

Türkiye’de “Hasta Güvenliği” Konusunda Son On Yılda (2008-2017) Yayımlanan Ulusal Çalışmaların Değerlendirilmesi: Bibliyografik Bir İnceleme

Evaluation of National Studies, Which Had Been Published in the Last Decade (2008-2017) Related to “Patient Safety” in Turkey: A Bibliographic Review

Feride EŞKİN BACAKSIZ [®], Gülcan TAŞKIRAN ESKİCİ [®], Gamze UĞUZ [®], Arzu Kader HARMANCI SEREN [®]

Öz

Amaç: Bu çalışmada, ulusal yazındaki hasta güvenliğine ilişkin yayınların bibliyografik açıdan incelenmesi ve araştırma sonuçlarında raporlanan benzerlik ve ayrılmaların belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışmada “hasta güvenliği” ve “güvenlik kültürü” anahtar kelimeleri kullanılarak, Türk örnekleminde gerçekleştirilen ve 2008-2017 yılları arasında yayımlanan toplam 33 çalışma incelenmiştir.

Bulgular: Analiz sonucunda en fazla araştırmanın 2014-2017 yılları arasında (n:17) yayımlandığı ve Marmara bölgesinde (n:13), Sağlık Bakanlığı hastanelerinde (n:28), yalnızca hemşire örnekleminde (n:18) gerçekleştirildiği bulundu. Çalışmaların çoğu tanımlayıcı (n:26) ya da ilişki arayıcıdır (n:6). Çalışmalarda en sık “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (n:14)” kullanılmış ya da araştırmacılar soruları kendileri oluşturmuştur (n:11). Araştırmalarda en sık kurumların hasta güvenliği düzeyine ilişkin görüşleri, hata raporlama öyküleri, sosyodemografik özelliklerle karşılaştırılması, hasta güvenliği eğitimi alma durumları ve tıbbi hata yapma durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Sonuç: Araştırma sonucunda hasta güvenliğine ilişkin olarak özel hastanelerin ya da öğrencilerin durumunu ortaya koyan çalışmaların daha az sayıda olduğu göze çarpmaktadır. Diğer yandan ölçüm aracı sayısı sınırlı olmakla birlikte, standardize olmayan araçların kullanımı da söz konusudur. Çalışmalarda, kişisel ve mesleki özelliklere odaklanılmış, hasta güvenliğine etki eden örgütsel ve yönetsel faktörlere yönelik daha çok çalışmaya gereksinim vardır.

Anahtar kelimeler: Bibliyografik inceleme, hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanları

ABSTRACT

Objective: In this study, it is aimed to examine bibliographic characteristics of the studies about the patient safety in national literature and to determine the similarities and dissociations reported in the research results.

Method: In this study, a total of 33 studies that were performed in the Turkish sample between 2008 and 2017, and using “patient safety” and “safety culture” keywords were included in the study.

Results: As a result of the analysis, it was found that most of the studies were carried out between 2014-2017 (n:17) and in the Marmara region (n:13), in the Ministry of Health Hospitals (n:28), and only in the nurse sample (n:18). Most of the studies are descriptive (n:26) or correlational (n:6). The Hospital Survey on Patient Safety Culture was the most frequently used tool (n:14) or the researchers formed the questions themselves (n:11). The most common findings in the researches were the participants’ opinions about the institutions patient safety levels, medical error reporting histories, the status of getting patient safety training or making a medical error, and comparisons with socio-demographic characteristics.

Conclusion: It was seen that there were a few studies performed in private hospitals and in the sample of healthcare students. Also, the number of valid and reliable instruments about patient safety was limited, and using of non-valid and non-reliable tools was common. The studies mostly focused on personal and professional characteristics. So there is a need for more research related to organizational and managerial factors, which may affect the concept of patient safety in different sectors and samples.

Keywords: Bibliographic review, patient safety, patient safety culture, healthcare professionals

Received/Geliş: 19.12.2018

Accepted/Kabul: 26.09.2019

Published Online: 23.12.2020

Cite as: Eşkin Bacaksız F, Taşkıran ESKİCİ G, Uğuz G, Seren AK. Türkiye’de “hasta güvenliği” konusunda son on yılda (2008-2017) yayımlanan ulusal çalışmaların değerlendirilmesi: Bibliyografik bir inceleme. Jaren. 2020;6(3):523-37.

Gülcan Taşkıran ESKİCİ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, Hemşirelikte
Yönetim Anabilim Dalı,
Samsun - Türkiye
✉ glcan.takran8@gmail.com
ORCID: 0000-0001-8331-4897

F. Eşkin Bacaksız 0000-0002-1627-7683

Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Hamidiye Hemşirelik Fakültesi,
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı,
İstanbul, Türkiye

G. Uğuz 0000-0003-3825-5167

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri
Üniversitesi, Kartal Dr. Lutfi Kırdar
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İstanbul, Türkiye

A.K. Harmancı Seren 0000-0002-4478-7234

Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Hamidiye Hemşirelik Fakültesi,
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı,
İstanbul, Türkiye



© Telif hakkı SBÜ Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Logos Tıp Yayıncılık tarafından yayınlanmaktadır. Bu dergide yayınlanan bütün makaleler Creative Commons 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

© Copyright Association of Publication of the Gaziosmanpaşa Training and Research Hospital. This journal published by Logos Medical Publishing. Licensed by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC)

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin yapısı, toplumdaki sosyokültürel değişikliklerden ve çeşitli diğer faktörlerden etkilenmektedir. Türkiye’de, toplum genelinde görülen bilinç düzeyindeki değişimlere paralel olarak, sağlık hizmetinden beklentiler ve hizmete yönelik taleplerde de değişiklikler yaşanmaktadır. Sağlık politikaları ve hizmet finansmanındaki reformlar, bu hizmetlerin sunumunu bazı açılardan değişime uğratmıştır. Bu değişimler sonucunda, sağlık hizmetinin zamanında, etkin ve eşit olarak dağıtılması gibi konular, günümüz sağlık sisteminin öncelikli hedefleri arasında yer almaya başlamıştır ^(1,2). Bu süreçte ayrıca öne çıkan başlıklardan biri de hasta güvenliğinin sağlanması, sürdürülmesi ve sağlık profesyonellerinin bu konuda yetkinleştirilmesidir.

Hasta güvenliği, son yıllarda popüler hale gelmesine ve yaygın biçimde tartışılmasına karşın, tarihi çok eskilere dayanan bir kavramdır. Bazı kaynaklar hasta güvenliği kavramının temellerini M.Ö. 1700’lü yıllardaki “Hamurabi Kanunları”na dayandırmaktadır ^(1,3,4). Diğer yandan hasta güvenliği kavramının Hipokrat tarafından belirtilen ve tıbbın genel ilkesi haline gelen “Önce zarar verme - Primum non nocere” anlayışını esas aldığını gösteren çalışmalar da mevcuttur ^(5,6). Ayrıca modern hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilen Florence Nightingale’in “Bir hastanenin yapması gereken ilk şeyin hastaya zarar vermesi, yapmaması gereken ilk şeyin ise mikrop saçması” olduğuna yönelik söylemi de hasta güvenliğine ilişkin tarihsel süreçte yer edinmiştir ⁽⁷⁾.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hasta güvenliğini “sağlık bakım sürecinde önlenabilir zararların oluşmaması, sağlık bakım hizmeti ile ilişkili gereksiz risklerin en düşük seviyeye indirilmesi” olarak tanımlamaktadır ⁽⁸⁾. Örgüte göre her on hastadan biri tıbbi hatalar nedeniyle ciddi zarar görmekte, her yıl dünya genelinde yaklaşık on milyon insan önlenabilir hatalı uygulamalar nedeniyle sakatlanmakta ya da hayatını kaybetmektedir. Amerika’da yapılan araştırmalarda, hasta güvenliğini doğrudan etkileyen tıbbi hataların ölüm nedenleri arasında beşinci sırayı aldığı vurgulanmakta, tıbbi hata kaynaklı ölüm sayısının, trafik kazası, meme kanseri veya AIDS’den ölenlerin sayısından daha fazla olduğu belirtilmektedir ^(9,10). Türkiye’de ise bu konudaki resmi kayıtlara sınırlı ölçüde ulaşılabildiği, buna karşın her yıl tıbbi hatalardan

dolayı birçok kişinin yaşamını kaybettiği ya da sakat kaldığı ifade edilmektedir ⁽¹¹⁾. Bu nedenle son yıllarda uluslararası sağlık kuruluşlarının yayınladığı rapor ve rehberlerde hasta güvenliği konusu sıkça yer almaktadır. Saraç ⁽¹²⁾ dünyada hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar yapan “Kanada Hasta Güvenliği Enstitüsü”, “Güvenli İlaç Uygulamaları Enstitüsü”, “Sağlık İyileştirme Enstitüsü” ve “DSÖ Hasta Güvenliği Dünya İttifakı” gibi en önemli kuruluşları sıralamıştır. Türkiye’de ise son yıllarda hasta güvenliğini ve sağlıkta kaliteyi geliştirmeyi amaç edinen “Hasta Güvenliği Derneği” ve “Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği” gibi dernekler bu konuda çalışmalar yürütmektedir ⁽¹³⁾.

Sağlık bakım sistemindeki küresel ölçekli düzenlemeler ve eğilimler, ulusal sağlık politikalarını ve hizmet sunumunu da etkilemiştir. Bu kapsamda, Türkiye’de 29 Nisan 2009 tarihinde “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” ⁽¹⁴⁾ yayımlanmış, ardından da bu tebliği kapsayacak şekilde “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” ⁽¹⁵⁾ yayımlanarak bu konudaki çalışmalar daha da hız kazanmıştır. “Tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için olası risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenleme (madde 1)” ⁽¹⁵⁾ amacı ile yayımlanan yönetmeliğin ardından sağlık bakım organizasyonlarında çeşitli değişimler gerçekleşmiştir. Kurumlar sundukları hizmeti hasta güvenliği açısından yeniden ele almış ve kurum kültürüne yansıtmaya çalışmıştır. Günümüzde, sağlık kurumlarında bu yönetmelik kapsamında iyileştirmeler ve çalışmalar devam etmektedir ⁽¹⁶⁾.

Sağlık bakım organizasyonlarındaki gelişim ve değişimlere paralel olarak bilimsel alandaki çalışmalar ve araştırmalar da hızla artmıştır. Hem ulusal ^(6,9,11,17-45) hem de uluslararası ⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾ yazında hasta güvenliğini çeşitli açılardan ele alan çalışmalara rastlamak olasıdır. Araştırmalar çoğunlukla sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü ve tutumlarına odaklanmış olmakla birlikte, hasta güvenliği kültürü ile çeşitli değişkenle-

rin ilişkisini inceleyen çalışmalar da mevcuttur ^(6,17-19,22-24,26-32,34-36,38,40,41). Ancak, bu çalışmalar çoğunlukla örneklem ya da konu açısından sınırlılıklara sahiptir ve güncel yazını bütüncül bir bakış açısı ile inceleyerek sonuçları ortaya koyan sistematik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, ulusal yazında hasta güvenliği hakkında yayımlanan makalelerin bibliyografik açıdan değerlendirilerek mevcut durum analizinin yapılması ve araştırma sonuçlarının incelenerek sonuçlardaki benzerlik ve ayrışmaların ortaya konması hedeflenmektedir. Bu kapsamda yazındaki boşluklar saptanarak, ileri dönemdeki çalışmalar için yeni fikir ve önerilere dayanak oluşturulması planlanmaktadır.

YÖNTEM

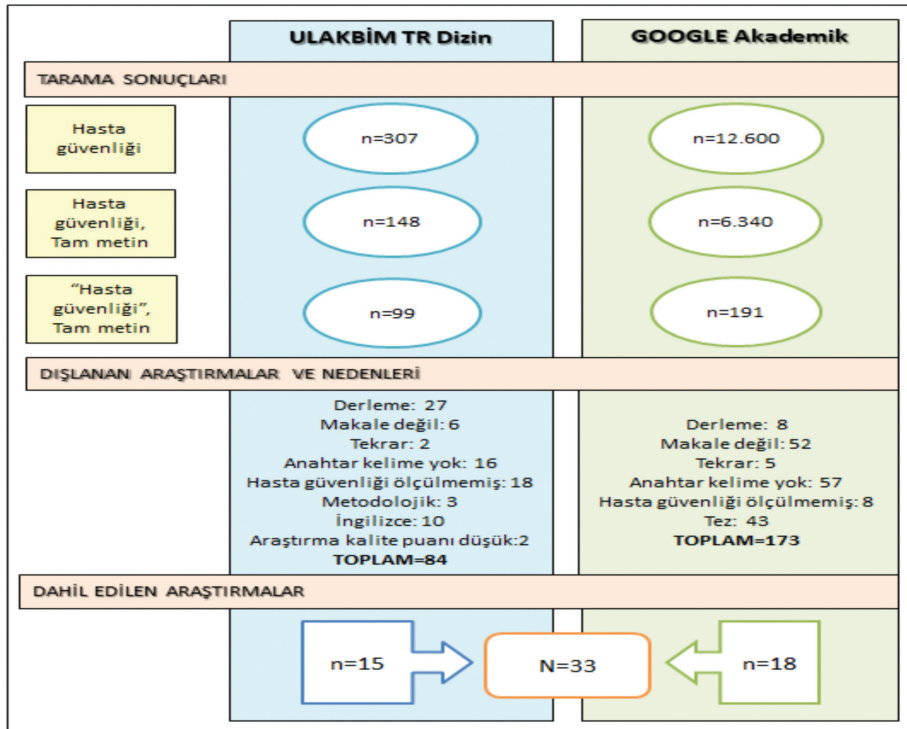
Araştırmanın amacı ve türü: Bibliyografik inceleme türündeki bu araştırmanın amacı ulusal yazında hasta güvenliği konusunda yayımlanmış araştırmalarda değişen eğilimleri incelemek ve araştırma sonuçlarındaki benzerlikleri ve ayrışmaları ortaya çıkarmaktır. Araştırmada aşağıdaki soruların yanıtı aranmaktadır:

Hasta güvenliği konusunda 2008-2017 yılları arasında yayımlanmış çalışmaların:

1. Bibliyografik özellikleri nasıldır?
2. Kullanılan ölçüm araçları nelerdir?
3. Araştırmalarda raporlanan sonuçlar ve temel bulgular nelerdir?

Tablo 1. Araştırmaya dahil edilme/dışlanma ölçütleri

	Dahil edilme ölçütleri	Dışlanma ölçütleri
Ülke/Dil	Türkiye/Türkçe	Diğer
Yıl	2008-2017	Diğer
Örneklem	Tüm sağlık çalışanları, sağlık alanında eğitim veren öğretim elemanları ve öğrenim gören öğrenciler	Diğer
Tasarım türü	Tanımlayıcı, ilişki arayıcı, karşılaştırmalı, kesitsel, deneysel/yarı deneysel ve nitel araştırma türleri	Metodolojik araştırmalar Derlemeler
Yayın türü	Araştırma makalesi	
Anahtar sözcük	Hasta güvenliği Hasta güvenliği, Tam metin “Hasta güvenliği”, Tam metin	Tezler, kongre bildirileri, raporlar, ders notları, sunumlar Hasta güvenliği anahtar kelimesi kullanılmaması karşın hasta güvenliğine ilişkin ölçüm yapılmayanlar
Araştırma Kalite Puanı	≥ 8 puan	≤ 7 puan



Şekil 1. Tarama sonuçları ve dışlanan/dahil edilen araştırmalar

Çalışma hasta güvenliği konusuyla ilgili yayınların geriye dönük olarak taranması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda hasta güvenliği anahtar sözcüğü ile ULAKBİM TR Dizin ve Google Akademik'te tarama yapılmıştır. Araştırmaya dahil edilme ve dışlanma ölçütleri Tablo 1'de, tarama sonucunda bulunan ve bu kriterler uyarınca değerlendirilip elenen ya da çalışmaya alınan makalelerin dağılımı ise Şekil 1'de gösterilmektedir.

Araştırma kalite puanının belirlenmesinde Polit ve Beck⁽⁵⁰⁾ tarafından araştırmanın kalitesini belirlemeye yönelik olarak önerilen ölçütler kullanılmıştır. Bu ölçütler araştırmanın amacını, yöntemini, örneklem özelliklerini, verilerin analizini, araştırmanın sınırlılıklarını, sonuçlarını ve tartışma bölümünü değerlendi-

rerek puanlamaya olanak sağlamaktadır. Toplamda 12 ölçütün her biri için makalenin uygunluğu "0 puan-karşılamıyor", "1 puan-karşıyor" şeklinde puanlanmaktadır. Bu çalışmada makalelerin en az 8 puan değerindeki ölçütü karşılıyor olması koşulu aranmıştır. Araştırmaya dahil olma kriterlerinin tümünü karşılayan toplam 33 makale değerlendirilmiştir.

İncelenen değişkenler ve analiz yöntemleri:

Araştırmaya dahil edilen makalelerin bibliyografik incelenmesinde toplam yazar sayısı, yayın yılı, kullanılan anahtar sözcükler, araştırmanın yeri, çalışmanın gerçekleştiği kurum türü, örneklem türü ve sayısı, araştırma tasarımı ve kullanılan ölçüm aracı incelemeye dağılımları analiz edilmiştir. Sonuçların kategorize edilmesinde ise makalelerin tam metinleri üze-

Tablo 2. Makalelerin bibliyografik özellikleri (N=33)

Değişken		N	%
Yazar sayısı	1 yazar	2	6.1
	2 yazar	14	44.4
	3 yazar	9	27.3
	4 yazar ve üstü	8	24.2
Yayın yılı	2014-2017	17	51.5
	2011-2013	10	30.3
	2008-2010	6	18.2
	Mesleklerle yönelik (hekim, hemşire vb.)	29	87.9
Anahtar sözcükler (N=118)	Hasta güvenliği	26	78.8
	Hasta güvenliği kültürü	15	45.4
	Güvenlik diğer	10	30.3
	Tıbbi hata (lar)	10	30.3
	Birimlere yönelik (cerrahi, çocuk vb.)	7	21.2
	Hastane	5	15.2
	Diğer (hizmet içi eğitim, kalite vb.)	16	48.5
	Marmara bölgesi	13	39.4
Araştırma yeri	Ege bölgesi	6	18.2
	Karadeniz bölgesi	4	12.1
	Doğu Anadolu bölgesi	4	12.1
	İç Anadolu bölgesi	3	9.1
	Akdeniz bölgesi	2	6.1
	Güneydoğu Anadolu bölgesi	1	3.0
	Sağlık Bakanlığı hastaneleri	28	53.9
	Üniversite hastaneleri	15	28.9
Kurum türlerine göre örneklemdeki hastane sayısı (N=52)	Özel hastaneler	6	11.5
	Eğitim kurumları	2	3.8
	Askeri hastane	1	1.9
	Yalnızca hemşire	18	54.5
	Karma-sağlık çalışanları	13	39.4
	Öğrenciler	2	6.1
	100 ve altı	9	27.3
	101-200	13	39.4
Örneklem türü	200 ve üstü	11	33.3
	Tanımlayıcı	26	78.8
	İlişki arayıcı	6	18.2
	Kesitsel	3	9.1
Örneklem sayısı (ED= 52, EY=603)	Karşılaştırmalı	2	6.1
	Deneyisel	2	6.1
	Prospektif	1	3.0
	Nitel	1	3.0
Araştırma tasarımı (N=41)			

*ED= En düşük, EY= En yüksek

rinde içerik analizi yapılmış, bu araştırmada yanıt aranan sorulara yanıt niteliğindeki sonuçlar değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmanın bulguları, araştırmanın bibliyografik özelliklerinin incelenmesi ve araştırmalarda raporlanan sonuçların ve temel bulguların değerlendirilmesini içerecek şekilde iki ayrı başlıkta sunulmaktadır.

Araştırmaların bibliyografik özelliklerinin incelenmesi

Araştırmada incelenen 33 makalenin bibliyografik özellikleri Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2’de yer alan bulgular incelendiğinde makalelerin çoğunlukla iki yazarlı (%44.4) olup, 2014 yılı ve sonrasında (%51.5) yayımlandığı ve “hekim”, “hemşire” gibi meslek adlarının (%87.9) ya da “hasta güvenliği (%78.8)” anahtar sözcüklerinin kullanıldığı görülmektedir. Araştırmaların çoğu Marmara bölgesinde (%39.4), Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde (%53.9) ve yalnızca hemşire grubunda (%54.5) gerçekleştirilmiştir. Örneklem sayısı 52 ile 603 arasında değişmekle birlikte, çoğunlukla 101-200 kişi (%39.4) arasındadır ve araştırmaların çoğu tanımlayıcı tasarım türündedir (%78.8).

Tablo 3’te yayımlanan makalelerde hasta güvenliğini ölçmeye yönelik kullanılan veri toplama araçlarının dağılımı verilmekte olup, tablo incelendiğinde en sık Sorra ve Nieva (2004) tarafından geliştirilip Bodur ve Filiz⁽⁵³⁾ tarafından Türkçe’ye uyarlanan “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi”nin veya bu anketten araştırma amacına uygun olarak seçilmiş bazı bölümlerin kullanıldığı (%42.4) görülmektedir. Araştırmacılar tarafından geliştirilen soru formları (%33.4) ikinci sırada, Türkmen ve ark. (2010) tarafından geliştirilen “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (%15.2)” ise üçüncü sıradadır.

Tablo 3. Araştırmalarda kullanılan ölçüm araçları (N=33)

Ölçüm Aracı	Yazarlar / Yıl	N	%
Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi ve Uyarlamaları	Sorra & Nieva (2004)’dan Bodur & Filiz (2009)	14	42.4
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	Türkmen ve arkadaşları (2010)	5	15.2
Hastane Güvenlik İklimi Anketi ve Güvenli Davranışlara Uyum Ölçeği	Gershon ve ark. (2000)	1	3.0
Hasta Güvenliği Kültürü Değerlendirme Ölçüm Aracı	Sexton ve ark. (2004)’dan Tütüncü ve ark. (2007)	1	3.0
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	Çelen ve ark. (2014)	1	3.0
Araştırmacılar Tarafından Geliştirilen Soru Formu	-	11	33.4

Araştırmalarda raporlanan sonuçlar ve temel bulguların değerlendirilmesi

Araştırmanın ikinci bölümünde araştırmaların sonuçları ve temel bulguları incelenmiştir. “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi” kullanılarak yapılan araştırmalara ilişkin sonuçlar Tablo 4’te verilmektedir. Bu çalışmalarda, katılımcıların çoğu kurumlarının hasta güvenliği düzeyini kabul edilebilir (n=6) olarak nitelendirmektedir. Araştırmalarda katılımcıların çoğunlukla hiç olay raporlamadığı (n=8) ve hiç olay raporlamadım yanıtı verenlerin çalışma örneğine oranının %67.1 ile %97.0 arasında değiştiği saptanmıştır. Çalışmalarda, “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi”nden elde edilen puanların karşılaştırıldığı ya da ilişkilerinin incelendiği kişisel değişkenlerin “yaş ve eğitim düzeyi”, mesleki değişkenlerin “meslek, birimdeki/kurumdaki/meslekteki deneyim, çalışılan pozisyon, haftalık toplam çalışma süresi ve hasta ile etkileşimde bulunma” değişkenleri ve örgütsel değişkenlerin ise “kurum türü, çalışılan birim, hizmet içi eğitim alma durumu, iş doyumu ve örgütsel adalet algısı” değişkenleri olduğu saptanmıştır.

“Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” kullanılarak yapılan araştırmalara ilişkin sonuçlar Tablo 5’te verilmektedir. Araştırmalarda raporlanan sonuçlar incelendiğinde çalışmaların hepsinde katılımcıların en yüksek ve en düşük puan ortalamasına sahip olduğu alt boyutların raporlandığı (n=5) belirlenmiştir. Çalışmalarda, çoğunlukla beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutundan elde edilen puan ortalamalarının en düşük (n=4), çalışan eğitimi ve çalışma ortamı alt boyutlarının ise en yüksek olduğu (n=2) olduğu belirtilmektedir. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği’nden elde edilen puanların karşılaştırıldığı ya da ilişkilerinin incelendiği kişisel değişkenlerin “yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi” değişkenleri, mesleki değişkenlerin “meslekteki deneyim, çalışılan pozisyon ve çalışma düzeni” değişkenleri ve örgütsel değişkenlerin ise “kurum türü, çalışılan birim, hizmet içi eğitim alma durumu” değişkenleri olduğu saptandı.

Tablo 4. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi ve Uyarılarını kullanarak yapılmış araştırmalar

Yazarlar, anahtar sözcükler ve kalite puanı	Araştırmanın türü, yeri ve örnekleme	Sonuç/Temel bulgular
Karayurt ve ark. (2017) Hasta güvenliği kültürü, güvenli cerrahi kontrol listesi, ameliyat odası KP (Kalite Puanı):11	Tanımlayıcı, Kesitsel İZMİR 1 Üniversite H. 96 sağlık çalışanı • 35 hemşire • 30 hekim, • 31 ameliyat odası ve anestezi teknikeri	Hasta güvenliği düzeyi: %2.1 kusursuz, %15.6 çok iyi, %59.4 kabul edilebilir, %15.6 zayıf, %7.3 başarısız Olay raporlama sıklığı: %71.9'u hiç olay raporlamamış, %22.9'u ise bir-iki olay, %5.2'si üç ve üzeri olay raporlamış En yüksek puan ortalaması: Hastane müdahaleleri ve değişim alt boyutu En düşük puan ortalaması: Hataların raporlanma sıklığı alt boyutu Anlamlı farklar • Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutu meslek grupları arasında (hemşireler>hekim ve diğer sağlık çalışanları) • Üniteler içinde ekip çalışması, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutlarında ameliyathanede çalışma sürelerine göre gruplar arasında (deneyimi az olanlar>deneyimi fazla olanlar) Hastanede /meslekte toplam çalışma sürelerine ve hasta ile etkileşimde bulunma durumuna göre gruplar arasında anlamlı fark yok
Korkmazer ve ark. (2016) Hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, personel algıları KP:11	Tanımlayıcı MUŞ 1 Sağlık Bakanlığı H. 76 sağlık çalışanı • 9 doktor • 64 hemşire • 3 diğer	Hasta güvenliği düzeyi: %5.3 kusursuz, %10.6 çok iyi, %25.0 kabul edilebilir, %35.5 zayıf, %23.6 başarısız Olay raporlama sıklığı: %67.1'i hiç olay raporlamamış, %26.3'ü bir-iki olay, %6.6'sı üç ve üzeri olay raporlamış En yüksek puan ortalaması: Birimler içinde ekip çalışması alt boyutu En düşük puan ortalaması: Hastanede devir ve nakiller alt boyutu Anlamlı farklar • Örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme ile personel sağlama alt boyutlarında meslekte çalışma süresine göre (orta süre deneyimliler>az veya fazla süre deneyimliler) • Hataların raporlanma sıklığı ile hastane üniteleri arasında ekip çalışması alt boyutlarında meslekte çalışma süresine göre (deneyimi az olanlar>deneyimi fazla olanlar) • Güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutunda meslekte çalışma süresine göre (deneyimi fazla olanlar>deneyimi az olanlar)
Özşaker ve Tehçi (2016) Hasta güvenliği, cerrahi, hemşireler KP:10	Tanımlayıcı İZMİR 1 Üniversite H. 220 hemşire	Hasta güvenliği düzeyi: %2.3 kusursuz, %31.8 çok iyi, %50.9 kabul edilebilir, %14.5 zayıf, %0.5 başarısız Olay raporlama sıklığı: %90.5'i hiç olay raporlamamış, %8.2'si bir-iki olay raporlamış, %1.4'ü üç ve üzeri olay raporlamış En yüksek olumlu yanıt: Üniteler içinde ekip çalışması alt boyutu En düşük olumlu yanıt: Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutu Hasta güvenliğine yönelik hizmet için eğitim alma: %59.5 eğitim almamış Anlamlı farklar • Hastane üniteleri arasında ekip çalışması, organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutlarında işten memnuniyet durumlarına göre (memnun olanlar>olmayanlar) • Güvenliğin kapsamlı algılanması, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim, Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri alt boyutlarında hizmet içi eğitim alma durumlarına göre (eğitim alanlar>almayanlar) • Hastane müdahaleleri ve değişim alt boyutunda hizmet içi eğitim alma durumlarına göre (eğitim almayanlar>alanlar) Yaş grubu, eğitim durumu, çalışılan bölüm, kurumdaki pozisyon, kurumdaki ve meslekteki deneyim sürelerine göre gruplar arasında anlamlı fark yok
Erkul ve ark. (2015) Hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, tıbbi hata KP:8	Tanımlayıcı ANTALYA 1 Üniversite H. 90 hemşire	Hasta güvenliği düzeyi: %41.1 kabul edilebilir Olay raporlama sıklığı: %70'i hiç olay raporlamamış, %17.8'i bir-iki olay raporlamış, %6.7'si üç ve üzeri olay raporlamış
Ünsal Atan ve ark. (2013) Hasta güvenliği kültürü, hemşireler, tıbbi hata KP:10	Tanımlayıcı, Kesitsel İZMİR 1 Üniversite H. 148 hemşire	Hasta güvenliği düzeyi: %37.8 çok iyi, %43.3 kabul edilebilir, %11.5'i zayıf Olay raporlama sıklığı: %83.1 son 12 ayda birimde hiç olay raporlamamış En yüksek olumlu yanıt: Güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutu En düşük olumlu yanıt: Hataların raporlanma sıklığı yanıt alt boyutu

Tablo 4. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi ve Uyarlamaları kullanılarak yapılmış araştırmalar (devam)

Gündoğdu ve Bahçecik (2012)	Tanımlayıcı	Hasta güvenliği düzeyi (en sık): Toplam: %38.5 çok iyi, Sağlık Bakanlığı : %48.7 kabul edilebilir; Özel: %51.0 çok iyi
Hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, hemşire	İSTANBUL 2 Özel H. 2 Sağlık Bakanlığı H. 475 hemşire	Olay raporlama sıklığı (Son 12 ayda hiç olay raporlamayanlar): Toplam: %72.6; Sağlık Bakanlığı: %72.0; Özel: %73.5
KP:12		Anlamli farklar • Bütün alt alanlar ve ölçek toplamı puan ortalamalarında kurum türlerine göre (Özel hastaneler>Sağlık Bakanlığı) • Çalışılan birimin Özelde 1, Sağlık Bakanlığında 9 alt alanda gruplar arasında fark oluşturduğu • Kurumdaki görevin Özelde 3, Sağlık Bakanlığında 2 alt alanda gruplar arasında fark oluşturduğu • Eğitim düzeyinin: Özelde 2, Sağlık Bakanlığında 1 alt alanda gruplar arasında fark oluşturduğu
Özkan ve Kömürcü (2012)	Klinik Deneysel	En yüksek olumlu yanıt: Hastanedeki üniteler arası ekip çalışması alt boyutu En düşük olumlu yanıt: Hataların raporlanması alt boyutu
Sağlıkta kalite, hasta güvenliği, tıbbi hata, perinatoloji	İSTANBUL 1 Sağlık Bakanlığı H. 78 sağlık çalışanı • 58 ebe • 20 hemşire	Hasta ve çalışan güvenliğine yönelik hizmet için eğitim alma: %87.2 eğitim almış Hastane kalite yönetim sistemi: • Hasta güvenliği uygulamalarını olumlu etkiledi (12/16 alt alan) • İş yükünü artırdı (11/16 alt alan) Anlamli farklar (Hastane kalite yönetim sistemi uygulama ve eğitimleri ile) • Yaşanan olay sayısında azalma (736’dan 104’e) • Denetim puanlarında artma (110’dan 304’e)
Dursun ve ark. (2010)	Tanımlayıcı	Hasta güvenliği düzeyi: %14.9 kusursuz, %49.2 çok iyi, %27.6 kabul edilebilir, %8.3 zayıf
Örgüt kültürü, hasta güvenliği kültürü, tıbbi hatalar, sağlık	BURSA 1 Özel H. 181 sağlık çalışanı • 64 hemşire • 117 yardımcı sağlık personeli	Olay raporlama sıklığı: %71.3 hiç, %11, 1-2 olay, %10.5, 3-5 olay, %7.2, 6 ve üzeri olay raporlamış Anlamli farklar • Hasta güvenliği derecesine ilişkin görüş kusursuza yaklaştıkça üç alt boyutta da ortalama puanlarda artış • Güvenlik kültürü hastane alt boyutunda, hiç olay raporlamayanlar>olay raporlamış olanlar Haftalık çalışma süresi ve meslek grubuna göre anlamli fark yok Anlamli ilişkiler • Güvenlik kültürü hastane alt boyutu ile raporlanan olay sayısı, hastanede-birimde ve meslekte çalışma yılları arasında zayıf ilişki • Güvenlik kültürü birim alt boyutu ile hastanede çalışma yılı arasında zayıf ilişki Çıktı ölçümleri ile bağımsız değişkenler arasında anlamli ilişki yok
Başbakkal ve ark. (2009)	Tanımlayıcı	Hasta güvenliği düzeyi: %0 kusursuz, %38 çok iyi, %52 kabul edilebilir, %4 zayıf, %6 başarısız
Çocuk, hasta güvenliği, hemşire	İZMİR 1 Üniversite H. Çocuk klinikleri 50 hemşire	Olay raporlama sıklığı: %97 hiç, %3 bir-iki olay raporlamış. En yüksek puan ortalaması: Güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutu En düşük puan ortalaması: Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutu Tıbbi hata yaptınız mı?: %76 hayır, %14.0 evet, %10 yanıtız Mesai arkadaşınız tıbbi hata yaptı mı?: %44 hayır, %48 evet, %8 yanıtız En önemli tıbbi hata nedeni: %92 hemşirelerin sayı olarak yetersizliği
KP:10		
Akbolat ve Sırakaya (2016)*	Tanımlayıcı, İlişki Arayıcı	Hasta güvenliği düzeyi: %1.8 kusursuz, %14.5 çok iyi, %53.3 kabul edilebilir, %26.7 zayıf, %3.6 başarısız
Hasta güvenliği, örgütsel adalet, sağlık çalışanları	SAKARYA Sağlık Bakanlığı H. 165 sağlık çalışanı • 18 Hekim • 87 Hemşire • 25 Teknisyen • 35 Tıbbi Sekreter	Hata bildirimi • Zarar verme potansiyeli olan yapılmış hata (en sık): Nadiren (%28.4) • Zarar verme potansiyeli olmayan yapılmış hata (en sık): Nadiren (%23.6) • Zarar verme potansiyeli olan yapılmamış hata (en sık) : Bazen (%26.0) Anlamli ilişki ve etkiler • Birimler arası takım çalışması ve bildirilen olayların sıklığının işlemsel adalet ve etkileşimsel adaleti pozitif ve anlamli yordadığı
KP:11		
Vural ve ark. (2014)**	Tanımlayıcı	Hasta güvenliği düzeyi: %60.5 iyi
Hasta güvenliği, tıbbi hatalar	KOCAELİ 1 Sağlık Bakanlığı H. 200 sağlık çalışanı • 26 Doktor • 200 Hemşire • 2 Yönetici • 2 Eczacı • 10 Teknisyen • 60 Yardımcı personel	En sık olumlu yanıt: “Nöbetlerde hasta tesliminin önemi ve uygulanması” maddesi En sık olumsuz yanıt: “Performans hakkında uygun geri bildirim almak” maddesi Tıbbi hatalar sistem hatasıdır ve bireylere mal edilmemelidir (%75.5) Anlamli ilişkiler • Kurumda hasta olarak hizmet alma durumunda güvenli hissetme konusunda yönetsel faktörler, sağlık çalışanına yönelik faktörlere oranla daha yüksek ilişkili Anlamli etkiler • Hasta güvenliği hakkında soruların iletebileceği kanalların bilinmesi ve raporlama sonrası geribildirim alma hata bildirimini teşvikini olumlu etkilemekte
KP:9		

Tablo 4. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi ve Uyarlamaları kullanılarak yapılmış araştırmalar (devam)

Taş ve ark. (2013)***	İlişki Arayıcı	En yüksek puan ortalaması: Örgütsel öğrenme alt boyutu En düşük puan ortalaması: Personel yeterliliği alt boyutu
Kalite yönetim sistemleri, hasta güvenliği kültürü, hastane, sağlık çalışanları	KOCAELİ 1 Üniversite H. 253 sağlık çalışanı • 52 hekim • 155 hemşire • 32 sağlık teknikeri • 14 diğer	Anlamli ilişkiler • Kalite yönetim sistemi ölçeği ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki (alt boyutlarda çeşitli düzeylerde ilişkiler) Anlamli etkiler • Kalite yönetim sistemi hasta güvenliği kültürünün %44'ünü açıklamakta
Derin ve Demirel (2011)****	Tanımlayıcı	En yüksek puan ortalaması: İletişim alt boyutu En düşük puan ortalaması: Yönetim desteği alt boyutu
Hasta güvenliği, liderlik, dönüşümcü liderlik, verimlilik, hemşireler	MALATYA 2 Sağlık Bakanlığı H. 198 Hemşire	Anlamli farklar • Raporlanan olay sıklığı alt boyutunda yaş grupları ve meslekte geçirilen süreye göre (gençler>ileri yaştakiler; az deneyimliler>yüksek deneyimliler) • Yönetim desteği alt boyutunda eğitim düzeyine göre (yüksek eğitim düzeyi>orta ve düşük eğitim düzeyi) • İletişim alt boyutunda eğitim düzeyi ve meslekte geçirilen süreye göre (yüksek eğitim düzeyi>orta ve düşük eğitim düzeyi; az deneyimliler>yüksek deneyimliler) • Kültür alt boyutunda eğitim düzeyine göre (yüksek eğitim düzeyi>orta ve düşük eğitim düzeyi) • Ölçek toplamında eğitim düzeyine göre (yüksek eğitim düzeyi>orta ve düşük eğitim düzeyi) Ölçek toplamında yaş, iş yerinde geçirilen süre ve meslekte geçen süreye göre anlamli fark yok Anlamli ilişki ve etkiler Hasta güvenliği ile dönüşümcü liderlik arasında pozitif yönlü çok az güçlü anlamli ilişki ve etki
Adıgüzel (2010)*****	İlişki Arayıcı	Anlamli ilişkiler • Ekip çalışması ve uyum ile hasta güvenliğinde yönetici kültürü ve hasta güvenliğinde iletişim arasında • Hata yapma farkındalığı ile hasta güvenliğinde yönetici kültürü ve hasta güvenliğinde iletişim arasında • Hatalara karşı sürekli öğrenme ile hasta güvenliğinde yönetici kültürü, hasta güvenliğinde iletişim ve hasta güvenliğinde raporlanan olay sıklığı arasında Anlamli etkiler • Ekip çalışması ve uyum ile hasta güvenliğinde yönetici kültürü ve hasta güvenliğinde iletişim arasında • Hata yapma farkındalığı ile hasta güvenliğinde yönetici kültürü arasında • Hatalara karşı sürekli öğrenme ile hasta güvenliğinde yönetici kültürü ve hasta güvenliğinde iletişim, hasta güvenliğinde raporlanan olay sıklığı arasında

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Sorra & Nieva (2004)'dan çeviren Bodur & Filiz (2009) 12 alt boyut 42 madde

*Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi'nden uyarlama (4 alt boyut 14 madde); **Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi'nden uyarlama (19 madde); ***Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi'nden uyarlama (10 alt boyut 34 madde; Çakır 2007); ****Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi'nden uyarlama (4 alt boyut 42 madde); *****Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi'nden uyarlama (3 alt boyut 11 madde)

Tablo 5. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği kullanılarak yapılmış araştırmalar

Yazarlar, anahtar sözcükler ve kalite puanı	Araştırmanın türü, yeri ve örneklemi	Sonuç/Temel bulgular
Rızalar ve ark. (2016) Hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, hastane, hemşirelik personeli KP:12	Tanımlayıcı SAMSUN 1 Üniversite H. 129 hemşire	En yüksek puan ortalaması: Çalışan davranışı alt boyutu En düşük puan ortalaması: Bakım ortamı alt boyutu ve beklenmedik olay ve hata rapor etme alt boyutu Anlamlı farklar • Beklenmedik olay ve hata raporlama ile çalışan davranışı alt boyutlarında hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre (eğitim alanlar>almayanlar) • Ölçek toplamı, yönetim ve liderlik, beklenmedik olay ve hata raporlama ile çalışan davranışı alt boyutlarında çalışılan birime göre (cerrahi servis>ameliyat odası, yoğunbakım) • Ölçek toplamı, yönetim ve liderlik, beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutlarında meslekte çalışma süresine göre (0-5 yıl arası>6-10 yıl, 11 ve üzeri) • Çalışan davranışı alt boyutunda çalışılan pozisyona göre (Sorumlu hemşire>klinik hemşire)
Ertürk ve ark. (2016) Hemşirelik, hasta güvenliği kültürü, hastane KP:11	Tanımlayıcı, Kesitsel MANİSA 3 Sağlık Bakanlığı H. 1 Üniversite H. 1 Özel H. 603 hemşire	En yüksek puan ortalaması: Çalışanların eğitimi En düşük puan ortalaması: Beklenmedik olay ve hata rapor etme Hasta güvenliğine yönelik hizmet için eğitim alma: %63,6 eğitim almış Anlamlı farklar • Yönetim ve liderlik alt boyutunda yaş gruplarına göre (34 üstü yaş>34 yaş altı) • Ölçek toplamı, yönetim ve liderlik ve bakım ortamı alt boyutlarında medeni duruma göre (evli>bekar) • Tüm alt boyutlar ve ölçek toplamında çalışılan kurum, birim ve mesleki deneyime göre gruplar arasında çeşitli düzeylerde anlamlı farklar olduğu Hasta güvenliği eğitimi alma durumu, cinsiyet, öğrenim durumu ve çalışma pozisyonu anlamlı fark yok
Yolcu ve ark. (2015) Hasta güvenliği, hasta güvenlik kültürü, hemşire KP: 8	Tanımlayıcı, Karşılaştırmalı TEKİRDAĞ 8 Sağlık Bakanlığı H. 503 hemşire	En yüksek puan ortalaması: Bakım ve teknoloji alt boyutu En düşük puan ortalaması: Çalışan davranışı alt boyutu ve beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutu Anlamlı farklar • Ölçek toplamı ve tüm alt boyutlarda kurumlar arasında anlamlı fark olduğu Ölçek toplamı ve tüm alt boyutlarda cinsiyet ve eğitim durumuna göre anlamlı fark yok
Erdağı ve Özer (2015) Çalışma ortamı, güvenlik kültürü, tükenmişlik, hemşire KP:12	Tanımlayıcı ERZURUM 2 Sağlık Bakanlığı H. 1 Üniversite H. Cerrahi klinikleri 308 hemşire	En yüksek puan ortalaması: Bakım ortamı alt boyutu En düşük puan ortalaması: Çalışan eğitimi alt boyutu Anlamlı farklar • Ölçek toplamı ve tüm alt boyutlar ve çalışılan kuruma göre (Sağlık Bakanlığı> Üniversite) • Çalışanların eğitimi alt boyutunda eğitim düzeyine göre (lise ve önlisans> lisan-süstü) Yaş, cinsiyet, meslekte çalışma süresi, çalışılan bölüm, çalışma düzenine göre anlamlı fark yok
Karaca ve Arslan (2014) Hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, hemşirelik yönetimi, hemşirelik hizmetleri KP:11	Tanımlayıcı, Karşılaştırmalı İSTANBUL 2 Özel H. 151 hemşire	En yüksek puan ortalaması: Çalışan eğitimi alt boyutu En düşük puan ortalaması: Beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutu Hasta güvenliğine yönelik hizmet için eğitim alma: %76,2 eğitim almış Eğitimi yeterli bulma: %91.3 yeterli bulmuş Olay raporlama sıklığı: %91.4 yapmamış, %8.6 yapmış En sık raporlanan olay düşme (%92.3; n=12) Hasta güvenliği uygulamalarına ilişkin görüş: %81.5 uygulamalar yeterli, %18.5 yeterli değil Anlamlı farklar • Ölçek toplamı, yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama ile çalışan eğitimi alt boyutlarında hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre (eğitim alanlar>almayanlar) • Çalışan eğitimi ile bakım ve teknoloji alt boyutlarında çalışılan kuruma göre (A kurumu>B kurumu)

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği, Türkmen ve arkadaşları (2010), 5 alt boyut 51 madde

Tablo 6. Diğer ölçekler ve araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama araçları kullanılarak yapılmış araştırmalar

Yazarlar, anahtar sözcükler ve kalite puanı	Araştırmanın türü, yeri ve örnekleme	Yöntem ve Ölçüm Aracı	Sonuç/Temel bulgular
Çakmak ve Tatlı (2017)	İlişki Arayıcı	Hastane Güvenlik İklimi Anketi	Anlamli farklar
Güvenlik kültürü, güvenlik iklimi algısı, güvenlik tedbirlerine uyma davranışı, iş kazası riskleri	ZONGULDAK 1 Üniversite H. 192 kişi sağlık çalışanı	• Gershon ve ark. (2000)	• Ölçek toplamında mesleğe ve pozisyona göre (hemşire>doktor; yönetici>çalışan)
KP:11	• 149 hemşire	• 20 madde 6 alt boyut	• İletişim ve kişilerarası ilişkiler boyutu çalışan birime göre (ameliyat odası hemşireleri>diğer hemşireler)
	• 43 intern ve araştırma görevlisi doktor	Güvenli Davranışlara Uyum Ölçeği	Güvenli davranışlara uyum
		• Gershon ve ark. (2000)	• Ölçek toplamında mesleğe ve çalışan birime göre (hemşire>doktor; ameliyat odası hemşireleri>diğer hemşireler)
		• 14 madde	Pozisyona göre anlamlı fark yok.
			Anlamli ilişkiler
			Güvenlik iklimi algısı ve uyma arasında pozitif yönlü zayıf güçte anlamlı ilişki
Kardaş Özdemir ve Akgün Şahin (2015)	Tanımlayıcı	Hasta Güvenliği Kültürü Değerlendirme Ölçüm Aracı	Hasta güvenliğine yönelik hizmet için eğitim alma: %54.3 eğitim almış
Hastane, hasta güvenliği, hemşireler	KARS 2 Sağlık Bakanlığı H. 280 hemşire	• Sexton ve ark. (2004)'dan çeviren Tütüncü ve ark. (2007)	Hasta güvenliği bilgisine ilişkin görüş: %47.9 yeterli, %32.9 kısmen yeterli, %19.2 yetersiz
KP:9		• 19 soru	Anlamli farklar
			• Mesleki deneyim süresine göre (1 yıldan az>1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11 ve üzeri)
			• Hasta güvenliği bilgisine göre (yeterli > kısmen yeterli ve yetersiz)
			• Hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre (eğitim alanlar>almayanlar)
			Hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve görevlerine göre anlamlı fark yok.
Çelen ve ark. (2014)	Tanımlayıcı	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	Çalışanların:
Hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, sağlık çalışanları	ISTANBUL 1 Askeri Tıp Fakültesi Eğitim H. 428 çalışan	• Çelen ve ark. (2014)	Hasta güvenliği algısı olumlu (%82.2),
KP:11	• 102 tabip	• 14 madde 3 boyut	Birimdeki hasta güvenliği süreçleri olumlu (%64.4)
	• 146 Hemşire		Hastane yönetiminin desteği olumlu (%57.8)
	• 85 sağlık teknisyeni ve diğer sağlık personeli		Anlamli farklar
	• 95 idari ve yardımcı personel		• Hasta güvenliği kültürü ölçek toplamında yaş ve mesleğe göre
			• Süreç alt boyutunda cinsiyet, yaş ve mesleğe göre
			• Hastane yönetiminin desteği alt boyutunda mesleğe göre
			• Hasta güvenliği algısı alt boyutunda cinsiyet, statü ve mesleğe göre
			Anlamli etkiler (hasta güvenliğini olumlu algılama olasılığı)
			• Ölçek toplamında mesleğe göre (idari ve yardımcı personel>hemşire)
			• Süreç alt boyutunda mesleğe göre (tabip>hemşire)
			• Hastane yönetiminin desteği alt boyutunda mesleğe göre (idari ve yardımcı personel>tabip)
			Hasta güvenliği algısına anlamlı etki yok
Somyürek ve Uğur (2016)	Tanımlayıcı	Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu	Tıbbi hataya tanık olma durumu: %72.7 evet, %27.3 hayır
Hasta güvenliği, tıbbi hatalar, yoğun bakım ünitesi, hemşirelik	ADANA 1 Sağlık Bakanlığı H. 99 yoğun bakım hemşiresi	• 15 soru	Tanımlanan hatalar (en sık): Asepsi ve sterilizasyon uygunsuzluğu (%51.3), iletişim ve bilgi akışına bağlı hatalar (%48.6),
KP:10			Tıbbi hataların olası nedenleri: Uzun çalışma saatleri (%33.3), personel sayısındaki yetersizlik (%29.1)
			Tıbbi hataya tanık olunduğunda izlenen yol: Primer hekime bildirme (%76.3), kişileri sözlü uyarma (%54.1)
			Diğer görüşler:
			• En sık hekimler yapar (%51.5)
			• Hem kişi hem kurum sorumlu (%71.7)
			• Neden sonuç araştırılıp önlem alınmalı (%77.7)
			Hata Bildirimi (en sık):
			• Zarar verme potansiyeli olan, düzeltilen, yapılmış hata: Hiçbir zaman (%55.6)
			• Zarar verme potansiyeli olan, zarar vermeyen yapılmış hata: Hiçbir zaman (%55.1)
			• Son bir yıl içinde hata raporu yazma: Hiç (%81.6)
			Anlamli farklar
			• Eğitim düzeyi yükseldikçe birim yöneticisine yazılı/sözlü raporlamada artış
			• Mesleki deneyim arttıkça tıbbi hatalar konusundaki bilgi ve farkındalıklarına güvenmede artış
			Yaş ve yoğun bakımda çalışma süresine göre anlamlı fark yok

Tablo 6. Diğer ölççekler ve araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama araçları kullanılarak yapılmış araştırmalar (devam)

Yazarlar, anahtar sözcükler ve kalite puanı	Araştırmanın türü, yeri ve örnekleme	Yöntem ve Ölçüm Aracı	Sonuç/Temel bulgular
Hisar ve ark. (2015) Hasta güvenliği, çalışan güvenliği, kalite. KP:9	Tanımlayıcı, Niteliksel ANKARA 1 Sağlık Bakanlığı H. Nicel aşama 209 sağlık çalışanı • 58 hemşire, • 22 doktor, • 36 sağlık personeli • 93 idari personel Nitel aşama 32 sağlık çalışanı	Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu • 51 soru Kalitatif derinlemesine görüşme	Hasta güvenliği düzeyi: %14.9 kusursuz, %35.1 çok iyi, %29.2 kabul edilebilir, %15.3 zayıf, %5.4 kötü Anamlı farklar • Hastanenin hasta güvenlik derecesine ilişkin görüşte meslek ve çalışan birime göre (diğer sağlık çalışanları>hemşireler, diğer birimler>cerrahi birimler). Nitel görüşme sonuçları Hasta güvenliği tanımı: “hastayı çevreden gelebilecek zararlardan korumadır (%59.0)” Hasta güvenliğinden “çalışan tüm personel sorumludur (%66.6)” Hata nedenleri: “eğitim yetersizliği (%20)” Raporlamada engelleyici etmen: “ilişkilerin bozulmasının istenmemesi (%30.0)” Hata raporlamanın faydaları: “hata yapma oranının azalması (%30.3)” Raporlamanın hizmet kalitesine etkisi: “daha dikkatli çalışmayı sağlar (%34.3)”
Saray Kılıç ve Özhan Elbaş (2014) Hasta güvenliği, hataların bildirilmesi, hemşire ve doktor. KP:11	Tanımlayıcı ANKARA 1 Üniversite H. 4 Cerrahi kliniği 142 sağlık çalışanı • 78 hemşire • 64 doktor	Araştırmacılar tarafından hazırlanan dört olgu • Hastada yabancı madde bırakma • İlaç uygulama hatası • Hasta düşmesi • Basınç yarısı ve enfeksiyon	Hasta güvenliğinden sorumlu olma: • Tüm sağlık çalışanları (%29.5), hemşire (%23.8), hekim (%23.0) Vakalar için; • Hatadır (%98.7-%75.6); hata değildir (%24.4-1.3) • Önlenebilir (%100-93.2), önlenemez (%6.3-0.0) • Bildirim (%88.5-67.2); bildirmem (%32.8-11.5) Hemşireler tüm olgularda genel olarak daha sık hatadır, önlenbilir, bildirim demidir. Tıbbi hata bildirimine ilişkin görüşler (en sık) • Hemşireler: kesinlikle bildirilmeli (%69.2), hekimler: “ortaya çıkan duruma göre bildirilmeli (%50) • Hemşireler: yazılı bildirim (%38.2), hekimler: yüz yüze-sözel (%40.6) • Hemşireler: cezalandırıcı olmamak gerekir (%47.5), hekimler: suçlanması gerekir (%46.9)
Biçer ve ark. (2013) Hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, hemşire, hizmet içi eğitim. KP:12	Yarı Deneysel İSTANBUL 1 Üniversite H. 14 İç Hastalıkları Anabilim Dalı Kliniği 90 hemşire	Araştırmacılar tarafından hazırlanan form • 16 soru Araştırmacılar tarafından hazırlanan form • 21 soru	Hasta güvenliğine yönelik hizmet için eğitim alma: %50.0 almamış hasta güvenliği konusunda sorun yaşama: %76.7 sorun yaşamamış Güvenlik kültürünün önemine ilişkin görüş: %53.3 çok önemli, %44.4 önemli, %2.2 kararsız Hasta güvenliği ile ilgili olduğu belirtilen kavramlar: %94.4 düşme, %82.2 ilaç uygulamaları, %77.8 enfeksiyonlar Anamlı farklar • 11 alt kavramın 9’unda bilgi durumuna ilişkin verilen doğru yanıtlarda, eğitim sonrasında istatistiksel anlamlı artış • 5 ana başlıkta yer alan 17 hasta güvenliği konusunun 14’ünü bilmede istatistiksel olarak anlamlı artış
Korkmaz (2012) Hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, tıbbi hatalar, hasta güvenliği uygulamaları, hemşirelik. KP:9	Tanımlayıcı ZONGULDAK 1 Üniversite H. 184 hemşire	Araştırmacılar tarafından hazırlanan form • 25 madde 4 alt boyut	Anamlı farklar • Kurumda çalışma yılına göre yalnızca tedarik boyutunda fark olduğu Yaş, birimde çalışma yılı, eğitim durumu, unvan, çalışan birim, meslekte çalışma yılı, medeni durum, haftalık çalışma süresi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark yok
Yıldız ve ark. (2012) Hasta güvenliği, hemşirelik eğitimi, klinisyen hemşirelik, tıbbi hatalar, servis içi eğitim. KP:8	Tanımlayıcı, Prospektif TEKİRDAĞ 1 Sağlık Yüksekokulu 1 Üniversite H. 75 kişi • 40 son sınıf öğrencisi • 35 yeni mezun	Araştırmacılar tarafından hazırlanan form	Tıbbi hata nedenleri: Uzun çalışma saatleri, yetersiz personel, iletişim eksikliği, eğitim yetersizliği Anamlı farklar Tıbbi hata tanımlama oranlarında mezuniyet durumuna göre (yeni mezun>son sınıf öğrencisi) Eğitim alma durumları (düşme, enfeksiyon, kimlik doğrulama konularında) mezuniyet durumuna göre (yeni mezun>son sınıf öğrencisi)

Tablo 6. Diğer ölççekler ve araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama araçları kullanılarak yapılmış araştırmalar (devam)

Yazarlar, anahtar sözcükler ve kalite puanı	Araştırmanın türü, yeri ve örnekleme	Yöntem ve Ölçüm Aracı	Sonuç/Temel bulgular
Bodur ve ark. (2012) Hasta güvenliği, tıbbi hata, ebe, hemşire, eğitim KP:10	Tanımlayıcı KONYA 1 Sağlık Bilimleri Fakültesi 95 son sınıf öğrencisi • 50 hemşirelik • 45 ebelik	Araştırmacılar tarafından hazırlanan form • 14 soru	Eğitime ilişkin görüşler • Hasta güvenliği önemli bir konudur (%98.0) • Derslerde hasta güvenliği konusu işlenmelidir (%63.0) Kendisine yönelik öykü • Staj sırasında tıbbi hata yapmış olma: %36.9 • En sık yapılan tıbbi hata: ilaç hatası %58.8 • Tıbbi hata sonucunda hastaların zarar görme durumu: %11.8 • Yapılan tıbbi hatayı rapor etmeme: %70.6 Arkadaşına yönelik öykü • Staj sırasında tıbbi hataya şahit olma: %58.5 • En sık yapılan tıbbi hata: ilaç hatası %40.7 • Tıbbi hata sonucunda hastaların zarar görme durumu: %35.2 • Yapılan tıbbi hatayı rapor etmeme: %88.9 Diğer görüşler (en sık) • En sık tıbbi hata yapan: hekimler %37.9 • En sık yapılan hata: enfeksiyona yol açacak uygulamalar %89.5 • Hatanın açıklanmadığı durumlar: hastaya zarar vermeden fark edilip düzeltiltiğinde %71.2 • Hatayı açıklamanın olası sonuçları: hastanın güvenliğini zedeleme %85.0
Bostan ve Köse (2012) Hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hemşire, üniversite hastanesi KP:9	Tanımlayıcı GÜMÜŞHANE 1 Üniversite H. 131 hemşire	Araştırmacılar tarafından hazırlanan form	Hasta güvenliğine yönelik hizmet için eğitim alma: %49.6 almış İyi düzeyde eğitime sahip olduğunu düşünenler: %9.2 Raporlama eğitimi alma: %49.6 katıldım, %64.9 verilmedi, %6.1 katılmadım Kurumun hasta güvenliği konusundaki yaklaşımı: %59.5 yapılanlar yeterli değil, %29 sorunlar önemsenmiyor, %9.2 sorunlar çözülür, gerekli önlemler alınır
Gökdoğan ve Yorgun (2010) Hasta güvenliği, hemşire, tıbbi hata KP:10	İlişki Arayıcı BOLU 1 Sağlık Bakanlığı H. 104 hemşire	Araştırmacılar tarafından hazırlanan form	Hasta güvenliğine ilişkin görüşler: • Hemşireler hasta güvenliğini ilgilendiren uygulamalara önemli katkılar sağlar: %100.0 • Hemşireler istenmeyen ya da hatalı olayları önleyebilir: %87.5 • Eğer hasta olsaydım böyle bir ortamda kendilerini güvende hissedebilirdim: %81.7 • Hasta güvenliğine ilişkin tıbbi hataları rapor etmede kendimi rahat hissedirim: %83.7 Yapılan tıbbi hatalar (en sık): Order-ilaç-hataları (%24.0), iş yoğunluğu nedeniyle dikkatsizlik (%12.5), hasta kimliğinin kontrol edilmemesi (%9.6) Tıbbi hata nedenleri: İletişim kaynaklı (%80.8), İnsan kaynaklı (%67.3), Sistem kaynaklı (%65.4) Hata sonucunda: Sorun anlaşılmaya çalışılır (%64.4), ceza ve suçlama davranışı gözlemlenir (%14.4), bilmiyorum, karşılaşmadım, hiçbir şey yapılmaz (%12.2)
Çırpı ve ark. (2009) Hasta güvenliği, hasta güvenliği uygulamaları, hemşirelik KP:12	Tanımlayıcı İSTANBUL 1 Sağlık Bakanlığı H. 130 hemşire	Araştırmacılar tarafından hazırlanan form • 12 soru	Hasta güvenliğine ilişkin görüşler: • Hasta güvenliği tanımı: Sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla alınan önlemlerin tamamı (%74.6) • Hasta güvenliği uygulamaları; gereklidir (%96.9), haberdarım (%93.3), görev almaktayım: (%92.3) • Hasta güvenliği için düşmeyi, ilaç hatalarını, enfeksiyonları ve kimliklendirme hatalarını önleme uygulamalarının hepsi hemşireliğe aittir (%90.8) • Hasta güvenliği uygulamalarının etkinliği: iyi (%72.3), orta derece ve yeni uygulamalar yapılmalı (%40) Yapılan tıbbi hatalar (en sık): İlaç uygulama hataları (%57.0), hastane enfeksiyonları risk uygulamaları (%34.6) Bildirim sistemi: Sözlü bildirim (%40), olay bildirim formu (%60)
Tütüncü ve Küçükusta (2008) Hasta güvenliği kültürü, tedarik zinciri entegrasyonu, hastane yönetimi, sterilizasyon KP:9	İlişki Arayıcı EGE ve GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ 301 sterilizasyon sorumluları	Araştırmacılar tarafından hazırlanan form • 20 soru 2 alt boyut	Anlamli ilişkiler: Tedarik zinciri entegrasyonu ile hasta güvenliği iklimi ölçek toplamı ve alt boyutları arasında pozitif yönlü güçlü ve anlamlı ilişki.

Son olarak, diğer ölçekler ya da araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama araçları kullanılarak yapılan araştırmalara ilişkin sonuçlar Tablo 6’da verilmektedir. Tablodaki bulgular incelendiğinde çalışmalarda sağlık çalışanlarının kurumlarına ilişkin hasta güvenliği düzeyi algılarının (n=2), hata raporlama durumlarının (n=2), kendilerinin ya da arkadaşlarının tıbbi hata yapma durumlarının (n=2), raporlanan olay türlerinin (n=5) ve hataların nedenlerine (n=4) ve sonuçlarına (n=6) yönelik görüşlerinin raporlandığı görülmektedir. Araştırmalarda, hasta güvenliğine yönelik anlamlı fark oluşturup oluşturmadığı ya da ilişkili olup olmadığı incelenen kişisel değişkenlerin çoğunlukla “yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve mezuniyet durumu”, mesleki değişkenlerin “meslek, birimdeki/kurumdaki/meslekteki deneyim, unvan, statü ve çalışılan pozisyon” ve örgütsel değişkenlerin ise “çalışılan birim, haftalık çalışma süresi ve hasta güvenliği eğitimi alma durumu ile bilgi düzeyi” olduğu belirlendi (Tablo 6).

TARTIŞMA

Bu sistematik derlemenin bulguları değerlendirildiğinde üzerinde durulması gereken önemli noktalardan ilki, çalışmaların çoğunlukla Marmara Bölgesi’nde (6,9,22-27,31,33,36,40,41), Sağlık Bakanlığı hastanelerinde (9,16,18,22,23,26-29,31,32,35,37,38,44) ve hemşire (9,11,16,19-22,25,28,30-33,35,37,40,43,44) örnekleminde gerçekleştirilmiş olmasıdır. Türkiye’de ve özellikle Marmara bölgesinde tüm hastanelerin %34’ünü özel sektör hastanelerinin Marmara Bölgesi’nde oluşturduğu düşünüldüğünde (51), hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların benzer oranlarda özel sektör hastanelerinde gerçekleştirilememiş olması düşündürücüdür. Burada bir diğer önemli nokta da hasta güvenliği sağlık bakım ortamında çalışan tüm disiplinleri ve profesyonelleri bağlayan bir konu olmasına karşın (52), çalışmaların daha çok hemşire örneklemini ile sınırlı olmasıdır. Ancak, bu durumun Türkiye’ye özgü olmadığı ve uluslararası alanda hasta güvenliği ile ilgili yürütülen çalışmalarda da örneklemin çoğunlukla hemşirelerden oluştuğu vurgulanmaktadır (46).

Hasta güvenliği ile ilgili bu sistematik derleme kapsamında incelenen çalışmalarda dikkat çeken bir diğer konu, çalışmalarda sıklıkla beklenmedik olay ve hata bildirmesi gibi önemli başlıklarda çalışanların eksik kaldıklarını belirtmiş olmalarıdır (9,16-22,24,25,30,31,33,37,43).

Burada üzerinde durulması gereken en önemli konulardan biri bu olmalıdır. Hataların ve beklenmedik olayların raporlanması, pek çok diğer faktörle birlikte sağlık bakım ortamlarında gerçek hata sayılarını ve oranlarını belirlemede başat unsurlardan biridir. Bu nedenle raporlamaların artırılması için pek çok eğitimsel çalışma da yürütülmektedir (47). Ancak hataların ve beklenmedik olayların bildirilmediği ya da bildirilmesinde eksiklik yaşandığı durumlarda, hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesi ile ilgili tüm planlamalar ve çalışmalar etkin sonuçlara ulaşamayacaktır (48). Yine yapılan çalışmalarda, hataların bildirilmesinde en önemli engel olarak yöneticiler tarafından cezalandırılma korkusu üzerinde durulmaktadır (53,54). Bu konudaki sorunların çözümünde, hata bildiriminde bulunan çalışanların muhbir durumuna düşürülmemelerinin ve kurum yöneticileri tarafından idari bir soruşturma ile karşı karşıya bırakılmayacaklarına ilişkin güvence sağlanmasının yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Bu derleme kapsamında incelenen çalışmalarda hasta güvenliği tutumlarının sıklıkla benzer kişisel, mesleki ve örgütsel değişkenlerle ilişkili olarak değerlendirildiği görülmektedir. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği tutumlarını ve kurumların hasta güvenliği düzeylerini inceleyen çalışmalarda da sıklıkla benzer değişkenlerin kullanıldığı ve aradaki örüntülerin sinandığı görülmektedir (52,53).

SONUÇ

Bu sistematik derleme kapsamında ele alınan çalışmaların çoğunlukla Marmara Bölgesi’nde, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ve hemşireler üzerinde yürütüldüğü, çalışmalarda hemşirelerin hata ve beklenmedik olay bildiriminde yetersiz kaldıklarını dile getirdikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlardan yola çıkılarak gelecekte hasta güvenliği konusunda yürütülecek çalışmalarda, özel hastaneleri, farklı coğrafi bölgeleri ve hemşireler dışındaki sağlık çalışanlarını kapsayan çalışmaların planlanması önerilir. Ayrıca sağlık bakım yöneticilerinin, kurum içi hata raporlama sistemlerini gözden geçirmesi, çalışanların hata ve beklenmedik olay raporlama ile ilgili endişelerini gidermesi, gerekli yönetsel ve eğitimsel desteği sağlayıp sürdürmeye yönelik girişimlerde bulunması önerilir.

Etik Kurul Onayı: Sistematik derleme çalışması olması nedeniyle alınmamıştır.

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Hasta Onamı: Yoktur.

Ethics Committee Approval: None.

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

Informed Consent: None.

KAYNAKLAR

1. Ovalı F. Hasta güvenliği yaklaşımları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2010;1(1):33-43.
2. Özmen S, Başol O. Hasta güvenliği kültürü: Bursa'da özel bir hastane uygulama örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı. Ankara, Türkiye: Baydan Ofset; p. 81-97.
3. Clark G. Organisational culture and safety: an interdependent relationship. Australian Health Review 2002;25(6):181-9. [CrossRef]
4. Polk HC, Birkmeyer J, Hunt DR, Jones RS, Whitemore AD, Barracough B. Quality and safety in surgical care. Annals of Surgery 2006;243(4):439-48. [CrossRef]
5. Bonadonna RC, Borghi C, Consoli A, Volpe M. Novel antidiabetic drugs and cardiovascular risk: primum non nocere. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases 2016;26(9):759-66. [CrossRef]
6. Taş Y, Akpınar AT, İşçi E. Kalite yönetim sistemi ile hasta güvenliği kültürü ilişkisinin belirlenmesine yönelik bir araştırma: üniversite hastanesi örneği. 7. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi; 27-29 Eylül 2013; Konya, Türkiye.
7. Masterson C, Pfaff BL, Dettmering C, Fleis J. Creating a sustainable culture of safety related to hand hygiene in an integrated health system. American Journal of Infection Control 2016;44(6):S8. [CrossRef]
8. World Health Organization (WHO). WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2009.
9. Çırpı F, Merih YD, Kocabey MY. Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2(3):26-34.
10. The Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Report Brief. 1st ed. Washington: National Academies Press; 2001.
11. Korkmaz O. Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilerin tutumunu algılayışı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2012;14(4):91-112.
12. Saraç A. Trabzon il merkezinde birinci basamakta çalışan sağlık personelinin hasta hakları, hasta güvenliği ve kendi hakları hakkındaki bilgi ve tutumları. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 2009.
13. Ardahan M, Yelkin Alp F. Hasta güvenliği ve hasta güvenliğini sağlamada sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;6(2):85-8.
14. Resmi Gazete. 2009. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. URL: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm>. 15 Kasım 2018.
15. Resmi Gazete. 2011. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. URL: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>. Kasım 22, 2018.
16. Ertürk C, Dönmez P, Özmen D. Manisa il merkezindeki hastanelerde görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016;32(1):19-33.
17. Karayurt Ö, Turhan Damar H, Bilik Ö, Özdöker S, Duran M. Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün ve güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının incelenmesi. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;1:16-23.
18. Korkmazer F, Yıldız A, Ekingen E. Sağlık personeli hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2016;4(2):141-54. [CrossRef]
19. Özşaker E, Tehçi H. Cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;1(2):71-8. [CrossRef]
20. Erkul M, Bilişli Y, Özdoğan Tüm N. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algısı: üniversite hastanesi örneği. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi 2015;3(12):330-7. [CrossRef]
21. Atan ŞÜ, Dönmez S, Duran ET. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün incelenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2012;21(3):172-80.
22. Gündoğdu SK, Bahçecik N. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15(2):119-28.
23. Özkan A, Kömürçü N. (2012). Hasta ZKTB güvenliği önlemlerinin perinatal kliniklere uyarlanması ve uygulama rehberlerinin geliştirilmesi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2012;43(3):90-6.
24. Dursun S, Bayram N, Aytaç S. Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. Sosyal Bilimler 2010;8(1):1-14.
25. Başbakkal Z, Taş F, Yılmaz H. Pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Ege Pediatri Bülteni 2009;16(2):87-93.
26. Akbolat M, Sırakaya, İR. Hasta güvenliği kültürünün algılanan örgütsel adalet üzerine etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2016;19(1):1-16.
27. Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;5(2):152-7.
28. Derin N, Demirel ET. Hasta görüşlerine göre oluşan kurum üyü ile hasta tutum ve davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi: Turgut Özal Tıp Merkezi örneği. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2011;21(2):208-35.
29. Adıgüzel O. Hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanları tarafından algılanmasına yönelik bir araştırma.

- Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2010; 28.
30. Rızalar S, Büyük ET, Şahin R, As T, Uzunkaya G. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2016;9(1):9-15.
31. Yolcu N, Yıldırım Z, İncesu E, Yiğit Y, Çağ Y. Tekirdağ ili kamu hastanelerinde çalışan hemşireler için hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. International Anatolia Academic Online Journal 2017;3(2):8-18.
32. Erdağı S, Özer N. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;18(2):94-106. [CrossRef]
33. Karaca A, Arslan H. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2014;1(1):9-18. [CrossRef]
34. Çakmak AF, Tatlı AGM. Sağlık çalışanlarının güvenlik iklimi algıları ve güvenlik tedbirlerine uyma davranışlarının incelenmesi. Karaelmas İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi 2017;1(1):46-57. [CrossRef]
35. Özdemir FK, Şahin ZA. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları: Kars İli örneği. ODÜ Tıp Dergisi 2015;2(3):139-44.
36. Çelen Ö, Teke A, Cihangiroğlu N. Gülhane askeri tıp fakültesi eğitim hastanesi çalışanlarının hasta güvenliği kültürü düzeylerinin incelenmesi. Gülhane Medical Journal 2014;56(2):85-92. [CrossRef]
37. Somyürek N, Uğur E. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği kültürü oluşturma: hemşire gözüyle tıbbi hatalar. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2016;3(1):1-7.
38. Hisar KM, Arslan CB, Kısa S, Hisar F. Bir devlet hastanesinde çalışan personelin hasta güvenliğine ilişkin algı ve görüşleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;4(1):148-61.
39. Saray Kılıç H, Özhan Elbaş N. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire ve doktorların hasta güvenliği hakkındaki bilgileri ve tıbbi hataların bildirilmesi hakkındaki görüşleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17(2):97-104.
40. Biçer KE, Güçlüel Y, Neymen A, Yiğit Ş. Hasta güvenliğine ilişkin düzenlenen hizmet içi eğitimin hemşirelerin bilgi düzeyine etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013;10(1):14-20. [CrossRef]
41. Yıldız T, Eriten G, Erdem İ, Gökay NS, Kulaç M, Alp R. Mezuniyetin ve profesyonel sağlık personeli olarak çalışmanın hasta güvenliği bilinci üzerine etkileri. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi 2012;2(3):94-8.
42. Bodur S, Filiz E, Çimen A, Kapçı C. Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki tutumu. Genel Tıp Dergisi 2012;22(2):37-42.
43. Bostan S, Köse A. Hemşirelerin hasta ve çalışan güvenliği konusunda kurumsal uygulamaları değerlendirmesi bir üniversite hastanesi örneği. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History 2012;20(1):10-5.
44. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;13(2):53-9.
45. Tütüncü Ö, Küçükusta D. Tedarik zinciri entegrasyonu ve hasta güvenliği ilişkisinin analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi 2008;9(1):93-106.
46. Feng X, Bobay K, Weiss M. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. Journal of Advanced Nursing 2008; 63(3):310-9. [CrossRef]
47. McCarthy SE, O’Boyle CA, O’Shaughnessy A, Walsh G. Online patient safety education programme for junior doctors: is it worthwhile?. Irish Journal of Medical Science 2016;185(1):51-8. [CrossRef]
48. Kaldjian LC, Jones EW, Wu BJ, Forman-Hoffman VL, Levi BH, Rosenthal GE. Reporting medical errors to improve patient safety. Archives Internal Medicine 2008;168(1):40-6. [CrossRef]
49. Dirik HF, Samur M, Seren Intepeler S, Hewison A. Nurses’ identification and reporting of medication errors. Journal of Clinical Nursing (in press) 2018. [CrossRef]
50. Polit DF, Beck CT. International differences in nursing research, 2005-2006. Journal of Nursing Scholarship 2009;41(1):44-53. [CrossRef]
51. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni. <http://ohsad.org/wp-content/uploads/2018/09/27344saglik-istatistikleri-yilligi-2017-haber-bultenipdf.pdf> (Erişim tarihi: Ekim 9, 2018).
52. Tunçer Ünver G, Harmancı Seren AK. Defining the patient safety attitudes and influencing factors of health professionals working at maternity hospitals. Journal of Nursing Management 2018;26(1):579-86. [CrossRef]
53. Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of “Hospital Survey on Patient Safety Culture” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. BMC Health Services Research 2010;10(28):1-9. [CrossRef] <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-28>
54. Seren Intepeler Ş, Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15(2):129-35.