



International JOURNAL of SOCIAL and HUMANITIES SCIENCES RESEARCH (JSHSR)

Uluslararası Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Dergisi

Received/Makale Geliş 21.05.2023
Published /Yayınlanma 30.07.2023
Volume/Issue (Cilt/Sayı)-ss/pp 10(97),1444-1458

10.5281/zenodo.8196555
Araştırma Makalesi
ISSN: 2459-1149

Dr. Öğr. Üyesi Arzu BULUT

<https://orcid.org/0000-0001-7362-5667>

Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Balıkesir / TÜRKİYE

Doç. Dr. Halil SENGUL

<https://orcid.org/0000-0001-5745-0369>

Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul / TÜRKİYE

Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Uygulamalarına İlişkin Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma

Experiences of Intensive Care Unit Nurses Regarding Patient Safety Practices: A Qualitative Study

ÖZET

Bu araştırmanın amacı Yoğun Bakım Ünitesi hemşirelerinin hasta güvenliğiyle ilgili görüşleri ve uygulama sürecine ilişkin deneyimlerini keşfetmektir. Bu çalışma yarı yapılandırılmış görüşmeler ve tematik analizin kullanıldığı nitel araştırma türlerinden yorumlayıcı olgubilim (fenomenolojik) olarak düzenlendi. Hemşireler (n= 7) ile odak grup görüşmesi İstanbul ilinde bir özel hastanenin, 3. seviye Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi'nde 15.03.2022 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde betimsel (tümdengelimsel) analiz kullanılmıştır. Çalışmada kategori ve alt kategorilere ilişkin bulguların sunumunda katılımcı görüşlerinden doğrudan alıntılara yer verilmiş ve yorumlanmıştır. Analiz sonucunda altı ana kategori ortaya çıkmıştır: Daha güvenli hasta bakımı için personel faktörleri; Güvenli hasta bakımı için ünite içi ve ünite dışı ekip çalışması; Daha güvenli bakım için olay raporlama ve geri bildirim; Daha güvenli hasta bakımı için çalışma ortamı faktörleri; Daha güvenli bakım için organizasyonel ve yönetsel faktörler. Tüm hemşireler, hasta güvenliğinin önemine vurgu yaparak, hasta güvenliğiyle ilgili en önemli sorunların hemşire başına düşen hasta sayısının fazlalığı, malzeme eksikliği, yeni işe başlayan hemşirelerin oryantasyon eğitiminde yaşanan eksiklikler ve yönetim desteği görememe yönünde görüşlerini bildirdiler. Hemşirelerin genel olarak hasta güvenliğine olumlu yaklaştıklarını ve hasta güvenliğinin iyileştirilmesinin önemli olduğuna inandıklarını gördük. Hasta güvenliği sağlık sistemlerinde önemli bir kavram olmasına rağmen uygulamaların günlük işleyişte etkisiz kaldığı görülmektedir. Hasta güvenliğini iyileştirmek için daha etkili mekanizmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği, yoğun bakım ünitesi, deneyimler, nitel çalışma, hemşirelik.

ABSTRACT

This study aims to explore Intensive Care Unit nurses' views on patient safety and their experiences regarding the implementation process. This study was designed as an interpretative phenomenological research design using semi-structured interviews and thematic analysis. The focus group interview with nurses (n= 7) was conducted on 15.03.2022 in the level 3 Intensive Care Unit of a private hospital in Istanbul. Descriptive (deductive) analysis was used to analyze the data. In presenting the findings related to the categories and sub-categories in the study, direct quotations from the participant's opinions were included and interpreted. Six main categories emerged from the analysis: Personnel factors for safer patient care; teamwork across units and teamwork within units for safer patient care; Incident reporting and feedback for safer care; Work environment factors for safer patient care; Organizational and managerial factors for safer care. All nurses emphasized the importance of patient safety and stated that the most critical problems related to patient safety were the high number of patients per nurse, lack of equipment, deficiencies in the orientation training of newly recruited nurses, and lack of management support. We found that nurses generally have a positive approach to patient safety and believe that improving patient safety is vital. Although patient safety is an essential concept in health systems, it is seen that the practices are ineffective in daily functioning. More effective mechanisms are needed to improve patient safety.

Keywords: Patient safety, intensive care unit, experiences, qualitative study, nursing.

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde en kritik kalite sorunlarından biri hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği kaliteli ve nitelikli sağlık hizmeti sunumunun bir göstergesidir. Literatürde hasta güvenliği ile ilgili çeşitli tanımlar bulmak mümkündür. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Tıp Enstitü (The Institute of Medicine-IOM) hasta güvenliğini "hastaların zarar görmesini önlemek" olarak tanımlamaktadır. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) ise "sağlık hizmeti hatalarının önlenmesi ve sağlık hizmeti hatalarından kaynaklanan hasta zararlarının azaltılması" olarak tanımlamaktadır (Korkmaz, 2018). Hasta güvenliğini sağlamak için dünya çapında bazı temel uygulamalar kullanılmaktadır. Bu uygulamalar, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlıkta Kalite Standartlarında (SKS) yer almaktadır (SKS Hastane Seti, 2020). SKS'de "Hasta ve Çalışan Güvenliği" başlığı altında otuz dört standart bulunmaktadır. Bu standartlar, Dünya Sağlık örgütü (DSÖ) (WHO, 2009) ve Joint Commission International (JCI, 2014) tarafından yayınlanan hasta güvenliği hedeflerine dayanmaktadır. SKS uygulamaları, hasta tanımlama, ilaç yönetimi, güvenlik, güvenli cerrahi uygulamalar, hasta düşmelerinin önlenmesi, nozokomiyal enfeksiyonlar, etkili iletişim ve transfüzyon güvenliğini içerir. Ayrıca Türkiye'de hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik yasal altyapıda "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" hazırlanmıştır. Tebliğ, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsayan on iki başlıktan oluşmaktadır. Bu Tebliğ 6 Nisan 2011 tarihinde yayımlanarak uygulamaya konulmuştur (Resmî Gazete, 2011). 2011 yılında Ulusal Hasta Güvenliği Programı'nın oluşturulması, Türkiye'de hasta güvenliği için gerekli bir devlet eyleminin olduğunu ve konuya verilen önemi kanıtlar niteliktedir.

Sağlık hizmetlerinde güvenlik ve kalite hareketi küresel olarak önemlidir. DSÖ, 2002 yılından itibaren bu konuya dikkat çekmektedir. Ancak 2004 yılında Dünya Hasta Güvenliği İttifakı'nın (World Alliance for Patient Safety) kurulmasından bu yana bu noktaya daha fazla önem verilmektedir. Özellikle 2008 yılında hasta güvenliği ile ilgili endişeler dile getirilmiştir (Minuzzi ve ark., 2016). Hastalara sunulan sağlık bakımının güvenliği, sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunun bir göstergesidir. Güvenli bir şekilde yapılmadığı sürece kaliteli tıbbi bakım sağlamaktan bahsetmek mümkün değildir. Sağlık hizmeti verilen tüm alanlarda bu güvenlik sağlandığı takdirde kaliteli hizmet verilecektir.

Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ), sağlık hizmetleri birimleri arasında benzersizdir. YBÜ kritik bir hasta grubunun bakımının yüksek teknoloji ve çok çeşitli kaynaklarla sunulduğu ve yoğun bilgi üretimi ile hasta güvenliği tehditlerinin en çok gerçekleştiği yerdir (Gonçalves, 2011). Çalışmalar, hastaların yoğun bakım tedavisini alırken güvenli olmayan hizmet sunumlarının kısmen kabul ettiğini göstermektedir (Kendall-Gallagher ve Blegen, 2009). Yoğun bakımdaki hastalarda bakımın karmaşıklığı, hastalığın şiddeti ve birçok komorbiditenin bir arada bulunması hastaları birçok riske maruz bırakmaktadır (Farzi ve ark., 2017).

Literatür, çok sayıda olayın yoğun bakımdaki hastalar için tehdit oluşturduğunu göstermektedir. ABD'de eğitim hastanelerinde verilen sağlık hizmetlerinde hastaların yılda 148.000 ciddi ve yaşamı tehdit eden hatayla karşı karşıya kaldığı tahmin edilmektedir (Despins, 2009). ABD'de yapılan bir çalışma yoğun bakım ünitelerinde kateterlere bağlı 80.000 enfeksiyon vakasının meydana geldiğini ve bunun 28.000 ölümle sonuçlandığını bildirmiştir (Pronovost ve ark., 2008). İran'da yapılan bir çalışmada yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliğini tehdit eden ilaç hatalarının yaygınlığının %80 (Farzi ve ark., 2017), hastane kullanım yaygınlığının %10,85 (Birgani ve Asadpoor, 2011) olduğu saptanmıştır. Yatak yaralarının prevalansı %10.1-21 olarak bildirilmiştir. Yatak yaralarıyla ilgili bu sonuçlar, hastanın korunmasına yönelik tehdidin yalnızca bir parçasıdır (Afkar ve ark., 2014).

Diğer klinikler ile karşılaştırıldığında, YBÜ çevre, aşırı kalabalık ve komorbiditesi olan hastaların kabulü gibi çeşitli spesifik faktörler nedeniyle hataya daha yatkındır (Farzi ve ark., 2016). YBÜ'ler çeşitli tedavi ve girişimsel işlemlerin çeşitliliği hasta güvenliğini tehdit eden olaylara yol açmaktadır. Bu olaylar genellikle önlenebilir olsa da sunulan hizmetin doğası ve karmaşıklığı nedeniyle hastaları risklerden korumak zordur (Kendall-Gallagher ve Blegen, 2009).

Hemşireler ve hekimler başta olmak üzere birçok paydaş, güvenli hasta bakımının sağlanmasından ve hasta zararlarının önlenmesinden sorumludur. Hemşireler, hasta güvenliğinde ve tıbbi hataların azaltılmasında kritik bir rol oynamaktadır (Aboshaiqah ve Baker, 2013). Doğrudan hasta bakımının en büyük sağlık hizmeti sağlayıcısı olarak hemşireler, tıbbi hataların önlenmesinde hayati bir role sahiptir. Hasta güvenliğini artırmada ve yenilikçi çözümler bulmada hemşireler vazgeçilmezdir (Nicklin ve McVeety 2002).

Sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü hakkındaki görüşlerini ifade edebilmeleri için hasta güvenliğini iyileştirmeyi hedeflemek önemlidir. Bu nedenle, süreçte dahil olan profesyonellerin algısına dayanarak, hasta güvenliği ile ilgili olayların doğru planlanması, olayların araştırılması, işyerinde teşhis yapılması olası iyileştirme alanlarının belirlenmesi için önemlidir. Araştırmanın kavramsal çerçevesini yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin görüşleri ve uygulama sürecine ilişkin deneyimleri oluşturmaktadır. Çalışmamızın amacı, erişkin yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliğiyle ilgili görüşleri ve uygulama sürecine ilişkin deneyimlerini keşfetmektir.

Nitel bir çalışma hasta güvenliği sorunlarını tanımlayabilir ve ölçebilirken, nitel araştırmalar bu sorunlara katkıda bulunan belirli faktörleri ve yolları araştırır (Listyowardojo ve ark., 2014). Literatürde hasta güvenliği ile ilgili çok sayıda çalışma olmasına rağmen nitel yaklaşımlarla yapılmış çok az çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle nitel bir araştırma yaklaşımına ihtiyaç vardır. Bu yönüyle literatürde öncü bir çalışma olması ve konunun önemini artırması beklenmektedir.

2. YÖNTEM

2.1. Araştırma Deseni

Bu araştırma erişkin yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği bilgileri ve uygulama sürecine ilişkin deneyimlerini keşfetmek için yarı yapılandırılmış görüşmeler ve tematik analizin kullanıldığı nitel araştırma türlerinden yorumlayıcı olgubilim (fenomenoloji) olarak desenlenmiştir. Yarı yapılandırılmış açık uçlu görüşmelerin kullanıldığı nitel bir çalışma yaklaşımı, çalışmanın keşifsel amacı açısından uygun görülmüştür. Olgubilim desen farkında olduğumuz ancak derinlemesine ve ayrıntılı bir anlayışa sahip olmadığımız olgulara odaklanmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2006). Bu çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin hasta bakım uygulamalarında hasta güvenliği uygulama sürecine ilişkin deneyimlerini ortaya çıkarmaya odaklanılmıştır. Nitel araştırma, toplumsal olgu ve olayların temel niteliklerini ve insanların deneyimledikleri açıklamak için, araştırmacının bireylerin doğal ortamlarında onları gözlemesi, olay ve olguların oluşum süreçlerini incelemesi için yürüttüğü yorumlayıcı ve açıcı bir süreçtir (Creswell, 2013; Mertens, 2014; Myers, 2014) Nitel betimleyici çalışmalar, incelenen olgunun görüşmeci ve görüşülen kişi arasındaki etkileşimde keşfedildiği açık uçlu görüşmelerin kullanıldığı bir metodolojik yaklaşım içermektedir (Sandelowski, 2000). Bu doğrultuda, bir özel hastanenin, erişkin yoğun bakım ünitesinde hasta güvenliği uygulamalarına odaklanılmış ve sürece ilişkin detaylı bilgiler elde edilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada, Nitel Araştırma Raporlama Standartları (Standards for Reporting Qualitative Research-SRQR) nitel araştırma için raporlama kılavuzu olarak kullanılmıştır.

2.2. Çalışma Grubu

Araştırma İstanbul ili, Güngören ilçesi sınırları içerisinde faaliyet gösteren 128 yatak kapasiteli bir özel hastanenin, 3. seviye 29 yatak kapasiteli Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi'nde 15.03.2022 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların araştırma sorularına tam olarak cevap verebilmeleri için, bölümle ilgili yeterli bilgiye, deneyime sahip olmaları için oryantasyon eğitim sürecini tamamlamış ve hasta bakım sürecinde bağımsız rol alması gerekmektedir. Bunu sağlamak için yoğun bakım oryantasyon süresi göz önünde tutularak 6 aydan daha fazla süredir yoğun bakımda çalışan hemşireler çalışmaya dahil edildi. Araştırmanın çalışma grubu, amaçlı örnekleme türlerinden biri olan heterojen örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. YBÜ'de çalışan hemşirelerden oluşan heterojen bir örneklem elde etmek için, meslekte deneyim süresi (6 ay ve daha fazla) YBÜ'de deneyim süresi (6 ay ve daha fazla), YBÜ sertifikası (sertifika var/yok) açısından farklılık gösteren hemşirelerle amaçlı bir örnekleme stratejisi kullanıldı. Amaç, hasta güvenliği ile ilgili olarak hemşire deneyimlerine ilişkin geniş bir algı ve deneyim yelpazesini temsil eden bir hemşire örnekleme elde etmektir.

Katılımcı sayısı farklı görüşlere göre değişiklik gösterse de odak grup görüşmeleri için uygun katılımcı sayısı Morgan (1997) ve Gibbs'e göre (1997) 6–12 kişidir. Buna göre çalışmamızın örnekleminin odak grup görüşmesi için yeterli olduğu düşünülmüştür. İstanbul ilinde bir özel hastanenin Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi'nde (EYBÜ) hasta güvenliği uygulamalarında aktif görev alan 7 hemşire ile odak grup görüşmesinde görüşülerek kavramsal doygunluk elde edilmiştir.

2.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada kullanılan görüşme rehberi yazarlar tarafından geliştirilmiştir ve hemşirelerin YBÜ'de hasta güvenliği ile ilgili deneyimleri ve algıları ile ilgilidir. Önceden tanımlanmış bir görüşme rehberine dayalı yarı yapılandırılmış görüşmeler, birincil veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak, ilk aşamada katılımcıların tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacı ile demografik bilgi formu

kullanıldı. Daha sonra birincil veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından önceden tanımlanmış ve bilgi edinilmesinin hedeflendiği hasta güvenliği ile ilgili soruların yer aldığı yarı yapılandırılmış görüşme formu ve ses kayıt cihazı kullanılarak araştırmanın verileri toplanmıştır.

2.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen formda, hemşirelerin demografik ve mesleki deneyimlerini içeren sorular bulunmaktadır.

2.3.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Görüşme soruları araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (JCI, 2020a; JCI, 2020b; WHO, 2020; 2021; resmigazete.gov.tr). Yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinde, araştırmacı önceden sormayı planladığı soruları içeren görüşme protokolünü hazırlar. Önceden hazırlanan protokole rağmen, araştırmacı görüşmenin akışına göre değişik yan ve alt sorularla, görüşmenin akışını etkileyebilir, kişinin sorulara verdiği cevapları biraz daha açmasını ve detaylandırmasını sağlayabilir (Türnüklü, 2000).

Yarı yapılandırılmış görüşme soruları görüşme öncesinde konuyla ilgili bir nitel araştırma uzmanı tarafından değerlendirildikten sonra gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Daha sonra yarı yapılandırılmış görüşme formunun anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmek için uygulama yapılan hemşirelerden ayrı üç hemşire ile ön uygulama yapılmış ve bu uygulama sonucunda herhangi bir değişiklik yapılmayarak forma son şekli verilmiştir. Sorular, katılımcıların kendi deneyimlerini anlatmalarını teşvik etmek için açık uçluydu. Görüşmeler sırasında yoklama soruları sorulmuştur, örneğin: "Ne demek istiyorsunuz?" ve "Bunu biraz daha açıklayabilir misiniz?" gibi sorular, açıklamaları derinleştirmek veya netleştirmek ya da dikkati tekrar konuya çekmek için sorulmuştur (Kvale ve Brinkman, 2009). Yarı yapılandırılmış görüşme soruları aşağıda sunulmuştur:

1. Sizce hasta güvenliği ne demek, tanımlar mısınız? Hasta güvenliği uygulamaları nelerdir? Sizce hasta güvenliği neden önemlidir?
2. Çalıştığınız birimde hasta güvenliği uygulamalarının aksayan yönleri var mıdır? Varsa nedenleri nelerdir?
3. Çalıştığınız birimde hasta güvenliğinin sağlanmasına dair karşılaştığınız zorluk(lar) var mıdır? Varsa nelerdir?
4. Çalıştığınız birimde hasta güvenliği ile ilgili bir sorun olduğunda bu durumu nereye iletiyorsunuz? Nasıl bir çözüm yolu izleniyor, açıklayınız?
5. Çalıştığınız birimde etkin bir hasta güvenliği oluşturmak için çözüm önerileriniz var mıdır? Varsa nelerdir?
6. Sizce çalıştığınız birimde hasta güvenliğinin sağlanmasına dair alınan önlemler yeterli midir? Yeterliyse neden yeterli? Yetersizse neden yetersiz?

2.4. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmamızda verilerin elde edilmesinde, son yıllarda eylem araştırmalarında sıklıkla kullanılan nitel bir veri toplama tekniği olan odak grup görüşmesinden yararlanılmıştır. Araştırma verileri, iki araştırmacı tarafından derinlemesine görüşme tekniği ile 15.03.2022 tarihinde yapılan odak grup görüşmesinde toplanılmıştır. Çalışmada odak grup görüşmesi bir raportör araştırmacı ve bir moderatör araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Holloway ve Wheeler (1996), araştırma sürecinde araştırmacının araştırmaya dahil olmasının araştırma sürecinde en geçerli bilgilere ulaşmada önemli olduğuna dikkat çekmektedir. Verilerin toplanmasında dahil edilme kriterleri göz önüne alınarak görüşmeye başlamadan önce katılımcılar ile tanışılmış, her bir hemşireye araştırmanın amacı açıklanmış, görüşmeler sonunda gizlilik ilkesine bağlı kalınarak hareket edileceği ve görüşmelerin ses kayıt cihazına alınacağı bilgisi verilmiştir. Bilgilendirmenin ardından katılımcılardan yazılı onamları alınmış ve istedikleri takdirde çalışmadan ayrılacakları bilgisi verilmiştir.

Görüşmeler hemşirelerin çalışma birimlerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar katılımcıların birbirleriyle etkileşime girmelerini desteklemiş, katılımcılara herhangi bir müdahale ve yönlendirmede bulunulmamıştır. Araştırmacılar tarafından katılımcılara yarı yapılandırılmış sorular sorularak tartışma teşvik edilmiştir. Çalışmada her bir katılımcının tartışmalarda yer almasına, her hemşireye eşit süre tanınmasına ve grupta herkesin görüşüne yer verilmesine çalışılmıştır. Çalışmada odak gurup görüşmesi toplamda 120 dakika olarak kaydedilmiştir. Araştırmacı ile hemşireler arasındaki etkileşim geniş bir

zamana yayıldığında bu süreç araştırma verilerinin inandırıcılığını da artıracaktır. Araştırmada hemşirelere gerekli olan sürenin ayrılması ile yeterli etkileşimin sağlandığı düşünülmektedir. Hemşirelerin kimlik bilgileri gizli tutulmuş, katılımcılar H1'den H7'ye kadar kodlanmıştır.

Çalışmada odak grup görüşmesi ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Elde edilen ses kayıt verileri bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra, araştırmacılar tarafından tekrar dinlenerek Microsoft Word ile yazılı hale getirilmiştir. Araştırmacılar transkriptleri kontrol etmiş ve bilgi verenin kimliğini ortaya çıkarabilecek ifadeleri çıkarmıştır. Görüşme kayıtlarının yazıya geçirilme işlemi veri kaybını önlemek amacıyla, araştırmacıların kendisi tarafından bizzat yapılmıştır. Microsoft Word ortamında toplam on bir sayfalık ham veri dokümanı elde edilmiştir.

2.5. Verilerin Analizi

Çalışmada odak grup görüşmelerinden elde edilen ve Microsoft Word ortamına aktarılan ham veriler araştırmacılar tarafından birkaç kez okunmuş ve satır satır okuma tekniği ile değerlendirilmiştir. Daha sonra verilerin kodlama işlemi yapılmıştır. Araştırmacılar tarafından kodlamalar üzerinde çalışılmış ve kod listesi oluşturulmuştur (Merriam, 2009). Kodlar daha sonra alt kategorilere ayrılmış ve kategoriler altında toplanmıştır (Merriam, 2013; Creswell, 2013). Anahtar kavramları yakalamak için verilerden kodlar türetildiği için önceden tanımlanmış yapılar kullanılmamıştır. Birbiriyle ilişkili olan kodlar gruplandırılmış ve alt kategoriler ve kategoriler halinde düzenlenmiştir. Alt kategoriler ve kategoriler daha sonra mümkün olduğunca içsel olarak homojen ve dışsal olarak heterojen olmak amacıyla farklılıklar ve benzerlikler açısından karşılaştırılmıştır. Çalışmamızda kodlama listesi, alt kategorilerin ve kategorilerin oluşturulması aşamasında bir uzman görüşüne başvurulmuştur. Aynı veri üzerinde uzman kişinin yaptığı kodlamalar ile araştırmacı tarafından yapılan kodlamalar karşılaştırılarak aralarındaki tutarlılık incelenmiş ve sonuç tatminkâr bulunmuştur. Çalışmamızda veri analizinde nitel analiz türlerinden betimsel (tümdengelsel) analiz kullanılmıştır. Betimsel analiz verilerin belirlenmiş temalar çerçevesinde özetlenmesi ve yorumlanmasıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2006; Patton, 2014). Bu çalışmada kategorilere ilişkin bulguların sunumunda katılımcı görüşlerinden doğrudan alıntılara yer verilmiş ve yorumlanmıştır. Veri analizi aşamasında, toplanan verilerin düzenlenmesi, kavramsallaştırılmasında Microsoft Excell kullanıldı.

2.6. Geçerlilik ve Güvenilirlik

Veri analizinin titizliğini sağlamak için, Guba ve Lincoln tarafından önerilen inandırıcılık, güvenilirlik, doğrulanabilirlik ve aktarılabilirlik kriterleri kullanılmıştır (Lincoln, & Guba, 1986). Bu amaçla görüşmeleri gerçekleştirmek için gerekli süre ayrılmıştır. Görüşmelerin transkriptleri doğrulanabilirlik açısından kontrol edildi ve verilerin derinlemesine anlaşılması için tekrar tekrar okundu. Odak grup görüşmesinde veri toplama sürecine uygun yeterli katılımın sağlanmasıyla verinin yeterli doyuma ulaştığı sağlanmıştır. Verilerin iç geçerliliği, veri toplama sürecine yeterli katılımın olması ile sağlanmıştır. Yarı yapılandırılmış sorular, ham verilerin mantıksal uygunluğunu değerlendirmek için üç nitel araştırma uzmanına sunulmuştur (Merriam,2013; Patton, 2014; Lincoln ve Guba, 1986; Robson,2015). Çalışmamız herhangi bir müdahalede bulunmadan var olan durumu olduğu gibi ortaya koymayı amaçladığından, betimsel bir araştırmadır (Patton, 2014). Çalışmamızda katılımcıların görüşlerinden birebir alıntılar yapılarak görüşleri betimlenmiştir. Görüşmeden edinilen veriler yorumlanmaksızın doğrudan alıntılarla sunularak çalışmanın inandırıcılığı sağlanmıştır.

2.7. Araştırma Etiği

Çalışma İstanbul Sabahattin Zaim üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylandı (28.01.2022 tarih ve 2022/01 sayılı). Çalışma için İstanbul'da bulunan özel bir hastaneden izin alınmıştır. Hemşireler görüşmelere davet edildiğinde çalışmanın amacı, görüşmelerin kayıt altına alınması gerekliliği ve bilgilerin gizliliği konusunda sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiştir. Hemşirelere, görüşme anlatımlarının hiçbir yere yansıtılmayacağı ve yalnızca isimsiz yorumlar olarak sunulacağı konusunda güvence verildi. Tüm görüşmeler, araştırmanın amacı anlatıldıktan ve katılım için onam alındıktan sonra görüşmeler kayıt altına alınmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Katılımcıların Özellikleri

Görüşmeler yedi YBÜ hemşireyle gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %71,4'ünün kadın olduğu, yaş ortalamasının 27,4±4,2 (22-32 arasında), meslekte çalışma süresi ortalamasının 7,7±4,3 (4-15 arasında), kurumda çalışma süresinin 5,4±3,7 (2-10 arasında) ve EYBÜ'de çalışma süresinin 6,7±3,2 (3-10 arasında) olduğunu belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyleri değişiklik göstermektedir: bir kişinin eğitim

durumunun ön lisans, 6'sı lise eğitim derecesine sahip olduğunu belirtmiştir. Katılımcılardan biri dışında hepsinin hasta güvenliği eğitimi aldığı, hasta güvenliği eğitimi alanlardan %100'ünün aldığı eğitimi yeterli bulmadığı, 7 katılımcıdan 1'inin yoğun bakım sertifikası bulunduğunu belirtmiştir. Ayrıntılar Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcılara ait özellikler

	Yaş	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Meslekte Çalışma Süresi (yıl)	Kurumda Çalışma Süresi (yıl)	Yoğun Bakım Çalışma Süresi (yıl)	Yoğun Bakım Sertifikası	Hasta Güvenliği Eğitimi Durumu	Hasta Güvenliği Eğitimi Yeterlilik Durumu
H1	30	Erkek	Lise	10	9	9	Yok	Evet	Hayır
H2	30	Erkek	Lise	9	9	9	Yok	Evet	Hayır
H3	32	Kadın	Lise	15	10	10	Yok	Evet	Hayır
H4	23	Kadın	Ön lisans	3	3	3	Yok	Hayır	
H5	31	Kadın	Lise	9	2	9	Var	Evet	Hayır
H6	22	Kadın	Lise	4	2	4	Yok	Evet	Hayır
H7	24	Kadın	Lise	4	3	3	Yok	Evet	Hayır

3.2. Katılımcıların Hasta Güvenliği Konusundaki Deneyimleri

Verilerin analizi, hasta güvenliği ile ilgili altı kategori ortaya çıkarmıştır: Hemşirelerin daha güvenli bakım için sağlık çalışanları ve hasta yakınları arasındaki etkileşim; Daha güvenli hasta bakımı için personel faktörleri; Güvenli hasta bakımı için ünite içi ve ünite dışı ekip çalışması; Daha güvenli bakım için olay raporlama ve geri bildirim; Daha güvenli hasta bakımı için çalışma ortamı faktörleri; Daha güvenli bakım için organizasyonel ve yönetsel faktörler (Tablo 2).

Tablo 2. Hasta güvenliğini etkileyen engeller ve kolaylaştırıcılar

Kategoriler	Kategori açıklamaları	Alt kategoriler
Hemşirelerin daha güvenli bakım için sağlık çalışanları ve hasta yakınları arasındaki etkileşim	Hemşireler tarafından algılandığı şekliyle hasta yakınlarının hasta güvenliği üzerindeki etkisi ile ilgilidir.	Hasta yakınlarının etkileşime girme konusundaki tereddütleri (E)
Daha güvenli hasta bakımı için personel faktörleri	Hemşirelerin ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarının hasta güvenliğini etkilediğini düşündükleri çeşitli bireysel özelliklerini ifade eder.	Bilgi (E + K) Beceriler ve yetenekler (E + K)
Güvenli hasta bakımı için ünite içi ve ünite dışı ekip çalışması	Hemşirelerin hasta güvenliğini etkilediğini algıladıkları, hemşireler ve diğer sağlık hizmet sağlayıcıları arasındaki etkileşimin çeşitli yönlerini ifade eder.	Ünite içi işbirliği ve iletişim (E + K) Üniteler arası işbirliği ve iletişim (E)
Daha güvenli bakım için olay raporlama ve geri bildirim	Hemşirelerin hasta güvenliğini tehdit eden olaylarda olay raporlamaya yönelik uygulamaları ve geri bildirim süreçleri ile ilgilidir.	Olay raporlama (E + K)
Daha güvenli hasta bakımı için çalışma ortamı faktörleri	Hemşirelerin hasta güvenliğini etkilediğini algıladıkları işyeri koşullarıyla ilgilidir.	Malzeme ve ekipman (E) Personel sayısı (E)
Daha güvenli bakım için organizasyonel ve yönetsel faktörler	Hemşirelerin hasta güvenliğini etkilediğini algıladıkları sağlık kuruluşunun (hemşirelerin çalıştığı belirli işyerinin ötesinde) koşullarıyla ilgilidir.	Liderlik (E + K) Mali kaynaklar (E) Hizmet içi eğitim (E+K) Yönetim desteği (E) Hasta hakları (K) Hasta kabul (E)

Engelleyiciler (E); Kolaylaştırıcılar (K)

Kategori 1. Hemşirelerin daha güvenli bakım için sağlık çalışanları ve hasta yakınları arasındaki etkileşim

Hemşirelerin daha güvenli bakım için hasta yakınlarının iş birliğine ilişkin algıları, sağlık hizmeti bağlamına ve tipik olarak hasta yakınları ile olan etkileşime bağlı olarak değişiklik göstermiştir. Genel olarak hemşireler, hasta yakınlarının kendi hastalarıyla ilgili sağlık sorumluluğunu (hastane enfeksiyon riski vb.) üstlenebileceklerini ve hemşirelerle iletişimde aktif olabileceklerini ifade etmişlerdir. Ancak hasta yakınları ile bu bağlamda zaman zaman sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hemşireler, hasta yakınlarının hasta güvenliği açısından potansiyel olarak önemi olan hasta yakınları ile iş birliğini destekleyecek birkaç yol olduğunu ifade etmiştir.

Kategori 1.1. Hasta yakınlarının etkileşime girme konusundaki tereddütleri

Hemşireler, hasta yakınları ile olan etkileşiminin, hasta güvenliğini kolaylaştırabileceğine veya engelleyebileceğine inanıyorlardı. Hemşireler, ziyaret saatlerine uyum konusunda hasta yakınları ile sorunlar yaşadıklarını ve daha etkili mekanizmalara ihtiyaç olduğu belirtildi Hemşireler, hasta ve hasta yakınları ile kurulan etkili iletişimin hasta güvenliğini için önemli olduğunu vurguladı:

"Hasta yakınlarıyla sorun yaşıyoruz. Ziyaret saati var ama gece geliyorlar [Hasta yakını]. Ben oğluyum ya da kızımı diyorum. Bunu doğrulamak için bir kimlik kontrolü yok. Bu şekilde karşılaşmamızda hastanın güvenliği açısından bir risk aslında. (H₂)

"Hasta, hemşire, hasta yakını, mesleğimiz için önemlidir. Sonuçta verimli olmamızı ya da kendimizi, nasıl tarif etsem gururlu olarak hissetmemizi sağlar." (H₃)

Kategori 2. Daha güvenli hasta bakımı için personel faktörleri

Hemşireler, hasta güvenliği konularında beceriler ve yeteneklerin yanı sıra hasta güvenliği bilgisine sahip olmanın hasta güvenliği üzerinde olumlu bir etkisi olduğuna inanmaktadır:

Kategori 2.1. Bilgi

Hemşireler, bilgiyi hasta güvenliği açısından önemli bir kolaylaştırıcı ve engelleyici faktör olarak görmektedir. Hemşirelere göre, sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği konusundaki bilgileri hasta güvenliğini etkilemektedir. Hemşireler hasta güvenliği konusunda yeterli bilgiye sahip olmanın tıbbi hataların önlenmesinde önemli bir faktör olduğuna inanmaktadır. Genel olarak tüm hemşireler hasta güvenliğinin tanımını ve hasta güvenliği uygulamalarına ilişkin bilgi ve görüşlerini bildirdi:

"Genel olarak bildiğim kadarı ile [hasta güvenliği] doğru tedavi doğru uygulama, doğru ilaç. Hastanın izolasyonu, bileklik takılarak hastanın güvenliği ayırt edilir." (H₁)

"HI'in dediği gibi, [hasta güvenliği] doğru tedavi ve uygulamalardır. Hastaları hastane enfeksiyonlardan koruyoruz. Bütün hastaların eşyaları ayrıdır. Aynı eldivenle başka bir hastaya dokunmuyoruz." (H₂)

"Hasta güvenliği, hastanede uygulanan ilaçları, düşme riskini ve hastanedeki tüm uygulamaları kapsar." (H₃)

"Hastaya zarar verebilecek her şeyin hasta güvenliği kapsamına girdiğini düşünüyorum. Örneğin, bikarbonat ve potasyum ampulleri bazen aynı renkte olabiliyor. Hastaya bikarbonat yerine potasyum verilebilir." (H₅)

Kategori 2.2. Beceriler ve yetenekler

Hemşireler, bireysel beceri ve yetenekleri özellikle hasta sirkülasyonunun çok olduğu ve hemşire yetersizliği durumlarında hasta güvenliği açısından önemli bir kolaylaştırıcı faktör olarak görmektedirler. Hemşirelere göre, sağlık profesyonellerinin beceri ve yeterliliklerin karışımı hasta güvenliğini etkimektedir:

"...isim benzerliği olmayan hastaları yan yana koyabiliriz.Tedavileri yaparken orderları yanımıza alabiliriz. Tedavimizi yaparken hastanın bilekliğini kontrol etmeliyiz." (H₁)

Kategori 3. Güvenli hasta bakımı için ünite içi ve ünite dışı ekip çalışması

Daha güvenli hasta bakımı için ünite içi ve ünite dışı iş birliği ve ekip çalışması birçok hemşire tarafından gelişmiş hasta güvenliği için önemli bir faktör olarak tanımlanırken, bazı hemşireler yetersiz ekip çalışmasının hasta güvenliğinin iyileştirilmesinde bir engel olarak işlev gördüğüne inanmaktadır.

Kategori 3.1. Ünite içi iş birliği ve iletişim

YBÜ hasta bakımı ve tedavi sürecinde multidisipliner çalışmayı esas alan önemli bir klinik ortamdır. Başarılı YBÜ ekipleri bilgi alışverişinde bulunmanın yanı sıra etkili hasta bakımını sağlamak veya sevdikleri kritik durumda olan hasta yakınlarının duygusal sıkıntılarıyla ilgilenmek gibi ortak bir hedef veya görev üzerinde birlikte çalışabilir. Etkili ekip iletişimi, YBÜ gibi akut tıbbi ortamlarda kalite ve güvenliğin artırılması için çok önemlidir. Hemşireler, YBÜ ortamındaki profesyoneller arasındaki iletişim ve iş birliğinin hasta güvenliğini iyileştirebileceğine inanıyorlardı. Genel olarak hemşireler, hasta güvenliğini iyileştirmek için faaliyetleri tek başına başlatma yetkisine sahip olmadıklarını ve YBÜ'de genellikle doktorların günlük rutinler konusunda yetersiz iç görüye sahip olma eğiliminde oldukları bildirildi. Ayrıca personel yetersizliği, aşırı iş yükü, yönetim desteğinin yetersiz olması gibi nedenlerden dolayı ünite içi iletişim ve ekip çalışmasında sorunlar yaşadıklarını ve bu durumun hemşirelerin iş tatmini ve motivasyonlarının önünde önemli bir engel olduğunu belirtmişlerdir:

“Yoğun bakım ünitesinde sadece bir doktor çalışıyor. Mesela o müdahale edemediği zaman biz [hastalara] müdahale etmek zorunda kalıyoruz. Müdahale ettiğimizde de iş yükümüz artıyor. Bu bizi çok yıpratıyor.” (H₃)

“... Ekip olmadığında sorunlar ortaya çıkabilir. Bir hasta yoğun bakıma yattığında hemşire olarak benim yapmam gereken şeyler var ama bazen hekime ulaşmakta zorluk çekiyoruz.....” (H₅)

“....İşimi ve ortamı seviyorum ama. Bu konulardan [iş birliği] aşırı memnuniyetsizim. Damar yolu sorunu yaşadığımızda doktordan yeterli desteği göremiyoruz.” (H₆)

“....Doktor düzenli vizitini yapmalı. Doktor ... sorumluyu da [sorumlu hemşire] yanına alıp, sorumlu da hemşire arkadaşlara vizitteki öneri ve isteklerin uygulanmasını denetlerse disiplin olur.” (H₇)

Kategori 3.2. Üniteler arası iş birliği ve iletişim

YBÜ ekip üyeleri bakım sürecinde gerekli olan laboratuvar testleri, konsültasyon, tıbbi malzeme, ilaç ve tıbbi cihaz ihtiyacı gibi nedenlerle üniteler arası sağlık çalışanları ile yoğun etkileşim halindedirler. Üniteler arası etkili bir iş birliği, hasta güvenliğinin sağlanmasında önemlidir. Hemşireler özellikle tıbbi cihazlarla ilgili sorun yaşadıklarını ve biyomedikal teknisyen/tekniker vb. yetersizliği nedeni ile tek başlarına sorunların üstesinden gelmek zorunda kaldıklarını bildirdi:

“.....Bu cihazların çalışmaması benim suçum değil. Yeterli sayıda biyomedikal teknisyeni yok.” (H₅)

“.....Hemşire bura da teknik servis görevi yapıyor. Monitör bozuluyor ve tansiyon göstermiyor. Biz monitör ve kablolar ile yapmaya çalışıyoruz.” (H₆)

Kategori 4. Hemşirelerin daha güvenli bakım için olay raporlama ve geri bildirim

Hasta güvenliği ile ilgili olay raporlama süreci, hemşireler tarafından risk faktörlerini daha görünür kıldığı ve böylece önleyici çabaları teşvik ettiği için hasta güvenliği için önemli bir kolaylaştırıcı olarak tanımlanmıştır. Ancak olay raporlamanın Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden yapılmamasını bir eksiklik olarak görmekte ve önemli bir engelleyici olarak tanımlanmaktadırlar. Hemşireler, olay raporlamanın önemine rağmen tüm olayların veya risklerin rapor edilmediği yorumunu yaptı:

Kategori 4.1. Olay raporlama ve geri bildirim

Hemşireler hasta güvenliğine yönelik tehditleri önleyen veya bunlara yanıt veren personel eylemlerini içeren olay raporlama ve geri bildirim önemli bir kolaylaştırıcı faktör olarak tanımlanmaktadır. Hemşireler olay bildirimini hasta güvenliği için önemli bir araç olarak görmekle birlikte olayların ve diğer hasta güvenliği endişelerinin raporlanması sürecinde geri bildirim almadıklarını ve bu durumu hasta güvenliğinin iyileştirilmesinin önünde bir engel olarak gördüklerini belirttiler:

“.....sorun olduğunda başhemşire ilgileniyor. Küçük sorunlar olduğunda doktor bey ile görüşüyoruz. Çok çok büyük sorun olursa başhemşireyle görüşüyoruz. Tutanağı tutuluyor, savunması alınıyor [olay bildirenin] ona göre işlem başlanıyor. Savunması alınıyor bize herhangi bir geri dönüş yapılmıyor.” (H₁)

“Uygulamaya göre değişiyor ilettiğimiz yerler. Çok küçük sorun olduğunda sorumlumuzun bilgisi oluyor. Sorumlu hekimimize de haber veriyorum.Ama çok büyük sorunda sorumlumuz, doktorumuz, başhemşiremiz gerekirse başhekimimize kadar gidiyor [olay].” (H₃)

“Örnek hasta düştü. Shift sorumluma iletiyorum. Olay bildirim formu dolduruyorum. Neden? nasıl? Form içeriğinde yazılı.sorumlu ve doktora haber verimiz. Eski çalıştığım hastanede sistem üzerinden bildiriyorduk.” (H₅)

Kategori 5: Daha güvenli hasta bakımı için çalışma ortamı faktörleri

Hemşireler çalışma ortam faktörlerinin hasta güvenliğini etkilediğine inanıyorlardı. Düzensiz çalışma saatlerine sahip vardiyalı çalışmayı, iş yükünün çok fazla olmasını, eksik ve bozuk ekipman/malzeme ve personel yetersizliğini hasta bakımı sürekliliğini etkilemesi nedeniyle hasta güvenliğini engelleyen faktörler olarak tanımlamışlardır.

Kategori 5.1. Malzeme ve ekipman

Hemşireler eksik malzeme ve ekipmanların çeşitli yönlerinin hasta güvenliğini etkilediği algılanmıştır. Hemşireler malzeme ve ekipman yetersizliğini, hasta güvenliğini tehlikeye düşüren önemli engelleyiciler olarak tanımladılar. Hemşireler, yetersiz, eski ve bozuk ekipman ve malzemelerin hasta güvenliğini tehdit ettiğine inanıyorlardı:

“...en önemli sorunlardan ilaç ve malzeme eksikliği. Sınırlı ekipmanımız varsa hastalar neden YBÜ'ye kabul ediliyor?” (H₆)

“...Covid zamanı ilk başlarda büyük salonumuzda 11 yatağımız Covid yatağıydı. İçeride 1 tulumla 12 saat geçiriyorduk.hem maske sıkıntısı hem de tulum sıkıntısı. Ne bileyim siperlik sıkıntısı bütün hepsini yaşadıkCovid-19'un en başında.” (H₄)

“.....Cihaz ve malzemeler eksik olduğunda hastanın tedavisini tam yapamıyoruz. Yataklarımız arızalı olduğunda hastayı çevirirken yatak kolu düşebiliyor. Tıbbi cihazlar eski.... Örneğin yatak fireni çalışmıyor ama ben hastaya bakım verip, pozisyon veriyorum.Ya da sedye ile yatağın seviyesi aynı olmuyor” (H₆)

Kategori 5.2. Personel sayısı

Hemşireler personel sayısı yetersizliği nedeni ile kişi başına düşen hasta sayısının fazla olduğu ve bu nedenle hasta bakımını arzu edilen düzeyde veremediklerini belirttiler. Personel sayısı yetersizliğini etkili bir hasta bakımını sağlamanın önünde engel olarak tanımlarken, yeterli personelin hasta güvenliğinin iyileştirilmesinde önemli bir kolaylaştırıcı olduğuna inanıyorlardı:

“....En başından hemşire sayısının azlığı. Hemşire başına düşen hasta sayısının fazlalığı. İş yoğunluğu en büyük etken. Hemşire sayısını artırarak, kişi başına düşecek hasta sayısı 2-3 bence maksimum 3 olması lazım. Zaten özel hastanelerde 4-5 [hemşire başına düşen hasta sayısı] diye gidiyor.” (H₁)

“.....ben 4 hasta değilde 2 hasta baksam, eleman sayısı [hemşire sayısı] biraz daha fazla olsa hem bizim açımızdan hem de hasta açısından daha iyi olacağını düşünüyorum. Güvenliği açısından [hastanın].” (H₂)

“hemşirenin azlığı ve iş yükünün fazla olması... Buda bizi çok yıpratıyor.” (H₃)

“..... 1 hemşire bakıyor 5 hastaya. Sizce 1 hemşire 5 hastaya ne kadar güzel bakabilir?Ben 5 hasta ile güzel bakım veremem. hastaya bakım verirken, yandaki hasta kötüleiyor. İşini yarım bırakıp, diğerine koşmak zorunda kalıyorsun. İş yükü fazla olduğu için hasta güvenliği de gözden kaçıyor.” (H₅)

“5 hasta bakmamız zorluk.Eski hastanemde disiplinliydi ve 2-3 hasta bakıyorduk. Teslim alıp verirken her şeyde zorluk yaşıyoruz.” (H₇)

Kategori 6: Daha güvenli bakım için organizasyonel ve yönetsel faktörler**Kategori 6.1. Liderlik**

Genel olarak hemşireler, hasta güvenliği ile ilgili konulara karşı olumsuz bir tutum sergileyen veya hasta güvenliğinin önemli olduğunu iddia eden ancak sözlerini yerine getirmeyen yöneticilerin hasta güvenliğine engel teşkil edebileceğine inanıyorlardı:

“YBÜ'de tek bir doktor var. Mesela idare edemediği zaman mecburen biz araya giriyoruz. Biz araya girip müdahale edince iş yükümüz artmış oluyor.” (H₃)

“...Hekimin disiplini esastır.” (H₇)

“...sorumlu hemşire sadece bazı sorunları çözebilir. Herhangi bir tıbbi malzeme eksik olduğunda hekim bu sorunu daha hızlı çözüyor.” (H₇)

Kategori 6.2. Mali kaynaklar

Hemşireler iş karşılığında aldıkları yetersiz ücreti, hasta bakım sürecindeki özveriyi aksatmayan ancak bireysel motivasyonlarını etkileyen bir engelleyici olarak tanımlamaktadır:

“.....maaşın düşük olması bizi tatmin etmediği için artık yoksunluk yani tükenmişlik sendromuna girmemizi sağlıyor.... Maddi olarak da karşılanmasını [emeğin] istiyoruz. Bu bizim çalışmamızı, hastalara bakış açımızı belki değiştirmiyor ama buradaki motivasyonu ister istemez düşürüyor.” (H₃)

Kategori 6.3. Yönetim desteği

Hemşireler yönetim desteğini hasta güvenliğini hem kolaylaştıran hem de engelleyen önemli bir faktör olarak algılamışlardır. Hemşireler yönetim desteğinin sorunların çözümünde önemli bir faktör olduğuna ve iş motivasyonunun artmasında itici bir güç olduğuna inanıyorlardı. Motive edici desteğin önemli olduğunu belirten hemşireler, çalışma ortamında karşılaştıkları sorunlar ile mücadelede yalnız kaldıklarını ve bunun için yönetimden gerekli desteği göremediklerini belirttiler:

“...motivasyon adına bize yapılan hiçbir şey olmuyor.” (H₃)

“Çünkü bunun [eksik malzeme] kaynağı yönetim. Malzeme eksikliği olunca hemşire ne yapsın... Bu cihazların çalışmaması benim suçum değil...” (H₅)

“Kaynağı [sorunların] yönetim. ...ekipman yetersizliğine kendimiz çözüm üretiyoruz” (H₆)

“... Bunun [sorunların] sebebi hastane yönetimidir. ...Hemşirelerin talepleri göz ardı ediliyor.” (H₇)

Kategori 6.4. Hizmet içi eğitim

Hemşireler, hizmet içi eğitimin hasta güvenliği için önemli olduğunu ve etkili hizmet içi eğitimin tıbbi hataların önlenmesinde önemli bir faktör olduğunu bildirdi. Hemşireler hastanede hizmet içi eğitimlerin etkili gerçekleşmediği, hemşire yetersizliği sebebi ile işe yeni başlayan hemşirelere birim oryantasyon eğitiminin etkili verilemediği, oryantasyon süresi ile ilgili sorunlar yaşandığı ve eğitimci diyalogunun eğitimin etkinliğinde önemli olduğunu bildirdiler:

“Bana göre göreve yeni başlayan hemşirenin yetersizce [oryantasyon sürecini tamamlamadan] nöbete geçmesi. 1 ay yoğun bakım için yetersiz oluyor. Biraz daha eğitimin [hizmet içi] uzun tutulması gerekir. Yeni başladığında bizim yanımıza veriliyor ama o sırada bizim de çok iş yükümüz olduğundan her şeyi acele ile yaptığımızdan o kişiye öğretemiyoruz. Biraz daha uzun gündüzde kalsa [yeni işe başlayan hemşire] ya da sorumlu veya shift sorumluları ile çalışsalar, daha çok ilgilenilse iyi olur.” (H₇)

“... Eğitimlerin [hizmet içi] daha sık verilmesi lazım. Gerçek anlamda eğitim verilmesi lazım. Eğitimci insanın ya da bizlerin diyalogu önemli. Akıcı bir eğitim olması lazım. Akılda kalması için örneklerle anlatılan bir eğitim olursa mesela bunlar bizlerinde aklında kalır...” (H₅)

Kategori 6.5. Hasta hakları

Hemşireler organizasyondan bağımsız olarak hasta hakları ve malpraktis konularının hasta güvenliğini etkilediğini ifade etti. Tüm hemşireler, hasta güvenliğinin önemli olduğunu belirttiler ve hastaya yapılan yanlış uygulamalar sonucunda hastanın zarar görebileceği veya öleceği ihtimali dolayısıyla hasta güvenliğinin çok önemli olduğuna dikkat çektiler. Hemşireler hasta haklarını bilmenin ve hasta haklarını gözetmenin hasta güvenliğinin iyileştirilmesinde önemli bir kolaylaştırıcı olarak bildirdiler:

“ Bence hasta güvenliği, hastanın hastanede yattığı süre boyunca her şeydir. Hastanın mahremiyeti gibi... Bu çok önemli. Çünkü [hastaların] kişilik hakları var.” (H₄)

“Bu [hasta güvenliği] önemlidir çünkü hastaya bir şifa olarak tanımlanması ve fayda görmesi önemlidir.” (H₂)

“... yanlış yaptığın bir ilaç [tıbbi hata] hastanın ölümüne sebep olabilir.” (H₅)

Kategori 6.6. Hasta kabul

Hemşireler, hasta güvenliğinin, sağlık kuruluşunun diğer alanlarında ve hatta kendi sağlık kuruluşunun dışında çalışan sağlık hizmeti sağlayıcıları gibi dış kaynaklardan gelen bilgilerin mevcudiyeti ve kullanımından etkilendiğine inanıyorlardı:

“Bizim için en çok sıkıntımız sirkülasyon [hasta sirkülasyonu] Baya yoğunuz. 112 bu aralar hiç hasta getirmiyor. Biz her hastayı kendi ambulansımızla kendimiz alıp getiriyoruz. Yoğun bakım hemşiresi gidip hastayı getiriyor. Hemşire kendi hastalarıyla da ilgilenemiyor.” (H₁)

4. TARTIŞMA

Bu çalışma, İstanbul ilinde faaliyet gösteren bir özel hastanenin 3. seviye YBÜ çalışan hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili görüşleri ve deneyimlerini keşfetmeyi amaçlamıştır. Hemşireler, hasta güvenliğini etkileyen 6 ana kategori ve 14 alt kategori tanımlamıştır. Bu alt kategorilerden altı kategori hem kolaylaştırıcı hem de engelleyici olarak işlev görmüş, yedi kategori engel oluşturmuş ve bir faktör kolaylaştırıcı olmuştur. Bu 14 alt kategorinin hasta yakınlarının etkileşime girme konusundaki tereddütlerinden, hasta kabulüne kadar birçok farklı alanda olduğu görülmüştür. Bulgularımız, hemşirelerin hasta güvenliği konusuna bakış açılarının çok geniş bir çerçeveden olduğunu ve hasta güvenliğinin önündeki kolaylaştırıcı ve engelleri çeşitli sistem düzeyleri açısından değerlendirdiğini göstermektedir. Hemşireler genellikle multidisipliner bakımın koordinatörleri olarak önemli bir role sahiptir ve hasta bakımının birçok yönüne de dahil olurlar. Bu rolleri sistem düşüncesini kolaylaştırır çünkü sistem bileşenleri arasındaki dinamik etkileşimi ortaya çıkaran karşılıklı ilişkileri, örüntüleri ve altta yatan yapıları görebilirler.

Hasta güvenliği kolaylaştırıcılarının ve engellerinin sağlık hizmetlerinin doğası gereği çok yönlü olması, çözümlerinde sorunlar kadar karmaşık olmasına neden olur. Hasta güvenliği çerçevesi oluşturulurken sağlık hizmeti veren bireysel uygulayıcıları, ekipleri, departmanları ve kuruluşları göz ardı etmeden farklı seviyeleri hedeflemesi gerekmektedir (Shekelle ve ark., 2011). Türkiye’de sağlık bakanlığı hasta güvenliği konusunda çok yönlü bir yaklaşım benimsemiştir (Resmî Gazete, 2011). Bu çabaların ve faaliyetlerin birçoğu önemli ölçüde bir geçerliliğe sahip olsa da birçok hasta güvenliği çözümü için etkinliğe dair sağlam kanıtlar eksiktir. Çünkü bunlar genellikle titiz kontrollü koşullar altında incelenemeyecek kadar karmaşıktır. Hasta güvenliği konusunda araştırma yapan araştırmacılar ve politika yapımcılar arasında, çeşitli çözümlerin yaygınlaştırılmadan ve uygulanmadan önce ne derece bilimsel olarak incelenmesi gerektiği veya incelenebileceği konusunda tartışmalar vardır (Pronovost ve ark., 2009).

Hemşireler, hasta güvenliği kültürüyle ilişkili olan ve çok profesyonel ekiplerde iş birliği, meslektaşlarla iletişim ve liderlik gibi çeşitli kategorilerden bahsetmişlerdir. Bu kategoriler, bireysel olarak hasta güvenliği algısından çok kurumun güvenlik kültüründen de etkilenecek faktörlerdir. Sağlık kuruluşunun kurum kültüründen daha geniş bir yönü olarak tarif edilebilecek olan güvenlik kültürü, hasta güvenliğini doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen uygulamalarla ilgili olarak bir kuruluşun veya grubun üyeleri arasında paylaşılan varsayımlar, değerler ve normlar olarak tanımlanmıştır (Feng ve ark., 2008). Hasta güvenliği kültürü sadece bireysel olarak personel eğitimi bazında değil kurumsal hasta güvenlik kültürünün geliştirilmesine yönelik çözümler ile ele alınmalıdır. Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinin potansiyel etkinliğini destekleyen yeni kanıtlar ortaya çıkmaktadır. Bugüne kadarki en iyi kanıtlar, ekip eğitimini ve ekip iletişimini destekleyen mekanizmaları içeren ve yönetimin ön saflardaki hasta güvenliği çalışmalarına katılımını içeren çözümleri içermektedir (Thomas ve Galla, 2013; Jeffs ve ark., 2013). Bir kuruluşun güvenlik kültürü genellikle kuruluş çapında bir konu olarak incelenir; ancak araştırmalar bir kuruluşun güvenlik kültürünü derinlemesine anlamak için alt kültürlerin incelenmesi gerektiğini giderek daha fazla göstermiştir (Sirriyeh ve ark., 2012). Hemşireleri sağlık kuruluşunu oluşturan bir alt kültür olarak tanımlamak mümkündür. Alt kültür, bir kuruluşta sık sık etkileşim halinde olan, kendisini kuruluştaki diğer gruplardan farklı olarak algılayan ve benzer sorunların yanı sıra bu tür sorunları çözme yollarına ilişkin grup içi anlayışı paylaşan bir grup veya birimdir (Morgan ve Ogbonna, 2008). Hemşirelerin bir alt kültür olarak hasta güvenliğini kolaylaştıran ve engelleyen unsurlara ilişkin görüşlerinin diğer meslek grupları tarafından tanımlanan faktörlerle ne ölçüde örtüştüğü önemli bir konudur. Çalışmalar, hasta güvenliği algısının ve bunun nasıl iyileştirilebileceğinin sağlık sistemindeki konuma ve mesleğe bağlı olarak farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur (Van Beuzekom ve ark., 2013; Richardson ve Storr, 2010; Gallego ve ark., 2012). Alt kültürlerin kurum genelindeki güvenlik hedefleriyle uyumlu olup olmadığını ve hasta güvenliğini etkileyen meslekler arası iletişim ve iş birliği zorluklarının ne ölçüde olduğunu araştırmak için diğer mesleklerle ilgili çalışmalara ihtiyaç vardır.

İletişim, hiyerarşi ile yakından bağlantılıdır. Mevcut çalışmada bazı hemşireler, doktorlar ve hemşireler arasındaki hiyerarşik farklılığı hasta güvenliğinin önünde bir engel olarak algılamışlardır. Türkiye’de yapılan bir araştırma bu duruma dikkat çekmekte ve hemşirenin bakım, eğitim, geleneksel cinsiyet algısı veya karar alma noktasında hekime ihtiyaç duyması gibi nedenlere bağlı olarak bu tahakküm ilişkisinin ortaya çıktığını bildirmiştir (Demir ve Yücedağ, 2022).

Eğitimin ve öğrenmenin, güvenlik kültürünün kritik bir yönü olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (Patankar ve ark., 2012). Çalışmamızda hemşireler, hasta güvenliğini etkileyebilecek beceriler, yetenekler ve ilgiler hakkında tartışmalar için zaman ve yapılarla sahip olmanın önemi de dahil olmak üzere eğitim ve

öğrenme ile ilgili çeşitli konulara değinmiştir. Örgütler bireysel üyeleri aracılığıyla öğrenirler, ancak örgütsel öğrenme sadece her bir üyenin öğrenmesinin toplamı değildir. Örgütsel öğrenme genellikle örgüt üyelerinin davranışlarına rehberlik ettiği varsayılan rutinler, kurallar, normlar, stratejiler ve teknolojilerdeki değişiklikler nedeniyle örgütsel uygulamalarda nispeten kalıcı değişikliklerle sonuçlanan bir süreç olarak düşünülür (Swan ve ark., 2010). Öğrenen bir örgüt, bilgi yaratma, edinme ve aktarma ve yeni bilgiyi yansıtabilecek şekilde davranışlarını değiştirme konusunda yetkinliğe sahiptir (Choi ve Ruona, 2011). Mevcut çalışmada hemşireler, meslektaşları ve hasta yakınları ile olan iletişimlerdeki aksaklıklardan bahsetmiş, tüm olayların rapor edilmediğini ve rapor edilen olaylar için her zaman geri bildirim verilmediğini bildirdiler. Bu durum örgütsel öğrenmenin önünde bir engel olarak gösterilebilir. Kanıta dayalı hasta güvenliği uygulamalarının yetersizliği göz önünde bulundurulduğunda, "hasta güvenliği belirleyicileri" her zaman birbiriyle örtüşmek zorunda olmadığından, sağlık hizmetlerinin farklı düzeylerinde hasta güvenliğinin iyileştirilmesi için algılanan kolaylaştırıcı ve engellerin araştırılması önemlidir.

4.1. Sınırlılıklar ve Güçlü Yönler

Bu çalışmanın sonuçları yorumlarken göz önünde bulundurulması gereken bazı sınırlılıkları vardır. İlk olarak çalışmanın örneklem büyüklüğü nispeten küçüktür (7 hemşire), ancak veri analizi, görüşmeler sona ermeden önce veri doygunluğuna ulaşıldığını doğrulamıştır. İkinci olarak çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayanması, görüşülen hemşirelerin daha geniş hemşire popülasyonundan farklı olabileceği anlamına gelmektedir. Son olarak çalışma grubunun tamamının hasta güvenliği sorumluluğu vardır. Hasta güvenliği ile ilişkili kategoriler, hemşireler tarafından algılandığı şekliyle hasta güvenliğinin önündeki olası tüm kolaylaştırıcı ve engellerin kapsamlı bir listesi olarak tasarlanmamıştır; diğer çalışmalar kısmen farklı kategoriler ortaya koyabilir veya çeşitli kategorilere farklı öncelikler verebilir.

Çalışmanın bazı güçlü yönleri bulunmaktadır. Çalışmamızda görüşmeler yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Yüz yüze görüşmeler sözsüz bilgi edinme avantajına sahiptir. Anket tekniği kullanmak yerine odak grup görüşmeleri yapmak, görüşmelerin ön saflarda çalışan yoğun bakım hemşireleri için önemli olan hasta güvenliğine ilişkin kategorilerin daha derinlemesine anlaşılmasını sağlayacağı inancına dayanmaktadır.

Araştırma ekibinin bir hekim ve bir hemşireden oluşması da incelenen konulara farklı bakış açıları getirilmesine olanak sağlaması açısından güçlü bir yön olarak değerlendirilebilir. Ekip, klinik hasta çalışmalarından, risk ve kök neden analizleri yapmak gibi güvenlik konularıyla ilgili çalışmalardan ve uygulama bilimi araştırmalarından deneyim sahibi bir hemşire ile hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinde kalite çalışmaları konusunda deneyim sahibi bir hekimden oluşmuştur. Bu çalışmanın, Türkiye'de yapılmış diğer çalışmalardan farklı olarak hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik görüşlerini içerdiği için hasta güvenliğinin iyileştirilmesine katkıda bulunan faktörler hakkında benzersiz bilgiler sağladığına inanıyoruz.

5. SONUÇ

Hemşirelerin genel olarak hasta güvenliğine olumlu yaklaştıklarını ve hasta güvenliğinin iyileştirilmesinin önemli olduğuna inandıkları görüldü. Hemşireler, hasta güvenliğini iyileştirebileceklerine ve bunu yapma sorumlulukları olduğuna, ancak yöneticilerin de hasta güvenliğinin sağlanmasında sorumlu olduklarına inanmaktadır. Hasta güvenliği aynı zamanda iyi işleyen bir sağlık çalışanı-yönetim etkileşimine de bağlıdır. Hasta güvenliği sağlık sistemlerinde önemli bir kavram olmasına rağmen uygulamaların günlük işleyişte etkisiz kaldığı görülmektedir. Hasta güvenliğini iyileştirmek için daha etkili mekanizmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmanın bir çıkarımı olarak "Hemşireler hasta güvenliğinde hayati bir rol oynamaktadır" demek mümkün olacaktır. Çalışmamızın Türkiye'de hasta güvenliği ekosistemi paydaşlarının yanı sıra, eğitim alanlarından ön saflardaki sağlık profesyonellerine ve üst düzey yöneticilere kadar sağlık hizmetlerinin her seviyesindeki sağlık çalışanları arasında gelişmiş hasta güvenliğinin nasıl sağlanabileceğine ilişkin tartışmalar için bir temel oluşturacağına inanıyoruz. Bu çalışma hemşirelerin görüş ve deneyimlerine odaklanmış olsa da diğer sağlık profesyonelleri de burada tanımlanan hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik kolaylaştırıcı ve engelleyicilerden bazılarını tekrarlayabilir. Ancak daha fazla araştırma gerektiren farklılıklar da olabilir. Bu çalışma, hasta güvenliği sorunları ve çözümleri konusunda çok yönlü bir sistem perspektifinin önemine işaret etmektedir.

Teşekkür

Katılımcılara teşekkür ederiz.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar beyanı bildirmemiştir.

Fon Kaynakları

Bu araştırma, herhangi bir kamu veya kâr amacı gütmeyen kurumdan finansal destek almamıştır.

KAYNAKÇA

- Aboshaiqah, A.E. & Baker, O.G. (2013). Assessment of nurses' perceptions of patient safety culture in a Saudi Arabia hospital. *Journal of Nursing Resort Quality*, 28(3), 272–80, <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3182855cde>
- Afkar, A., Mahboubi, M., Mehrabian, F., Farmanbar, R., Ghahremani, F., & Kazemnejad, E. (2014). Factors predicting pressure ulcers in ICU using the Braden Scale. *KUMS*, 18, 220-225.
- Birgani, A. G. & Asadpoor, S. (2011). Nosocomial infections in the intensive care unit of Ahvaz Arya Hospital (2008-2009). *Modern Care Journal*, 8(2),86-93.
- Choi, M & Ruona, W.E.A. (2011). Individual readiness for organizational change and its implications for human resource and organizational development. *Hum Resourc Dev Rev*, (10),46–73.
- Creswell, J.W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Los Angeles, USA: Sage.
- Demir, A. E. & Yücedağ, İ. (2022). Hekim-Hemşire İlişkinin Bourdieucu İncelemesi. *HAFIZA*, 4(3), 150–163. <https://doi.org/10.56671/hafizadergisi.1206755>
- Despins, L. A. (2009). Patient safety and collaboration of the intensive care unit team. *Critical Care Nurse*, 29(2), 85-91. <https://doi.org/10.4037/ccH2009281>
- Farzi, S., Farzi, S., Alimohammadi, N. & Moladoost, A. (2016). Medication errors by the intensive care units' nurses and the Preventive Strategies. *Anesthesiology and Pain*, 6(4), 33–45.
- Farzi, S., Irajpour, A., Saghaei, M., & Ravaghi, H. (2017). Causes of medication errors in intensive care units from the perspective of healthcare professionals. *Journal Of Research in Pharmacy Practice*, 6(3), 158. https://doi.org/10.4103%2Fjrpp.JRPP_17_47
- Feng, X., Bobay, K. & Weiss, M. (2008). Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 310–319.
- Gallego, B., Westbrook, M.T., Dunn, A.G., Braithwaite, J. (2012). Investigating patient safety culture across a health system: multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics. *Int J Qual Health Care*, (24),311–320.
- Gibbs A. (1997). *Focus groups*. Social Research Update. Erişim adresi: <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU19.html>. Erişim tarihi: 29 Nisan 2022
- Gonçalves, L. A. (2011). *Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes*. [Doctoral dissertation], Universidade de São Paulo.
- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik (2011). Resmî Gazete, 06 Nisan 2011, Sayı: 27897.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (1996). *Qualitative research for nurses*. Oxford: Blackwell Science Ltd.
- JCI (2014). *Accreditation Standarts for Hospital. Joint Commission Resource, Updated International Patient Safety Goals Text Now*. <http://tr.jointcommissioninternational.org> Erişim: 29 Nisan 2022
- JCI (2020a). *National Patient Safety Goals Effective January 2021 for the Hospital Program*. In (pp. 14). The Joint Commission.
- JCI (2020b). *National Patient Safety Goals Effective January 2021 for the Nursing Care Center Program*. In (pp. 7). The Joint Commission.

- Jeffs, L., Abramovich, I. A., Hayes, C., Smith, O., Tregunno, D., Chan, W. H., & Reeves, S. (2013). Implementing an interprofessional patient safety learning initiative: insights from participants, project leads and steering committee members. *BMJ Quality & Safety*, 22(11), 923–930.
- Kendall-Gallagher, D. & Blegen, M. A. (2009). Competence and certification of registered nurses and safety of patients in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 18(2), 106–113. <https://doi.org/10.4037/ajcc2009487>
- Korkmaz, A. Ç. (2018). Geçmişten günümüze hasta güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 6(1), 10–19.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. (2nd ed.) Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions for Program Evaluation*, (30), 73–84. <https://doi.org/10.1002/ev.1427>
- Listyowardojo, T., Ray-Sannerud, B., Turk, E., Lyons, M., Pytte, M., Leyshon, S., et al. (2014) Mixed methods: Improving the assessment of safety culture in healthcare. *DNV-GL Strategic Research & Innovation Position Paper*, 11.
- Merriam, S.B. (2013). *A guide to qualitative research design and practice* (Çev. Ed.: Turan S.). Nobel Yay.
- Merriam SB. (2009). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. Jossey-Bass.
- Mertens, D. M. (2014). *Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. SAGE.
- Minuzzi, A. P., Salum, N. C., Locks, M. O. H., Amante, L. N., & Matos, E. (2016). Contributions of healthcare staff to promote patient safety in intensive care. *Escola Anna Nery*, 20, 121–129. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160017>
- Morgan, D.L. (1997). *Focus Groups As Qualitative Research*. SAGE
- Morgan, P. I. & Ogbonna, E. (2008). Subcultural dynamics in transformation: a multi-perspective study of healthcare professionals. *Human Relations*, 61(1), 39–65.
- Myers, K. K. (2014). Social Identity Issues for Qualitative and Mixed Methods Scholars-Mentors in a Predominantly Quantitative Environment. *Management Communication Quarterly*, 28(3), 466–473. <https://doi.org/10.1177/0893318914536966>
- Nicklin, W. & McVeety, J.E. (2002). Canadian nurses' perceptions of patients safety in hospitals. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(3), 11–21, <https://doi.org/10.12927/cjnl.2002.19154>
- Patankar, M. S. (2012). *Safety culture: Building and sustaining a cultural change in aviation and healthcare*. Ashgate Publishing Ltd.
- Patton, Q.M. (2014). *Qualitative research and evaluation methods* (Çev Edt: All, M. ve Demir, S. B). Pegem.
- Pronovost, P. J., Goeschel, C. A., Marsteller, J. A., Sexton, J. B., Pham, J. C., & Berenholtz, S. M. (2009). Framework for patient safety research and improvement. *Circulation*, 119(2), 330–337.
- Pronovost, P. J., Berenholtz, S. M., Goeschel, C., Thom, I., Watson, S. R., Holzmüller, C. G. ... & Sexton, J. B. (2008). Improving patient safety in intensive care units in Michigan. *Journal of Critical Care*, 23(2), 207–221. <https://doi.org/10.1016/j.jcrrc.2007.09.002>
- Richardson, A. & Storr, J. (2010). Patient safety: a literative review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. *International Nursing Review*, 57(1), 12–21.
- Robson, C. (2015). *Scientific research methods real world research*. (Çev. Ed.: Ş. Çankır ve N. Demirkasımoğlu). Anı Yay.
- Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ (2009). Resmî Gazete, 29 Nisan 2009, Sayı: 27214.

- Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health*, 23, 334–340.
- Shekelle, P.G., Pronovost, P.J., Wachter, R.M., Taylor, S.L., Dy, S.M., Foy, R., Hempel, S., McDonald, K.M., Ovetveit, J., Rubenstein, L.V., Adams, A.S., Angood, P.B., Bates, D.W., Bickman, L., Carayon, P., Donaldson, L., Duan, N., Farley, D.O., Greenhalgh, T., Haughom, J., Lake, E.T., Lilford, R., Lohr, K.N., Meyer, G.S., Miller, M.R., Neuhauser, D.V., Ryan, G., Saint, S., Shojania, K.G., Shortell, S.M. (2011). Advancing the science of patient safety. *Annals of Internal Medicine*, 154(10), 693-696.
- Sirriyeh, R., Lawton, R., Armitage, G., Gardner, P. & Ferguson, S. (2012). Safety subcultures in health-care organizations and managing medical error. *Health Services Management Research*, 25(1), 16–23.
- SKS Hastane Seti (2020). Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf>. Erişim: 29 Nisan 2022.
- Swan, J., Scarbrough, H. & Newell, S. (2010). Why don't (or do) organizations learn from projects? *Management Learning*, 41(3), 325–344.
- Thomas, L. & Galla, C. (2013). Republished: building a culture of safety through team training and engagement. *Postgraduate Medical Journal*, 89(1053), 394–401.
- Türnüklü, A. (2000). Eğitim bilim araştırmalarında etkin olarak kullanılabilir nitel bir araştırma tekniği: Görüşme. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 6(4), 543–559.
- Van Beuzekom, M., Boer, F., Akerboom, S., & Dahan, A. (2013). Perception of patient safety differs by clinical area and discipline. *British Journal of Anaesthesia*, 110(1), 107–114.
- WHO (2009). Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety. Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools. 4:03. http://testing.chfg.org/resources/10_qrt01/WHO_PS_HF_Review Erişim: 29 Nisan 2022.
- Yıldırım A. & Şimşek, H. (2006). *Sosyal bilimler yöntemlerinde nitel araştırma*, (5. Basım). Seçkin Yay.