı:.....
13. Günlük bakım verdiğiniz ortalama hasta sayısı: .....
14. Genelde hangi vardiyada çalışıyorsunuz:  
 ( ) Sürekli gece ( ) Sürekli gündüz ( ) Karma

### **BÖLÜM III HASTA GÜVENLİĞİNE YÖNELİK BİLGİLER**

15. Yoğun bakım hemşireliği sertifikanız var mı? ( ) Var ( ) Yok
16. Hasta güvenliği konusunda eğitim aldınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır
17. Eğitim aldınız ise nereden aldığınızı belirtiniz?  
 ( ) Okuldaki derslerden  
 ( ) Kurum içi oryantasyon eğitiminden  
 ( ) Hizmet içi eğitimden  
 ( ) Konu ile ilgili özel bir kurs / sertifika / eğitim programından  
 ( ) Bilimsel etkinliklerden (kongre, konferans seminer vb.)  
 ( ) Diğer ise belirtiniz.....
18. Hasta güvenliği eğitim sertifikanız var mı? ( ) Var ( ) Yok
19. Hasta güvenliği konusunda yeterli bilgi ve yetkinliğe sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

## EK 2

## HASTA GÜVENLİĞİ TUTUM ÖLÇEĞİ

**Yönerge:** Aşağıda hasta güvenliğine yönelik ifadelerden düşüncenize en yakın olan ifadeye x işareti koyunuz.

		Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.	Performansım hakkında geri bildirim alırım (bilgilendirilirim).					
2.	Hastane yönetimi işini iyi yapar.					
3.	Bu hastane, çalışmak için iyi bir yerdir.					
4.	Bu hastanede çalışmak, büyük ailenin parçası olmak gibidir.					
5.	Bu hastane, problemlili doktor ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenir.					
6.	Bu birimde, hemşirelerin fikirlerine değeri verilir.					
7.	Bu hastanede çalışmaktan gurur duyarım.					
8.	Bu birimdeki tıbbi ekipman-donanım yeterlidir.					
9.	Bu birimdeki personelin düzeyi, hasta sayısını karşılamak için yeterlidir.					
10.	Bu birimde karar verilirken, ilgili personelden elde edilen verilerden yararlanılır.					
11.	Hastanede, işimi etkileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.					
12.	Hastalara bakım verirken, ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardım eder.					
13.	Bu birimde çalışanlar, anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.					
14.	Bu birimde ahlaki (etik) değerler yüksektir.					
15.	Acil durumlarda diğer personelin ne yapacağını bilirim.					
16.	Bu birimde görüş farklılıkları hasta yararı (kimin haklı olduğundan çok hastalar için neyin iyi olduğu gibi) dikkate alınarak çözülür.					

17.	Gerçekten profesyonel olan çalışanlar, kişisel problemlerini işine yansıtmaz.					
18.	Bu hastanede, çalışanlar arasında ekip çalışması ve iş birliği desteklenir.					
19.	Hasta güvenliği ile ilgili sorun olduğunda, bunu rapor etmem konusunda meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.					
20.	Bu birimde, diğerlerinin hatalarından öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.					
21.	Diğer personelin hastaya zarar verebilecek hatalar yaptığını gördüm.					
22.	Bu birimde, hasta güvenliği ile ilgili sorular sormak için uygun yolları (kanalları) bilirim.					
23.	Bu birimde, doktor ve hemşireler uyumlu bir ekip içinde çalışır.					
24.	Bu birimde olay raporları ile ilgili bilgiler, hasta bakımın güvenliğini sağlamada kullanılır.					
25.	Bu birimde, güvenli raporlama sistemlerinden, hasta güvenliğini geliştirmede yararlanılır.					
26.	Bu birimde, hasta güvenliği ile ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyulur.					
27.	Bu birimde, gerektiğinde tıbbi hataları nasıl rapor edeceğimi bilirim.					
28.	Hasta güvenliği, bu birimin önceliği olarak sürekli olarak önemsenir.					
29.	Bu birimde hasta olarak bulunmam durumunda kendimi güvende hissedirim.					
30.	Bu birimde, tıbbi hatalar uygun bir şekilde ele alınır.					
31.	Bu hastanede, yeni personelin işe oryantasyonu ve hizmet içi eğitim iyi yapılır.					
32.	Bu birimdeki tüm personel, hasta güvenliği ile ilgili sorumluluk alır.					
33.	Hastane yönetimi, hasta güvenliği ile ilgili konularda taviz vermez.					
34.	Hastane yönetimi, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarımı eksiksiz yürütmemi destekler.					
35.	Tanı ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.					
36.	Acil durumlardaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler.					
37.	Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler.					

38.	Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres, performansımı olumsuz etkiler.					
39.	Yorgun olduğumda, işimde daha az etkin olurum.					
40.	Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersem, bunu dile getirmem zordur.					
41.	Bu birimde, hizmetin aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır.					
42.	Çalışanlar, bu birimde oluşturulan kural ve prosedürleri (el yıkama, tedavi protokolleri/klinik yollar gibi ) sıklıkla önemsemezler.					
43.	İşimde hayal kırıklığı yaşıyorum.					
44.	Bu birimdeki doktorlar dahil tüm çalışanlar, işlerini iyi yaparlar.					
45.	İşimde kendimi tükenmiş hissedirim.					
46.	Bu birimde, hemşirelik eğitimi alanlar (öğrenciler) uygun şekilde desteklenir.					



**EK 3****GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU**

Değerli Meslektaşımız,

Bu araştırma “yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi” amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı. Araştırmanın, hasta güvenliği açısından önemli risk taşıyan kritik hastalara bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin, hasta güvenliği konusunda tutumlarının belirlenmesi; konuya ilişkin farkındalıklarının artırılarak eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinde rehber olabileceği düşünülmektedir. Bu araştırma projesine davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, isterseniz başkalarıyla tartışın. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız lütfen bizi arayın. Ancak araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün. Bu araştırmaya dahil olma kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olma,
- Yoğun bakım hemşiresi olması,
- Araştırmanın yapılacağı tarihler arasında izinli olmama,
- Araştırmaya katılmada gönüllü olmadır.

Araştırmanın evrenini, Kocaeli ilindeki üniversite ve onay alınan kamu hastanelerinde çalışan yoğun bakım hemşireleri oluşturacaktır ve örneklem hesaplama yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmektedir. Araştırmaya katılım gönüllü olup katılmayı reddetme durumunda herhangi bir ceza ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine yol açmayacaktır. Araştırma sorularına verdiğiniz yanıtlar, araştırma verileri dışında kullanılmayacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir sürecinde, araştırmacıya bilgi vererek istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Katılımınız ve içtenlikli yanıtlarınız araştırmaya büyük katkı sağlayacaktır. Anketi doldurmanız durumunda size herhangi bir ücret ödenmeyecek ya da sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Zaman ayırarak, katkı sağladığınız için teşekkür ederim. Katılımcının karşılaşılabileceği öngörülebilir riskler bulunmamaktadır. Araştırmaya katılmanın size hemen dönecek bir faydası bulunmamakla beraber, araştırma sonuçlarımızın gelecekteki hemşirelerin hasta güvenliği konusunda tutumlarını iyileştirmesi umulmaktadır. Katılımın kabul edildiği araştırmalarda bireye araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği’ni doldurması istenecektir.

Araştırmada ters giden bir şey olacağı düşünülmemektedir. Formda araştırma süresince elde edilen tüm bilgiler ve kişisel detaylar gizli kalacaktır. Veriler isimsiz (anonim) toplanacaktır. Gizlilik numara kullanımı ile sağlanacaktır. Genellikle verilere giriş araştırmayla doğrudan ilişkili olan kişilerle sınırlıdır. Katılımcıların kimlikleri hakkında bilgi verebilecek hiç bir veri katılımcıların açık onamı olmaksızın verilmeyecektir. Katılımcılara ait veriler kimlik bilgileri gizli tutulmak kaydıyla eğitim amaçlı

kullanılacaksa bu durum da ayrıca belirtilecektir. Katılımınız ve içtenlikli yanıtlarınız araştırmaya büyük katkı sağlayacaktır. Anketi doldurmanız durumunda size herhangi bir ücret ödenmeyecek ya da sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Anket ücretleri araştırmacı tarafından karşılanacaktır. Elde edilen verilerin başka araştırmalarda kullanılmayacaktır.

Araştırmaya katılımınızla ilgili herhangi bir şikâyetiniz varsa Kurula Etik Kurul raportörü Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar (Tel: 02623037450) vasıtasıyla ulaşabilirsiniz. Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.


Dr.Öğr.Üyesi Tuluha Ayoğlu: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Telefon: +90 212 440 00 00 dahili : 27056

Gülşah Bal : İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak Dr. Öğr. Üyesi Tuluha Ayoğlu danışmanlığında yürütülmektedir.


**EK 4: KURUM İZİNLERİ**



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
KOCAELİ VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

KOCAELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KOCAELİ  
EĞİTİM, ARAŞTIRMA VE GELİŞTİRME BİRİMİ  
22.03.2018 15.37 - 34059705 / 799 / 7825



00065371034

Sayı : 34059705-799  
Konu : Yüksek Lisans Tezi (Gülşah BAL)

DAĞITIM YERLERİNE

İstanbul Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği bölümünde Yüksek Lisans Öğrencisi olan Gülşah BAL'ın 19.03.2018 tarihli başvurusuna istinaden "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi" konulu Yüksek Lisans Tez çalışmasını Müdürlüğümüz komisyonu tarafından değerlendirilerek hastanenizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.  
Op. Dr. Onursal VARLIKLI  
İl Sağlık Müdürü a.  
Sağlık Hiz./İlaç ve Tıbbi Cihaz Başkanı

**EKLER:**  
Gülşah BAL Tez Başvurusu

Dağıtım:  
Kocaeli Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim Ve Araştırma Hastanesi  
Kocaeli Karamürsel Devlet Hastanesi  
Kocaeli İzmit Seka Devlet Hastanesi  
Kocaeli Kandıra Ecz. Kazım Dinç Devlet Hastanesi  
Kocaeli Gölcük N. Çelik Devlet Hastanesi

---

Karadenizliler Mah. Elmatepe Cad. No:57 İzmit/KOCAELİ

Bilgi için:Kader BOZKUŞ

Faks No:

Unvan:MEMUR

e-Posta:kader.bozkus@saglik.gov.tr İnt.Adresi: kism.egitim@gmail.com

Telefon No:02623192014

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 971624d3-b1b1-4ac8-bfc0-41c558b1fd81 kodu ile erişebilirsiniz.

Evrak Tarih ve Sayısı: 09/04/2018-E.28609



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 70580441-100/  
Konu : Eğitim - Öğretim İşleri (Genel)

## BİLGİ İŞLEM ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 14/03/2018 tarihli, 21575 sayılı ve "Eğitim - Öğretim İşleri (Genel)" konulu yazı

Hemşire Gülşah BAL'ın ilgi yazıda sorumlu araştırmacı olarak "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi" isimli araştırma projesinde 2018 yılında çalışan yoğun bakım hemşirelerinin verilerini kullanma isteği tarafımızca uygun bulunmuştur.

Gereğini rica ederim.

**Doç.Dr. Yunus TAŞ**  
Başmüdür Vekili

## Mevcut Elektronik İmzalar

YUNUS TAŞ (Hastane Baş Müdürlüğü - Başmüdür Vekili) 09/04/2018 11:55

Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği Kocaeli Üniversitesi Umuttepe Yerleşkesi 41380, Kocaeli  
Tel:+90 (262) 303 80 01 Faks:+90 (262) 303 80 03  
E-Posta :rekiletisim@kocaeli.edu.tr Elektronik Ağ :http://hastane.kocaeli.edu.tr/

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK 5: ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ**

Re: TEZ İÇİN ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ



ulku baykal &lt;ulku.baykal@istanbul.edu.tr&gt;

Thu 12/28/2017 4:28 PM

Inbox

[Show all 3 recipients](#)**To:** gülşah bal (gulsah\_1071@hotmail.com)  
tuluha ayoğlu (tuluha@gmail.com)hasgüv tutum ölçeği ma...  
2 MB

Save to OneDrive - Personal

Sayın Bal ve Ayaoğlu

Yapacağınız çalışmada ekte geçerlik güvenirliğini gönderdiğim 'Hasta Güvenliği Tutum Ölçeğini' atıf yaparak kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dileriz.

Prof. Dr. Ülkü Baykal  
İstanbul Üniversitesi  
FN Hemşirelik Fakültesi  
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı  
Öğretim Üyesi

On Thursday, December 28, 2017 4:46 AM, gülşah bal  
<gulsah\_1071@hotmail.com> wrote:

gülşah bal has shared a OneDrive file with you. To view it, click the link below.

[sayın.docx](#)

## ETİK KURUL KARARI



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU



<b>Etik Kurul Bilgileri</b>	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
	Telefon	0262 303 74 50
	Faks	0262 303 74 63
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr

<b>Başvuru Bilgileri</b>	Araştırmacının Adı	Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2018/91			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Yrd. Doç. Dr. Tuluha AYOĞLU			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği			
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi ve İzin Alınabilen Kamu Hastanelerinin Yoğun Bakım Üniteleri			
	Destekleyici				
	Araştırmacının Türü	<b>Yüksek Lisans Tezi</b>			
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>	Ulusal <input type="checkbox"/>	Uluslararası <input type="checkbox"/>

<b>Değerlendirilen Belgeler</b>	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
	Başvuru Dilekçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başvuru Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırmacının Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anket Çalışması
	Araştırma Protokolü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırma Bütçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Literatür Örneği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Taahhütname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	İzin Belgeleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başhekimlik Onayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Özgeçmişler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
Onay formu	18.10.2017/KOGOEK01.2	1/2

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2018/4.13 Proje No: 2018/91	Tarih: 7/03/ 2018
	Yrd. Doç. Dr. Tuluha AYOĞLU sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan, <input checked="" type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*	

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyî Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	--

## Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Semil Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* Gerekeçe ve öneriler:

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	18.10.2017/KOGOEK01.2	2/2

## İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

### YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

#### ORJİNALLİK RAPORU

<b>%9</b> BENZERLİK ENDEKSİ	<b>%5</b> İNTERNET KAYNAKLARI	<b>%1</b> YAYINLAR	<b>%8</b> ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	<b>%2</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to Okan Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	<b>%1</b>
<b>3</b>	<b>www.icqh.net</b> İnternet Kaynağı	<b>%1</b>
<b>4</b>	<b>Submitted to Beykent Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	<b>%1</b>
<b>5</b>	<b>www.ttb.org.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>6</b>	<b>Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	<b>&lt;%1</b>
<b>7</b>	<b>Submitted to Istanbul University</b> Öğrenci Ödevi	<b>&lt;%1</b>
<b>8</b>	<b>Submitted to Yalova Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	<b>&lt;%1</b>

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Gülşah	<b>Soyadı</b>	Bal
<b>Doğ.Yeri</b>	Gölcük	<b>Doğ.Tar.</b>	26.05.1991
<b>Uyruğu</b>	Türkiye Cumhuriyeti	<b>TC Kim No</b>	36127841912
<b>Email</b>	gulsah_1071@hotmail.com	<b>Tel</b>	02623037500

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Lisans</b>	Kocaeli Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2015
<b>Lise</b>	Gölcük İhsaniye Anadolu Lisesi	2009

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Yoğun bakım hemşiresi	Kocaeli Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2015- Devam ediyor

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	YDS Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	-	68,75000

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	56,28605	53,80800	50,03142
<b>(Diğer) Puanı</b>			

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Word,Excel,Powerpoint	İyi
SPSS	Orta

### Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri:-

**Özel İlgi Alanları (Hobileri):** Müzik dinlemek, film seyretmek, yabancı dil öğrenmek, kültürel geziler yapmak