



T.C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE
KARŞILANMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Derya ÖZCAN

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Yıldı Arzu ABA

Bandırma, 2024

T.C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE
KARŞILANMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Derya ÖZCAN

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Yıldı Arzu ABA

Bandırma, 2024



BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ ONAYI

Bu çalışma 03/10/2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

BEYAN

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

(03/10/2024)

Derya ÖZCAN

ÖNSÖZ/TEŞEKKÜRLER

Tez çalışma sürecimin başlangıcından sonuna kadar her aşamasında bilgi ve donanımı ile bana yol gösteren, tecrübe ve birikimlerini benimle paylaşan, azimli ve disiplinli çalışmasıyla bana örnek olan, bana kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenden fazlasını sunan ve manevi desteğini her zaman yanımda hissettiğim, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen kıymetli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Yıldı Arzu ABA'ya,

Yüksek lisans eğitim-öğretim süresince bilgi ve tecrübesini bizden esirgemeyen, donanımı ile yolumu aydınlatan, her zaman desteğini hissettiren güler yüzünü bizden hiç eksik etmeyen çok kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca kıymetli bilgi ve deneyimleriyle katkıda bulunan hocam Doç. Dr. Ayşe ÇİCEK KORKMAZ'a,

Yüksek lisans süresince tanıma fırsatımı bulduğum ve ömür boyu sağlam dostluklar edindiğim dönem arkadaşlarıma,

Her koşulda yanımda olan ve desteğini esirgemeyen, eğitim hayatım boyunca beni sabırla destek sağlayan aileme ve canım eşim Cem ÖZCAN'a, hayatıma girdiği andan itibaren dünyamı aydınlatan, hayatıma anlam kazandıran zamanımı esirgediğim biricik canım oğlum Arden Ali ÖZCAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

HEMŞİRELERDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE KARŞILANMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Araştırma, hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı-ilişki arayıcı tasarımda bir araştırma niteliğindedir. Araştırma, Anakara ilinde bir üniversite bünyesinde bulunan üç hastanenin yataklı kliniklerinde aktif olarak çalışan 674 hemşire üzerinden evreni bilinen örneklem hesabı yapılarak 245 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplamada “Tanımlayıcı Bilgi Formu”, “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” ve “Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktararak analiz edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğu için Kolmogorov-Smirnov testine bakılmış, uygun olmayan parametrelerin ise aritmetik ortalama, mod ve medyanın eşit ya da yakın olması yararlanılmıştır. Kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir. Ölçekler arasında ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Hasta güvenliği kültürü ölçeği toplam puan ortalaması $2,95 \pm 0,41$, karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri ölçeği toplam puan ortalaması $1,27 \pm 0,68$ ve karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri ölçeği toplam puan ortalaması $3,41 \pm 0,52$ olarak saptanmıştır. En fazla karşılanamayan hemşirelik bakımı hizmetinin “Hasta ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek sağlanması” olduğu, karşılanamayan hemşirelik bakımı için en çok belirtilen nedenin “Çalışan personel sayısının yetersizliği” olduğu belirlenmiştir. Çalışmada yaş, mesai saatlerinde bakılan hasta sayısı ve son vardiyada bakım verilen hasta sayısı ile hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Demografik değişkenler ile karşılanmayan hemşirelik bakım hizmetleri puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki saptanmamıştır. Haftalık fazla mesai saati ile karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada, bu örnekleimde hasta güvenliği kültürü ölçeği yönetim ve liderlik alt boyutu ile karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri malzeme kaynakları alt boyutları arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Hasta Güvenliği Kültürü, Hemşirelik, Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı

ABSTRACT

DETERMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN PATIENT SAFETY CULTURE ON MISSED NURSING CARE IN NURSES.

The research was conducted to determine the relationship between the culture of patient safety and unmet nursing care among nurses. It is a descriptive-relational study. The research was carried out with 245 nurses by calculating the sample from a population of 674 nurses actively working in the inpatient clinics of three hospitals affiliated with a university in Ankara. In data collection, the "Descriptive Information Form" , "Patient Safety Culture Scale," and "Misscare Survey" were used. The data were analyzed using the IBM SPSS Statistics 23 program. While evaluating the study data, the Kolmogorov-Smirnov test was used to assess the normal distribution of the scale scores, and for parameters that did not fit the normal distribution, the arithmetic mean, mode, and median were compared. Frequency distribution (number, percentage) was given for categorical variables, and descriptive statistics (mean, standard deviation, minimum, maximum) were provided for numerical variables. Pearson correlation analysis was used to examine the relationship between scales. The patient safety culture scale score was found to be 2.95 ± 0.41 , the unmet nursing care services scale score was 1.27 ± 0.68 , and the reasons for misscare survey score was 3.41 ± 0.52 . It was determined that the most misscare survey service was "Providing emotional support to the patient and/or relatives," and the most frequently stated reason for unmet nursing care was "Insufficient number of staff". In the study, a positive relationship was found between age, the number of patients cared for during working hours, and the number of patients cared for during the last shift with the sub-dimensions of the patient safety culture scale. No statistically significant relationship was found between demographic variables and the score of unmet nursing care services. A positive statistically significant relationship was found between weekly overtime hours and the reasons for unmet nursing care score. In this study, a negative relationship was found between the management and leadership sub-dimension of the patient safety culture scale and the material resources sub-dimension of the reasons for unmet nursing care in this sample.

Keywords: Patient safety culture, nursing, missed nurse care

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ ONAYI	
BEYAN	i
ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	x
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Hasta Güvenliğı Kavramı	5
2.2. Hasta Güvenliğinin Önemi	6
2.3. Hasta Güvenliğinin Etkileyen Etmenler	8
2.4. Hasta Güvenliğı Kültürü	9
2.5. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliğı Kültürü	11
2.6. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Kavramı	13
2.7. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Modeli	14
2.8. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımını Etkileyen Etmenler	16

2.9. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Nedenleri	18
2.10. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Sonuçları	19
2.11.Karşılanmayan Hemşirelik Bakımının Önlenmesi	20
2.12. Hasta Güvenliği Kültürü ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişki	22
3.GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı	24
3.2. Araştırmanın Soruları	24
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	24
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme/Edilmeme Kriterleri	25
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	26
3.7. Veri Toplama Araçları	26
3.7.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu	26
3.7.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ)	26
3.7.3. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği (KHB)	27
3.8. Verilerin Toplama Yöntemi	29
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	30
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri	30
3.12. Araştırma Süreci	31
4.BULGULAR	32

4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı ve Mesleki Özelliklerine Yönelik Bulgular	33
4.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Bulgular	35
4.3. Hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Hizmetleri ve Nedenlerine Yönelik Bulgular	39
4.4. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Hizmetleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	45
5.TARTIŞMA	46
5.1. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Bulguların Tartışılması	46
5.2. Hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Hizmetleri ve Nedenlerine Yönelik Bulguların Tartışılması	53
5.3. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması	62
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	64
6.1. Sonuçlar	64
6.2. Öneriler	67
7.KAYNAKLAR	68
8.EKLER	83
9.ÖZGEÇMİŞ	97

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 3.1. Araştırma Evren ve Örneklem Dağılımı	25
Tablo 3.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Madde Sayıları, Puanları ve Güvenirlik Katsayıları.....	27
Tablo 3.3. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği Madde Sayıları, Puanları ve Güvenirlik Katsayıları.....	28
Tablo 3.4. Araştırma Süreci.....	31
Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular (n=245).....	33
Tablo 4.2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Yönelik Bulgular (n=245)	34
Tablo 4.3. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalaması Dağılımı (n=245).....	35
Tablo 4.4. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (n=245).....	36
Tablo 4.5. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=245).....	37
Tablo 4.6. Hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puan Ortalaması Dağılımı (n:245).....	39
Tablo 4.7. Hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Hizmetlerinin İncelenmesi (n:245).....	39
Tablo 4.8. Hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Nedenlerinin İncelenmesi (n:245).....	41
Tablo 4.9 Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=245).....	42
Tablo 4.10. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=245).....	43
Tablo 4.11 Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesine (n:245).....	45

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Modeli	15
Şekil 2.2. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Modeli	16



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICN: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği)

IOM: The Institute Of Medicine (Ulusal Tıp Enstitüsü)

HGKÖ: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

JCI: Joint Commission International (Uluslararası Ortak Komisyon)

KHB: Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı

KHBÖ: Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

SPSS: Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

TDK: Türk Dil Kurumu

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemi gün geçtikçe daha çok artmaktadır. Hasta güvenliği bu konuda önemli kavramlar arasında yer almaktadır. (Korkmaz, 2022; Erkul ve ark., 2015). Hipokrat tarafından ilk kez ortaya konulan hasta güvenliği kavramı “önce zarar vermemek” temeline dayanmaktadır. Modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale ise “Bir hastanenin ilk şartı olarak hastalara zarar vermemesi gerektiği, duyurulması garip bir ilkeymiş gibi görülebilir” şeklinde ifade etmektedir (Sabuncu & Ertekin, 2022). Risk (1997) hasta güvenliğini; hasta bakımının herhangi bir sürecinde ortaya çıkan olumsuz sonuçların veya yaralanmaların önlenmesi, iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması olarak tanımlamıştır.

Sağlık bakım hizmetlerinin her kademesinde hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önüne geçilmesi, kurumların öncelikleri arasındadır (Korkmaz, 2022). Önlenebilir tıbbi hatalar nedeniye birçok kişi zarar görmektedir (Erkul ve ark., 2015). İnsanın doğasında hata yapmak vardır ve değiştirilemez. Fakat çalışılan koşullar geliştirilebilir ve değiştirilebilir (Reason, 2000). Hasta güvenliği; nitelikli ve profesyonel sağlık hizmetinin önemli bileşeni olmakla birlikte bakım kalitesinin önemli bir parametresidir (Yılmaz & Oskay, 2021).

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği, yüzyılın başından bu yana uluslararası odak, araştırma ve tartışma konusu olmuştur ve şu anda ciddi bir küresel endişe kaynağıdır. Ulusal çaba gösteren ülkelerin deneyimleri, sağlık sistemleri ülkeler arasında farklılık gösterse de, hasta güvenliği ile ilgili yaşanan sorunların benzer nedenlere sahip olduğunu ve çoğu zaman benzer çözümlerle ele alındığını göstermektedir (WHO, 2019).

Hasta güvenliğinin önemi ve hastaları zarardan korumak için güvenlik kültürlerinin geliştirilmesi, kalite iyileştirme çabalarında giderek dikkat çekmeye başlamıştır. Bu girişimler hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir rol oynamakta ve sağlık sonuçları üzerinde etki yaratmaktadır. Sağlık hizmetleri her ne kadar kamu yararına yönelik olsa da teknolojinin, süreçlerin ve insanlar arasındaki etkileşimin karmaşık bileşimi nedeniyle olumsuz olayların gerçekleşmesi kaçınılmazdır (Ali ve Ark., 2022).

Sağlık bakım hizmetlerine bağlı tıbbi hataların önlenmesi ve hataların hastalar üzerindeki etkilerinin azaltılması veya yok edilmesi için hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gereklidir. Bu nedenle hasta güvenliği kültürü sağlık sektöründe önemli bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinde insani ve maddi kayıpların önüne geçilmesi için gerekli olan hasta güvenliği kültürüne yönelik çalışmalar son dönemlerde önem kazanmıştır (Bayer & Çevik, 2019; Oskay ve ark., 2019; Dursun ve ark., 2010). Sağlık bakım hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün sağlanabilmesi için; tıbbi hataların bildirilmesi ve kişilerin bildirim yapabileceği güvenli iletişim ortamının olması, raporlama sistemlerinin cezalandırıcı yaklaşımdan uzak olması, hata oluşturabilecek yüksek riskli aktivitelerin belirlenmesi, çözüm üretici olunması, olayların asıl nedenini belirlemeye yönelik sistemsel iyileştirmelerin yapılması ve kurumun hasta güvenliğine yönelik kaynak ayırması gerekmektedir (Manav & Karademirler, 2018; Hakverdioğlu Yönt, 2011; Akalın, 2004).

Sağlık sektöründe bakımın kalitesinin geliştirilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanmasında hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Sağlık kurumundaki güvenlik kültürünün oluşturulmasında, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne yönelik algıları ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi gerekmektedir. Hemşirelerin tutum ve davranışları hasta güvenliği kültürüne olumlu yönde katkı sağlamaktadır (Manav & Karademirler, 2018). Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesinde hasta ile 7/24 birlikte olan hemşirelere ve hemşire yöneticilerine büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşire yöneticileri hasta güvenliği kapsamında kalite iyileştirme çalışmaları yapmalı ve hemşireleri desteklemelidir.

Hemşirelik, hizmet alanı insan olan ve bakım odaklı bir meslek grubudur. Bakım kavramı sadece hemşireliğe özgü olmamakla birlikte, bakım hemşirelik mesleğinin esaslarındandır (Dinç,2010). Bakımın eksiksiz ve kaliteli bir şekilde alanında donanımlı hemşireler tarafından verilmesi gerekmektedir (Cho ve ark., 2015). Dünya genelinde sağlık politikalarında, hasta bakım sonuçları göstergeleri arasında kaliteli bakım yer almaktadır (Kılıç & Ulubay, 2023; Larsaon ve ark.,2019; Sucu ve ark., 2012; Kane ve ark., 2007). Kaliteli hemşirelik bakımı ve hasta güvenliğinin sağlanması, günümüzde hemşirelerin ve hemşire liderlerinin karşı karşıya olduğu önemli bir sorundur (Kalisch, 2006). Profesyonel hemşirelik bakımındaki kalite algısı sağlık kurumlarındaki önemli bir performans göstergesidir (Kiliç ve Öztunç, 2015). Günlük uygulamalarda hastaların ihtiyacı olan hemşirelik bakımı çeşitli nedenlerle

gözden kaçırılmakta ve karşılanmayan hemşirelik bakımı hasta güvenliğini tehlikeye sokmaktadır (Kalisch ve ark., 2009a). Sağlık hizmetlerinin sunumunda öncelikli ve en önemli hedeflerden biri, hastanın zarar görmesini önlemek ve güvenliğini sağlamaktır.

Hemşirelik bakım girişimlerinin tamamen yada kısmen karşılanmaması veya atlanılması karşılanmayan hemşirelik bakımı olarak tanımlanmaktadır (Kalisch ve ark., 2009a). Kalisch (2006) 'in yaptığı nitel bir çalışma sonucunda ortaya çıkan karşılanmayan hemşirelik bakımı kavramı, ihtiyaç duyulan bakımın kısmen ya da tamamıyla ihmal edilmesi veya bakımın ertelenmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Taşkiran Eskici & Baykal, 2021). Kalisch ve Williams (2009) *“gereken bakımın tümünün ya da bir kısmının ihmal edilmesi veya ertelenmesi”* şeklinde tanımlamaktadır. Hemşirelik bakım hizmetlerinin değerlendirilmesinde hemşire yöneticileri için önemli bir kavram olarak ele alınmaktadır (Kalisch ve ark., 2011). Gözden kaçırılan hataların öncesinde tanınması ve önlemeye yönelik çalışmaların yapılması hemşirelik hizmetleri kalite göstergeleri açısından önem teşkil etmektedir. Hasta güvenliğinde karşılanmayan hemşirelik bakımı ihmal hatası olarak karşımıza çıkmaktadır (Kalisch ve ark., 2009b)..

Hastanın ihtiyacı olan bakım birçok sebepten dolayı gerçekleştirilmemekte veya ertelenebilmektedir. Bu durum sağlık çalışanlarını, kurumu ve hastayı olumsuz yönde etkilemekle birlikte, kalitesinin düşmesine neden olmakta ve hasta güvenliğini riske atmaktadır (Kalisch, 2006; Zencir & Eşer, 2015).

Hastaları olumsuz yönde etkileyen karşılanmayan hemşirelik bakım hizmetleri ile ilaç hataları, basınç ülserleri, hasta düşmeleri, kazalar, tekrarlayan hastane yatışları, mortalite, nazokomiyal enfeksiyonlar pozitif yönde ilişkilidir (Ball ve ark., 2018; Kalisch ve ark., 2012a). Karşılanmayan hemşirelik bakımı; hasta güvenliğini, bakımının kalitesini, sağlığını, memnuniyetini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sorun ve hata olarak karşımıza çıkmakta olup, özellikle öncelenmesi ve çözülmesi gereken önemli bir hemşirelik sorunudur (Ergezen & Kol, 2021).

Hasta güvenliği hemşirelik uygulamalarını merkezinde yer almakla birlikte; uygulama ve ihmal hatalarından etkilenmektedir. Karşılanmayan hemşirelik bakımı sonuçları hasta güvenliğine yönelik tehditler oluşturur ve küresel olarak eyalet ve ulusal politikaların geliştirilmesinde dikkate alınması gerekmektedir (Ergezen & Kol, 2021; Kalisch ve ark., 2009a)

Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde; karşılanmayan hemşirelik bakımı hasta güvenliğini tehlikeye atan ihmal hatası olarak karşımıza çıkmaktadır. Alan yazında hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya ulaşamamıştır. Bu doğrultuda amaç; hastanelerin önemli kalite göstergelerinden olan hasta güvenliği kültürünün karşılanmayan hemşirelik bakımı ile ilişkisini belirleyerek literatüre katkı sağlamaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği Kültürü Kavramı

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation); hasta güvenliğini “sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin neden olduğu hastaya yönelik hasarları engellenmesi veya ortadan kaldırılması ve sağlık kurumuna bağlı hataların önlenmesi olarak “ tanımlamaktadır (Sayek, 2011). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise hasta güvenliğini “hastaya önlenebilir bir zararın gelmemesi ve sağlık hizmetleriyle ilişkili gereksiz zarar riskinin kabul edilebilir bir minimuma indirilmesi” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2019). Hasta güvenliği, sağlık sektöründe verilen hizmetlerin hastaya ve ailesine etki edeceği zararı önlemek ve güvenliklerini olumsuz yönde etkileyen etmenlerin ortadan kaldırılması amacıyla sağlık sektörü ve çalışan personeller tarafından alınan önlemler olarak da nitelendirilmektedir (Sayek, 2011; Seren İntepeler, 2014).

Modern hasta güvenliği hareketinin başlatılmasından bu yana 20 yıldan fazla zaman geçmesine rağmen tıbbi hatalar ciddi bir halk sağlığı tehdidi ve önde gelen ölüm nedeni olmaya devam etmektedir. Amerikan Tıp Enstitüsü'nün (IOM) 1999 yılında yayınladığı “ To Error Human ” raporunda, sağlık hizmetlerini sunumu daha güvenli hale getirmek için ulusal çaba gösterilmesi gerektiğini vurgulanmıştır. Uzmanlar, hastanelerde meydana gelen tıbbi hatalardan kaynaklı yılda yaklaşık 98 bin kadar insanın öldüğünü düşünmektedir. Bu oran; meme kanseri, AIDS ve motorlu taşıt kazalarından kaynaklanan ölümlerden çok daha fazladır. Bu sorunun hastane sistemlerinden kaynaklandığını ileri sürülmektedir (Kohn ve ark.; 2000).

DSÖ (2019) sağlık bakımının yapıldığı tüm ortamlarda hasta güvenliğinin sağlanması gerektiğini vurgulamaktadır. Fakat sağlık hizmetleri sunumunda önlenebilir olumsuz olaylar, hatalar ve riskler hasta güvenliği açısından sorun oluşturmaya devam etmektedir. WHO (2019) Yetmiş İkinci Dünya Sağlık Asamblesi, "sağlık hizmetlerinde kimsenin zarar görmediği, her hastanın her zaman, her yerde güvenli ve saygılı bakım aldığı bir dünya" sloganıyla kabul edilmiştir (WHO, 2019).

2.2.Hasta Güvenliğinin Önemi

Sağlık bakım hizmetlerinde insandan kaynaklı hatalar kapsamında hasta güvenliği konularının öneminin son yıllarda arttığı görülmektedir (Hakverdioğlu Yönt, 2011) . Hasta güvenliği konusu günümüzde gelişmemiş ülkelerin yanı sıra gelişmekte olan ve gelişmiş ülkeler içinde büyük önem taşımaktadır (Shahri ve ark. 2012). Hasta güvenliği, sağlık hizmetleri sunumunun çok önemli bir bileşenidir ve temel amacı, hastaların sağlık sistemleriyle etkileşimleri sırasında zarar görmesini önlemektir (Labrague, 2022).

Hasta güvenliğin amacı; hastanede çalışan personelleri, hasta ve yakını bütüncül ele alarak olumlu yönde etkileyecek güvenilir bir ortam elde etmektir. Temel hedef, sağlık hizmetlerinde herhangi bir aşamasında meydana gelen hataları önleyecek, hatalardan kaynaklı zararlardan hastayı koruyacak ve hata oranlarını en aza indirecek bir sistemin geliştirilmesidir (Güven, 2007). Sağlık hizmetlerinin bütün aşamalarında hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların en aza indirilmesi, kurumların öncelikleri arasındadır (Korkmaz, 2022). Tıbbi hatalar halk sağlığı ve hasta güvenliği açısından ciddi tehdit oluşturmaktadır (Shahri ve ark. 2012).

Hasta güvenliği, gelişmiş veya gelişmekte olan tüm ülkelerde ki sağlık bakım hizmeti verilen ortamlarda hastaları etkileyen sorunu olmaktadır. DSÖ'nün belirttiğine göre; sağlık hizmetlerinin sunumundaki hasta güvenliğini teklikeye atan sorunların %75'nin önlenabilir olduğu tahmin edilmektedir. Ek olarak güvensiz sağlık hizmetleri, ağır bir ekonomik bedele yol açtığı düşünülmektedir (WHO, 2013). Bazı Doğu Akdeniz Bölgesi ülkelerinde hastanelere yatarak tedavi kabullerinin %18'e varan oranda hastaya zarar vermesiyle ilişkili olduğu ve bunların %3'ünün ölüm veya kalıcı sakatlıkla sonuçlandığı rapor edilmiştir (James, 2013). Amerika Birleşik Devletleri'nde hastaneye yatışların %3,7'sinde ciddi yan etkiler meydana geldi. Bazı ülkeler hasta kaynaklı komplikasyonların yıllık olarak sağlık bütçesine milyarlarca dolara mal olduğunu bildirmektedir (WHO, 2013).

Sağlık hizmetleri sunumundaki yeni bakım modelleri, teknolojiler ve tedaviler iyileştirici potansiyele sahip olabileceği gibi hasta güvenliği konusunda yeni sorunlarda oluşturabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin temel ilkeleri arasında hasta güvenliği de yer almaktadır. Son 15 yıl içerisinde sağlık sektöründe hastalara zarar veren uygulamaları azaltmak için yapılan küresel çabalarda önemli bir değişiklik görülmemiştir. Önlenabilir tıbbi hatalara neden olan ve en çok görülen olaylar arasında

ilaç hataları, güvenli olmayan cerrahi prosedürler, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlar, teşhis hataları, hasta düşmeleri, basınç ülserleri, yanlış kimlik doğrulama yapılması, güvenli olmayan kan transfüzyonu ve venöz tromboembolizm yer almaktadır (WHO, 2019). Her 10 hastadan yaklaşık 1'i sağlık hizmetlerinden zarar görmekte ve güvensiz bakım nedeniyle yılda 3 milyondan fazla kişi hayatını kaybetmektedir. Düşük-orta gelirli ülkelerde 100 kişiden 4'ü güvensiz bakım nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Hastanın zarar görmesi, küresel ekonomik büyümeyi yılda %0,7 oranında azaltma potansiyeline sahiptir. Küresel ölçekte, zararın dolaylı maliyeti her yıl trilyonlarca ABD dolarını bulmaktadır (OECD, 2020).

Hasta güvenliği ciddi sonuçlara yol açan halk sağlığı konusudur. Uçakla seyahati esnasında, ölüm ihtimalinin 3 milyonda 1 ölüm tahmin edilmekte iken; tıbbi hata kaynaklı ölüm ihtimalinin 300'de 1 olduğu öngörülmektedir. (WHO 2019).

WHO (2019) yılında yayınladığı raporda;

1. 10 hastadan 1'i sağlık bakım hizmeti aldığı esnada zarar görmektedir.
2. Dünya genelinde 10 ölüm ve sakatlık nedenlerinden birisi güvensiz bakım sonucu istenmeyen olayların oluşmasıdır.
3. Dünya genelinde 10 ölüm ve sakatlık nedenlerinden birisi güvensiz bakım sonucu olumsuz olayların oluşmasıdır.
4. 7 dolardan 1 tanesi hastanede bakım esnasında hastada meydana gelen zararları iyileştirmek için kullanılmaktadır.
5. Hasta güvenliğine yönelik yatırımlar büyük ölçüde mali açıdan tasarruf sağlayabilir.
6. İlaç hataları ve güvensiz ilaç uygulamaları sonucunda milyonlarca hasta etkilenmekte ve zarar görmektedir. Bu da mali olarak milyarlarca ABD dolarına mal olabilmektedir
7. Hastaya zarar veren sebeplerden biri de gecikmiş veya yanlış tanıdır ve bir çok hastayı etkilemektedir.
8. Hastanede yatan her on hastadan biri hastane enfeksiyonlarından etkilenmektedir.
9. Cerrahiye bağlı komplikasyonlar nedeniyle yılda 1 milyondan fazla hasta ölmektedir.
10. Radyasyona maruz kalma önemli bir hasta güvenliği ve halk sağlığı sorunudur (WHO, 2019).

Colorado ve Utah Tıbbi Uygulamalar Çalışması'ndan elde edilen nüfusa dayalı veriler, ABD'de ayakta tedavi ortamlarında önlenabilir tıbbi hataların, 4839 kalıcı ciddi hastalık ve 2587 ölümle birlikte yılda 75 bin hastaneye yatışa neden olduğu düşünülmektedir (Wodds ve ark., 2007). Hastanede yatış sırasındaki olumsuz olaylara ilişkin raporların sistematik incelemesi sonucunda, hastaneye yatışların %9,2'sinin olumsuz olaylar içerdiğini, bunların %43,5'inin önlenabilir ve %7,4'ünün ölümcül olduğu tespit edilmiştir (de Vries ve ark., 2008). Bu istenmeyen olaylar hastaneye yatışlara, daha uzun hastanede kalışlara, tıbbi harcamaların artmasına, ciddi kalıcı yaralanma veya ölüme neden olmakla birlikte bireyler için ciddi bir sorun teşkil etmektedir (Classen ve ark., 1997).

Hasta güvenliğine yönelik yaşanan olumsuz olaylar hastalar için olumsuz sonuçları beraberinde getirmekle birlikte, sağlık kurumları için de ek maliyet getirmektedir. Hasta güvenliğinde “hatalara“ ve “kaynaklarına“ yönelik sistemler çalışmaları yapılmalıdır. Hasta güvenliğinde meydana gelen tıbbi hataların en büyük nedeni sistemsal sorunların olduğu görülmektedir (Karaca & Aslan, 2013).

2.3. Hasta Güvenliğini Etkileyen Etmenler

Sağlık Bakım Hizmetlerinde hasta güvenliğini iyileştirmek ve geliştirmek için hatanın kaynaklarını belirlemek gerekir (Reason, 2000). Hataların olmadığı sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği başarı oranı daha yüksektir (Dağdelen, 2014).

Hasta güvenliği üzerinde etkili olan etmenler;

1. Sistem yaklaşımı
2. İnsan yaklaşımı olarak iki gruba ayrılmıştır.

1. Sistem yaklaşımında hatanın sistemsal sorunlardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Sistem yaklaşımında; liderlik, yanlış personel dağılımı, melzeme ve cihaz eksikliği, karar verme mekanizmalarının eksikliği, uyum eksikliği, politikalar, yetersiz otomasyon ve yapısal faktörler yer almaktadır.

2. İnsan yaklaşımında bireysel hatalar ön plana çıkmaktadır. Bu yaklaşımda ise; dikkatsizlik, zaman yetersizliği, kişisel farklılıklar, iletişim sorunu, özensizlik, yorgunluk, karar vermede ki yanlışlıklar, mantık hatası gibi etmenler yer almaktadır (Reason, 2000).

Sağlık hizmetlerinde olay raporlama sistemlerinin geliştirilmesi ve uygulanması, önlenabilir tıbbi hataları azaltmak ve yerel, bölgesel ve ulusal bazda sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini etkileyen temel bir strateji konumundadır (Archer ve ark., 2014). Kapsam ve kapsamlılık büyük ölçüde farklılık gösterse de, olay raporlama sistemleri birçok ülkede kullanılmaktadır. Olay raporlama sistemlerinin kullanımda eksik raporlama yapılması hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Noble ve ark., 2010).

2.4. Hasta Güvenliği Kültürü

Güvenlik kültürü, “bir kuruluşun sağlık ve güvenlik yönetimine bağlılığı ve bu yönetimin tarzını ve yeterliliğini belirleyen bireysel ve grup değerlerinin, tutumlarının, algılarının, yeterliliklerinin ve davranış kalıplarının ürünü” olarak tanımlanmaktadır (Lee, 2017; Rocco & Garrido, 2017; Lawati ve ark., 2014). Güvenlik kültürü yüksek riskli çalışma alanlarında oldukça önemlidir. Yüksek riskli çalışma alanlarından biri de sağlık alanı olup, hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerekmektedir. IOM özellikle hasta güvenliğini ve bakım kalitesini artırmak için sağlık kuruluşlarında bir güvenlik kültürü oluşturma'nın önemini vurgulamaktadır (Lee, 2017; Çakır, 2007). Güvenlik kültürünün anlaşılması, yanlış iletişim, istenmeyen olaylar ve hatalara cezalandırıcı olmayan tepkiler gibi sorunlu uygulamaları veya tutumları iyileştirmek için hayati öneme sahiptir (Ali ve ark., 2022).

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (2015) olumlu hasta güvenliği kültürünü, “sağlık profesyonellerinin ve liderlerinin profesyonel olmayan davranışları ile insan hataları için cezalandırılmadığı, hataların hastalara zarar vermeden önce tespit edildiği, hataların tekrar oluşmaması için güçlü geri bildirim döngüleri ile personelin önceki hatalardan öğrenmesinin sağlanması ve gerekli ise bakım ile ilgili değişikliklerin yapılması” olarak tanımlamıştır (<https://www.ihl.org/improvement-areas/patient-safety>).

Hastalara gelecek zararları önlemek ve sağlık kurumlarında hasta güvenliğini geliştirmek için hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gereklidir (Tütüncü ve ark., 2007). Hasta güvenliği kültürü, hizmet sağlayanların davranışlarını ve tutumlarını etki eden inançların, norm ve değerlerinin hasta güvenliğini geliştirmesi ve desteklemesi ile ilgilidir. Hasta güvenliği kültürü çalışanların algılarını, davranışlarını, tutumlarını etkileyen bir etmen olarak görülmektedir (Yılmaz, 2020; Lawati ve ark., 2014). Olumlu hasta güvenliği kültürü, paylaşılan bağlılığı, açık iletişimi, suçlamasız bir

ortamı, sürekli öğrenmeyi ve proaktif risk tanımlama ve çözümlemeyi içermektedir (Lawati ve ark., 2014).

Hasta güvenliği kültürü, hastalara verilen zararın önlenmesi ve azaltılmasına yönelik bir sistem yaklaşımını teşvik etmeyi amaçlayan çok faktörlü bir çerçevedir. Hasta güvenliği kültürünü oluşturmak için; etkili iletişim, uygun personel alımı, prosedür uyumu, çevre güvenliği, kültür, destekleyici liderlik, oryantasyon, eğitim ve tıbbi hatalarla ilgili açık iletişim olması gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda; iletişim yetersizliği, liderlik ve ekip çalışması eksikliği, raporlama sistemlerinin eksikliği, istenmeyen olayların yetersiz analizi ve personelin güvenlik konusunda bilgi eksikliği gibi faktörlerin hasta güvenliğini tehlikeye attığı belirtilmiştir (Ammouri ve ark., 2015).

Sağlam bir hasta güvenliği kültürünün temelinde sorumluluk ve hasta güvenliği arasındaki denge yer almaktadır (Boysen, 2013). Hasta güvenliği kültürleri liderlik stillerini, etik değerleri, iletişim süreçlerini, kanıta dayalı uygulamaları, organizasyonel öğrenmeyi, sürekli iyileştirmeyi ve hasta merkezli bakımı olumlu yönde etkilediği görülmektedir (Brittain, 2019). Liderler, personellerin yaptığı gizli hataları raporlaması yönünde teşvik etmeli ve hataların yol açtığı sistem arızalarını yönetmelidirler (Camacho-Rodríguez ve ark., 2021; Dursun ve ark., 2010). Güvenlik kültürünün oluşturulmasında sadece çalışanlara değil yöneticilere de sorumluluk düşmektedir. Hasta güvenliğini çalışanlar tarafından benimsenmesi ve öneminin vurgulanması hasta güvenliği kültürünün önemli bileşenlerindendir. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve sürekli olması için tüm çalışanlar ve liderlerin konuyu sahiplenmesi gerekmektedir. Tüm çalışanlara hasta güvenliği konusunda eğitim verilmesi, çalışan ve hasta arasında iletişimin güçlendirilmesi ve çalışanlara hasta güvenliğini riske atan davranışları belirleme ve sorumluluk verilmesi başarıyı arttırmada etkili olacaktır (Dursun ve ark., 2010). İyi bir hasta güvenliği kültürüne sahip hastanelerde; düşük riskli süreçler, oldukça güvenilir sistemler ve son derece etkili sonuçlar elde edilir (Camacho-Rodríguez ve ark.).

2.5. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürü

Hemşirelik mesleği; bireyi doğumdan yaşam sonuna kadar sağlıklı ve hastalık durumunda anlamaya odaklanmış bir meslektir (Balçık Akman, 2010). Sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta güvenliği konusu temel hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır (Emiroğlu, 1994). Hemşireler diğer sağlık personelleri arasında işlevlerinin çeşitliliği, çokluğu ve hasta ile daha fazla zaman geçirmelerinden kaynaklı çok fazla tıbbi hata riski ile karşılaşmaktadırlar. Hasta güvenliğinin sağlanmasında hastaların bakım ihtiyaçlarının karşılanması ve tıbbi eylemlerin büyük bölümü hemşireler tarafından sağlanmaktadır. Hemşirelerin sayıca üstün olmaları ve hasta ile en fazla zaman geçiren sağlık personeli olmaları nedeniyle hasta güvenliği kültürünün sağlanmasında önemli rol oynamaktadırlar (Cebeci ve ark., 2012; Rızalar ve ark., 2013). Hemşirelerin hasta takibinin yapılması, bakımın sürekliliğinin sağlanması ve hataların önlenmesinde mesleğinin gereği olarak hasta güvenliğinin iyileştirilmesinde yeri vazgeçilmez bir öneme sahiptir (Kirwan ve ark., 2013). Ayrıca, IOM tarafından yayınlanan “Keeping patients safe: Transforming the work environment for nurse” raporunda hemşirelerin çalışma ortamı ile hasta güvenliği arasında güçlü bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Hemşirelerde iş tatmini, yönetimi ve takım çalışması hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörlerin başında gelmektedir(Elsous ve ark.,2014).

Hemşireler bakım verdikleri her noktada hasta güvenliği ile karşı karşıyadırlar. Bir kurumda hasta güvenliğine yönelik uygulamaların hemşireler tarafından özümsemesi ve devamının sağlanması durumunda ancak hasta güvenliği kültüründe söz edilebilir. Hemşire yöneticilerin hasta güvenliği kültürü ölçüm araçlarını kullanarak personellerin ve kurumun hasta güvenliği kültürüne yönelik değerlendirmesini yapmalı; elde edile veriler doğrultusunda eğitim programları düzenlenmeli ve iyileştirme çalışmalarının yapılmasını sağlayarak personellerin bilgilendirilmesini sağlamalıdır (Karaca & Aslan, 2013).

Hasta güvenliği kavramı hemşirelerin bakım sürecinde dikkat edilmesi gereken bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaların, hasta yakınlarının ve diğer personellerin riskler ve risklerin azaltılması hakkında bilgi verilmesi, istenmeyen olayların raporlandırılması ve hasta güvenliğinin savunulması hemşirenin görevleri arasındadır (Kardaş Özdemir, Akgün Şahin, 2013; Gallagher ve ark., 2006).

Literatürde yönetici davranışlarının, mortalite oranı, güvenlik ortamı ve hasta bakımı kalitesi dahil olmak üzere hasta güvenliği kültürünü ve sonuçlarını etkilediğine dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır (Hughes ve ark. 2019). Hasta güvenliği ve kaliteli bakım, sağlık bakım sistemleri ve süreçlerinin merkezinde yer alır ve doğası gereği hemşirelere bağlıdır. Hasta güvenliği ve kalitesinde hedeflere ulaşmak ve bu sayede ülke genelinde sağlık hizmetlerini iyileştirmek için hemşirelerin liderlik rolünü üstlenmesi gerekmektedir (Hughes, 2008).

Hasta güvenliği hemşireler kadar tüm sağlık çalışanlarının da sorumluluğundadır. Etkili hemşirelik liderliği personelin yüksek kalitede bakım sağlamasına katkıda bulunur. Güvenlik kültürünün oluşturulması hasta bakım sonuçlarının iyileştirilmesi ve hemşire ekibinin güçlendirilmesini sağlar. Hasta ile 7/24 birlikte olan hemşireler hasta sonuçlarını en fazla etkileyen meslek grubudur. Günümüzün sağlık literatüründe güven duyulan liderlik tarzları, dönüştürücü ve etkileşimli liderlerin tarzlarıdır. Bu liderlik tarzına sahip hemşire yöneticiler hasta bakım kalitesinin artırılması için gerekli personel görevlendirmesini yapabilir. Hastalarımızın güvenliği güvenlik kültürüne bağlıdır. Güvenli bir kültür, etkili liderlikle beslenen bir kültürdür ve hemşire liderleri tarafından kullanılan liderlik stilleri, hasta güvenliği sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır (Murray ve ark., 2016).

Hemşirelere ait hasta güvenliğini etkileyen başlıca olumlu faktörlerin; mesleki yeterlilik ve eğitim, ekip çalışması, kurum ile sözleşme yapılması, iş güvenliği iken olumsuz faktörlerin ise; aşırı iş yükü, işten ayrılma oranı ve devir hızında artma olduğu düşünülmektedir. Çalışan güvenliğine odaklanarak hasta güvenliğinin artırılacağı, hemşirelerin kalifikasyonu ve işe göre sınıflandırılmasının, ekibin eğitiminin güvenli bakım uygulanmasında ve risklerin azaltılmasında etkili olduğu bilinmektedir (Oliveira ve ark., 2015).

Hemşirelik hizmetleri yöneticileri; hemşirelik hizmetlerinin sunumu, hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesine yönelik strateji geliştirmelidir. Hemşirelik hizmetlerinin hedefleri; hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik eğitimlerin düzenlenmesi, hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, liderlik yapılması, hasta güvenliğine yönelik bilgilerin paylaşılması, raporlama sistemine yönelik çalışanlara destek verilmesi, diğer birimler ile işbirliği yapılması, birimde hemşirelik bakım sürecinin takip edilmesini içermelidir. Hemşire yöneticilerinin hedeflerini gerçekleştirebilmesi için; hasta güvenliğinin farkında olmaları ve hasta

güvenliğini arttırmalı ve hasta güvenlik kültürünün oluşturulması için personel ile açık ve etkili bir iletişim kurması gerekmektedir (Hakverdioğlu Yönt, 2010). Tıbbi hataların azaltılmasında hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Her ne kadar hasta güvenliği kültürünün sağlanmasında hemşirler önemli rol oynasada, tüm çalışan personellerin sorumluluğundadır (Türe ve ark., 2020).

2.6. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Kavramı

Hemşirelik bakımına yönelik kalite indikatörü olarak kullanılması önerilen kavramlara 2006 yılı itibariyle devam eden süreçten bu yana bir yenisi daha (Kalisch 2006) dahil edilmiştir (Zencir & Eşer, 2015). Kalisch 2006 yılında ilk defa “karşılanamayan hemşirelik bakımı (missed nursing care)” kavramına literatüre kazandırmak amacıyla iki farklı hastanede cerrahi ve dahili servislerde çalışan 107 hemşire 15 lisanslı pratik hemşiresi ve 51 hemşire yardımcısı ile 25 odak grup görüşmesi yapmıştır. Odak grubu üyelerine, düzenli olarak kaçırılan bakım yönleri olup olmadığı sorulduğunda; tamamının hastaların ihtiyaç duyduğu tüm hemşirelik bakımını sağlayamadıklarını belirtmiştir (Kalisch, 2006). Karşılanmayan hemşirelik bakımı (KHB), gerekli bakımın herhangi bir yönünün kısmen veya tamamen ihmal edilmesi veya ertelenmesi anlamına gelmektedir (Kalisch & Williams, 2009). Alanyazın incelendiğinde, KHB “karşılanmayan bakım”, “kaçırılmış bakım”, “eksik bakım”, “geri bırakılmış bakım”, “tamamlanmamış bakım” ve “ertelenmiş bakım” gibi farklı ifadeler ile kendine yer bulmuştur (Baykal & Taşkiran, 2021). Son yıllarda ulusal ve uluslararası alanyazında farklı kavramlar ile ifade edilen KHB aynı zamanda çok boyutlu ve kritik bir tartışma konusudur (Özbasan & Acaroğlu, 2022).

Kalisch tarafından yapılan odak grup görüşmelerinin sonucunda KHB girişimlerini dokuz alanda değerlendirilmiştir. Bunlar; mobilizasyon, pozisyon verme, beslenme, hasta eğitimi, duygusal destek, hijyen, hastaların sıvı alım ve çıkışlarının kaydedilmesi, gözetim olarak belirlenmiştir. KHB nedenleri yedi alanda toplanmış olup; personel yetersizliği, hemşirelik müdahalesi için gerekli zaman kısıtlılığı, mevcut personel kaynaklarının yetersiz kullanımı, "Bu benim işim değil" sendromu, etkisiz görevlendirme, alışkanlık ve inkar olarak değerlendirilmiştir (Kalisch, 2006).

KHB hasta güvenliğini tehdit eden bir ihmal hatası olarak değerlendirilmektedir. Hastanede yatan tüm hastaların büyük bir kısmının bu ihmal hataları nedeniyle hayatlarının tehlikeye atıldığı sonucuna varılmıştır (Kalisch ve ark., 2009b).

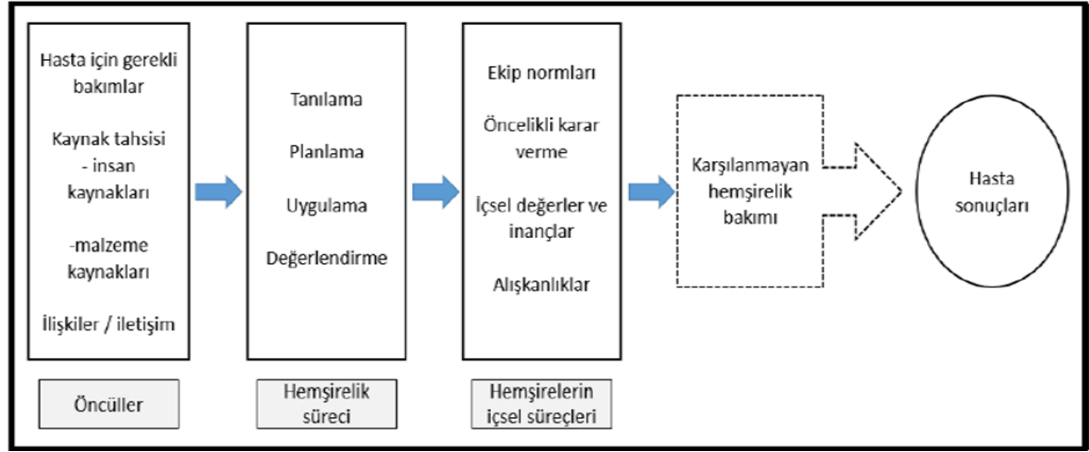
Kalish (2006) farklı ortamlarda hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin bakımın gözden kaçırıldığının tamamen farkında olduklarını ve bunu kolayca tespit edebildikleri saptanmıştır. Ancak sorulmadıkça bunu açıkça kabul etmedikleri veya tartışmadıkları ortaya çıkmıştır. Bunun sebebine bakıldığında ise hemşirelerin durumu düzeltmek için kendilerini suçlu ve yeterince güçlü hissetmemeleri ya da korku duymaları olabileceği tespit edilmiştir (Kalisch, 2006).

Hemşirelik bakım kalitesinin indikatörü olarak kullanılabileceği araştırmalarla gösterilen, KHB (missed nursing çare, Kalisch 2009), bitirilmemiş bakım (unfinished çare, Sochalski 2004), yerine getirilmeyen bakım - plana uygun olarak yerine getirilmeyen bakım (rationed çare, Schubert ve ark. 2008) ve karşılanmamış bakım (unmet, Lucero ve ark. 2009) kavramları birbirine benzer olarak görülmesine karşın bazı farklılıklara sahiptirler. KHB'nin, ihmal durumunu ortaya çıkarma amacı ile kullanılan ve benzer diğer kavramlardan ayırıcı özellikleri şunlardır:

- Mevcut durumu yalnızca nitel araştırmalar yaparak incelemeyiz, durumun hastalar üzerindeki sonuçlarına etkilerine ve nedenlerine yönelik kavramsallaştırma çabası içine girer,
- KHB'de kavram analizi yapılır, test edilir ve açıklayıcılık ortaya çıkarılır,
- Zaman sınırlaması olan dönemde ortaya çıkan ihmal ve ertelemeler yerine, periyodik şekilde yapılan ihmal ve ertelemeleri ele alır,
- Geliştirilen psikometrik ölçek yalnızca ihmal ve ertelemeleri belirlemez ayrıca KHB'na yol açan sebepleri de belirler,
- Cezaya yönelik olmayan bir süveyans programının geliştirilmesine fırsat sağlar (Zencir & Eşer, 2015).

2.7. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Modeli

Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Modeli orta düzeyde açıklayıcı bir teoridir. Teori, hemşirelik sürecinin ne şekilde yürütüldüğüne, hemşirelerin hemşirelik bakımına yönelik neyi gözden kaçırdığına, hangisini tamamlamadığına veya hangisini ertelediğine yönelik hasta sonuçlarını, hemşirelerin bireysel içsel süreçlerini etkileyen dört bileşeni içermektedir. Bu modeldeki kavramların her biri ölçülebilir nitelikte olup; KHB ve hasta sonuçlarına etkisini açıklamaktadır (Kalisch ve ark., 2009a). Kaçırılan Bakım Modeli kapsamında kavramsallaştırılan KHB evrensel bir olgudur ve birçok klinik duruma genellenebilir (Kalisch ve ark., 2009a).

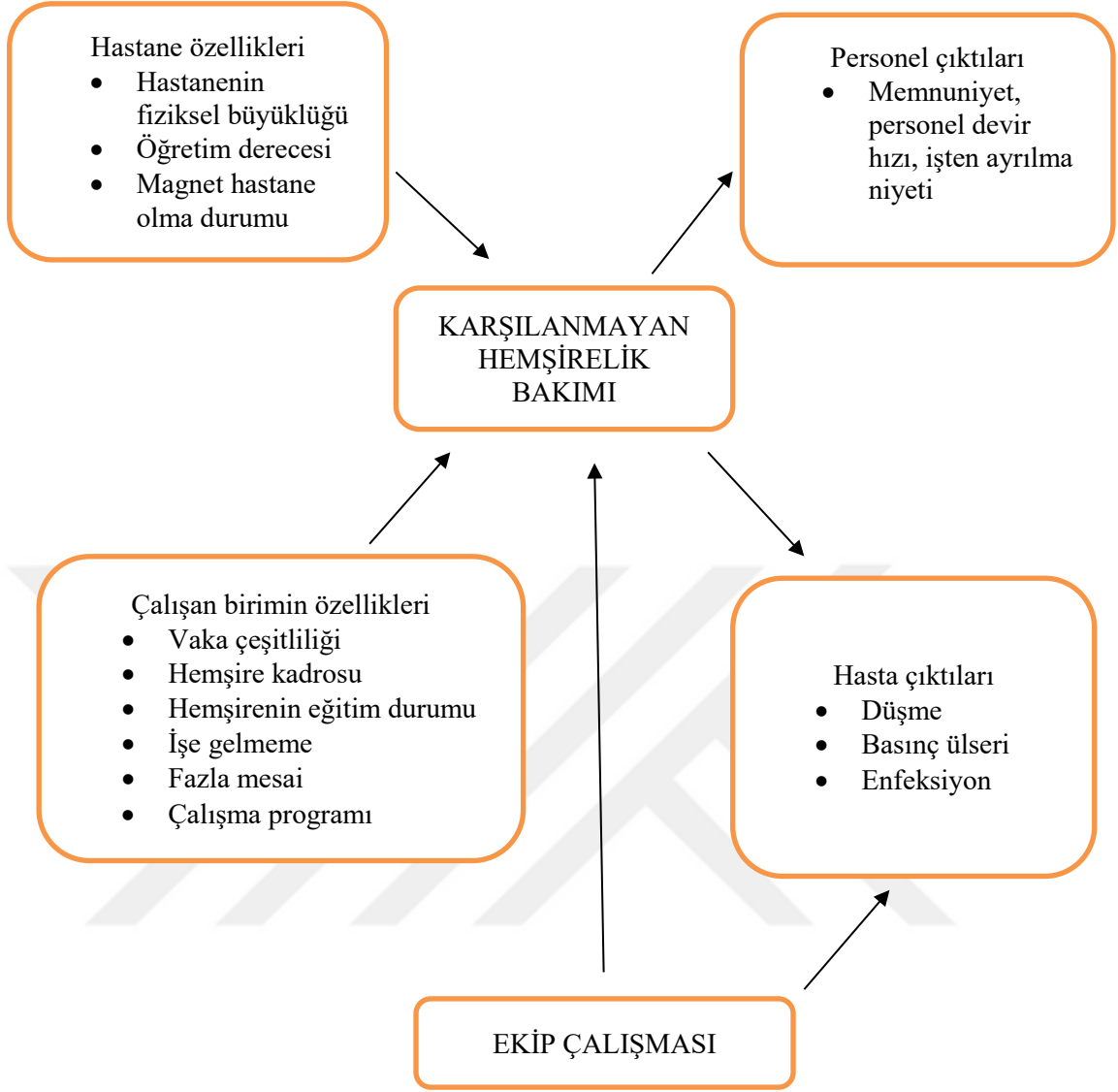


Şekil 2.1: Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Modeli (Kalisch, Landstrom, Hinshaw, 2009).

KHB kavramının ve onun açıklayıcı modelinin uygulanmasına yönelik üç sonuç elde edilmiştir. Birinci sonuç, KHB'nin hasta sonuçlarını olumsuz yönde etkilediğidir. Yapılan çalışmalarda KHB'nin hafife alındığını ve hastalar açısından olumsuz sonuçlarının şu anda anlaşıldığından daha büyük olabileceği ileri sürülmektedir. İkinci sonuç, KHB'nin olumsuz hasta sonuçlarını önlemek için hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi gerektiğidir. Üçüncüsü ise, MISSCARE Araştırmasının geliştirilmesi ve ABD merkezli Ulusal Hemşire Kalite Göstergeleri Veri Tabanı gibi mesleğe yönelik önemli veri tabanlarının oluşturulmasına yönelik çıkarımların elde edilmesidir (Kalisch ve ark., 2009a).

Kalisch ve Xie (2014) hastane özellikleri, çalışılan birimin özellikleri, personel çıktıları ve hasta çıktıları içeren bir Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Modelini oluşturmuştur (Aksoy, 2023).

Hemşirelik bakımının karşılanmaması ciddi düzeyde olup; hastaneler arasında benzer durumlar görülmektedir. KHB nedenleri; personel kaynakları, malzeme kaynakları ve iletişim olduğu görülmekte ve hastaneler arasındada benzerlik olduğu saptanmıştır. Personel sayısı ne kadar yüksek olursa, KHB vakaları da o kadar az olduğu tespit edilmiştir. Mıknatıs hastane olma durumu ve yüksek düzeyde ekip çalışması olan hastanelerde KHB düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. KHB fazla olduğu kurumlarda ise personel memnuniyetinin düşük olduğu tespit edildi. Hastanın hemşirelik bakımının karşılanmaması hasta için olumsuz olaylara (örn. düşmeler, bası ülserleri, yeni enfeksiyonlar vb.) neden olduğu görülmüştür. (Kalisch & Xie, 2014).



Şekil 2.2: Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Modeli (Kalisch & Xie,2014).

2.8. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Etkileyen Etmenler

Dünya çapında KHB yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalardaki farklı sonuçlar sağlık sistemlerindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır (Amrolahi-Mishavan ve ark., 2022). Son zamanlarda yapılmış çalışmalarda karşılanmayan hemşirelik bakımı ile hasta güvenliği, tıbbi hatalar, mortalite oranları, tekrarlayan enfeksiyonlar gibi hasta sonuçları ile iş doyumu, işten ayrılma niyeti gibi hemşire sonuçları arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Taşkiran, 2020). Dünya genelinde farklı kıta ve ülke örneklemeleri üzerinden yapılmış olan çalışmalarda hemşirelerin bakımları genellikle kaçırdığı tespit edilmiştir. Bu durum ise kültürel ve ekonomik

değişkenlerden bağımsız olarak, karşılanmayan hemşirelik bakımının küresel çapta yaygın bir problem olduğunu işaret etmektedir (Taşkıran, 2020).

KHB'yi etkileyen faktörler hastaneler, klinikler, çalışma şekilleri, çalışanın özellikleri, işin özelliği, kurum yapısı ve idari yönetim sistemi şeklinde belirtilebilir (Çimen, 2019).

KHB yönünden ise hastaneler arasında çok fazla farklılıklar saptanmamıştır (Kalisch, Tschannen, Lee, 2011). Mıknatıs hastanede çalışan hemşirelerin; Mıknatıs olmayan hastanelerdeki çalışan hemşirelere göre daha az hemşirelik bakımı kaçırdığı saptanmıştır (Kalisch & Lee, 2012b).

KHB'yi etkileyen etmenlerden bir tanesi de hemşirelerin hasta başında geçirdiği süredir. Hemşirelerin hasta başında geçirdiği süre arttıkça; KHB oranı azaldığı saptanmıştır (Kalisch, Tschannen, Lee, 2011b). Jones ve ark. 2015'de KHB ile ilgili; 42 nicel çalışma, 7 nitel çalışma, 1 karma yöntem ve 4 bilimsel makale inceledikleri çalışma sonucunda yaygın bir tıbbi hata şekli olduğu ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin zaman kısıtlılığı KHB'nin en yaygın nedenidir. İngiltere'deki 46 hastanede 2917 hemşire ile yapılan çalışmada; %86'sının son vardiyalarında bir veya daha fazla bakımın zaman yetersizliği nedeniyle karşılanmadığını belirtmiştir. (Ball ve ark., 2014). ABD'de 371 hastanede 1.583 birimde 31.650 hemşire ile yapılan KHB ile ilgili çalışmada; hemşirelerin yaklaşık %84'ü en az bir hemşirelik bakımını karşılamadığını belirtmiştir. (Park ve ark., 2015). En sık KHB ise; hastaları rahatlatmak veya onlarla konuşmak, hastaları eğitmek ve hemşirelik bakım planlarını geliştirmek/güncellemek olduğu saptanmıştır (Ball ve ark., 2014; Ausserhofer ve ark., 2014; Park ve ark., 2015).

KHB'nin en önemli nedenleri arasında hemşire sayısının yetersiz olması, hasta sayısının beklenmeyen şekilde artması, acil hasta durumları, yoğun yatış ve taburculuk faaliyeti yer almaktadır. 5 yıldan az iş tecrübesine sahip hemşireler, özellikle temel bakım kapsamında hemşirelik bakımını daha fazla karşılamadıkları saptanmıştır (Mainz ve ark., 2020). İtalya'da yapılan araştırmada ortalama yaşı 28 olan genç hemşireler KHB daha fazla olduğu saptanmıştır (Campagna ve ark., 2022)

KHB'yi etkileyen etmenler arasında çalışma biçimine yönelik durumlar, vardiya sistemi, ekip çalışması ve mazeret belirtmeden işe gelmeme gösterilebilir (Zencir & Eşer, 2015). Yapılan çalışmalar, gece vardiyasında KHB'nin daha az olduğunu göstermiş, çalışma saatlerinin uzunluğunun ise KHB'nı arttıran faktörlerden biri olduğunu tespit etmiştir (Kalisch, Tschannen, Lee, 2011; Kalisch ve ark., 2013).

Klinikler açısından KHB değerlendirildiğinde ise; yoğun bakım ünitelerinde KHB oranının daha az olduğu saptanmıştır (Blackman ve ark., 2015).

2.9. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Nedenleri

MISSCARE Survey KHB'nin sebeplerini insan kaynakları, malzeme kaynakları ve iletişim olarak üç başlık altında toplamıştır. Bu üç başlık altındaki değişkenlerin içeriklerinin de oldukça yoğun olduğu gözlemlenmektedir (Zencir & Eşer, 2015). Kalish ve ark. 2009 yılında 3 hastanede 459 hemşire ile gerçekleştirdiği araştırma sonucunda; çalışmaya katılanların %44 'ü tarafından bakımın karşılanmadığı belirtilirken; KHB nedenleri ise en yüksek oranda işgücü kaynakları (%85), ikinci sırada maddi kaynaklar (%56) ve son olarak iletişim (%38) olarak saptanmıştır (Kalisch ve ark., 2009b).

Griffiths ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada KHB ile ilgili yapılmış olan 18 çalışma incelenmiştir. İncelenen bu çalışmalardan iki tanesinin hemşire örnekleme yerine hasta örnekleme üzerinden yapıldığı görülmüştür. Yapılan iki çalışma sonucunda, karşılanmayan hemşirelik bakımı düzeyleri farklı olarak saptanmıştır. Birçok çalışmada destek personel sayısının KHB oranının azalması ile ilgili ilişkisinin olmadığı, hatta KHB artırdığı tespit edilmiştir. Birçok incelenen çalışmalarda hemşire sayısının yetersiz olması, KHB oranının artması ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Kalisch, Tschannen, Lee, 2011a; Griffiths ve ark., 2018).

Kalisch ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı çalışmada; hemşirelerin %56'sı malzeme kaynakları eksikliğinin KHB'ye neden olduğunu belirtmiştir. İhtiyaç halinde ilaçların ve sarf malzemenin bulunamaması veya eksikliği, kullanılması elzem olan tıbbi malzemelerin olmaması veya elverişli şekilde çalışmaması KHB'nin önemli nedenleri arasında gösterilmektedir (Hessels ve ark. 2015).

Hemşirelerin meslektaşları veya diğer ekip üyeleri ile yaşadığı iletişim sorunu KHB'ye neden olan faktörler arasında yer almaktadır (Kalisch & Lee, 2012a). Akut bakım hasta ünitelerinde hemşirelik ekip çalışmasının düzeyinin hemşirelik sürecini etkilediği saptanmıştır. Ekip çalışması daha güçlü olduğunda, daha az hemşire bakımının karşılanmadığı tespit edilmiştir (Kalisch & Lee, 2010). Türkiye ve ABD'de KHB geçerlilik güvenilirlik testi kapsamında hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımı ve nedenleri araştırılmıştır. Türkiye'deki hemşirelerin KHB puan ortalamasının düşük olmasına rağmen ABD puan ortalaması ile benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

Her iki ülkedeki hemşirelerin en fazla hasta mobilizasyonu ve hastaya yemek henüz sıcakken beslenmesini karşılayamadığı saptanmıştır. Her iki ülkede de KHB en yaygın nedeninin işgücü kaynakları, ikinci sırada maddi kaynaklar ve iletişim olduğu saptanmıştır. Türkiye'deki hemşirelerin ABD'li hemşirelere göre daha fazla sorun yaşadığı spesifik bir alan, ekip üyelerinin desteğinin yetersiz olması saptanmıştır (Kalisch ve ark., 2012b)

2.10. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Sonuçları

KHB uluslararası düzeyde akut bakım hastanelerinde önemli bir sorundur. Hemşirelerin önceliklendirme stratejileri, hastaları karşılanmayan eğitimsel, duygusal ve psikolojik ihtiyaçlara karşı savunmasız bırakmaktadır (Jones ve ark., 2015).

Karşılanmayan hemşirelik bakımı hastalar ve kurum ve hemşireler açısından olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (Kalisch, 2006; Zencir & Eşer, 2015). KHB alanları (ambulasyon, pozisyon değişimi, gecikmeli veya kaçırılan beslenme, hasta eğitimi, taburculuk planlaması, duygusal destek, hijyen, giriş ve çıkış dokümantasyonu ve gözetim) kalite ve maliyet açısından hasta sonuçları üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Kalisch, 2006). Örneğin, hastaların yürüyememesi ve hastaları pozisyon vermedeki başarısızlık hastalarda deliryum (Karmel & Iqbal, 2003) pnömoni (Mundy & Leet, 2003), kalış süresinin uzaması ve taburculuğun gecikmesi (Whitne & Parkman, 2004), artan ağrı ve rahatsızlık (Price & Fowlow 1994) ve fiziksel sakatlık ile ilişkisi olduğu saptanmıştır (Yohannes & Connolly, 2003). Yetersiz beslenme, hastanede yatan hastalarda morbidite ve mortalite oranının artması ile ilişkisi olduğu görülmüştür. Hastalara yeterince eğitim verilmemesi ve onları taburculuğa hazırlamadaki başarısızlığın da olumsuz hasta sonuçlarına yol açtığı saptanmıştır (Kalisch, 2006). Yapılan çalışmalarda; KHB aktiviteleri arasında ambulasyon, hasta eğitimi, disiplinler arası toplantı katılımı, ağız bakımı, hastaya aldığı-çıkardığı takibi, hasta-hasta yakını bilgilendirme ve hastaya pozisyon verme yer almaktadır (Sarpong ve ark., 2021; Albsoul ve ark., 2019; İlaslan & Yıldırım Şişman, 2017; Chapman ve ark., 2016; Mainz ve ark. 2020)

Kalánková ve ark.'nın (2020) yaptığı 44 bilimsel çalışmayı incelemesi sonucunda KHB ve hasta sonuçları arasında güçlü negatif yönde ilişki olduğu elde edilmiştir. Elde edilen hasta sonuçları hastalar için hafif (örn. hasta memnuniyeti) ile ciddi (örn. ilaç hataları, hasta ölümü) sonuçlara kadar değişebileceği saptanmıştır.

ABD’de 3135 hemşire ve 939 hemşire asistanı ile yapılan çalışmada; KHB'nin daha az rastlandığı ünitelerde görev alan hemşirelerin mevcut konumlarının daha iyi olduğu ve aynı zamanda bu hemşirelerin iş doyumlarının da daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Kalisch, Tschannen, Lee, 2011c). 12 Avrupa ülkesindeki 488 hastanede 33 659 hemşire ile yapılan çalışmada; coğrafi konumlarına bakılmaksızın, daha iyi çalışma ortamlarına sahip, daha az iş yüküne sahip ve hemşirelik dışı görevleri daha az yerine getirme zorunluluğu olan hastanelerde çalışan hemşireler KHB sıklığının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Ausserhofer ve ark., 2014).

Cho ve ark. (2015) tarafından 2114 hemşire ile yapılan çalışmada; KHB’nin yaygınlığı hemşirelik faaliyetine göre farklılık gösterdiği; yetersiz personel sayısının KHB oranının artmasına neden olduğu saptanmıştır. KHB arttıkça; daha zayıf personel, daha düşük hasta güvenliği, hemşirelik bakımı kalitesi ve iş tatmini ve daha yüksek işten ayrılma niyeti ile ilişkili olduğu elde edilmiştir.

KHB ve hasta sonuçları arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. KHB’nin hasta memnuniyeti ve klinik sonuçları etkilediği saptanmıştır. Hasta memnuniyeti ile KHB arasında olumsuz yönde bir ilişki olduğu elde edilmiştir. KHB’nin etkilediği klinik sonuçlar arasında basınç ülserleri, ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, hasta düşmeleri, kritik olaylar, 30 günlük hastaneye tekrar yatış ve mortalite oranı yer almaktadır. Hastane araştırmalarında olduğu gibi, huzurevlerinde yapılan araştırmalar da; hemşirelik bakımı aktivitelerinin ihmal edilmesinin, yaşlıların idrar yolu enfeksiyonu geçirme olasılığının arttığını ve hemşirelerin belirli görevleri yerine getirme (örn. ilaçları zamanında verme, hastaları yeterince izleme veya gerekli tedavileri yapma ve uygulama) becerilerini etkilediğini tespit edilmiştir (Recio-Saucedo ve ark. 2018).

2.11. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımının Önlenmesi

Hasta güvenliğinin sağlanması için KHB aşılması zorunlu olan bir durumdur. İlk olarak bu durumun açık bir şekilde ifade edilmesi gerekmektedir. Hemşireler genel olarak KHB sorunu ile ilgili açık ve net olmamakta, bu durum ise KHB'nin "gizli bir sır" şeklinde kalmasına neden olmaktadır. Bu duruma çözüm bularak, bir sır olmaktan kurtarmak ve açık bir duruma getirmek önem arz etmektedir. Açık olmanın desteklenmesine yönelik ise ceza vermeye yönelik kültürlerden kaçınmak elzemdir. Cezalandırıcı kültürler, hemşirelerdeki bilginin sır olarak devam etmesine sebep olacak ve konuya yönelik önleyici girişimlerde bulunmanın da önünü kapatacaktır.

Hemşirelerin KHB hakkında bildirim yapmaları için teşvik edici ve cesaretlendirici faaliyetlere ihtiyaç vardır. Açık bir şekilde ifade edildiğinde ve paylaşıldığında KHB'nin tipleri ve boyutu daha detaylı olarak görülebilecektir (Zencir & Eşer, 2015).

KHB hem bakımın kalitesini hem de hastaların güvenliğini olumsuz yönde etkilemesi sebebiyle incelenmesi ve aşılması gereken bir sorun olarak hemşirelik mesleğini etkilemektedir. Bu sorun hastaların ve hemşirelerin sağlığını olumsuz yönde etkilemesinin yanı sıra dolaylı olarak da hastaların hastanede yatış gün sayısının artmasına, ek tedaviler gerektirmesine ve bakım hizmetleri için ayrılan maliyetin ciddi ölçüde artmasına da yol açmaktadır. Bu çerçevede yapılacak ve yapılması tasarlanan araştırmalar için öncelikle kurumsal düzeyde var olan durumun saptanması, hemşirelerin bilgilendirilmesi için belirli aralıklarla eğitimler düzenlenmesi, olumsuz hasta çıktılarının düzenli bir şekilde kaydının sağlanması ve bu konu ile ilgili aylık toplantılar tasarlanması önerilmektedir. Aynı zamanda karşılanamayan hemşirelik bakımının ülke ekonomisine getirmiş olduğu maaliyet ve olumsuz hasta sonuçlarının önlenmesi için bu durumun ülke sağlık politikalarında yer alması önemlidir (Ergezen & Kol, 2021).

KHB'yi azaltmak, hemşirelik bakım kalitesini arttırmak ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için yeterli hemşire kadrosu sağlanmalıdır. Hemşire yöneticilerinin; KHB kapsamına göre iyileştirmelerin yapılması ve önceliklendirilmesi gereken hemşirelik faaliyetlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Hemşire yöneticileri; hemşire kadrosunu artırma fırsatı bulduklarında, hasta sonuçları açısından hayati önem taşıyan en sık KHB'yi (örn. hasta eğitimi) iyileştirmek için hedef belirlemeli ve artan hemşire kadrosunun bu hedefe ulaşp ulaşmadığını değerlendirmelidir (Cho ve ark., 2015). Ekip çalışması arttıkça KHB olaylarında azalma ve memnuniyet oranlarında artış olduğu tespit edilmiştir (Kalisch, Xie, Ronis, 2013). Teknolojinin sağlık hizmetlerinde kullanımı iler birlikte android cihazlarda hemşire bakım uygulamalarına yönelik yazılım programlarını daha sık kullanan hemşirelerin KHB'ye ilişkin bildirimleri azaldığı saptanmıştır. Sağlık teknolojisinin uygulamalarına etkisini olumlu algılayan hemşirelerde KHB'nin azaldığı görülmüştür (Piscotty ve ark., 2015).

2.12. Hasta Güvenliği Kùltùrù ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişki

Karşılanmayan hemşirelik bakımı, hasta güvenliğini tehdit eden bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Karşılanmayan hemşirelik bakımları hasta güvenliği ciddi derecede tehlikeye atmakta ve hemşirelik mesleğinin kalite indikatörleri açısından da olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Hasta sağlığı ve güvenliği açısından yöneticiler tarafından karşılanmayan hemşirelik bakımının nedenlerinin tespit edilip, bunlara yönelik iyileştirilme çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

Yapılan çalışmalarda; bakım kalitesi azalma ve KHB oranının artması, hasta güvenliğini tehlikeye sokmakla birlikte, olumsuz hasta sonuçlarına neden olduğunu göstermektedir (Rahmani ve ark., 2021; Recio-Saucedo ve ark, 2018). Güçlü hasta güvenliği kùltùrù ve KHB'nin daha düşük olduğu birimlerde hasta düşmelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Alanazi ve ark. 2021a). Güçlü güvenlik kùltùrüne ve güvenli davranışına sahip hemşirelik birimlerinde; KHB düzeyinin daha az olduğu ve basınç yaraları insidansının daha düşük olduğu saptanmıştır (Alanazi ve ark., 2021b).

Literatürde hasta güvenliği kùltùrù ile Karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan çalışmalar incelendiğinde; sınırlı sayıda araştırma olduğu görülmüş olup (Rahmani ve ark, 2021, Kim ve ark, 2017, Hessels ve ark, 2017); Türkiye'de buna yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Rahmani ve ark. 2021 yılında İranda yaptığı çalışmada; hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğunu ve karşılanmayan hemşirelik bakımı sıklığının düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumları ile karşılanmayan hemşirelik bakımı sıklığı arasında ters ilişki olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerde hasta güvenliği tutumlarının artmasıyla birlikte hemşirelik bakımının KHB oranı da azalmaktadır. Hemşirelerde hasta güvenliği tutumlarının artırılması ve dolayısıyla KHB'yi azaltmaya yönelik bireysel ve örgütsel önlemlerin alınması hemşirelik kalitesinin artırılması açısından önemlidir.

Kim ve ark. (2017) Kore'de yaptığı çalışmada ise, Karşılanmayan hemşirelik bakımının klinik kariyer, hemşirelerin çalışma ortamı ve hasta güvenliği kùltùrù ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Hemşire yöneticilerin yeteneği ve liderliği; KHB ile ilişkili olduğunu belirlenmiştir. Ayrıca etkili yönetim liderliği, hemşirelerin işe bağlılığını artırarak klinik uygulamalarını ve hasta güvenliği sonuçlarını etkileyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmada; KHB'nin hasta güvenliği

kültürü algısından etkilendiği tespit edilmiştir. KHB birim içinde veya kişiden kişiye göre değişebileceğinden, bir birim içindeki hasta güvenliği kültürünün KHB üzerinde önemli bir etkisi olabileceği saptanmıştır. Bu nedenle olumlu hasta güvenliği kültürünün oluşturulması için KHB'nin azaltılması gerekmektedir.

Hessels ve ark. 2017'de yaptıkları çalışmada ise; hasta güvenliği kültürü derecesi daha yüksek olanlar da daha az karşılanmayan hemşirelik bakımı ile ilişkili olduğu ve karşılanmayan hemşirelik bakımının önemli bir hasta sonucu olan düşmeler olduğu tespit edildi. Hasta güvenliği kültürünün boyutları olan; hasta devir teslimleri, güvenlik algıları, hasta güvenliği için yönetim desteği, personel alımı, ekip çalışması ve organizasyonel öğrenme/sürekli iyileştirme birbirinden bağımız olarak KHB'nin varyansını %9 ila %30'unu açıklamaktadır. KHB'yi azaltmak isteyen kurumların özellikle klinik düzeyde bu alanlarda iyileştirme çalışmalarının yapması gerekmektedir. Ayrıca yapılan çalışmadan KHB'nin; yüksek derecede morbidite, mortalite maliyet ilişkili olan hasta güvenliği göstergelerinden biri olan düşmelerle pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Bu çalışma, hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişki düzeyini saptamak amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı-ilişki arayıcı tasarımda bir araştırma niteliğindedir.

3.2. Araştırmanın Soruları

Araştırma aşağıda yer alan sorulara cevap aramak için yapılmıştır.

1. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü hangi seviyededir?
2. Hemşirelerin tanımlayıcı ve mesleki özelliklerine göre hasta güvenliği kültürü farklılık göstermekte midir?
3. Hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımı hangi seviyededir?
4. Hemşirelerin tanımlayıcı ve mesleki özelliklerine göre karşılanmayan hemşirelik bakımı farklılık göstermekte midir?
5. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ankara ilinde bulunan bir üniversiteye bağlı Joint Commission International (JCI) tarafından akredite edilen toplam 1174 yataklı 3 hastanede cerrahi servis, dahili servis, yoğun bakım ve acil serviste çalışan hemşireler ile yürütülmüştür. Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde yoğun bakımda 3 hastaya 1 hemşire, cerrahi ve dahili servislerde 8 hastaya 1 hemşire bakım vermektedir.

Araştırmanın ön uygulaması Nisan 2023 tarihinde, A Hastanesinden çalışan 5 hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir. 28.04.2023-20.06.2023 tarihleri arasında örneklem grubu üzerinden veriler toplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara ilinde bir üniversite bünyesinde bulunan JCI tarafında akredite edilen üç hastanenin yataklı kliniklerinde çalışan 754 hemşire oluşturmaktadır. Veri toplama sürecinde ücretsiz izin, doğum öncesi/doğum sonrası izin, rapor ve istifa eden 80 hemşire evrene dahil edilmemiştir.

Tablo 3.1. Araştırma Evren ve Örneklem Dağılımı

Hastaneler	Evren (N)	Evren (%)	Ulaşılan Örneklem (n)	Ulaşılan Örneklem (%)
Erişkin Hastanesi	427	56,6	141	57,6
Çocuk Hastanesi	103	13,7	34	13,9
Onkoloji Hastanesi	224	29,7	70	28,5
Toplam	754	100	245	100

Araştırma örneklemini, evreni bilinen örnekleme yöntemi ile $\alpha=0,05$ hata payı dikkate alınarak ve %95 güven aralığında hesaplama yapılarak belirlenmiştir. Yapılan hesaplama sonucunda araştırma örneklemini 245 hemşire olarak saptanmıştır. Araştırmanın evren ve örneklem dağılımı Tablo 3.1’de gösterilmiştir. Araştırmada örneklem seçiminde tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

$$n = (Nxt^2 \times pxq) / (d^2(N - 1) + t^2 \times (pxq))$$

t(1- α): t- tablosundan, belirli güven düzeyinde (genellikle %95) “sonsuz”serbestlik derecesindeki değer (%95 için t-tablo değeri =1.96’dır)

N:Evrendeki birey sayısı

n:Saptanacak optimum örnek büyüklüğü

p:İncelenen olayın görülüş sıklığı

q:(1-p) incelenen olayın görülmeme olasılığı

d:Araştırmada belirlenecek hızın olası standart sapması (0,05)

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme/Edilmeme Kriterleri:

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- Araştırma sırasında hastanede hemşire olarak çalışıyor olmak
- Yoğun bakım, acil ve yataklı servis hemşireliği ve bakımı katılan birim yöneticiliği yapıyor olmak

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- Polikliniklerde, radyasyon birimlerinde, ameliyathane ve özel dal hemşireliğinde görev yapıyor olmak
- Veri toplama sürecinde doğum öncesi izin, doğum sonrası izin, ücretsiz izin, yıllık izin ve raporlu olmak.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri hemşirelerin sosyodemografik özellikleri: cinsiyeti, medeni durumu, yaşı, çalıştığı birim, çalıştığı hastane, eğitim düzeyi, çalıştığı pozisyon, mesleki tecrübesi, kurumda çalışma süresidir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ve alt boyutları olan “Yönetim ve Liderlik” , “Çalışanların Eğitimi”, “Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama”, “Bakım Ortamı” ve “Çalışan Davranışı” ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeğinin alt boyutları olan “Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Gereksinimleri” ve “Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Nedenleri” düzeyleri olarak belirlenmiştir.

3.7. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama araçları olarak “Tanımlayıcı Bilgi Formu” (Ek 1), “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” (Ek 2) ve “Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği” (Ek 3) kullanılmıştır.

3.7.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu:

Bu form araştırmacılar tarafından hemşirelerin tanımlayıcı ve mesleki özelliklerinin belirlenmesi amacıyla oluşturulmuştur. Araştırmacılar tarafından katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma pozisyonu, çalıştığı hastane, çalışma süreleri, şu anki işyerlerinde görev yapma süreleri, kadro durumu, çalışma şekilleri (sürekli gündüz, gece ve gündüz değişen vardiya sistemi, sürekli gece), çalışma pozisyonları (servis, yoğun bakım vb.), haftalık çalışma saatleri, haftalık fazla çalışma saatleri, serviste hemşire başına düşen hasta sayısı, mesai süresince bakım verdiği hasta sayısı, mesleki hayatını boyunca sorumlu olunan bir bakımı tamamlamama veya geciktirme durumu, hasta güvenliği eğitim alma durumu ve tıbbi hata raporlama süreci ile ilgili verilerin elde edilmesini amaçlayan 23 soruluk bir form hazırlanmıştır.

3.7.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ):

Türkmen ve ark. (2011) tarafından geliştirilen Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ), hasta güvenliği kültürü düzeyini saptamak amacıyla kullanılmaktadır. Hemşireler üzerinde geçerlik-güvenirlilik analizleri yapılmıştır. HGKÖ Tablo 3.2.’de olduğu gibi 51 madde 5 alt boyuttan oluşmaktadır.

Tablo 3.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Madde Sayıları, Puanları ve Güvenirlik Katsayıları

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ve Alt Boyutları	Madde Sayıları	Min-Max	Cronbach's Alfa
Hasta güvenliği kültürü ölçeği	51	51-204	0,947
Yönetim ve liderlik	17	17-68	0,871
Çalışan davranışı	14	14-56	0,875
Beklenmedik olay ve hata raporlama	5	5-20	0,640
Çalışanların eğitimi	7	7-28	0,857
Bakım ortamı	8	8-32	0,786

Min:minimum; Max:maksimum

HGKÖ, dörtlü likert tipi bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin maddeleri, “1 Tamamen katılmıyorum”, “2 Katılmıyorum”, “3 Katılıyorum”, “4 Tamamen katılıyorum” şeklinde “1”den “4”e kadar değişen puanların sonuçlarından yola çıkılarak değerlendirilmektedir. Hasta Güvenliği Kültürü ölçek puan durumunun hesaplanmasında alt boyutlardaki maddelerin puanları toplanmaktadır, sonrasında elde edilen toplam sonuç madde sayısına bölünmektedir. Çıkan sonuçta alt boyutlar için 1 ile 4 arasında bir puan elde edilir. Toplam ölçeğin puan durumunun hesaplanmasında ise 5 alt boyutun ortalama puanı toplanmakta ve sonuç 5’e bölünmektedir. Elde edilen puan 1 ile 4 arasında olup ölçek puanını vermektedir. Puan ortalamasına göre ölçek yorumu şu şekilde yapılmaktadır; puan ortalamasının 4’e doğru artması olumlu yönde hasta güvenliği kültürünü, 1’e doğru azalması ise olumsuz hasta güvenliği kültürünü göstermektedir. Ölçeğin toplam Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının 0,97, alt boyutların ise 0,83–0,92 arasında değiştiği bulunmuştur (Türkmen, Altuntaş, Baykal, & Seren, 2011). Bu çalışmada HGKÖ’nün Cronbach Alfa güvenirlik katsayı Tablo 3.2.’de belirtilmiştir.

3.7.3. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği (KHBÖ):

Hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakım hizmetleri ve nedenlerini belirlemek için, Kalisch ve Williams (2009) tarafından geliştirilen Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe çevirisi ve psikometrik analizi Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu (2012) tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkçe

geçerlik-güvenirliğinde “Misscare Survey” olarak belirtilen ölçek, araştırmamızda “Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği” şeklinde kullanılacaktır. Ölçeğin alt boyutları tablo 3.3.’de belirtildiği gibi, Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetleri (KHBÖ-A) ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Nedenleri (KHBÖ-B) şeklinde iki bölümden oluşmaktadır. KHBÖ-A bölümü 21 maddeden, KHBÖ-B bölümü ise 16 maddeden meydana gelmektedir. KHBÖ-A; hemşirelerin vermesi gereken fakat verilemeyen bakım uygulamalarının neler olduğunu belirlemeye yönelik ifadeler içermektedir. KHBÖ-B bölümünde ise karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri ve alt boyutları mevcuttur.

Tablo 3.3. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği Madde Sayıları, Puanları ve Güvenirlik Katsayıları

Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği ve Alt Boyutları	Madde Sayıları	Min-Max	Cronbach's alfa
Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Hizmetleri	21	0-84	0,961
Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Nedenleri	16	16-64	0,908
İnsan kaynakları	4	4-16	0,720
Malzeme kaynakları	3	3-12	0,816
İletişim	9	9-36	0,889

Min: minimum; Max: maksimum

Ölçeğin puan hesaplaması toplam puan üzerinden yapılmamakta olup alt boyut puan ortalamaları üzerinden hesaplanmaktadır. KHBÖ-A bölümü tek boyutta incelenmektedir. Hemşireler karşılanmayan bakım uygulamalarını, hangi sıklıkla sağlayamadığını; “Hiçbir zaman (4 puan)”, “Sıklıkla (3 puan)”, “Bazen (2 puan)” ve “Nadiren (1 puan)” seçeneklerinden işaretleme yaparak ortaya koymaktadır. Ankette yer alan bakım uygulamalarından herhangi biri birimde yapılmasına gerek yoksa ve hiç yapılmıyorsa (örn. Ağız bakımı) “Uygun değil (0 puan)” seçeneğine işaretlenmelidir. KHBÖ-A bölümünde yer alan maddelerin aritmetik ortalaması karşılanmayan hemşirelik bakım hizmetinin puanını ortaya koymaktadır. Ortalama puanın yükselmesi bakımın yüksek oranda karşılanmadığını ifade etmektedir. KHBÖ-B bölümünde alt boyutları mevcuttur. Bu boyutlar; insan kaynakları (1, 2, 3, 4 numaralı maddeler), malzeme kaynakları (7, 10, 11 numaralı maddeler) ve iletişim (5, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16 numaralı maddeler) şeklindedir. Maddeler “Önemli (4 puan)”, “Orta düzeyde

önemli (3 puan)”, “Küçük (2 puan)” ve “Bakımın verilememesi için bir neden değil (1 puan)” olarak değerlendirmeye alınmaktadır. KHBÖ-B bölümündeki bütün seçeneklerin aritmetik ortalaması ise karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenlerine yönelik puanı göstermektedir. Bu alt boyuttan elde edilen toplam puan ortalamasının yüksek olması ne oranda önemli bir neden olduğunu göstermektedir.

KHB’nin Türkçe uyarlama çalışmasında Cronbach alfa değerleri; KHBÖ-A (0,94), KHBÖ-B; İletişim (0,91), Malzeme Kaynakları (0,69), İnsan Kaynakları (0,77) olarak bulunmuştur. Bu çalışmada KHBÖ’nün Cronbach Alfa güvenilirlik katsayı Tablo 3.3.’de belirtilmiştir.

3.8. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri hemşirelerin çalıştıkları birimlerde yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanılmıştır. Verilerin toplanmasına yönelik olarak öncelikle katılımcılar, çalışmanın önemi ve gerekliliği hakkında araştırmacılar tarafından sözlü ve yazılı olarak bilgilendirme onamı verilmiştir. Sözlü ve yazılı onamları alınan hemşireler, anketi cevaplamaları için yönlendirilmiştir. Bu aşamada anketin doldurulma süresi ortalama 20-40 dakika kadar sürmüştür.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizi IBM SPSS Statistics 23 programından yararlanılarak yapılmıştır. Veriler değerlendirilirken sınıflandırılmış değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğu için Kolmogorov-Smirnov testine bakılmış, uygun olmayan parametrelerin ise aritmetik ortalama, mod ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 1 sınırları içinde 0’a yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının kendi standart hatalarına bölünmesi ile hesaplanan çarpıklık ve basıklık indekslerinin $\pm 1,96$ sınırları içinde 0’a yakın olması sebebiyle normal dağılımın uygunluğu kanıt olarak değerlendirilerek parametrik testlerden yararlanılmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2013; McKillup, 2012; Wilcox, 2012b; Howitt ve Cramer, 2011; Lind, vd. 2006). İki grup arasında fark olup olmadığı bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığı ise tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile test edilmiştir. “Tek yönlü varyans

analizi” (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testi yapılmıştır, devamında farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ise “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) yapılmıştır. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Ölçek güvenirliklerinin değerlendirilmesinde cronbach alfa değeri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için ise $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada öncelikle Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik araştırmalar Etik Kurulu onayı (EK-4 Etik Kurul Onayı) ve çalışmanın yürütülmesi amacıyla Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğü’nden (EK-5 Kurum İzni) gerekli izinler alınmıştır. Veri toplama araçlarının kullanım izinleri, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği’ni geliştiren Türkmen’den, Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği’nin izni ise Kalisch (EK-6 Ölçek Kullanım İzni)’den e – posta yoluyla alınmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Hemşirelerin vardiya sistemi ile çalışması sebebiyle örnekleme ulaşmada güçlükler yaşanmış olup; veri toplama sürecinin beklenilenden daha uzun sürmesine neden olmuştur. Bu durum araştırmanın güçlüğü olarak değerlendirilmiştir

Araştırmanın alt ölçeği olan KHBÖ’nün A bölümünün puanlamasında yer alan bakımın hiçbir zaman aksatılmadan verildiğine dair ifade bulunmamasına yönelik geri bildirimler alınmıştır. Ayrıca hemşirelerin her zaman aksatmadan verdiği bakımların belirlenememesi sınırlılık olarak değerlendirilmiştir.

3.12. Araştırma Süreci

Araştırma süreci Tablo 3.4’de belirtilmiştir.

Tablo 3.4. Araştırma Süreci

Aşama	Tarih Aralığı
Literatür taraması ve tez konusunun belirlenmesi	Ekim-Aralık 2021
Özgün ölçeğin sorumlu araştırmacılarından izin alınması	Mart-Nisan 2022
Tez önerisinin verilmesi ve etik kurul onayının alınması	Nisan 2022- Aralık 2022
Kurum izinlerinin alınması	Ocak 2023
Pilot uygulamanın yapılması	Nisan 2023
Verilerin toplanması	Nisan- Haziran 2023
Verilerin analiz edilmesi	şubat-Mart 2024
Tezin raporunun yazılması	Aralık 2023- Mayıs 2024
Tezin enstitüye teslim edilmesi	Haziran 2024
Tezin sunulması	Ekim 2024

4. BULGULAR

Araştırma verilerinin analizinden elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur;

- 1. Hemşirelerin Tanımlayıcı ve Mesleki özelliklerine yönelik bulgular**
- 2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü düzeylerine yönelik bulgular**
- 3. Hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Hizmetleri düzeyi ve Nedenlerine yönelik bulgular**
- 4. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Hizmetleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular**



4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı ve Mesleki Özelliklerine Yönelik Bulgular

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular (n=245)

Tanımlayıcı Özellikler		Ort±SS (Min.-Maks.)	
Yaş		32,89±5,76 (24-52)	
		n	%
Cinsiyet	Kadın	205	83,7
	Erkek	40	16,3
Medeni durumu	Evli	157	64,1
	Bekar	88	35,9
Eğitim durumu	Lisans	209	85,3
	Yüksek Lisans	36	14,7
Çalışma pozisyonu	Dahili servis hemşiresi	71	29,0
	Yoğun bakım hemşiresi	64	26,1
	Cerrahi servis hemşiresi	51	20,8
	Acil hemşiresi	27	11,0
	Yönetici hemşire	32	13,1
	Erişkin Hastanesi	141	57,6
Çalışılan hastane	Onkoloji Hastanesi	34	13,9
	Çocuk Hastanesi	70	28,5
Kadro durumu	Sözleşmeli	15	6,1
	Kadrolu	230	93,9
Çalışma şekli	Vardiya	189	77,1
	Sürekli gündüz	56	22,9

Tablo 4.1.'de araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ait bulgulara yer verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalamasının 32,89±5,76 olduğu ve hemşirelerin %83,7'sinin kadın, %16,3'ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların, %64,1'inin evli, %35,9'unun bekar olduğu; eğitim durumları bakıldığında ise %85,3'ünün lisans mezunu, %14,7'sinin yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür. Çalışanların çalışma pozisyonu incelendiğinde %29'unun dahili servis, %26,1'inin yoğun bakım, %20,8'inin cerrahi servis, %11'inin acil servis, %13,1'inin yönetici hemşire olarak çalıştığı saptanmıştır. Çalışmaya katılanların %57,6'sı Erişkin Hastanesinde, %13,9'u Onkoloji Hastanesinde, %28,5'i Çocuk Hastanesinde çalıştığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların %6,1'inin sözleşmeli, %93,9'unun kadrolu olarak; %77,1'inin vardiyalı, %22,9'unun sürekli gündüz çalıştığı görülmüştür.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Yönelik Bulgular (n=245)

Mesleki Özellikler	Ort±SS (Min.-Maks.)	
Meslekte toplam çalışma süresi (ay)	115,65±69,51 (15-348)	
Bu kurumda toplam çalışma süresi (ay)	106,02±67,47 (10-348)	
Servis de toplam çalışma süresi (ay)	67,34±47,94 (1-216)	
Vardiya saatleri içinde bakım verilen hasta sayısı	8,87±5,30 (0-26)	
Son vardiyada bakım verilen hasta sayısı	7,91±5,22 (0-25)	
Serviste hemşire başına düşen hasta sayısı	7,70±4,36 (1-20)	
Serviste hastaların yatış gün sayısı	20,27±22,20 (1-90)	
Haftalık çalışma saati	47,93±5,09 (32-65)	
Haftalık fazla mesai saati	8,02±5,08 (0-25)	
Tıbbi hata rapor sayısı *	0,95±2,45 (0-15)	
	n	%
8 saatlik çalışma saatinde hastaya ayrılan bakım süresi		
15 dk ve altı	25	10,2
16-30 dk	55	22,4
31-45 dk	64	26,1
46 dk ve üzeri	101	41,3
Serviste yapılan hasta bakımları ve tedavileri kaydedilen yöntem		
Manuel	57	23,3
Elektronik	4	1,6
Her ikiside	184	75,1
Meslek hayatı boyunca sorumlu olunan bir bakımı tamamlamama veya geciktirme		
Evet	164	66,9
Hayır	81	33,1
Çalışılan birimde hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünme		
Evet	11	4,5
Hayır	220	89,8
Kararsızım	14	5,7
Hasta güvenliği eğitimi alma		
Evet	227	92,7
Hayır	18	7,3
Tıbbi hata rapor oluşturma		
Evet	63	25,7
Hayır	182	74,3

*Tıbbi hata raporu oluşturan 63 hemşire üzerinden hesaplanmıştır

Tablo 4.2.'de araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki özelliklerine ait bulgulara yer verilmiştir. Çalışma sürelerine bakıldığında meslekte toplam çalışma süresi 115,65±69,51 ay, hastanedeki çalışma süresi 106,2±67,47 ay, çalıştığı birimdeki çalışma süresi 67,34±47,94 ay olarak bulunmuştur. Bakım verilen hasta sayısı ile ilgili

bulgulara bakıldığında; vardiya saatleri içerisinde bakım verilen hasta sayısının $8,87 \pm 5,30$, son vardiyada bakım verilen hasta sayısının $7,91 \pm 5,22$, serviste hemşire başına düşen hasta sayısının $7,70 \pm 4,36$ olduğu saptanmıştır. Serviste hastaların yatış gün sayısı $20,27 \pm 22,20$ gün olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılanların haftalık çalışma saati $47,93 \pm 5,09$, haftalık fazla mesai $8,02 \pm 5,08$ saat olarak bulunmuştur. Tıbbi hata rapor sayısının $0,95 \pm 2,45$ olduğu saptanmıştır. 8 saatlik çalışma saatinde hastaya ayrılan bakım süresi incelendiğinde; %10,2'sinin 15 dk ve altı, %22,4'ünün 16-30 dk, %26,1'inin 31-45 dk, %41,3'ünün 46 dk ve üzeri zaman ayırdığı saptanmıştır. Meslek hayatı boyunca sorumlu olunan bir bakımı tamamlamama veya geciktirme durumu incelendiğinde; çalışmaya katılanların %66,9'unun tamamlayamadığı veya geciktirdiği bir bakım olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılanların %89,8'inin çalıştığı birimde hemşire sayısının yetersiz olduğu düşünüldüğü saptanmıştır. Çalışmaya katılanların %92,7'sinin hasta güvenliği eğitimi aldığı; %74,3'ünün tıbbi hata rapor etme süreci yaşadığı saptanmıştır.

4.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Düzeyine Yönelik Bulgular

Tablo 4.3. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalaması Dağılımı (n=245)

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ve Alt Boyutları	ort	ss	min	maks
Hasta güvenliği kültürü ölçeği	2,95	0,41	1,41	3,88
Yönetim ve liderlik	2,95	0,39	1,43	4,00
Çalışan davranışı	2,87	0,41	1,80	4,00
Beklenmedik olay ve hata raporlama	3,08	0,45	1,14	4,00
Çalışanların eğitimi	2,97	0,41	1,25	4,00
Bakım ortamı	2,96	0,35	1,89	3,92

Araştırmada hemşirelerin HGKÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması $2,95 \pm 0,41$ iken; yönetim ve liderlik alt boyut toplam puan ortalaması $2,95 \pm 0,39$, çalışan davranışı alt boyut toplam puan ortalaması $2,87 \pm 0,41$, beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyut toplam puan ortalaması $3,08 \pm 0,45$, çalışan eğitimi alt boyut toplam puan ortalaması $2,97 \pm 0,41$, bakım ortamı alt boyut toplam puan ortalaması $2,96 \pm 0,35$ olarak hesaplanmıştır (tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=245)

Değişkenler	Yönetim ve liderlik	Çalışan davranışı	Beklenmedik olay ve hata raporlama	Çalışanların eğitimi	Bakım ortamı	Hasta güvenliği kültürü ölçeği
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet						
Kadın	2,97±0,41	2,97±0,39	2,87±0,41	3,09±0,45	2,98±0,42	2,97±0,35
Erkek	2,90±0,42	2,86±0,33	2,87±0,42	3,01±0,47	2,94±0,38	2,92±0,35
t/p	0,886/0,376	1,740/0,083	0,044/0,965	0,927/0,355	0,491/0,624	0,976/0,330
Medeni durumu						
Evli	2,94±0,42	2,95±0,42	2,88±0,41	3,11±0,45	2,97±0,43	2,97±0,36
Bekar	2,98±0,40	2,96±0,32	2,87±0,42	3,01±0,44	2,96±0,39	2,96±0,33
t/p	-0,748/0,455	-0,140/0,889	0,127/0,899	1,702/0,090	0,179/0,858	0,311/0,756
Eğitim durumu						
Lisans	2,95±0,44	2,94±0,40	2,86±0,42	3,07±0,47	2,97±0,43	2,96±0,37
Yüksek	2,99±0,25	3,01±0,28	2,93±0,40	3,11±0,33	2,94±0,27	3,00±0,25
Lisans						
t/p	-0,762/0,448	-1,005/0,316	-0,867/0,387	-0,527/0,598	0,634/0,528	-0,564/0,573
Çalışma pozisyonu						
Dahili servis hemşiresi	3,01±0,40	3,00±0,41	2,93±0,41	3,19±0,45 ^a	3,06±0,44	3,04±0,36
Yoğun bakım hemşiresi	2,89±0,34	2,90±0,30	2,76±0,36	2,94±0,32 ^b	2,87±0,32	2,87±0,26
Cerrahi servis hemşiresi	2,95±0,40	2,96±0,40	2,92±0,40	3,09±0,49	3,00±0,43	2,98±0,36
Acil hemşiresi	2,91±0,55	2,90±0,44	2,82±0,52	3,00±0,57	2,94±0,43	2,91±0,42
Yönetici hemşire	3,01±0,48	2,98±0,43	2,96±0,40	3,12±0,46	2,96±0,44	3,01±0,39
F/p	0,929/0,448	0,802/0,525	2,197/0,070	2,197/0,019^{a>b}	1,864/0,117	2,290/0,060
Çalışılan hastane						
Erişkin hastanesi	2,97±0,41	2,95±0,39	2,87±0,42	3,10±0,44	2,99±0,39	2,97±0,35
Onkoloji hastanesi	3,04±0,42	3,01±0,35	2,94±0,41	3,15±0,41	3,08±0,39 ^a	3,04±0,33
Çocuk hastanesi	2,89±0,43	2,94±0,39	2,86±0,41	2,99±0,49	2,88±0,44 ^b	2,91±0,36
F/p	1,547/0,215	0,457/0,634	0,461/0,631	1,946/0,145	3,147/0,045^{a>b}	1,732/0,179
Kadro durumu						
Sözleşmeli	2,89±0,44	2,94±0,35	2,79±0,38	2,93±0,39	2,85±0,37	2,88±0,33
Kadrolu	2,96±0,41	2,95±0,39	2,88±0,42	3,08±0,45	2,98±0,42	2,97±0,35
t/p	-0,619/0,537	-0,094/0,925	-0,832/0,406	-1,271/0,205	-1,195/0,233	-0,981/0,328
Çalışma şekli						
Vardiya	2,94±0,4	2,94±0,37	2,85±0,42	3,07±0,42	2,98±0,39	2,96±0,34
Sürekli gündüz	3,00±0,45	3,00±0,43	2,95±0,40	3,09±0,54	2,94±0,47	2,99±0,40
t/p	-0,879/0,380	-0,942/0,347	-1,526/0,128	-0,264/0,792	0,569/0,570	-0,712/0,477

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi*: p<0,05

Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre HGKÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farklılıklar incelendiğinde; medeni durum, kadro, eğitim, çalışma durumu ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır. (p>0,05), (Tablo 4.4).

Çalışmada hemşirelerin çalışma pozisyonlarına göre HGKÖ çalışanların eğitimi alt boyutu puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,019; p<0,05). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan karşılaştırmalarda; dahili serviste çalışan hemşirelerin çalışanların eğitimi alt boyut puan ortalaması yoğun bakımda çalışan hemşirelerine göre daha yüksektir (Tablo 4.4).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre HGKÖ bakım ortamı alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,045$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan karşılaştırmalarda; Onkoloji hastanesinde çalışan hemşirelerin bakım ortamı alt boyut puan ortalaması Çocuk hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=245)

Değişkenler	Yönetim ve liderlik	Çalışan davranışı	Beklenmedik olay ve hata raporlama	Çalışanların eğitimi	Bakım ortamı	Hasta güvenliği kültürü ölçeği
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
8 saatlik çalışma saatinde hastaya ayrılan bakım süresi						
15 dk ve altı	2,80±0,59	2,86±0,49b	2,88±0,60	3,15±0,57	2,92±0,44	2,92±0,46
16-30 dk	2,96±0,43	2,90±0,39b	2,91±0,42	3,06±0,41	2,96±0,37	2,96±0,33
31-45 dk	3,03±0,34	3,06±0,36a	2,88±0,34	3,11±0,43	3,04±0,40	3,02±0,31
45 dk ve üzeri	2,94±0,39	2,93±0,36	2,84±0,40	3,04±0,45	2,95±0,44	2,94±0,35
F/p	1,876/0,134	2,706/0,046^{a>b}	0,349/0,790	0,502/0,681	0,789/0,501	0,873/0,456
Serviste yapılan hasta bakımları ve tedavileri kaydedilen yöntem						
Manuel/Elektronik	2,91±0,36	2,95±0,35	2,81±0,39	3,04±0,47	2,96±0,42	2,93±0,32
Her ikisi de	2,97±0,43	2,95±0,40	2,89±0,42	3,09±0,45	2,97±0,41	2,98±0,36
t/p	-0,908/0,365	-0,170/0,865	-1,445/0,150	-0,661/0,509	-0,233/0,816	-0,813/0,417
Meslek hayatı boyunca sorumlu olunan bir bakımı tamamlamama veya geciktirme						
Evet	2,92±0,43	2,91±0,39	2,81±0,39	3,03±0,45	2,91±0,43	2,92±0,36
Hayır	3,03±0,36	3,04±0,36	3,00±0,43	3,17±0,44	3,09±0,36	3,06±0,32
t/p	-1,919/0,056	-2,443/0,015^{a<b}	-3,397/0,001^{a<b}	-2,445/0,015^{a<b}	-3,140/0,002^{a<b}	-3,179/0,002^{a<b}
Çalışılan birimde hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünme						
Evet	3,16±0,37	3,25±0,43a	3,18±0,35a	3,27±0,51	3,23±0,44	3,22±0,36a
Hayır	2,95±0,42	2,93±0,38b	2,85±0,41b	3,06±0,45	2,96±0,41	2,95±0,35b
Kararsızım	2,95±0,31	3,04±0,39	2,94±0,36	3,10±0,43	2,98±0,43	3,00±0,34
F/p	1,365/0,257	3,889/0,022^{a>b}	3,616/0,028^{a>b}	1,152/0,318	2,417/0,091	3,191/0,043^{a>b}
Hasta güvenliği eğitimi alma						
Evet	2,96±0,42	2,96±0,39	2,88±0,41	3,09±0,45	2,97±0,42	2,97±0,35
Hayır	2,83±0,32	2,85±0,27	2,82±0,44	2,87±0,39	2,91±0,33	2,86±0,28
t/p	1,289/0,199	1,124/0,262	0,537/0,592	2,068/0,040^{a>b}	0,669/0,504	1,375/0,170
Tıbbi hata rapor oluşturma						
Evet	2,92±0,45	2,93±0,43	2,83±0,47	3,05±0,52	2,90±0,47	2,92±0,39
Hayır	2,97±0,40	2,96±0,37	2,89±0,39	3,09±0,43	2,99±0,39	2,98±0,34
t/p	-0,697/0,486	-0,457/0,648	-1,054/0,293	-0,612/0,541	-1,649/0,101	-1,055/0,293

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi *: $p<0,05$

Çalışmada hemşirelerin serviste yapılan hasta bakımları ve tedavilerinde kaydedilen yöntem ve tıbbi hata rapor oluşturma durumlarına göre HGKÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin 8 saatlik vardiyada hastaya ayrılan bakım sürelerine göre HGKÖ çalışan davranışı alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak fark olduğu saptanmıştır ($p=0,046$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan karşılaştırmalarda; hastaya ayrılan bakım süresi 31-45 dakika olanların çalışan davranışı alt boyut puan ortalaması 16-30 dk ve 15 dakikadan az olanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.5).

Çalışmada hemşirelerin meslek hayatı boyunca sorumlu olunan bir bakımı tamamlamama veya geciktirme durumlarına göre HGKÖ, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı alt boyutları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$; $p=0,015$; $p=0,001$; $p=0,015$; $p=0,002$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan karşılaştırmalarda; hemşirelerin mesleki hayatı boyunca sorumlu olunan bir bakımı her zaman tamamlayan/geçiktirmeyenlerin HGKÖ, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı alt boyut puan ortalamaları tamamlayamayan/geciktirenler göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

Çalışmada çalışılan birimde hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünme durumlarına göre HGKÖ, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptanmıştır ($p=0,022$; $p=0,028$; $p=0,043$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan karşılaştırmalarda; hemşirelerden çalışılan birimde hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünenlerin HGKÖ, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyut puan ortalamaları düşünmeyenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

Hemşirelerin hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına göre HGKÖ çalışanların eğitimi alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,040$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan karşılaştırmalarda; hemşirelerde hasta güvenliği eğitimi alanların çalışanların eğitimi alt boyut puan ortalaması almayanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

4.3. Hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Hizmetleri ve Nedenlerine Yönelik Bulgular

Tablo 4.6. Hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puan Ortalaması Dağılımı (n=245)

Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği Alt Boyutları	ort	ss	min	maks
Karşılanmayan hemşirelik bakım hizmetleri	1,27	0,68	0	3,80
Karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri	3,41	0,52	1,25	4
İnsan kaynakları	3,74	0,42	1,5	4
Malzeme kaynakları	3,57	0,62	1,33	4
İletişim	3,20	0,67	1,1	4

Hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri toplam puan ortalaması $1,27 \pm 0,68$, karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri toplam puan ortalaması $3,41 \pm 0,52$ 'dir. KHB-B; insan kaynakları alt boyut puan ortalaması $3,74 \pm 0,42$, malzeme kaynakları alt boyut puan ortalaması $3,57 \pm 0,62$ ve iletişim alt boyutu puan ortalaması $3,20 \pm 0,67$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Hizmetlerinin İncelenmesi (n=245)

İfadeler	Hiçbir zaman verilmiyor		Sıklıkla verilmiyor		Bazen verilmiyor		Nadiren verilmiyor		Uygun değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma	4	1,6	27	11,0	55	22,4	118	48,2	41	16,7
2. Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi	9	3,7	22	9,0	55	22,4	115	46,9	44	18,0
3. Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi	15	6,1	23	9,4	69	28,2	95	38,8	43	17,6
4. Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi	7	2,9	20	8,2	53	21,6	121	49,4	44	18,0
5. İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi	9	3,7	14	5,7	38	15,5	159	64,9	25	10,2
6. Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi	9	3,7	13	5,3	16	6,5	167	68,2	40	16,3
7. Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi	8	3,3	12	4,9	22	9,0	165	67,3	38	15,5
8. Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi	6	2,4	13	5,3	19	7,8	173	70,6	34	13,9
9. Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi	4	1,6	20	8,2	52	21,2	142	58,0	27	11,0
10. Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi	11	4,5	47	19,2	63	25,7	108	44,1	16	6,5
11. Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi	8	3,3	30	12,2	52	21,2	131	53,5	24	9,8

İfadeler	Hiçbir zaman verilmiyor		Sıklıkla verilmiyor		Bazen verilmiyor		Nadiren verilmiyor		Uygun değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
12. Hastaya ağız bakımı verilmesi	10	4,1	20	8,2	43	17,6	149	60,8	23	9,4
13. Ellerin yıkanması	9	3,7	15	6,1	29	11,8	161	65,7	31	12,7
14. Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme	8	3,3	22	9,0	38	15,5	146	59,6	31	12,7
15. İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması	9	3,7	15	6,1	23	9,4	157	64,1	41	16,7
16. Her şifte hastanın değerlendirilmesi	13	5,3	9	3,7	17	6,9	170	69,4	36	14,7
17. Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi	8	3,3	16	6,5	20	8,2	170	69,4	31	12,7
18. Çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi	11	4,5	14	5,7	21	8,6	143	58,4	56	22,9
19. Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması	10	4,1	14	5,7	20	8,2	164	66,9	37	15,1
20. Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi	8	3,3	15	6,1	26	10,6	165	67,3	31	12,7
21. Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi	10	4,1	18	7,3	46	18,8	140	57,1	31	12,7

Hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri incelendiğinde;

Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma %1,6 düzeyinde, her iki saatte bir hastanın çevrilmesi %3,7 düzeyinde, hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi %6,1 düzeyinde, kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi %2,9 düzeyinde, ilaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi %3,7 düzeyinde, hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi %3,7 düzeyinde, hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi %3,3 düzeyinde, gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi %2,4 düzeyinde, hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi %1,6 düzeyinde, hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi %4,5 düzeyinde, hastaya banyo yaptırılması/cilt bakımı verilmesi %3,3 düzeyinde, hastaya ağız bakımı verilmesi %4,1 düzeyinde, ellerin yıkanması %3,7 düzeyinde, taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme %3,3 düzeyinde, isteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması %3,7 düzeyinde, her şifte hastanın değerlendirilmesi %5,3 düzeyinde, hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi %3,3 düzeyinde, çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi %5,7 düzeyinde, acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması %4,1 düzeyinde, verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi %3,3

düzeyinde, hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi %4,1 düzeyinde hiçbir zaman verilmediği belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Nedenlerinin İncelenmesi (n=245)

İfadeler	Önemli bir neden		Orta düzeyde bir neden		Küçük bir neden		Bakımın verilememesi için bir neden değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Çalışan personel sayısının yetersizliği	227	92,7	13	5,3	4	1,6	1	0,4
2. Acil hasta durumu (örn. Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler)	185	75,5	40	16,3	11	4,5	9	3,7
3. Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışılan birimde yoğunluk	185	75,5	48	19,6	11	4,5	1	0,4
4. Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. Hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.)	191	78,0	48	19,6	3	1,2	3	1,2
5. Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması	126	51,4	71	29,0	41	16,7	7	2,9
6. Hasta dağılımındaki dengesizlik	102	41,6	72	29,4	54	22,0	17	6,9
7. Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması	159	64,9	51	20,8	28	11,4	7	2,9
8. Önceki şiften veya gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi	127	51,8	70	28,6	34	13,9	14	5,7
9. Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn. Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi)	117	47,8	78	31,8	41	16,7	9	3,7
10. Gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması	174	71,0	51	20,8	16	6,5	4	1,6
11. Gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması	179	73,1	41	16,7	24	9,8	1	0,4
12. Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması	120	49,0	82	33,5	33	13,5	10	4,1
13. Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik	129	52,7	78	31,8	28	11,4	10	4,1
14. Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu	109	44,5	73	29,8	39	15,9	24	9,8
15. Doktorlarla/Tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu	123	50,2	67	27,3	36	14,7	19	7,8
16. Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılabilmesi	131	53,5	45	18,4	39	15,9	30	12,2

Bakımın verilememesi için önemli bir neden ifadelerine yönelik karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri incelendiğinde;

İş gücü kaynakları içerisinde; çalışan personel sayısının yetersizliği %92,7, acil hasta durumu %75,5 düzeyinde , hasta sayısındaki beklenmedik bir artış ya/ya da çalışılan birimde yoğunluk %75,5 düzeyinde, yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği %78,0 düzeyinde önemli bir neden olarak gösterdikleri saptanmıştır. **Malzeme kaynakları içerisinde;** gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması %64,9 düzeyinde, gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması %71,0 düzeyinde,

gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması %73,1 düzeyinde önemli bir neden olarak gösterdikleri saptanmıştır. **İletişim /takım çalışması kaynakları içerisinde;** serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması %51,4 düzeyinde, hasta dağılımındaki dengesizlik %41,6 düzeyinde, önceki siften ya da gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi %51,8 düzeyinde, diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması %47,8 düzeyinde, ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması %49,0 düzeyinde, diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu ya da gerginlik %52,7 düzeyinde, hemşireler arasından oluşan gerginlik ya da iletişim kopukluğu %44,5 düzeyinde, doktorlarla/tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu %50,7 düzeyinde, hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılamaması %53,5 düzeyinde önemli bir neden olarak gösterdikleri saptanmıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=245)

Değişkenler	Karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri	Karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri	İnsan kaynakları	Malzeme kaynakları	İletişim
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet					
Kadın	1,25±0,70	3,43±0,52	3,76±0,41	3,58±0,60	3,23±0,67
Erkek	1,39±0,62	3,33±0,57	3,67±0,48	3,51±0,72	3,11±0,71
t/p	-1,189/0,236	1,105/0,270	1,269/0,206	0,703/0,483	0,968/0,334
Medeni durumu					
Evli	1,26±0,59	3,40±0,51	3,75±0,41	3,56±0,62	3,19±0,66
Bekar	1,30±0,83	3,43±0,55	3,74±0,45	3,59±0,62	3,24±0,69
t/p	-0,403/0,687	-0,500/0,617	0,044/0,965	-0,439/0,661	-0,574/0,567
Eğitim durumu					
Lisans	1,28±0,71	3,40±0,53	3,76±0,40	3,55±0,65	3,19±0,68
Yüksek Lisans	1,22±0,54	3,48±0,49	3,67±0,53	3,70±0,40	3,33±0,61
t/p	0,551/0,582	-0,908/0,365	1,002/0,322	-1,915/0,060	-1,179/0,240
Çalışma pozisyonu					
Dahili servis hemşiresi	1,22±0,62 ^b	3,43±0,54	3,74±0,45	3,62±0,61	3,24±0,67
Yoğun bakım hemşiresi	1,27±0,75 ^b	3,46±0,42	3,81±0,30	3,61±0,50	3,26±0,56
Cerrahi servis hemşiresi	1,22±0,65 ^b	3,43±0,59	3,73±0,51	3,59±0,71	3,24±0,73
Acil hemşiresi	1,80±0,82 ^a	3,24±0,63	3,69±0,43	3,32±0,77	3,00±0,80
Yönetici hemşire	1,04±0,37 ^b	3,38±0,50	3,71±0,39	3,56±0,56	3,18±0,68
F/p	5,514/0,000^{a>b}	0,952/0,435	0,534/0,711	1,293/0,273	0,767/0,547
Çalışılan hastane					
Erişkin Hastanesi	1,28±0,68	3,39±0,57	3,74±0,43	3,52±0,66	3,18±0,74
Onkoloji Hastanesi	1,09±0,49	3,52±0,44	3,79±0,44	3,72±0,47	3,33±0,57
Çocuk Hastanesi	1,35±0,76	3,41±0,48	3,73±0,40	3,60±0,59	3,20±0,58
F/p	1,736/0,178	0,864/0,423	0,219/0,804	1,375/0,255	0,707/0,494
Kadro durumu					
Sözleşmeli	1,61±0,85	3,20±0,52	3,63±0,40	3,42±0,67	2,94±0,65
Kadrolu	1,25±0,67	3,42±0,53	3,75±0,42	3,58±0,62	3,23±0,67
t/p	1,950/0,052	-1,572/0,117	-1,069/0,286	-0,962/0,337	-1,593/0,113

Değişkenler	Karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri	Karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri	İnsan kaynakları	Malzeme kaynakları	İletişim
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çalışma şekli					
Vardiya	1,33±0,73	3,40±0,53	3,76±0,41	3,55±0,63	3,20±0,68
Sürekli gündüz	1,07±0,47	3,43±0,51	3,71±0,45	3,63±0,60	3,24±0,66
t/p	3,144/0,002^{a>b}	-0,324/0,746	0,730/0,466	-0,817/0,414	-0,403/0,687

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi*: $p < 0,05$

Çalışmada hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışılan hastane, kadro durumlarına göre KHBÖ karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri alt boyutu toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.9).

Hemşirelerin çalışma pozisyonu ve çalışma şekillerine göre KHBÖ karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptanmıştır ($p = 0,000$; $p = 0,002$; $p < 0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan karşılaştırmalarda, acil serviste çalışan hemşirelerin diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre puanları daha yüksek düzeyde iken, sürekli gündüz çalışan hemşirelerin vardiyalı çalışanlara daha düşük düzeyde puanlara sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9).

Çalışmada hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ile KHBÖ karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri alt boyutu toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=245)

Değişkenler	Karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri	Karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri	İnsan kaynakları	Malzeme kaynakları	İletişim
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
8 saatlik çalışma saatinde hastaya ayrılan bakım süresi					
15 dk ve altı	1,53±0,96a	3,56±0,33	3,77±0,27	3,64±0,45	3,43±0,48
16-30 dk	1,44±0,77a	3,46±0,53	3,75±0,44	3,62±0,62	3,27±0,66
31-45 dk	1,15±0,49b	3,37±0,56	3,73±0,48	3,60±0,62	3,13±0,71
46 dk ve üzeri	1,20±0,64	3,38±0,54	3,75±0,41	3,51±0,66	3,17±0,69
F/p	3,375/0,0019^{a>b}	1,045/0,373	0,076/0,973	0,624/0,600	1,479/0,221
Serviste yapılan hasta bakımları ve tedavileri kaydedilen yöntem					
Manuel/ Elektroonik	1,29±0,72	3,44±0,49	3,79±0,33	3,54±0,61	3,24±0,64
Her ikisi de	1,27±0,67	3,40±0,54	3,73±0,45	3,58±0,63	3,20±0,69
t/p	0,217/0,828	0,423/0,673	0,877/0,382	-0,442/0,659	0,480/0,632
Meslek hayatı boyunca sorumlu olunan bir bakımı tamamlamama veya geciktirme					
Evet	1,18±0,53	3,42±0,50	3,78±0,38	3,58±0,59	3,20±0,65
Hayır	1,47±0,89	3,40±0,58	3,68±0,49	3,55±0,68	3,22±0,71
t/p	-2,750/0,007^{a<b}	0,246/0,806	1,542/0,125	0,354/0,724	-0,229/0,819

Değişkenler	Karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri	Karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri	İnsan kaynakları	Malzeme kaynakları	İletişim
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çalışılan birimde hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünme					
Evet	1,35±0,92	3,29±0,43	3,61±0,44	3,48±0,56	3,08±0,58
Hayır	1,28±0,68	3,42±0,53	3,76±0,42	3,58±0,62	3,21±0,68
Kararsızım	1,15±0,66	3,39±0,62	3,66±0,49	3,50±0,69	3,23±0,72
F/p	0,301/0,740	0,323/0,724	0,919/0,400	0,221/0,802	0,209/0,812
Hasta güvenliği eğitimi alma					
Evet	1,24±0,66	3,39±0,53	3,74±0,43	3,56±0,63	3,18±0,68
Hayır	1,68±0,88	3,63±0,39	3,76±0,34	3,74±0,41	3,53±0,45
t/p	-2,063/0,053	-1,831/0,068	-0,188/0,851	-1,752/0,092	-3,010/0,006^{a<b}
Tıbbi hata rapor etme süreci oluşturma					
Evet	1,25±0,55	3,42±0,48	3,68±0,49	3,61±0,52	3,23±0,62
Hayır	1,28±0,73	3,41±0,54	3,77±0,39	3,56±0,65	3,20±0,69
t/p	-0,364/0,716	0,087/0,931	-1,249/0,215	0,628/0,531	0,312/0,755

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi: $p < 0,05$*

Çalışmada hemşirelerin 8 saatlik çalışma saatinde hastaya ayrılan bakım süreleri ve meslek hayatı boyunca sorumlu olunan bir bakımı tamamlamama veya geciktirme durumlarına göre KHBÖ karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptanmıştır ($p=0,0019$; $p=0,007$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan karşılaştırmalarda; hemşirelerin hastaya ayrılan bakım süresi 31-45 dakika olanların 16-30 dakika ve 15 dakikadan az olanlara göre puanlarının düşük düzeyde olduğu ve meslek hayatı boyunca sorumlu olunan bir bakımı tamamlamayan/geciktirenlerin tamamlayan/geciktirmeyenlere göre daha düşük düzeyde olduğu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10).

Çalışmada hemşirelerin serviste yapılan hasta bakımları ve tedavileri kaydedilen yöntemler, çalışılan birimde hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünme durumu ve tıbbi hata rapor oluşturma ile KHBÖ karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Hasta güvenliği eğitimi alma ile KHBÖ karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri iletişim alt boyutu puan ortalamalarında istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır ($p=0,006$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan karşılaştırmalarda; hemşirelerde hasta güvenliği eğitimi alanların almayanlara puanlarının göre daha düşük düzeyde olduğu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10).

4.4. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Hizmetleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 4.11. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesine (n:245)

Değişkenler		Yönetim ve liderlik	Çalışan davranışı	Beklenmedik olay ve hata raporlama	Çalışanların eğitimi	Bakım ortamı	Hasta güvenliği kültürü ölçeği
Karşılanmayan hemşirelik bakım hizmetleri	r	-0,115	-0,081	-0,048	-0,080	-0,050	-0,089
	p	0,071	0,204	0,455	0,210	0,432	0,163
Karşılanmayan hemşirelik bakım nedenleri	r	0,033	-0,002	-0,065	-0,020	-0,019	-0,018
	p	0,604	0,979	0,311	0,755	0,773	0,784
İnsan kaynakları	r	-0,031	-0,015	-0,080	-0,023	-0,014	-0,039
	p	0,626	0,814	0,214	0,717	0,823	0,541
Malzeme kaynakları	r	0,139	0,087	-0,052	0,018	0,006	0,045
	p	0,030*	0,177	0,419	0,783	0,931	0,483
İletişim	r	0,012	-0,025	-0,052	-0,027	-0,024	-0,027
	p	0,847	0,700	0,415	0,676	0,714	0,670

r: Pearson korelasyon katsayısı, *: $p < 0,05$

Çalışmada HGKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile KHBÖ karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.11).

Çalışmada HGKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile KHBÖ karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.11).

Çalışmada HGKÖ yönetim ve liderlik alt boyut puan ortalaması ile KHBÖ karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri malzeme kaynakları alt boyutu puan ortalamaları arasında ise çok zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = 0,139$; $p < 0,05$) (Tablo 4.11).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Bu bölümde 245 hemşireden elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular ilgili literatür çerçevesinde aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

1. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne yönelik bulguların tartışılması
2. Hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri ve nedenlerine yönelik bulguların tartışılması
3. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılması

5.1. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği puan ortalaması $2,95 \pm 0,41$ olarak elde edilmiştir. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü düzeylerinin olumlu yönde ortalamanın üzerinde olduğu söylenebilir. IOM (Ulusal Tıp Enstitüsü) yayınladığı iki raporda hasta güvenliği ve kalitenin sağlık hizmetleri sunumunda önemli rol oynadığını ifade etmiştir. IOM 21. yüzyılda sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi için güvenli bir sağlık sunumunun önemini belirtmiştir (Akalin, 2004). İlgili literatürdeki araştırma bulguları incelendiğinde benzer sonuçlar ile karşılaşmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda hasta güvenliği kültürü ölçeği toplam puan ortalaması; $2,91 \pm 0,51$ (Yozgat, 2022), $2,69 \pm 0,22$ (Özkan ve ark., 2021), $3,48 \pm 0,46$ (Karaca ve ark., 2019), $3,23 \pm 0,37$ (Koç ve ark., 2019), 3,04 ile 3,08 (Demirsoy & Türe Yılmaz, 2017), $2,88 \pm 0,54$ (Ertürk ve ark., 2016), $2,56 \pm 0,52$ (Aydemir; 2015), $2,64 \pm 0,43$ (Rızalar ve ark., 2013) olarak bulunmuştur. Shashamo ve ark. (2022)'nin Güney Etiyopya'da yaptığı çalışmada, hemşirelerin %56'sının iyi düzeyde hasta güvenliği kültürüne sahip olduğu elde edilmiştir. Jaber ve ark. (2021)'nin Ürdün'de yaptığı çalışmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü düzeylerinin orta derecede olduğu saptanmıştır. Poudel ve ark. (2019) tarafından Kathmandu'da yapılan araştırmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularımızdan farklı olarak Thomas-Hawkins & Flynn (2015)'in Amerika'da yaptığı çalışmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada

hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının yüksek düzeyde olduğu (Yılmaz & Duygulu, 2014), Çin’de yapılan çalışmada ise hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının düşük düzeyde olduğu bulunmuştur (Wang ve ark., 2014). Amarneh & Nobani tarafından 2019 yılında Ürdünde yapılan çalışmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının hekimlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Öztürk ve ark. (2019)’nın yaptığı çalışmada ise hekimlerin hasta güvenliği algılarının hemşirelere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Alan yazında hemşirelerin hasta güvenliği kültürü düzeylerinin orta-iyi derecede olduğu saptanmıştır. Uluslararası ve ulusal literatürde hasta güvenliği kültürü ile ilgili çok fazla araştırma ile karşılaşmıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda ise hasta güvenliği kültürü ortalamasının üzerinde olan kurumlarda hasta bakım sonuçlarının olumlu yönde olduğu görülmüştür. Hasta güvenliği kültürü gelişen kurumlarda çalışan hemşirelerin; iş doyumunun yüksek olduğu, mesleki donanımlarının yüksek oranda olduğu, tükenmişlik düzeylerinin düşük olduğu ve stres ile baş edebilme becerilerinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Kurumlarda hasta güvenliğine yönelik uygulamaların hemşireler tarafından benimsenmesi ve devamlılığının sağlanması hasta güvenliği kültürünün gelişmesine önemli derecede katkı sağlayacaktır. Yönetici hemşirelerin; hemşirelerde hasta güvenliği kültürü düzeylerinin belirlenmesi, elde edilen bulgular doğrultusunda eğitimler düzenleyerek iyileştirme çalışmalarının yapılması ve hemşirelerde farkındalık sağlanıp bilinçlendirilmesi önemlidir. Çalışmamızda hemşirelerin hasta güvenliği kültürü düzeylerinin ortalamasının üzerinde olmasının nedeni, temelinde hasta güvenliği hedefleri olan JCI tarafından akretide bir kurumda yapılmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutları arasında en yüksek alt boyut puan ortalaması beklenmedik olay ve hata raporlama ($3,08 \pm 0,45$) iken, en düşük alt boyut puan ortalaması çalışan davranışı ($2,87 \pm 0,41$) olarak hesaplanmıştır. Çalışmamız ile ilgili literatür incelediğinde benzer sonuçlar elde edilmiştir. Karaca ve ark. (2019) yaptığı çalışmada en yüksek alt boyut puan ortalaması beklenmedik olay ve hata raporlama ($3,55 \pm 0,48$), en düşük alt boyut puan ortalaması çalışan davranışı ($3,41 \pm 0,53$) olarak elde edilmiştir. Demirsoy & Türe Yılmaz 2017 yılında yaptığı araştırmada ölçek alt boyutlarında en yüksek puan ortalaması beklenmedik olay ve hata raporlama ($3,08 \pm 0,473$), en düşük puan ortalaması ise çalışanların eğitimi ($3,04 \pm 0,523$) alt boyutundan alınmıştır. Türk ve ark. (2017)’nin yaptığı çalışmada ise, en yüksek alt boyut puan ortalaması beklenmedik olay ve hata

raporlama ($2,4\pm 735$) iken, en düşük alt boyut puan ortalaması ise yönetim ve liderlik ($2,28\pm 618$) olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızdan elde edilen sonuçlardan farklı olarak; Karaca ve Arslan (2013)'nin iki farklı özel hastanede 151 katılımcı ile gerçekleştirdikleri araştırmada; en yüksek alt boyut puan ortalaması çalışan eğitimi ($3,04\pm 0,60$), en düşük alt boyut puan ortalaması ise beklenmedik olay ve hata raporlama ($2,94\pm 0,58$) olarak elde edilmiştir. Güneş (2023) tarafından yapılan çalışmada alt boyutlar arasında en yüksek alt boyut puan ortalaması yönetim ve liderlik ($2,87\pm 0,53$), en düşük alt boyut puan ortalaması çalışanların eğitimi ($2,54\pm 0,72$) olarak hesaplanmıştır. Bizim çalışmamıza benzer örneklem grubu ile yapılan çalışmada; en yüksek alt boyut puan ortalaması çalışanların eğitimi ($3,35\pm 0,44$), en düşük alt boyut puan ortalaması ise beklenmedik olay ve hata raporlama ($3,13\pm 0,51$) şeklinde saptanmıştır (Koç ve ark., 2019). Son yıllarda sağlık hizmeti sunumunda tıbbi hatalar kapsamındaki hasta güvenliği konularına daha fazla önem verilmektedir. Bu nedenle tıbbi hatalar sağlık sisteminde doğrudan kalite göstergesi olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Tıbbi hataların hastaya zarar vermeden saptanması ve nedenlerinin belirlenip çözümlenmesi hasta güvenliği kültürünün sağlanmasında oldukça önemlidir. Tıbbi hataların önlenmesi ve azaltılması amacıyla tıbbi hata raporlarının analiz edilmesi gerekmektedir (Ülkü & Türk, 2017; Kardaş Özdemir & Akgün Şahin, 2015) DSÖ hasta bakım kayıtlarının çok yetersiz olduğunu, aynı hataların tekrarlandığını ve hastaların zarar görme oranlarının yüksek olduğunu belirtmiştir (WHO, 2014). Araştırmada örneklem grubumuzda hasta güvenliği kültürüne yönelik beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyut puan ortalaması en yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu sonuç hemşirelerin olay ve hata raporlama konusuna önem verdiklerini, gerekli hassasiyete sahip olduklarını ve kurumda hasta güvenliği kültürünün yerleştiğini göstermektedir. Tıbbi hataların güvenlik raporlama sistemleri kullanılarak hızlı bir şekilde tespit edilmesi, daha sonra meydana gelebilecek zararların ve hastanede benzer olayların tekrar yaşanmasının önüne geçmektedir. Çalışmada hemşirelerde en düşük alt boyut puan ortalaması çalışan davranışı olarak saptanmıştır. Kurumlarda hasta güvenliğine yönelik olumlu veya olumsuz davranışlar, hasta güvenliği kültürünün oluşturulup oluşturmayacağını ya da ne düzeyde oluşturulacağını belirlemektedir. Kurum içinde çalışan personellerin sürekli iletişim içinde olması, uyumlu çalışması ve tıbbi hataları bildirme konusunda birbirlerini yönlendirmesi vazgeçilmez bir unsurdur.

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ile tanımlayıcı ve mesleki özellikleri arasındaki farklılıklar incelendiğinde; eğitim durumu, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve kadro durumlarının etkilemediği saptanmıştır. Literatür incelendiğinde bizim çalışmamıza benzer olarak; hemşirelerin medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu, kadro özelliği ve çalışma birimi gibi tanımlayıcı ve mesleki özellikleri ile hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutları toplam puan ortalamalarında farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Çifçi, 2018; Arslan ve ark., 2018; Demirsoy & Türe Yılmaz, 2017; Aydemir, 2015; Karaca & Arslan, 2013). Ertürk ve ark (2014)'nın beş farklı hastanede yaptığı çalışmada hemşirelerde yaş ile birlikte yönetim ve liderlik alt boyut toplam puan ortalamasının arttığı saptanmıştır. Zabin ve ark. (2021)'nin Filistin'de yaptığı çalışmada hemşirelerde yaşla birlikte hasta güvenliği kültürü düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Hemşirelerin medeni durumları ve hasta güvenliği kültürü ölçeği puan ortalamaları bakıldığında; medeni hali evli olan hemşirelerin yönetim ve liderlik alt boyutu puan ortalaması ve bakım ortamı alt boyutu puan ortalaması bekar olan hemşirelere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Ertürk ve ark., 2014). Karaca ve ark. (2019)'nın yaptığı çalışmada bekar hemşirelerin evli hemşirelere göre; yönetim ve liderlik, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı alt boyut toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan diğer bir çalışma ise erkek hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyut toplam puan ortalamalarının kadın hemşirelere oranla daha yüksek bulunmuştur (Yozgat, 2022). Alan yazında yapılan çalışmalarda hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile tanımlayıcı ve mesleki özelliklere ilişkin bulgular farklılık göstermektedir. Bu farklılığın hemşirelerin kişisel özellikleri, deneyimleri, kültürel yapısı ve örgüt kültürü yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda dahili servis hemşirelerinin çalışanların eğitimi alt boyut puan ortalamasının yoğun bakımda çalışanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Demirsoy & Türe Yılmaz (2017)'in yaptığı çalışma sonucunda hemşirelerin çalıştıkları klinikler ile hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır. Yapılan bir çalışmada; cerrahi birimlerde görev alan hemşirelerin, yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, çalışan eğitimi ve bakım ortamı tpuan ortalamaları yüksek bulunurken, diğer birimlerde (kan alma, poliklinik, endoskopi v.b.) çalışan hemşirelerin beklenmedik olay ve hata raporlama toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur (Ertürk ve ark., 2014). Rızalar ve ark. (2013)'nin yaptığı çalışmada; hemşirelerin çalıştıkları yerlere göre hasta güvenliği kültürü ölçeği toplam

puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Farklılıklar incelediğinde ise yoğun bakımda çalışan hemşirelerin bakım ortamı alt boyut puan ortalamasının diğer birimlere göre daha yüksek olduğu, cerrahi birimde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerine oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İlgili literatürden elde edilen bulgular sonucunda hemşirelerin çalıştıkları birim ile hasta güvenliği kültürü düzeyleri arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu durumun çalışılan birimin özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda elde edilen sonucun hastanelerde hasta güvenliğine yönelik ele alınan konuların (düşme, ekstremitasyon, yanlış doz ilaç uygulaması vb.) çoğunlukla dahili servislerde karşı karşıya kalınması nedeniyle çalışan hemşirelerin farkındalıklarının yüksek olması şeklinde açıklanabilir.

Çalışmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları ile serviste yapılan hasta bakımları ve tedavileri kaydedildiği yöntem ve tıbbi hata raporu oluşturma durumları arasında fark bulunmadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamıza benzer olarak Aydemir (2015) tarafından yapılan çalışmada hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyut puanları ile kurumda hasta güvenliği raporlaması yapma arasında farklılık saptanmamıştır. Bizim araştırmamızdan farklı olarak Yozgat (2022)'in yaptığı çalışmada hasta güvenliğine yönelik tıbbi hata raporu oluşturan hemşirelerin çalışanların eğitimi alt boyut puanı oluşturmayanlara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Er ve Altuntaş (2014)'in yaptığı çalışmada hemşirelerin %22,1'nin daha önce tıbbi hata yaptığı, tıbbi hata yapan hemşirelerin %55,6'sının bildirim yaptığı tespit edilmiştir. Ülkü ve Türk (2017)'ün yaptığı çalışmada hemşirelerin %66,1'inin tıbbi hataları rapor ettikleri saptanmıştır. Khajoei ve ark. (2023)'nin yaptığı çalışmada elektronik raporlama sistemlerinin hemşirelerde tıbbi hata raporlama oranını %12,8 oranında arttığı saptanmıştır. Mauti & Githae (2019)'in Uganda'da yaptığı çalışmada hemşirelerin %64,6'sının tıbbi hataların nasıl raporlanacağını bilmedikleri belirtilmiştir. İlgili araştırmalar incelendiğinde hemşirelerin tıbbi hata oranlarının azımsanmayacak derecede yüksek olduğu ve bildirimlerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Tıbbi hataların ortaya çıkarmayı sağlayan alt yapının oluşturulması, karşılaşılan tıbbi hataların raporlanması ve önlenmesi hasta güvenliği kültürünün sağlanmasında oldukça önemli bir unsurdur.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin bakım ortamı alt boyut toplam puan ortalaması ile çalışılan hastaneler arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptanmıştır. Onkoloji hastanesinde çalışan hemşirelerin bakım ortamı alt boyut puan ortalamasının Çocuk hastanesinde görev yapan hemşirelere göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Ertürk ve ark. (2014)'nın beş farklı hastanede gerçekleştirdiği araştırmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve alt boyut puan ortalamalarında farklılıklar olduğu saptanmıştır. Yolcu ve ark. (2015)'nin yılında sekiz hastanede yaptığı çalışmada; hastaneler arasında hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyut puan ortalamalarının birbirlerinden farklı olduğu bulunmuştur. Kurumlarda hasta güvenliği kültürünü etkileyen pek çok faktör bulunmakta olup, hastanelerde çalışma ortamının hasta güvenliği kültürünün oluşumunda etkisi oldukça önemlidir. Hasta güvenliği kültürü düzeyleri yüksek olan hastanelerde; kurumda iyileşmeye ve yeniliklere önem veren yönetim tutumunun olması, kaynakların yeterli ve verimli kullanılması, hasta güvenliğine yönelik eğitimlerin verilmesi, çalışan personeller arasında iletişimin iyi olması ve iyi bir ekip çalışmasının olması gerekmektedir. Bizim çalışmamızda aynı üniversite bünyesinde bulunan iki hastane arasında bakım alt boyutu puanının birbirinden farklı olmasının nedeni hemşirelik hizmetlerinin yönetsel farklılıklardan ve bakım verilen hasta özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin çalışan davranışı alt boyut toplam puan ortalamaları ile 8 saatlik vardiyada hastaya ayrılan bakım süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu belirlenmiştir. Hastaya ayrılan bakım süresi 31-45 dakika olanlarda çalışan davranışı alt boyut toplam puan ortalaması 16-30 dk ve 15 dakikadan az olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde elde edilen sonucumuzu destekleyecek bir çalışmaya ulaşamamıştır. Çalışmamızda hemşirelerin %41,2'sinin 8 saatlik vardiyada hastaya 60 dakika ve üzeri zaman harcadıkları; Despins ve ark. (2019)'nın yaptığı çalışmada ise yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta başında ortalama 78 dakika harcadıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin hasta başında geçirdiği süre arttıkça; karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri oranı azaldığı saptanmıştır (Kalisch, Tschannen, Lee, 2011b). Karşılanmayan hemşirelik bakımı hasta güvenliğini ve bakım kalitesini etkileyen önemli bir faktördür (Ergezen & Kol, 2021). Çalışan davranışı; kalite kriterleri ve kurumun hedeflerine hakim olma, kurallara uyma, ekip ile uyumlu çalışma, yardımlaşma, hasta güvenliğine yönelik tavsiyelerde bulunma, hatalara yönelik hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, hataların tekrarlanmaması için çalışmalara katılma gibi konuları kapsamaktadır

(Türkmen ve ark., 2011). Bu kapsamda elde edilen bulgunun hemşirelerde; bakım hizmetlerinin sunumunda hasta güvenliği kültürü arttıkça, karşılanmayan hemşirelik bakımı oranının azalmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği ve çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyut puan ortalamalarının mesleki hayatı boyunca sorumlu olunan bir bakımı her zaman tamamlayan/geciktirmeyenlerde, tamamlayamayan/geciktirenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. İlgili literatürde elde edilen sonucumuzu destekleyecek bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hemşirelerin temel görevlerinin en önemlisi bakım verici rolüdür. Hemşirelerde çalıştıkları vardiya süresinde hasta bakımlarını tam olarak tamamlayanlarda hasta güvenliği kültürü düzeyinin yüksek olması beklenen bir durumdur.

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği ve çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyut puan ortalamaları çalışılan birimde hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünenlerde, düşünmeyenlere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Alan yazında elde edilen bulgumuzu destekleyecek bir çalışmaya ulaşamamıştır. Aiken ve ark. (2012)'nin yaptığı çalışmada; hemşire sayısının artırılması, birimlerde hemşire-hasta oranının sağlanması ve uygun hemşire planlamasının yapılması, ekip içinde pozitif iletişimin sağlanması ve çalışma ortamının hata yapmayı engelleyecek şekilde düzenlenmesi hasta sonuçları ve hasta güvenliği üzerinde olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %89,8'i çalıştıkları birimde hemşire sayısının yetersiz olduğunu düşünmektedir. Hemşirelerde personel yetersizliği iş yükünü arttırmakta ve hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması da fiziksel yorgunluğa yol açmaktadır. Bu durum; hemşirelerde etkili bir hasta bakımının sağlanmasının önüne geçmekte olup, hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında önemli bir engel olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışanların eğitimi alt boyut puan ortalamasının hasta güvenliği eğitimi alanlarda, eğitim almayanlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatüre bakıldığında bizim çalışmamız ile benzer sonuçlar elde edilen çalışmalar bulunmaktadır. Hasta güvenliği eğitimi alan hemşirelerin çalışanların eğitimi alt boyut puan ortalaması daha yüksek olduğu elde edilmiştir (Güneş, 2023; Wake ve ark., 2021; Ertürk ve ark., 2014; Rızalar ve ark., 2013). Farklı bir çalışmada ise; hasta güvenliğine yönelik eğitim alma durumlarına göre hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı

saptanmıştır (Arslan ve ark., 2018). Hasta güvenliği kültürünün benimsenmesi, oluşması ve geliştirilmesini sağlayacak donanımın ancak alınan eğitimler ile sağlanması mümkündür. Araştırmamızda hemşirelerin yüksek oranda hasta güvenliği eğitimi aldıkları saptanmıştır. Eğitimler esnasında hasta güvenliği uygulamalarına yönelik farkındalık sağlanması hasta güvenliği kültürünün oluşmasına ve bakımın kalitesinin artmasına destek sağlamıştır. Bu nedenle hasta güvenliğini etkileyen en önemli faktörlerden birisinin hasta güvenliği eğitimi alma olduğu düşünülmektedir.

5.2. Hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Hizmetleri ve Nedenlerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri, hasta güvenliğini ve bakımın kalitesini etkileyen bir unsur olması nedeniyle hemşirelerin üzerinde durduğu küresel bir problemdir. Araştırmamızda karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri alt boyut puan ortalaması 1.27 ± 0.68 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri düzeyinin düşük olduğu söylenebilir. Alan yazın incelendiğinde çalışmamızı destekler nitelikte sonuçlar ile karşılaşmıştır. Kalisch, Terzioğlu ve ark. (2012)'nin yaptığı Türkçe psikometrik özellikler ve bulgular çalışmasında, karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri alt boyut puan ortalaması ülkemiz için 1.40 ± 0.41 , Amerika için 1.77 ± 0.39 olarak bulunmuştur. Keleş (2023) tarafından yapılan çalışmada karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri alt boyut puan ortalaması 1.14 ± 0.58 olarak hesaplanmıştır. Kalisch, Tschannen ve ark. (2011)'nin yaptığı çalışmada ise karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri puan ortalaması 1.56 ± 0.4 olarak saptanmıştır. Sönmez ve ark. (2019)'nin yaptığı çalışmada, hastalardan alınan veriler doğrultusunda karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerinin düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Tubbs-Coley ve ark. (2018)'nin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yaptığı çalışmada hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerinin düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Kiekkas ve ark. (2020)'nin Yunanistan'da yaptığı çalışmada hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri oranının düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızdan elde edilen bulgumuzdan farklı olarak; Uyardağ (2022)'in yaptığı çalışmada karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri puan ortalaması 2.54 ± 0.84 olarak saptanmış olup hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri oranı ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Adalı (2023)'nin 268 hemşire örnekleme ile yaptığı araştırmada ise karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri puan ortalaması 3.57 ± 0.54 olup,

hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri oranının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Taşkiran Eskici (2020)'nin yaptığı çalışmada hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerinin ortalamanın üzerinde olduğu ve sıklıkla bakımı karşılamadıkları saptanmıştır. Hessels ve ark. (2019)'nın 311 hemşire ile yaptığı çalışmada karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerinin yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Jones ve ark. (2019) ve Tou ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışmalarda karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerinin ortalamanın üzerinde olduğu belirtilmiştir. Ulusal ve uluslararası araştırmalarda hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri düzeylerinde farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri düzeyleri ülkelere göre değişebilmekte olup; bu durumun ülkelerin ve kurumların hasta bakım politikalarındaki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin belirttikleri yanıtlara göre hiçbir zaman, sıklıkla ve bazen verilmeyen karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri sırasıyla; hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi (%49,4), hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi (%43,7), hastanın banyo yaptırılması/ deri bakımının verilemesi (%36,7) olarak saptanmıştır. Aksine en az karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri; her şifftte hastanın değerlendirilmesi (%15,9), gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi (%15,5), hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi (15,5) olarak bulunmuştur. Alan yazında bizim çalışmamızla benzer bulgular ile karşılaşmıştır. Kalisch, Terzioğlu ve ark. (2012)'nin Türkiye psikometrik çalışmalar ve bulgular araştırmasında, en çok karşılanamayan hemşirelik bakımı hizmeti hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi (%42,4) olarak bulunmuştur. Yapılan bir diğer çalışmada ise hemşirelerin en sık karşılamadığı hemşirelik bakımı hizmetleri; hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi (%76), hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi (%75), en az karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri ise; hastanın değerlendirmesi (%12), ellerin yıkanması (%10) olarak saptanmıştır (Mainz ve ark., 2020). Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak; yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde; kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesini (%60,3) ve hastanın yemeği henüz sıcakken beslenmesini (%59,0) en sık karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri olarak belirtmektedir (Kartal ve ark., 2021). İtalyada yapılan bir çalışmada; hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma (%91,4), her iki saatte bir hastanın çevrilmesi (%74,2) ve ilaçların belirlenen saatten 30 dakika önce

veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi (%64,6) en çok karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri olarak saptanmıştır (Palese ve ark., 2012). Eskin Bacaksız ve ark. (2019)'nın yaptığı çalışmada ise en çok karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma (%33,8), acil ilaçların 15 dakika içinde karşılanması (%33,4) ve hastaya yemek henüz sıcakken verilmesi (%33,4), en az karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri ise her şifftte hastanın değerlendirmesi (%19,0) ve ellerin yıkanması (%19,3) olarak saptanmıştır. ABD'de 10 hastanede yapılan araştırmadan en sık karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri; hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma (%32,7), bakım toplantılarına katılım (%31,8), hastaya ağız bakımı verilmesi (25,5), en sık karşılanan hemşirelik bakımı hizmetleri ise; her şifftte hastanın değerlendirilmesi (%2,3) , isteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması (%2,4), olarak belirlenmiştir (Kalisch, Tschannen ve ark. 2011). Karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerinin literatürde pek çok araştırma sonucuyla benzerlik gösterdiği saptanmıştır (İlaslan & Şişman, 2017; Dursun Ergezen ve ark., 2019; Hessels ve ark., 2019; Aksoy 2023). Karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerindeki benzerlik ve farklılıkların; çalışmaların yapıldığı örneklem grupları, birimlerin özellikleri, kurumsal farklılıklar, hemşire başına düşen hasta sayısı gibi hizmet sunumunu etkileyen faktörler olduğu söylenebilir. Araştırmamızda en fazla karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetini hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi olarak elde edilmesinin nedeni ise hemşirelerin birçoğunun hasta ve hasta yakınlarının duygusal destek ihtiyaçlarının farkında olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerinin belirlenmesi; hasta güvenliğinin sağlanması ve kaliteli hasta bakım sonuçlarını sağlanmasında oldukça önemli bir yere sahiptir.

Araştırmamızda hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri puan ortalaması $3,41 \pm 0,41$ olarak elde edilmiştir. Hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımının nedenleri alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; iş gücü kaynakları ($3,74 \pm 0,42$), malzeme kaynakları ($3,57 \pm 0,62$), iletişim ($3,20 \pm 0,67$) olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri incelendiğinde; en fazla iş gücü ve malzeme kaynakları olarak belirlenmiştir. Kalisch, Terzioğlu ve ark. (2012)'nin yaptığı Türkçe psikometrik özellikler ve bulgular çalışmasında, karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri alt boyut puan ortalaması Ülkemiz için $3,14 \pm 0,71$, Amerika için $2,66 \pm 0,99$ olarak bulunmuştur. Keleş (2023) ve

Aksoy (2023) tarafından yapılan çalışmalarda ise en fazla karşılanmayan hemşirelik bakımı nedeni alt boyutu olarak iletişim kaynakları olarak belirtilmiştir. Hernández-Corral 2019 yılında Meksika da yaptığı araştırmada en fazla karşılanmayan hemşirelik bakımı nedeni alt boyutu maddi kaynaklar olarak belirtilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri arasında en önemli olarak belirtilen; çalışan personel yetersizliği (%92,7), yardımcı ve teknik personel yetersizliği (%78,0), acil hasta durumu (%75,5) ve hasta sayısındaki beklenmedik artış/ yada çalışılan birimde yoğunluk (%75,5), en az ise diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakım/hizmeti sağlamaması (%47,8), hemşireler arasında oluşan gerginlik ve iletişim kopukluğu (%44,5), hasta dağılımındaki dengesizliktir (%41,6). Elde edilen bulgular literatürde yer alan bir çok çalışma ile benzerlik göstermektedir (Heng ve ark., 2019; Kim ve ark., 2018; İlaslan & Şişman, 2017; Kalisch, Terzioğlu ve ark. 2012; Kalisch ve ark., 2011; Kalisch ve ark., 2009b; Ball ve ark., 2010). Ülkemizde karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri incelendiğinde; Turgut ve ark. (2023)'nın çalışmasında %88,4, Kartal ve ark., (2022)'nin çalışmasında %84,6, Özdelikara ve Yaman (2021)'in çalışmasında %84, İlaslan ve Şişman (2019) 'ın çalışmasında %83 oranında personel sayısının yetersizliği en önemli neden olarak gösterilmiştir. Imam ve ark. (2021)'nin sistematik inceleme çalışmasında en fazla karşılanmayan hemşirelik bakımı nedeni personel yetersizliği olarak saptanmıştır. Literatür araştırma bulguları karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri arasında en yüksek düzeyde işgücü kaynaklarının yetersizliğine vurgu yapmıştır. Hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımının düşük düzeyde olması ve kaliteli bir bakımın sağlanabilmesi için birimlerde verilen hizmeti karşılayabilecek sayıda hemşire ve destek personel insan gücünün planlanması gerekmektedir.

Araştırmamızda hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri alt boyut puan ortalaması ile tanımlayıcı özellikler arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. İlgili literatürde karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri ile cinsiyet değişkenini inceleyen farklı sonuçlar bulunmuştur. Bazı çalışmalarda cinsiyet değişkeninin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerine yönelik etkisi olmadığı belirlenmiştir (Blackman ve ark., 2018; Kalisch & Lee, 2010; Kalisch ve ark., 2011; Eskici Taşkiran, 2020). Bazı çalışmalarda ise cinsiyetin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri üzerinde etkili olduğu ve erkek hemşirelerin daha fazla hasta bakımını karşılamadığı (Aksoy, 2023; Chegini ve ark., 2019; Önal, 2019; Eskin Bacaksız ve ark., 2019; Saqer & AbuAlRub, 2018; Du ve ark., 2018), farklı olarak bazı

Çalışmalarda kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre daha fazla bakımı karşılanmadığı saptanmıştır (Chapman ve ark., 2017; Adalı 2023). Alan yazında hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerinde cinsiyet değişkeni üzerinde elde edilen bulgular farklılık göstermektedir. Bu bağlamda cinsiyet değişkenin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri üzerindeki etkisini netleştirmek için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerde eğitim (Aksoy, 2023; Palese ve ark., 2015; Kalisch ve ark., 2011) ve medeni durum (imen, 2019; Eskici Taşkıran, 2020, Palese ve ark., 2015). değişkeninin bizim çalışmamıza benzer şekilde, yapılan çalışmalarda da karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri üzerinde bir etkisi bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak elde edilen bulgularda; hemşirelerin eğitim durumu arttıkça karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri oranın azaldığı saptanmıştır (Adalı 2023; Falk ve ark., 2021; Eskin Bacaksız ve ark., 2019; Ball ve ark., 2018; Bragadottir ve ark., 2017). Sarver (2019)'ın Ohio'da 7 farklı hastanede yaptığı çalışmada hemşirelerin lisans diplomasına sahip hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı oranlarının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Hemşirelerde akademik eğitim düzeyi; bilgi birikimi, mesleki donanım, mesleki farkındalık ve iletişim becerileri üzerinde önemli bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. Eğitim düzeyi artan hemşireler; mesleki farkındalıkları yüksek olup, karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerini ve nedenlerini daha kolay belirleyebilmektedir. Bizim alışmamızda elde edilen sonucun kurumdaki hemşirelerin lisans ve yüksek lisans mezunu olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri alt boyutu puan ortalaması ile çalışılan hastane arasında farklılık bulunmamaktadır. İlgili literatür incelendiğinde çalışmamızı destek nitelikte bulgular ile karşılaşılmıştır (imen, 2019; Simonette ve ark., 2018; Kalisch, Tschannen, Lee, 2011). Çalışmadan elde edilen bulgulardan farklı olarak; kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerde, devlet hastanesi veya özel hastaneden çalışan hemşirelere göre karşılanmayan hemşirelik bakımını hizmetlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Adalı, 2023; Taşkıran Eskiçi, 2020; Lake ve ark., 2020; Hessels ve ark., 2015; Jones ve ark., 2015; Harvey ve ark., 2014). Eskin Bacaksız ve ark. (2019)'nın tarafından yapılan çalışmada JCI akreditasyonuna sahip hastanelerde, sağlık bakanlığı akreditasyonuna sahip olan hastanelere göre karşılanamayan hemşirelik bakımı hizmetlerinin oranın daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımı

hizmetlerini etkileyen etmelerin başında; hastanelerdeki hasta bakım politikalarının, kalite iyileştirme çalışmaları ve idari yönetim sistemi yer almaktadır. Bu etmenler hastaneler arasında karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerinde farklılıklara yol açabilmektedir. Çalışmamızdan elde edilen sonucun çalışmanın aynı üniversite bünyesinde bulunan üç farklı hastanede yapılmasından kaynaklı olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri alt boyut puan ortalaması ile çalışma pozisyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılıklar saptanmıştır. Çalışmamızda acil serviste çalışan hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri alt boyut puan ortalaması diğer birimlerde çalışanlara göre daha yüksek düzeyde olup; daha fazla bakım karşılamadıkları saptanmıştır. Alan yazında çalışmamızı benzer sonuçlar elde edilmiş olup acil servislerde birçok hemşirelik bakımın karşılanmadığı saptanmıştır. Sıklıkla karşılanmayan bakımın hastanın temel bakım gereksinimleri ve hastayla iletişim alanlarında olduğu belirlenmiştir. (Duhalde ve ark., 2023; Rooddehghan ve ark., 2020). Chapman ve ark. (2017)'nin Avusturalya'da yaptığı çalışmada acil birimde görev yapan hemşirelerin yoğun bakımda görev yapan hemşirelere göre daha fazla bakımı karşılamadıkları elde edilmiştir. Taşkiran Eskici (2020)'nin yaptığı çalışmada ise cerrahi servisler ile dahili servislerinde çalışan hemşirelerin, yoğun bakım ve kadın doğum servislerinde çalışan hemşirelere göre ve acil birimlerde çalışan hemşirelerin kadın doğum servislerinde çalışan hemşirelere göre bakımı daha fazla karşılamadıkları saptanmıştır. Literatür incelendiğinde farklı bulgular elde eden çalışmalar ile karşılaşılmıştır. Adalı (2023)'nin yaptığı çalışmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin dahili servis, cerrahi servis ve acil serviste çalışan hemşirelere göre daha fazla bakımı karşılamadıkları bulunmuştur. Alan yazında, dahili birimler ve cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri oranının diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Uyardağ, 2022; Bragadóttir ve ark., 2017; Castner ve ark., 2015). Literatür araştırmasından elde edilen bulgular ve çalışmamız sonucunda hastaların bakım gereksinimlerinin daha yoğun olduğu acil servislerde hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerini oranlarının daha fazla olması öngörülen bir durumdur. Acil serviste diğer birimler ile benzer şekilde hemşire-hasta olmasına rağmen; hasta değişimi ve yoğunluğun fazla olması, acil durumlarda hasta bakımı önceliğinin yapılamaması ve aynı anda birden fazla hasta bakımının yönetilmesi karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerini daha yüksek olmasına neden olabilmektedir. Yönetici hemşirelerin

hemşire planlamasında bu durumu göz önünde bulundurmaları önem arz etmektedir.

Hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri puan ortalaması; sürekli gündüz çalışan hemşirelerin vardiyalı usulu görev yapan hemşirelere oranla daha düşük olduğu bulunmuştur. Vardiyalı çalışan hemşire grubunun sürekli gündüz çalışan hemşire grubuna göre daha yüksek oranda bakımı karşılamadıkları saptanmıştır. Literatür incelemesi yapıldığında karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri ve çalışma şekilleri arasında farklı sonuçlar elde eden çalışmalar ile karşılaşılmıştır. Vardiya usulü çalışan hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Adalı, 2023; İlaslan & Şişman, 2019). Yapılan diğer çalışmalarda ise, gece vardiyasında görev yapan hemşirelerin gündüz vardiyasında görev yapanlara göre daha az karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmeti olduğu tespit edilmiştir (Kalisch ve ark., 2013; Blackman ve ark., 2015). Aksoy (2023), Uyardağ (2022), Palalı Adıgüzel (2021) ve Taşıkaran Eskici (2020) tarafından yapılan çalışmalarda; çalışma şekilleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri arasında farklılık olmadığı saptanmıştır. Tubbs-Cooley ve Gürses (2017) ve Ball ve ark.'ın (2014) tarafından yapılan çalışmalarda hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça karşılanmayan hemşirelik bakımının da arttığı belirlenmiştir. Çalışmamızda elde edilen bulgunun hemşirelerin gece vardiyasında bakım verdiği hasta sayısının gündüz vardiyasına göre daha fazla olmasından kaynaklı olduğu söylenebilir.

Çalışmada hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri puan ortalaması ile çalıştıkları servis de çalışan hemşire sayısının yeterliliğine ilişkin düşünceleri arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan birçok çalışmada ise personel yeterlilik algısının karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri üzerinde önemli bir etkisi olduğunu, personel yeterlilik algısı yüksek olan hemşirelerin daha az bakım karşılamadığı saptanmıştır (Adalı, 2023; Eskici Taşkıran, 2020; Eskin Bacaksız ve ark., 2019; Tou ve ark., 2019; Duffy ve ark., 2018; Smith ve ark., 2018; Kalisch ve ark., 2011). Piscotty ve ark. (2015) tarafından yapılan regresyon analizi sonucunda, personel yeterliliği algısının karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerinde önemli bir etmen olduğu ve personel yeterlilik algısı yüksek olan hemşirelerin bakımları daha az karşılamadığı saptanmıştır. Yönetici hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerinin sıklığı ve miktarını azaltmak için personel alımı ve personel iş gücü planlanması konularında çalışmalar yapması oldukça önemlidir.

Hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmeti puan ortalaması; hastaya ayrılan bakım süresi 31-45 dakika olanlarda hastaya ayrılan bakım süresi 16-30 ve 15 dakika dan az olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Alan yazında çalışmamıza benzer olarak; hemşirelerin hastaya bakım vermek için ayırdığı süre arttıkça karşılanmayan hemşirelik bakımı düzeyinin azaldığı saptanmıştır (Kalisch, Tschannen, Lee, 2011; Ball ve ark., 2014). Jones ve ark. (2015)'nın yaptığı çalışmadan zaman kısıtlılığı karşılanmayan hemşirelik bakımının en yaygın nedeni olarak belirtilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Veri Bankası; hemşirelik kalite indikatörlerinden biri olan günlük hasta başına harcanan saati "hemşirelerin bir gün içerisinde doğrudan hasta bakımı için üretken olduğu saatler" olarak tanımlamıştır. Hemşirelerde hasta başında harcanan saat karşılanmayan hemşirelik bakımının en önemli belirleyicilerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Yönetici hemşirelerin; iş yükü analizlerinden elde edilen verilere göre, hemşire insan gücü planlaması yapması karşılanmayan hemşirelik bakımı düzeylerinin azaltılmasında önemli rol oynamaktadır.

Hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmeti puan ortalamasının meslek hayatı boyunca sorumlu olunan bir bakımı tamamlamayan veya geciktirenlerde tamamlayan/geçiktirmeyenlere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmamızdan farklı olarak; Aksoy (2023) ve Taşkiran Eskici (2020) tarafından yapılan çalışmalarda, bakımı tamamlayamama/geciktirme durumlarının karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmeti üzerinde bir etkisi olmadığı elde edilmiştir. Kalisch (2006) yaptığı nitel çalışmada hemşirelerin düzenli olarak hemşirelik bakımını karşılamadığı ve yüksek oranda karşılanmayan hemşirelik bakımlarına yönelik farkındalıklarının olmadığını saptanmıştır. Hemşirelerin tamamlamadığı/geciktirdiği hasta bakımlara yönelik farkındalıklarının olmamasından kaynaklı karşılanmayan hemşirelik bakımı oranlarının yüksek olduğu düşünülebilir. Bu konuda yönetici hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımına yönelik çalışmalar yapması ve elde edilen veriler doğrultusunda eğitimler düzenlemesi gerekmektedir.

Çalışmada hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri alt boyutu puan ortalamalarında anlamlı derecede farklılık olmadığı bulunmuştur. Literatür incelendiğinde hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri alt boyutunu etkilemediği saptanmıştır (Aksoy, 2023; Mandal & Seethalakshmi, 2023; Palalı Adıgüzel, 2021; Kartal ve ark.,2021; Taşkiran Eskici, 2020; İlaslan & Şişman, 2019; Blackman ve ark., 2012).

Alan yazında çalışmamızdan farklı olarak tanımlayıcı özellikler ile karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri ve alt boyutlarını arasında farklılıklar elde eden çalışmalara rastlanmıştır. Uyardağ (2020)'ın çalışmasında hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımı işgücü kaynakları ve malzeme kaynakları alt boyut puan ortalamalarının yaşla birlikte azaldığı, eğitim düzeyi ile birlikte karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri ve alt boyut puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır. Çimen (2019)'in yaptığı çalışmada lise mezunu hemşirelerin; karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri, işgücü kaynakları ve iletişim alt boyut puan ortalaması ön lisans ve lisans mezunu hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kalisch (2009) tarafından yapılan çalışmada lisans mezunu hemşirelerin iş gücü ve malzeme kaynaklı alt boyut puan ortalaması hemşire yardımcılara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Bragadottir & Kalisch (2018)'in yaptığı çalışmada lisans mezunu hemşirelerin işgücü ve malzeme kaynaklı alt boyut puan ortalamalarının lise mezunu hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular ve alan yazın incelendiğinde tanımlayıcı özellikler ile karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri ve alt boyutları arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu farklılıkların hemşirelerin kişisel özelliklerinden ve eğitim seviyelerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri iletişim alt boyut puan ortalaması; hasta güvenliği eğitimi alanların hasta güvenliği eğitimi almayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hasta güvenliği eğitimi alan hemşireler; iletişim kaynaklı karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenlerinin önemli derecede olduğunu belirtmişlerdir. Alan yazında hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça karşılanmayan hemşirelik bakımı bildirimi yapma düzeylerinin arttığı saptanmıştır (Uyardağ, 2020; Çimen, 2019; Bragadottir & Kalisch, 2018). Kerr ve ark. (2018)'nın yaptığı araştırmada hemşirelerin eğitim seviyeleri arttıkça iletişim becerilerinin arttığı elde edilmiştir. Çalışmada elde edilen sonucun hemşirelerde eğitim seviyesi arttıkça; mesleki farkındalıklarının, iletişim becerilerinin ve bilgi birikimlerinin artması ile ilişkisi olduğu düşünülebilir. Eğitim seviyesi artan hemşireler, kendini daha rahat ifade edebilmekte ve karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenlerini açıkça ortaya koyabilmektedir.

5.3. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerde; HGKÖ ve alt boyut puan ortalamaları ile KHBÖ karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır.

Çalışmamızda hemşirelerde HGKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile KHBÖ karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır.

Araştırmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği yönetim ve liderlik alt boyutu ile karşılanmayan hemşirelik bakımı malzeme kaynakları nedenleri alt boyutları arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Rahmani ve ark. (2021)'nin İran'da yaptığı çalışmada; hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumları ile karşılanmayan hemşirelik bakımı sıklığı arasında ters ilişki olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerde hasta güvenliği tutumlarının artmasıyla birlikte KHB oranı da azalmaktadır. Hessels ve ark. 2017'de yaptıkları çalışmada ise; hemşirelerde hasta güvenliği kültürü düzeyi yüksek olanların karşılanmayan hemşirelik bakımı oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Kim ve ark. (2017)'nin Kore'de yaptığı çalışmada hasta güvenliği kültürü algılarının karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde önemli bir etkisi olduğu saptanmıştır. Hasta güvenliği kültürü algısı yüksek olan hemşirelerde daha az hemşirelik bakımını karşılamadıkları bulunmuştur. Hasta güvenliği kültürü ölçeği yönetim ve liderlik alt boyutu incelendiğinde; kurumda hasta güvenliğine öncelik verilmesi, hasta güvenliği konusunda bilgi sahibi olunması, malzeme ve finansal kaynak sağlanması, hasta güvenliğini iyileştirci ve hata kaynaklarını azaltıcı faaliyetlerde bulunulması, önerilerin dikkate alınması, hasta düşmelerine yönelik çalışmaların yapılması, personel sayısı ve planmasının yapılması, iletişimin sağlanması ve mesai saatleri ile ilgili maddeler yer almaktadır. Karşılanmayan hemşirelik bakımı ölçeği karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri malzeme kaynaklı alt boyutu incelendiğinde; gerekli olan ilaçların bulunmaması, gerekli malzeme ve cihazların mevcutta olmaması ve gerektiğinde malzeme ve cihazların çalışmaması konuları yer almaktadır. Çalışmada elde edilen sonucun hasta güvenliği kültüründe yöneticilerin malzeme ve finansal kaynak desteğinin sağlanması ile malzeme kaynaklı karşılanmayan hemşirelik bakımının artacağı düşünülmektedir.

Araştırma yerinin JCI tarafından akredite edilen bir kurum olması nedeniyle; hasta güvenliği kültürünün ortalamanın üzerinde ve hasta güvenliğini kurumda oturmuş olup, karşılanmayan hemşirelik bakımı oranının düşük düzeydedir. Bu durumun araştırma sonucunu etkileyen bir faktör olduğu düşünülmektedir. Hasta güvenliği kültürünün karşılanmayan hemşirelik bakımı ile doğrudan ilişkisini inceleyen; farklı örneklem ve literatürde araştırma amacımıza yönelik herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu doğrultuda farklı örneklem gruplarında araştırmanın çalışılması önerilmektedir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla 245 hemşire katılımı ile yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

- Hemşirelerin HGKÖ'nden aldıkları puan ortalamasının ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Araştırmada en yüksek puanın beklenmedik hata ve rapor alt boyutu, en düşük puanın çalışan davranışı alt boyutunda olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmada dahili servislerde çalışan hemşirelerin HGKÖ çalışanların eğitimi alt boyut puanının yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Araştırmamızda Onkoloji hastanesinde çalışan hemşirelerin HGKÖ bakım ortamı alt boyut puan ortalaması Çocuk hastanesinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hemşirelerde hastaya ayrılan bakım süresi 31-45 dakika olanların; HGKÖ çalışan davranışı alt boyut puan ortlaması hastaya ayrılan bakım süresi 16-30 ve 15 dakikadan az olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Çalışmamızda hemşirelerin mesleki hayatı boyunca sorumlu olunan bir bakımı her zaman tamamlayan/geciktirmeyenlerde; HGKÖ ve çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyut puan ortalamaları tamamlayamayan/geciktirenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Araştırmamızda hemşirelerin çalışılan birimde hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünenlerde; HGKÖ ve çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyut puan ortalamalarının düşünmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan hemşirelerde hasta güvenliği eğitimi alanların HGKÖ çalışanların eğitimi alt boyut puan ortalamasının almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Hemşirelerin KHBÖ-A'dan aldıkları puan ortalamasına göre karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerinin düşük düzeyde olduğu bulunmuştur.
- Araştırmada hemşirelerin en sık karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetinin hasta ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek sağlanması, en sık karşılanan hemşirelik bakımı hizmetinin ise hayati bulguların istem edildiği şekilde değerlendirilmesi olarak saptanmıştır.
- Çalışmada hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri sırasıyla; iş gücü kaynakları, malzeme kaynakları ve iletişim olarak elde edilmiştir.
- Araştırma kapsamındaki hemşireler, karşılanmayan hemşirelik bakımı için yüksek oranda “çalışan personel yetersizliğini” önemli bir neden olarak göstermişlerdir.
- Çalışılan birime göre hemşirelerin KHB ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde; acil serviste çalışan hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri alt boyut puan ortalamasının diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Araştırmada sürekli gündüz çalışan hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri puan ortalamasının vardiyalı çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.
- Çalışmada hemşirelerin hastaya ayırdıkları bakım süresi 31-45 dakika olanlarda karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri alt boyut puan ortalaması 16-30 dakika ve 15 dakikadan az olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır.
- Çalışmaya katılan hemşirelerde mesleki hayatı boyunca sorumlu olunan bir bakımı tamamlamayan/geciktirenlerde karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri alt boyut puan ortalamasının tamamlayan/geciktirmeyenlere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur.
- Araştırmamızda hasta güvenliği eğitimi alan hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri iletişim alt boyut puan ortalamasının eğitim almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır.

- Araştırmaya katılan hemşirelerde; HGKÖ ve alt boyut puan ortalamaları ile KHBÖ karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetleri alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır.
- Araştırmamızda hemşirelerde; HGKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile KHBÖ karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır.
- Çalışmada hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ölçeği yönetim ve liderlik alt boyut puan ortalaması ile karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri malzeme kaynakları alt boyutu arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.



6.2. Öneriler

Yöneticilere yönelik öneriler;

- Hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve farkındalık oluşturulmasına yönelik daha fazla hizmet içi eğitimler düzenlenmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi,
- Kurumda yöneticiler ile çalışan hemşireler arasında hasta güvenliği kültürünün arttırılmasına yönelik iş birliği sağlanması ve iletişimin güçlendirilmesi,
- Çalışan hemşirelere hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için görev ve sorumlulukların verilmesi,
- Araştırma kapsamında üniversite bünyesinde bulunan hastanelerde hasta güvenliğine yönelik farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu doğrultuda yönetici hemşirelerin birlikte hasta bakım politikalarına yönelik çalışmalar yapması ve hasta bakım standartının sağlanması,
- Yönetici hemşirelerin hemşirelerde personel yeterlilik algılarını değiştirmeye yönelik iş gücü planlamasının yapılması,
- Kurumda çalışan hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerini etkileyen etmenlere yönelik iyileştirme çalışmalarının yapılması,
- Hastane yönetimi tarafından hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenlerine yönelik personel ve malzeme planlaması yapılması
- Acil serviste çalışan hemşirelerde karşılanmayan hemşirelik bakımı hizmetlerinin önlenmesine yönelik iyileştirme çalışmalarının yapılması,

Araştırmacılara yönelik öneriler;

- Çalışmanın sadece Sağlıkta Kalite Standartları tarafından akredite edilen ya da akreditasyonu olmayan hastanelerde yapılması ve sonuçlarının karşılaştırılması,
- Çalışmanın hastane dışında farklı kurumlarda (huzurevi, palyatif bakım merkezleri, tıp merkezleri vb.) yapılması ve sonuçlarının karşılaştırılması,
- Karşılanmayan hemşirelik bakımının neden olduğu olumsuz hasta sonuçlarının önlenmesi ve ülke ekonomisine getirdiği ekonomik yükün önüne geçilmesi için ülke sağlık politikalarında yer verilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Adalı D. (2023) Bireysel İş Yükü Algısının Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Üzerine Etkisi (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi,) İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., . . . & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344 (e1717), 1-14. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Akalın, E. (2004). Hasta güvenliği kültürü: Nasıl geliştirebiliriz? *ANKEM Dergisi* 2004; 18 (Ek 2), 12-13.
- Aksoy, G. (2023). Hemşirelerin profesyonel yaşam kalitesi ve karşılanmayan hemşirelik bakımı: bir devlet hastanesi örneği (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi.
- Alanazi F.H., Lapkin S., Molloy L., Sim J.. (2021a). The impact of safety culture, quality of care, missed care and nurse staffing on patient falls: A multisource association study. *Journal of Clinical Nursing* ,Volume 32, Issue 19-20 Oct 2023 Pages6761-7643 <https://doi.org/10.1111/jocn.16792>
- Alanazi F.H., Lapkin S., Molloy L., Sim J., (2021b). Safety culture, quality of care, missed care, nurse staffing and their impact on pressure injuries: A cross-sectional multi-source study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, Volume 5, December 2023, 100125 <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100125>
- Albsoul R., FitzGerald G., Finucane F., Borkoles E., (2016). Factors influencing missed nursing care in public hospitals in Australia: an exploratory mixed methods study. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34 (2019), pp. e1820-e1832, <https://doi.org/10.1002/hpm.2898>
- Ali M. , Sewunet A., Şumiye M., Hamza A. (2021). Patient safety culture and associated factors among health care workers in south Wollo zone public hospitals, north east Ethiopia. *Perioperative Care and Operating Room Management*, Volume 35, June 2024, 100374 <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2024.100374>
- Amarneh B.H., Nobani F. (2019). The Influence of Physician-Nurse Collaboration on Patient Safety Culture; *Journal Pre-proof*, S2405-8440(22)01937-5 https://www.researchgate.net/publication/363627739_The_Influence_of_Physician-Nurse_Collaboration_on_Patient_Safety_Culture#fullTextFileContent
- Ammouri, A. A., Tailakh, A. K., Geethakrishnan, R., Al Kindi, S. N. (2015). Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review*, March 2015 62(1), 102–110. <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12159>.
- Amrolahi-Mishavan F., Emami-Sigaroudi A., Jafaraghaee F., Shahsavari H., Maroufizadeh S., Factors affecting missed nursing care in hospitals: A scoping review. *Health Sciences Review*, Volume 4, September 2022, 100053 <https://doi.org/10.1016/j.hsr.2022.100053>
- Archer S., Hull L., Soukup T., Mayer E., Athanasiou T., Sevdalis N., Darzi A., (2014). Development of a theoretical framework of factors affecting patient safety incident reporting: a theoretical review of the literature. *BMJ Open*, 2017; 7(12) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5770969/>

- Arslan S., Aydıngülü N., Gülşen M., Deniz Doğan S., Erden S. (2018). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürleri Ve Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020; 23(4): 527- 533 <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1000874>
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A.M. ve ark. Sjetne, I.S. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 126-135. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24214796/>
- Aydemir A. (2015) Acil Serviste Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Ve Tutumunu Etkileyen Faktörler (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi,) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun
- Balçık Akman A. (2010) Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi,) İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul
- Ball J.E., Bruyneel L., Aiken L.H., Sermeus W., Sloane D.M. Rafferty A.M. Lindqvist R.Tishelman C., Griffiths P., (2010). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2018;78 :10-15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004>
- Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Tishelman, C., Griffiths, P., & RN4Cast Consortium (2018). Postoperative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 78, 10–15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28844649/>
- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E. & Griffiths, P. (2014). ‘Care left undone’ during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 116-125. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>
- Bayer E., Çevik G. (2019). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarının Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkilerinin Araştırılması: Bir Araştırma Uygulama Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2019; 22(3): 653-676 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/812426>
- Blackman I, Henderson J, Willis E, et al. (2012). Factors influencing why nursing care is missed. *J Clin Nurs.*, 2015;24(1-2):47-56. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12688>
- Blackman I., Papastavrou E., Palese A., Vryonide, S., Henderson J. ve Willis E. (2018). Predicting variations to missed nursing care: a three-nation comparison. *Journal of nursing management*, 26(1), 33-41. <https://doi.org/10.1111/jonm.12514>
- Bragadottir, H., Kalisch, B. J., & Tryggvadottir, G. B. (2017). Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *J. Clin. Nurs.*, 26(11), 1524-1534. <https://doi.org/10.1111/jocn.13449>
- Boysen P.G. Just culture: A foundation for balanced accountability and patient safety. *The Ochsner J*. 2013;13:400–406. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24052772/>

- Brittain A.C., Carrington J.M. (2019). Organizational health and patient safety: A systematic review. *J. Hosp. Manag. Health Policy*, 2020;5:2 <https://jhmhp.amegroups.org/article/view/6544/html>
- Camacho-Rodríguez D.E., Carrasquilla-Baza D.A., Dominguez-Cancino K.A., Palmieri P.A., (2021). Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 2022 Nov 3;19(21):14380. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36361273/>
- Campagna S., Conti A., Clari M., Basso I., Sciannameo V., Giulio P.D., Dimonte V., (2022). Factors associated with missed nursing care in nursing homes: a multicentre cross-sectional study. *Int J Health Policy, Manag* 2022 Ağu 1;11(8):1334-1341. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33949814/>
- Castner, J., Wu, Y. W., & Dean-Baar, S. (2015). Multi-level model of missed nursing care in the context of hospital merger. *Western journal of nursing research*, 37(4), 441–461 <https://doi.org/10.1177/0193945914535670>
- Cebeci, F., Gürsoy, E. ve Tekingündüz, S. (2012). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (3): 188-194.) <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2658/34258>
- Chapman R., Rahman A., Courtney M., Chalmers C., (2014). Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (2016), pp. 170-181 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27322941/>
- Chegini Z, Jafari-Koshki T., Kheiri M., Behforoz A., Aliyari S., Mitra U., Shariful Islam S.M. (2019). Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. *J Nurs Manag* 2020 Nov, 28(8):2205-2215. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.13055>
- Cho E, Lee NM, Kim YE, Kim S, Lee K, Park KO (2009). Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 2016; 263- 271. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009>
- Cho S.H., Lee J.Y., You S.J., g Ja Song K., Jin Hong K. (2015), Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *Int J Nurs Pract* 2020 Feb, 26(1):e12803 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31850645/>
- Cho SH, Kim YS, Yeon KN, You SJ, Lee ID. (2013). Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *International Nursing Review*. 2015;62 (2):267-274 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12173>
- Classen D.C., Pestotnik S.L., Evans R.S., Lloyd J.F., Purke J.P. (1993). Adverse drug events in hospitalized patients. Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. *JAMA*. 1997;277:301–6. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/413536>
- Çakır A. (2007), Hasta Güvenliği Kültürü İle Kalite Yönetimi Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi) Sosyal Bilimler Enstitüsü, Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, İzmir
- Çifçi K. (2018) Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün ve İş Doyumunun Karşılaştırmalı Analizi, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kars
- Çimen A. (2019) Trakya Bölgesindeki Kamu Ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılamadıkları Bakım Ve Nedenleri (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi,) Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı, Edirne

- Dağdelen Ü. A. (2014) Öğrenen Organizasyonlarda Hasta Güvenliği Kültürünün (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi,) Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim, Isparta
- de Vries E.N., Ramrattan M.A., Smorenburg S.M., Gouma D.J., Boermeester D.A, The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*, 2008;17:216–23. <https://qualitysafety.bmj.com/content/17/3/216.short>
- Demirsoy N., Türe Yılmaz A. (2017). Hemşirelerin “Hasta Güvenliği Kültürü” Konusuna Bakış Açılarının Değerlendirilmesi. *Social Sciences Studies Journal (SSSJournal)* 2018 Vol:4 Issue:22 pp:4135-4142 https://sssjournal.com/files/sssjournal/2089687283_47_4-22.ID859.%20Demirsoy&Y%C4%B1lmaz_4143-4154.pdf
- Despins L.A., Kim J.H., Deroche C., Song X. (2019). Factors Influencing How Intensive Care Unit Nurses Allocate Their Time; *Western Journal of Nursing Research*, 2019, Vol. 41(11) 1551–1575 <https://doi.org/10.1177/0193945918824070>
- Diñç L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2010;17:74- 82 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/88519>
- Du H., Yang Y., Wang X, Zang Y. (2018). A cross-sectional observational study of missed nursing care in hospitals in China. *J Nurs Manag*, 2020 Oct;28(7):1578-1588. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32726867/>
- Duffy, J. R., Culp, S., ve Padrutt, T. (2018). Description and factors associated with missed nursing care in an acute care community hospital. *Journal of Nursing Administration*, 48(7/8), 361-367. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30001260/>
- Duhalde H., Bjuresäter K., Karlsson I., Bååth C. (2023). Missed nursing care in emergency departments. *A scoping review Int Emerg Nurs*, 2023 Jul,69,101296. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37352646/>
- Dursun Ergezen F., Çiftçi B., Yalın H., Geçkil E., Korkmaz Doğdu A., İlter S.M., Terzi B., Kol E., Kaşıkçı M., Ecevit Alpar Ş. (2019). Missed nursing care: A cross-sectional and multi-centric study from Turkey. *Int J Nurs Pract* 2023 Oct, 29(5):e13187. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37604179/>
- Dursun S, Bayram N, Aytaç S. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2010;; 8 (1):1-14. https://www.researchgate.net/publication/293486047_Ars_Gor_Salih_DURSU_N_Prof_Dr_Serpil_AYTAC_A_Survey_on_Patient_Safety_Culture
- Elsous A., Akbari Sari A., AlJeesh Y., Radwan M. (2014). Nursing perceptions of patient safety climate in the Gaza Strip, Palestine. *International Nursing Review*, Volume 64, Issue 3, Sep 2017, Pages321-454 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inr.12351>
- Emiroğlu, N. (1994). İş sağlığı hemşireliği. *Türk Hemşireler Dergisi*, 44(6), 35-38.
- Er F., Altuntaş S. (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Durumları ve Nedenlerine Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi; *Sağlık ve Hemşirelikte Yönetim Dergisi*, 2016, sayı 3, cilt 3 https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD_3_3_132_139.pdf
- Er M.N., Saydamlı H.Ş. (2023). Hasta Güvenlik Kültürünün Hemşireler Tarafından Algılanması: Özel Bir Hastane Örneği. *Journal of Medical Clinics*, 2023, 6 (3) <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/3332255>

- Ergezen FD, Kol E. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı. *J Educ Res Nurs*. 2021; 18(4): 467–472 https://jag.journalagent.com/jern/pdfs/JERN_18_4_467_472.pdf
- Erkul M., Bilişli Y., Özdoğan T. N., Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algısı: Üniversite Hastanesi Örneği. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Yıl: 3, Sayı: 12, Haziran 2015, s. 330-337 <https://asosjournal.com/DergiTamDetay.aspx?ID=619>
- Ertürk C., Dönmez P., Özmen D. (2014). Manisa İl Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32 (1) :19-33,2016 <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/825095>
- Eskin Bacaksız F, Alan H, Taşkiran Eskici G, Gümüş E. (2019). A cross-sectional study of the determinants of missed nursing care in the private sector: Hospital/unit/staff characteristics, Professional quality of life and work alienation. *Journal of Nursing Management*, 2020 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32153061/>
- F. Nightingale Notes on hospitals Parker and Son, London (1859)
- Falk A., Boström A., Nymark C., Vogelsang A. (2021). Missed nursing care in relation to registered nurses' level of education and self-reported evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs*, 2023 Dec;20(6):550-558. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37735718/>
- Gallagher T.H., Waterman A.D., Garbutt J.M., Kapp J.M., Chan D.K., Dunagan W.C., Fraser V.J., Levinson W. (2004). US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. *Arch Intern Med* 2006;166(15):1605-11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16908793/>
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P. ve ark. (2018b). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474–1487. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.13564>
- Güneş E. (2023) Yoğun Bakım Hemşirelerinde Bakım Davranışları Ve Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği), İzmir
- Güven R. (2007). Dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarında hasta güvenliği kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi. 4-5 Nisan Antalya. Syf: 411-422. <https://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/yazi/rabia.guven-das-2007-yazi.pdf>
- Hakverdioğlu Yönt, G. (2011). Hasta güvenliği kültürü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27 (1),77-82. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/825522>
- Harvey, C., Bay, H., Buckley, C., Forrest, R., Roberts, J. & Searle, J. (2014). Aberrant work environments–rationed care as system failure or missed care as skills failure?. *Journal of Nursing Administration*, 43(5), 1509-1517.
- Hernández-Corral S., Serván-Mori E., Benítez-Chavira L., Nigenda G., Zárate-Grajales R. (2019). Missed nursing care in highly specialized hospitals: A Mexican case study; *Int J Health Plann Manage*, 2022 Sep;37(5):2997-3005. <https://doi.org/10.1002/hpm.3501>

- Heng L.M., Rajasegeran D.D., Ting See A.M., Kannusamy P., Lim S.H., Abu Bakar Aloweni F.B., Yuh Ang S. (2019). Original Research: Nurse-Reported Missed Care and Its Association with Staff Demographics and the Work Environment; *Am J Nurs*, 2023 Sep 1;123(9):28-36. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000978144.33445.5b>
- Hessels A.J., Paliwal M., Weaver S.H., Siddiqui D., Wurmser T. A. (2017). Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(4):p 287-294, October/December 2019 https://journals.lww.com/jncqjournal/fulltext/2019/10000/impact_of_patient_safety_culture_on_missed_nursing.2.aspx
- Hessels AJ, Flynn L, Cimiotti JP, Cadmus E, Gershon RRM. The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. *Clinical Nursing Studies*, 2015;3(4):60-65 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27547768/>
- Howitt, D., & Cramer, D. (2011). Introduction to SPSS statistics in psychology: For version 19 and earlier (Fifth edition). London: Pearson Education Limited. <https://www.ihl.org/improvement-areas/patient-safety>
- <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf> Erişim tarihi 06.06.2024
- https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_3 Erişim tarihi 06.06.2024
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. (Erişim tarihi 05.06.2024)
- Hughes R.G. Tools and Strategies for Quality Improvement and Patient Safety In: Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 44. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21328781/>
- Hughes, V., Wright, R., & Cassar, M. (2019). Nurse leadership development in Malta. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(4), 410–419. <https://doi.org/10.1177/1043659618811918>
- Imam A., Obiesie S., Gathara D., Aluvaala J., Maina M., English M. (2021). Missed nursing care in acute care hospital settings in low-income and middle-income countries: a systematic review; *Hum Resour Health*, 2023 Mar 14;21(1):19. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00807-7>
- İlaslan N., Yıldırım Şişman N. (2019). Bir Üniversite Hastanesinde Hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Miktarı Ve Nedenlerine Yönelik Değerlendirmeleri; *Çukurova Med J*, 2019;44(4):1226-1236 10.17826/cumj.50948 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/812866>
- Jaber H.J., Abu Shosha G.M., Al-Kalaldeh M.T., Oweidat I.A., Al-Mugheed K., Alsenany S.A., Farghaly Abdelaliem S.M. (2021). Perceived Relationship Between Horizontal Violence and Patient Safety Culture Among Nurses; *Risk Manag Healthc Policy*. 2023; 16: 1545–1553. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10438459/>
- James J.T. (2013). A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. *Journal of Patient Safety*, September; Volume 9, Issue 3, p 122–128 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23860193/>
- Jones T.L., Hamilton P., Murry N., (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 52, Issue 6, June 2015, Pages 1121-1137 <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>

- Jones, C., Chesak, S., Forsyth, D. & Meiers, S. (2019). Missed nursing care as a quality indicator during transition to a dedicated education unit model. *Nursing Education Perspectives*, 40(2), 105-106. <https://doi.org/10.1097/01.nep.0000000000000364>
- Kalánková D., Kirwan M., Bartoníčková D., Cubelo F, Žiaková K., Kurucová R. (2019). Missed, rationed or unfinished nursing care: A scoping review of patient outcomes. *J Nurs Manag*, 2020 Nov;28(8):1783-1797. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32064694/>
- Kalisch B. J, Xie B. (2014). Errors Of Omission: Missed Nursing Care. *Western Journal Of Nursing Research*, 36 (7), 875-890. <https://doi.org/10.1177/0193945914531859>
- Kalisch BJ, Doumit M, Lee KH, El Zein J. Missed nursing care, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the United States. *J Nurs Adm*. 2013;43(5):274-279. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23615369/>
- Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, Volume 65, Issue 7 Jul 2009 Pages 1355-1568 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Kalisch BJ, Lee KH. (2012a). Congruence of Perceptions Among Nursing Leaders and Staff Regarding Missed Nursing Care and Teamwork. *The Journal of Nursing Administration*, 2012;42(10):473-477. https://journals.lww.com/jonajournal/fulltext/2012/10000/congruence_of_perceptions_among_nursing_leaders.7.aspx
- Kalisch BJ, Lee KH. (2012b). Missed Nursing Care: Magnet Versus Non-Magnet Hospitals. *Nurs Outlook*, 2012;60(5):32-39.
- Kalisch BJ, Lee KH. (2010). The Impact Of Teamwork On Missed Nursing Care. *Nurs Outlook* 2010;58(5):233-241. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.06.004>
- Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney BW. (2012). Patient perceptions of missed nursing care. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2012;38(4):161-167.
- Kalisch BJ, Xie B, Ronis DL. (2013). Train-the-trainer intervention to increase nursing teamwork and decrease missed nursing care in acute care patient units. *Nurs Res*, 2013;62(6):405-413. https://journals.lww.com/nursingresearchonline/fulltext/2013/11000/train_the_trainer_intervention_to_increase_nursing.6.aspx
- Kalisch BJ. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 2006;21(4):306-313. https://journals.lww.com/jncqjournal/fulltext/2006/10000/missed_nursing_care_a_qualitative_study.6.aspx
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L. ve Hinshaw, A. S. (2009a). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509-1517 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Kalisch, B. J., Landstrom, G., Williams, R. A. (2009). Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook*, 57(1), 3-9. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007>
- Kalisch, B. J., Williams, R. A. (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *Journal of Nursing Administration*, 39(5), 211-219. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5>

- Kalisch, B.J., Terzioglu, F. ve Duygulu, S. (2012). The MISSCARE Survey-Turkish: psychometric properties and findings. *Nursing Economics*, 30(1), 29-37. https://www.researchgate.net/publication/223961545_The_MISSCARE_Survey-Turkish_psychometric_properties_and_findings
- Kalisch, BJ., Tschannen, D., Lee, H. (2011). Does missed nursing care predict job satisfaction?. *J Healthc Manag*, 56 (2): 117-131 https://www.researchgate.net/publication/51053544_Does_Missed_Nursing_Care_Predict_Job_Satisfaction
- Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Medical Care*. 2007;45 12 :1195-1204. https://journals.lww.com/lww-medicalcare/fulltext/2007/12000/the_association_of_registered_nurse_staffing.11.aspx
- Karaca A., Arslan H. (2013). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi* Sayı / Number: 1 Cilt / Volume: 1, 2014 https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD_1_1_9_18.pdf
- Karaca A., Akın S., Harmancı Seren A.K. (2019). The Relationship Between Perceived Quality of Care and the Patient Safety Culture of Turkish Nurses; *Journal of Nursing Research* 30(4):p e223, August 2022 https://journals.lww.com/jnr-twna/fulltext/2022/08000/the_relationship_between_perceived_quality_of_care.8.aspx
- Kardaş Özdemir F., Akgün Şahin Z., (2013). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları: Kars İli Örneği. *Ordu Üniversitesi Tıp Dergisi*, (2015) 2: 139-144 <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/150857>
- Karmel HK, Iqbal MA. (1999). Time to ambulation after hip fracture surgery: relation to hospitalization outcomes: *J Gerontol. Series A-Biol Sci Med Sci*. 2003;58(11):42-45. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14630887/>
- Kartal H. , Çamlıca T., Özkan A. (2021). Yoğun Bakımlarda Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2022;9(2):322-333 https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD_9_2_322_333.pdf
- Keleş G. (2023). Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu, Tükenmişlik Ve Merhamet Memnuniyeti İle Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Arasındaki İlişki (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi,) Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzurum
- Kerr D., Ostaszkievicz J., Dunning T., Peter Martin P. (2018). The effectiveness of training interventions on nurses' communication skills: A systematic review; *Nurse Educ Today*, 2020 Jun;89:104405. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104405>
- Khajouei R., Afzali F., Jahanbakhsh F., Bagheri F. (2023). The effect of electronic error-reporting forms on nurse's stress and the rate of error-reporting; *Health Informatics J*, 2023 Oct-Dec;29(4):14604582231212518. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37930072/>

- Kiekkas P., Tsekoura V., Fligou F., Tzenalis A., Michalopoulos E., Voyagis G. (2020). Missed Nursing Care in the Postanesthesia Care Unit: A Cross-Sectional Study; *J Perianesth Nurs*, 2021 Jun;36(3):232-237 <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.10.009>
- Kılıç Ü., Ulubay Ü. (2023). Hemşirelikte Eğitimin, Sağlık Politikasının, Ölçme ve Değerlendirmenin Cerrahide Hasta Bakım Çıktıları Üzerine Etkisi. *Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt 2, Sayı 3, 2023 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/3251518>
- Kiliç, M. & Öztunç, G. (2015). Comparison of nursing care perceptions between patients who had surgical operation and nurses who provided care to those patients. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), 625-632. https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/13_Kilic_original_8_3.pdf
- Kim K., Yoo M.S., Seo E.J. (2018). Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nursing Research*, Volume 12, Issue 2, June 2018, Pages 121-126 <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.04.003>
- Koç Z. , Eraydın C., Tezcan B., (2019). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve Etkileyen Faktörler. *Celal Bayar Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2020, 7(2) <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1175575>
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editörler. Hata yapmak insana mahsustur: daha güvenli bir sağlık sistemi oluşturmak. Washington, DC: National Academy Press, Tıp Enstitüsü; 2000 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>
- Korkmaz, E. (2022). Hasta Güvenliğine Genel Bir Bakış; JAMER 2022;7(1):19-25 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2083457>
- Labrague L.J.,(2022). Emergency room nurses' caring ability and its relationship with patient safety outcomes: A cross-sectional study; *International Emergency Nursing. Int Emerg Nurs*, 2024 Feb;72:101389 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38154194/>
- Lake, E. T., Riman, K. A., & Sloane, D. M. (2020). Improved work environments and staffing lead to less missed nursing care: A panel study. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2157-2165. <https://doi.org/10.1111/jonm.12970>
- Lancaster R.J., Vizgirda V., Quinlan S., Kingston M.B. (2022). To Err Is Human, Just Culture, Practice, and Liability in the Face of Nursing Error. *Nurse Leader*, Volume 20, Issue 5, October 2022, Pages 517-521 <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.06.010>
- Larsaon E., Jigyasa S., Bohrenc M., Tunçalp Ö. (2019). When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bull World Health Organ* 2019;97:563–569 <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.225201>
- Lawati, M.H.A., Dennis, S., Short, S.D., Abdulhadi, N.N.(2014). Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review, Lawati et al. *BMC Family Practice*, (2018) 19:104 <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0793-7>
- Lee S.E., Scott L.D., Dahinten S.V., Vincent C., Lopez K.D., Park C.G. (2017). Safety Culture, Patient Safety, and Quality of Care Outcomes: A Literature Review. *West J Nurs Res*, 2019 Feb;41(2):279-304 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29243563/>
- Lind, D. A., Marchal, W. G., & Wathen, S. A. (2006). Basic statistics for business and economics (Fifth edition). United States: McGraw-Hill Companies.

- Lucero RJ., Lake ET., Aiken LH., (2008). Variations in Nursing Care Quality Across Hospitals. JAN 2009; 65(11):2299-2310. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19737326/>
- Mainz H., Tei R., Vestergaard Andersen K., Lisby M., Gregersen M. (2020). Prevalence of missed nursing care and its association with work experience: A cross-sectional survey; *International Journal of Nursing Studies Advances*, Volume 6, June 2024, 100196 <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100196> https://www.researchgate.net/publication/51045522_Do_Staffing_Levels_Predict_Missed_Nursing_Care
- Manav G., Karademirler Y. (2018). Hasta Güvenliği Kültürü. *JCP* 2018;16(3):103-116 <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/577771>
- Mandal H., Seethalakshmi A. (2023). Experience of missed nursing care: A mixed method study; *Worldviews Evid Based Nurs*, 2023 Jun;20(3):212-219 <https://doi.org/10.1111/wvn.12653>
- Mauti G., Githae M. (2019). Medical error reporting among physicians and nurses in Uganda; *Afr Health Sci*, 2019 Dec;19(4):3107-3117 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32127887/>
- McKillup, S. (2012). *Statistics explained: An introductory guide for life scientists* (Second edition). United States: Cambridge University Press
- Mundy LM, Leet TL. (1998). Early mobilization of patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Chest*, 2003;124(3):883–889. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12970012/>
- Murray M., Sundin D., Cope V. (2016). The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care. *J Clin Nurs*, 2018 Mar;27(5-6):1287-1293 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28771860/>
- Noble D.J., Pronovost P.J. (2010). Underreporting of patient safety incidents reduces health care's ability to quantify and accurately measure harm reduction; *J Patient Saf*, 2010;6:247–50 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21500613/>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory* (2nd Ed.) New York: McGrawHill.
- Oliveira, R. M., Leita, I. M. T. D. A., Aguiar, L. L., Oliveira, A. C. D. S., Gazos, D. M., Silva, L. M. S. D., ... and Sampaio, R. L. (2015). Evaluating the Intervening Factors in Patient Safety: Focusing on Hospital Nursing Staff. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 49(1), 104-113 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25789649/>
- Oskay A., Kılınç M., Sayhan M. (2019). Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Değerlendirilmesi Üzerine Bir Araştırma. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2019, Cilt: 19, Sayı: 2/Yaz: 455-476 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/760896>
- Önal M. (2019) İş Yoğunlaştırmanın Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı İle İlişkisi İncelenmesi (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi,) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul
- Özkan H., Çınar H., Arslan E. (2021). Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ve Etkileyen Faktörler; *Journal of Medical Clinics Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, Temmuz 2024, 7(2) <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/3606781>

- Özdelikara A, Yaman E. (2021). Pandemi Sürecinde Çalışan Hemşirelerin Sağlık Kaygısı Ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi; *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021;6(2):383-399 <http://dx.doi.org/10.47115/jshs.972178>
- Özsaban A., Acaroğlu R., (2022). Karşılanmamış hemşirelik bakımına kavramsal bakış: Bir Delphi çalışması. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2022;9(3): 475-487. https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD-46362-RESEARCH_ARTICLE-OZSABAN.pdf
- Öztürk Z., Ekinci N., Özzeybek Taş M. (2019). Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Ankara’da Bir Hastane Örneği; *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 24, Sayı: 4, Aralık 2022, 1433-1445 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2097084>
- Palalı Adıgüzel V. (2021) (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi,) Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Gaziantep
- Palese A., Ambrosi E., Prosperi L., Guarnier A., Barelli P., Zambiasi P., Allegrini E., Bazoli L., Casson P., Marin M., Padovan M., Picogna M., Taddia P., Salmaso D., Chiari P., Marognoli O., Canzan F., Gonella S., Saiani L. (2012). Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Intern Emerg Med*, 2015 Sep;10(6):693-702 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25840678/>
- Park S.H., Hanchett M., Ma C. (2015). Practice Environment Characteristics Associated With Missed Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*, Volume 50, Issue 6 Nov 2018 Pages577-730 <https://doi.org/10.1111/jnu.12434>
- Piscotty parkRJ, Kalisch B, Gracey-Thomas A, Yarandi H. (2015). Electronic nursing care reminders: Implications for nursing leaders. *J Nurs Adm*, 2015;45 (5):239-242. https://journals.lww.com/jonajournal/fulltext/2015/05000/electronic_nursing_care_reminders_implications.3.aspx
- Price P, Fowlow B. (1994). Research-based practice: early ambulation for PTCA patients. *Can J Cardiovasc Nurs*. 1994;5(1):23–25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8054125/>
- Poudel S., Aryal M., Paudel N. (2019). Assessment of Patient Safety Culture among Nurses at a Tertiary Level Hospital in Kathmandu; *Journal of Karnali Academy of Health Sciences*, 2019 2(3):203-208 https://www.researchgate.net/publication/338360249_Assessment_of_Patient_Safety_Culture_among_Nurses_at_a_Tertiary_Level_Hospital_in_Kathmandu
- Rahmani P., Molaei,Tavani F., Sheikhalipour Z., Behshid M., Khodayari M.T., Zadi akhuleh O. (2021). The relationship between attitude of nurses toward the patient safety and missed nursing care: A predictive study. *Journal of Healthcare Quality Research*, Volume 37, Issue 3, May–June 2022, Pages 138-146 <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.10.007>
- Reason, J. (2000). “Human Error: Models and Management”. *British Medical Journal*. 320. S.768-770. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>
- Recio-Saucedo A., Dall’Ora C., Maruotti A., Topu J., Briggs J, Meredith P., C. Redfern O., Kovacs C., Prytherch D., B Smith G., Griffiths P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *J Clin Nurs*, 2018 Jun;27(11-12):2248-2259. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28859254/>

- Rızalar S., Tural Büyük E., Şahin R., As T., Uzunkaya G. (2013). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler. *DEUHFED*. 2016, 9(1), 9-15 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/753038>
- Risk V.C. (1997). Safety and the dark side of quality. *BMJ*, 314 (7097) (1997), pp. 1775-1776 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9224069/>
- Rocco C., Garrido A. (2017). Patient Safety And Safety Culture. *Revista Médica Clínica Las Condes*, Volume 28, Issue 5, September–October 2017, Pages 785-795 <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.08.006>
- Rooddehghan Z., Karimi H., Mohammadnejad E., Sayadi L., Haghani S., Karimi R. (2020). Missed nursing care in emergency departments: a cross-sectional descriptive study. *BMC Emergency Medicine*, volume 24, Article number: 22 (2024), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38350845/>
- Sabuncu, H. & Ertekin, H. (2022). Hasta Güvenliği ve Kültürü. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 9(83), 1106-1118. <http://dx.doi.org/10.26450/jshsr.3096>
- Saqer, T.J. ve AbuAlRub, R.F. (2018). Missed nursing care and its relationship with confidence in delegation among hospital nurses. *Journal of clinical nursing*, 27(13- 14), 2887-2895. <https://doi.org/10.1111/jocn.14380>
- Sarpong A.A., Arabiat D., Gent L., Afrifa-Yamoah E., Towell-Barnard A.(2021). Nurses' perception of missed nursing care in a Western Australian teaching hospital: A cross-sectional study. *Collegian*, Volume 30, Issue 4, August 2023, Pages 602-611 <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2023.05.005>
- Sarver, W. L. (2019). Investigating the relationship between nursing unit educational composition, teamwork and missed nursing care. Doctoral dissertation, Kent State University. OhioLINK Electronic Theses and Dissertations Center
- Sayek F. (2011). Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, 2011:26-30.
- Schubert M., Glass TR., Clarke SP., Aiken LH., Schaffert-Witvliet B., Sloane DM., De Geest S. (2008). Rationing Of Nursing Care And Its Relationship To Patient Outcomes: The Swiss Extension Of The International Hospital Outcomes Study, *Int J for Qual in Health Care* 2008; 20(4): 227-237. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18436556/>
- Seren İntepeler Ş.(2014). Risk Yönetimi, İçinde Baykal Ü, Türkmen E. Editörler. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi, Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 2014:338- 343
- Seren İntepeler Ş., Dursun, M. (2012). Tıbbi Hatalar Ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 15: 2 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29587>
- Shahri S., Kebriaee A., Seyedi H., Sarafraz Z. (2012). Patient safety climate in medical centers of Kashan; January 2012 1(1):62-72 https://www.researchgate.net/publication/283441820_Patient_safety_climate_in_medical_centers_of_Kashan
- Shasham B.B., Yesera G.E., Abate M.G., Madebo W.E., Ena Digesa L., Choram T.C. (2022). Patient safety culture and associated factors among nurses working at public hospitals in Gamo Zone, Southern Ethiopia; *BMC Health Services Research* (2023) 23:670 <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09671-6>
- Simonetti M., Cerón C., Galiano A., Lake E., Aiken L.H. (2018). Hospital work environment, nurse staffing and missed care in Chile: A cross-sectional observational study; *J Clin Nurs*, 2022 Sep;31(17-18):2518-2529. <https://doi.org/10.1111/jocn.16068>

- Smith, J. G., Morin, K. H., Wallace, L. E., & Lake, E. T. (2018). Association of the nurse work environment, collective efficacy, and missed care; *Western Journal of Nursing Research*, 40(6), 779–798. <https://doi.org/10.1177%2F0193945917734159>
- Sochalski JA. (2004). Is More Beter? The Relationship Between Nurse Staffing and The Quality of Nursing Care in Hospitals, *Med Care* 2004; 42(2): 67-73. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14734944/>
- Sönmez B., İspir Ö., Türkmen B., Duygulu S., Yıldırım A. (2019). The reliability and validity of the Turkish version of the MISSCARE Survey-Patient; *J Nurs Manag*, 2020 Nov;28(8):2072-2080 <https://doi.org/10.1111/jonm.12865>
- Sucu, G., Dicle, A., & Saka, O. (2012). Hemşirelikte klinik karar verme, etkileyen etmenler ve karar verme modelleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9 (1), 52-60 https://jag.journalagent.com/jern/pdfs/JERN_9_1_52_60.pdf
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). Using multivariate statistics (Sixth edition). United States: Pearson Education.
- Taşkıran Eskici G, Baykal Ü. (2021). Karşılanmayan hemşirelik bakımı. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 2021;8(1):104-110 https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD-28190-REVIEW-TASKIRAN_ESKICI.pdf
- Taşkıran, Eskici, G. (2020). Hemşirelikte Ekip Çalışması Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanarak Karşılanmayan Hemşirelik Bakımına Etkisinin İncelenmesi (Yayımlanmış Doktora Tezi,) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul
- Thomas-Hawkins C., Flynn L. (2015). Patient safety culture and nurse-reported adverse events in outpatient hemodialysis units; *Res Theory Nurs Pract*; 2015;29(1):53-65 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25799696/>
- Tubbs-Cooley H.L., C.A., Carle A.C., Mark B.A., Pickler R.H. (2018). Association of Nurse Workload With Missed Nursing Care in the Neonatal Intensive Care Unit; *JAMA Pediatr*, 2019 Jan 1;173(1):44-51 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30419138/>
- Tubbs-Cooley H., Gürses A. (2017). Missed Nursing Care: Understanding and Improving Nursing Care Quality in Pediatrics; *Hosp Pediatr*, 2017 Jul;7(7):424-426 <https://doi.org/10.1542/hpeds.2017-0083>
- Tou, Y. H., Liu, M. F., Chen, S. R., Lee, P. H., Kuo, L. M. ve Lin, P. C. (2019). Investigating missed care by nursing aides in Taiwanese long-term care facilities. *J Nurs Manag*, 2020 Nov;28(8):1918-1928 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31529752/>
- Turgut M. Öztürk N., Işıkçelik F., Ağırbaş İ. (2023). Levels Of And Reasons For Missed Nursing Care From The Patient And Nurse Perspective; *Journal Of Health Sciences*, 2024; 33 (2): 199-207 <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/3541075>
- Türe A., Efe N., Özlü M. (2020). Hemşirelerde Hasta Güvenliği, In book: Güncel Hemşirelik Çalışmaları (pp.1-15) Publisher: Akademisyen Kitabevi
- Türk I., Akgül S., Seçkin M., Tekingündüz S., Zekioğlu A. (2017). Hasta güvenliği kültürü üzerine bir araştırma: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği; *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2018, Vol 5, Issue 1 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/643020>

- Türkmen, E., Baykal, Ü., Seren, Ş., Altuntaş, S. (2011). Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (4), 38-46.
- Tütüncü, Ö., Küçükusta, D., Yağcı, K. (2007). Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği kültürü ve bir ölçme aracı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9 (1), 519-533.
<https://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12397/5446>
- Uyardağ N. (2022). Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Atalet Durumlarının Kaçırılmış Hemşirelik Bakımı İle İlişkisi (Yayımlanmış Doktora Tezi) İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı, İstanbul
- Ülkü H.H., Şahin G. (2017). Hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmeme nedenleri; *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2019,6(3),142-149
https://www.researchgate.net/publication/336348457_Hemsirelerin_Tibbi_Hatalari_Rapor_Etmeme_Nedenleri
- Wake A.D., Tuji T.S., Gonfa B.K., Waldekidan E.T., Beshaw E.D., Mohamed M.A., Geressu S.T. (2021). Knowledge, attitude, practice and associated factors towards patient safety among nurses working at Asella Referral and Teaching Hospital, Ethiopia: A cross-sectional study; *Plos One*, 2021, 16(7): E0254122.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254122>
- Wang, X., Liu, K., You, L., Xiang, J., Hu, H., Zhang, L., et al. (2014). The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2333:1-5.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24418106/>
- Whitney JA, Parkman S. (2004). The effects of early postoperative physical activity on tissue oxygen and wound healing. *Biol Res Nurs*. 2004;6(2):79–89.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15388905/>
- Wilcox, R. R. (2012b). Modern statistics for the social and behavioral sciences: A practical introduction. United States: Chapman & Hall/CRC Press
- Wodds D.M., Thomas E.J., Salon J.L., Weiss K.B., Brennan T.A. (2007). Ambulatory care adverse events and preventable adverse events leading to a hospital admission. *Qual Saf Health Care*, 2007;16:127–31.
<https://qualitysafety.bmj.com/content/16/2/127.short>
- World Health Organization (WHO) (2013) Patient safety assessment manual. Available: http://applications.emro.who.int/dsaf/emropub_2011_1243.pdf.
Erişim tarihi: 05.06.2024
- Yılmaz A. (2020). Hasta güvenliği kültürü kavramının boyutları ile incelenmesi boyutların hasta güvenliği uygulamalarına etkisinin araştırılması; *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2020 Cilt 7 Sayı 3
<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1065435>
- Yılmaz, B., Oskay, Ü. (2021). Perinatal Hasta Güvenliği ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Ordu University J Nurs Stud*, 4(1), (s.123-132).
<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1396909>
- Yılmaz A., Duygulu S. (2014). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi; *Sağlık ve Hemşirelikte Yönetim Dergisi*, 2019, Sayı 3 Cilt 6
https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD_6_3_171_185.pdf

- Yohannes AM, Connolly MJ. (2003). Early mobilization with walking aids following hospital admission with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Rehabil*, 2003;17(5):465–471.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12952150/>
- Yolcu N, Yıldırım Z, İncesu E, Yiğit Y, Çağ Y. (2015). Tekirdağ ili kamu hastanelerinde çalışan hemşireler için hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. *International Anatolia Academic Online Journal*, 2017;3(2):8-18 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/367793>
- Yozgat S. (2022) Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları Ve Tıbbi Hata Durumlarının Belirlenmesi (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi,) İstanbul Okan Üniversitesi Cerrahpaşa Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Anabilim Dalı, İstanbul
- Zabin L., Abu Zaitoun R., Abdullah A., (2021). Patient safety culture in Palestine: university hospital nurses' perspectives; *BMC Nurs*, 2022 Jul 28;21(1):204
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35902859/>
- Zencir, G. ve Eşer, İ. (2015). Hemşirelikte yeni bir kavram: Karşılanamayan hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1), 83-94.
<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/825165>

8. EKLER

EK-1 Kişisel Bilgi Formu

A. Kişisel ve Sosyodemografik Bilgi Formu (EK-1)

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz: () Evli () Bekar
4. Eğitim durumunuz:
() Sağlık Meslek Lisesi () Ön Lisans () Lisans () Yüksek lisans () Doktora
5. Çalışma pozisyonunuz:
() Dahili Servis hemşiresi () Cerrahi Servis Hemşiresi
() Yoğun bakım hemşiresi () Acil hemşiresi () Yönetici hemşire
6. Çalıştığınız Hastane:
() Erişkin Hastanesi () Onkoloji Hastanesi () Çocuk Hastanesi
7. Meslekte toplam çalışma süreniz (ay/yıl olarak yazınız):
8. Bu hastanedeki toplam çalışma süreniz (ay/yıl olarak yazınız):
9. Servis/birimdeki toplam çalışma süreniz (ay/yıl olarak yazınız):
10. Kadro durumunuz:
() Sözleşmeli () Kadrolu
11. Çalışma şekliniz:
() Vardiya () Sürekli gündüz () Sürekli gece
12. Mesai saatleri içinde bakım verdiğiniz ortalama hasta sayısı:
13. Son vardiyanızda bakım verdiğiniz hasta sayısı:
14. Servisinizde hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı:
15. Servisinizde hastaların ortalama yatış gün sayısı:
16. Haftalık ortalama çalışma saatiniz:
17. Haftalık ortalama fazla mesai saatiniz:
18. 8 saatlik çalışma saatiniz de hastaya ayırdığınız ortalama bakım süresi:
() 15 dk ve altı () 16-30 dk () 31-45 dk () 46 dk ve üzeri
19. Servisinizde yapılan hasta bakımları ve tedavileri hangi yöntemle kayıt edilmektedir?
() Manuel () Elektronik () Her İkisinde
20. Meslek hayatınız boyunca sorumlu olduğunuz bir bakımı tamamlama(ya)madığınız veya geciktirdiğiniz oldu mu?
() Evet () Hayır
21. Çalıştığınız birimde hemşire sayısının yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
() Evet () Hayır () Kararsızım
22. Hasta güvenliğine herhangi bir eğitim aldınız mı?
() Evet () Hayır
23. Tıbbi hata rapor etme süreci oluşturdunuz mu?
() Evet () Hayır

Evet ise kaç kez?.....

EK-2 Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ

Hasta güvenliği kültürüne yönelik oluşturulan aşağıdaki ifadeleri, KURUMUNUZDAKİ genel uygulamaları dikkate alarak değerlendiriniz ve size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

Madde No	Hasta Güvenliği Kriterleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.	1	2	3	4
2	Sunulan tüm hizmetler, hasta güvenliği açısından değerlendirilir.	1	2	3	4
3	Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır.	1	2	3	4
4	Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır.	1	2	3	4
5	İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (isim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır.	1	2	3	4
6	Hasta güvenliği için insani ve finansal	1	2	3	4
7	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömoni oranları, düşmeler vb göstergelerden yararlanılır.	1	2	3	4
8	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb göstergelerden yararlanılır.	1	2	3	4
9	Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir.	1	2	3	4
10	Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate	1	2	3	4
11	Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.	1	2	3	4

Madde No	Hasta Güvenliği Kriterleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
12	Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme) çalışılır.	1	2	3	4
13	Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.	1	2	3	4
14	Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreci kullanılır.	1	2	3	4
15	Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.	1	2	3	4
16	Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.	1	2	3	4
17	Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.	1	2	3	4
18	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir.	1	2	3	4
19	Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder.	1	2	3	4
20	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandırmada meslektaşları tarafından cesaretlendirilir.	1	2	3	4
21	Çalışanlar, hatalar oluştuğunda hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır.	1	2	3	4
22	Çalışanlar, hasta güvenliği konusundaki kurumsal hedefleri bilir.	1	2	3	4
23	Çalışanlar, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır.	1	2	3	4
24	Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır.	1	2	3	4

Madde No	Hasta Güvenliği Kriterleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
25	Çalışanlar, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır.	1	2	3	4
26	Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır.	1	2	3	4
27	Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır.	1	2	3	4
28	Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır.	1	2	3	4
29	Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır.	1	2	3	4
30	Tüm çalışanlar (tüm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (risk ve güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme vb) katılır.	1	2	3	4
31	Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalın infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.	1	2	3	4
32	Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.	1	2	3	4
33	Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.	1	2	3	4
34	Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.	1	2	3	4
35	Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.	1	2	3	4
36	Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.	1	2	3	4
37	Oryantasyon programlarında hasta	1	2	3	4

	güvenliği konusuna yer verilir.				
Madde No	Hasta Güvenliği Kriterleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
38	Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır.	1	2	3	4
39	Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.	1	2	3	4
40	Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay-hataları tanımlama ve raporlama süreçleri, vb) eğitimler düzenli olarak verilir.	1	2	3	4
41	Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.	1	2	3	4
42	Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.	1	2	3	4
43	Hasta güvenliği eğitim programlarında, isim vermeden gerçek olay raporlarından yararlanılır.	1	2	3	4
44	Kurumumuzun fiziksel yapısı, hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.	1	2	3	4
45	Mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde, hasta güvenliği kriterleri göz önüne alınır.	1	2	3	4
46	Kurumumuzun tümünde kullanılan malzeme, cihaz ve teknolojiler standardize edilmiştir.	1	2	3	4
47	Kurumumuzda tüm tıbbi kayıtlar elektronik ortamda tutulur.	1	2	3	4
48	Tıbbi malzeme ve ilaçlar için barkodlama sistemleri kullanılır.	1	2	3	4
49	Kurumumuzda kullanılan tüm alet ve ekipmanın bakımı (kalibrasyonu, ayarı) düzenli olarak yapılır.	1	2	3	4
50	Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır	1	2	3	4

Madde No	Hasta Güvenliği Kriterleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
51	Kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınır.	1	2	3	4

Ek-3 Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği

KARŞILANMAMIŞ/VERİLEMEYEN HEMŞİRELİK BAKIM HİZMETLERİ

Bölüm 1- Karşılanmayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri

Hemşirelik bakım hizmetleri çoğunlukla öncelikler oluşturmayı, birçok talebin zamanında karşılanmasını gerektirmesine karşın, hemşireler bazen hastalarına gereken tüm bakımı veremeyebilmektedir. Size göre, biriminizdeki hemşirelik personeli tarafından, aşağıdaki hemşirelik bakım unsurları (siz de dahil) hangi sıklıkta **gerçekleştirilememektedir?**

Cevabınızı verirken yapılmış olması gerekirken yapılmayanları düşünmelisiniz. Örneğin “hastanın hareket ettirilmesine gerek yoksa” bu verilemeyen hemşirelik bakım gereksinimi olarak düşünülmemelidir. Servisinizde hiç yapılmayan hemşirelik bakım aktiviteleri olduğunda “Uygun Değil” seçeneğini işaretlemelisiniz.

	Hiç bir zaman Verilmiyor	Sıklıkla Verilmiyor	Bazen Verilmiyor	Nadiren Verilmiyor	Uygun değil
1.Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma					
2.Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi					
3.Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi					
4.Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi					
5.İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi					

	Hiç bir zaman Verilmiyor	Sıklıkla Verilmiyor	Bazen Verilmiyor	Nadiren Verilmiyor	Uygun değil
6. Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi					
7. Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi					
8. Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi					
9. Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi					
10. Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi					
11. Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi					
12. Hastaya ağız bakımı verilmesi					
13. Ellerin yıkanması					
14. Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme					
15. İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması					
16. Her şifte hastanın değerlendirilmesi					

	Hiç bir zaman Verilmiyor	Sıklıkla Verilmiyor	Bazen Verilmiyor	Nadiren Verilmiyor	Uygun değil
17. Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi					
18. Çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi					
19. Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması					
20. Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi					
21. Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi					

Bölüm 2-Karşılanmayan/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri

Servisinizde çalışan tüm personel tarafından verilemeyen hemşirelik bakım hizmetlerini düşünerek (bu anketin 1. kısmında işaretlediğiniz gibi) servisinizde hemşirelik bakım hizmetlerinin **VERİLEMEME NEDENLERİNİ** aşağıda belirtiniz. Her madde için bir seçeneği işaretleyiniz.

	Önemli bir neden	Orta düzeyde bir neden	Küçük bir neden	Bakımın verilememesi için bir neden değil
1. Çalışan personel sayısının yetersizliği				
2. Acil hasta durumu (örn. Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler)				
3. Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışılan birimde yoğunluk				

	Önemli bir neden	Orta düzeyde bir neden	Küçük bir neden	Bakımın verilememesi için bir neden değil
4. Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. Hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.)				
5. Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması				
6. Hasta dağılımındaki dengesizlik				
7. Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması				
8. Önceki şiften veya gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi				
9. Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn. Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi)				
10. Gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması				
11. Gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması				
12. Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması				
13. Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik				
14. Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu				

	Önemli bir neden	Orta düzeyde bir neden	Küçük bir neden	Bakımın verilememesi için bir neden değil
15. Doktorlarla/Tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu				
16. Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılabilmesi				

EK-4 Ölçek Kullanım İzni

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği [Seçenekler](#)

Ben Bandırma On Yedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yönetim Tezi Yüksek Lisans Programı öğrencisi Derya ÖZCAN. Doç. Dr. Yıldı Akcu-ABA danışmanlığında yürüttüğüm yüksek lisans tez çalışmamda "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" ismini ölçeğinizi izninizle kullanmak istiyorum. İzni için ve geçerlik-güvenirlik yapılan ölçeğin tarafıma ulaştırılmasını rica ediyorum.

Saygılarımla,
Kolay gelsin. İyi çalışmalar!

Derya ÖZCAN
Bandırma On Yedi Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Yönetim Yüksek Lisans Öğrencisi

Konu: İzin
Sayın Dahiye,

Yüksek lisans çalışmamda "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği"ni kullanabiliriz. Ekte ilgili ki makalemizi paylaşıyorum. Kolaylıklar dilerim.

DERYA ÖZCAN

I am graduate-year student of Bandırma On Yedi Eylül University in Turkey
Could you please give me permission to use the MISSCARE Survey-Turkish in our research and send me the original version of the scale

Yours sincerely
Thank you very much
Derya ÖZCAN

[Türkçe diline çevir](#) X

You have my permission to use
My tools for your research.

K-5 Etik Kurul Onayı

Tarih: 13/01/2023 10:45
Sayı: E-1888537/03/01/04
00002607321



00002607321

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KURUL KARARI

<u>OTURUM TARİHİ</u>	<u>OTURUM SAYISI</u>	<u>KARAR SAYISI</u>
27.12.2022	2022/22	2022/22-43
Araştırma Numarası : GO 22/706		Değerlendirme Tarihi : 05.07.2022

Bandırma On Yedi Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Doç. Dr. Yolda Arzu ABA'nın sorumlu araştırmacı olduğu, Hem. Derya ÖZCAN'ın yüksek lisans tezi olan, GO 22/706 kayıt numaralı, "*Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*" başlıklı araştırma önerisi gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 28 Aralık 2022 – 28 Eylül 2023 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan uygun bulunmuştur.

Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

EK-6 Kurum İzni

Kayıt Tarih ve Sayısı: 26.01.2023-78284



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
H.Ü.Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-33939682-000-00002655117
Konu : Tez Çalışma İzni (Derya ÖZCAN)

26.01.2023

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 19/01/2023 tarihli ve 79323455-302.08.01.04.01-E.77411 sayılı yazınız.

İlgi yazınız Erişkin Hastanesi Başhekimliği, İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Başhekimliği, Onkoloji Hastanesi Başhekimliği tarafından değerlendirilmiş olup, üniversiteniz öğrencisi Derya ÖZCAN'ın "Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü İle Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi " konulu tez çalışmasını hastanelerimizde gerçekleştirmesi uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

EK-7 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (KATILIMCILAR İÇİN)

Araştırmacının Açıklaması

Sevgili Katılımcı

Hasta Güvenliği Kültürünün Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı ile İlişkisinin Belirlenmesi başlıklı bu araştırma, Bandırma On Yedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma Hasta Güvenliği Kültürü ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla Hasta Güvenliği Kültürü İle Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı arasındaki ilişki planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 3 bölümden oluşmaktadır. 111 soruluk, 30-40 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Araştırma Ekibi

Doç.Dr. Yıldı Arzu ABA

Hemşire Derya ÖZCAN

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

Kabul ediyorum

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı ve Soyadı	Derya (DEMİR) ÖZCAN
Medeni Hali	Evli
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti
EĞİTİM	
Lise	Çan İbrahim Bodur Anadolu Lisesi
Lisans	Hacettepe Üniversitesi- Hemşirelik
Yüksek Lisans	Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi-Hemşirelikte Yönetim Tezli Yüksek Lisans- Devam ediyor
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	Orta Seviye
MESLEKİ DENEYİM	
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi- Vardiya Sorumlu Hemşiresi -2019-Devam Ediyor	
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi- Genel Cerrahi Covid Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlu Hemşire- Aralık 2020- Şubat 2021	
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi- Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi (3. Basamak)- 2013-2019	
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Türk Hemşireler Derneği	
YAYINLARI	
- Zengin H., Özcan D. (2021), COVID-19 Küresel Salgınında Cerrahi Kliniklerde Hemşire İş Yükünün Hemşirelik Aktivite Aracı ile Değerlendirilmesi, Journal of Health and Nursing Management. 2024;11(1):74-81. https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD_11_1_74_81.pdf - Özcan, D., & Aba, Y. A. (2021) , Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı, Trakya Üniversiteler Birliği V. Lisansüstü Öğrenci Kongresi 2021, Bandırma/ Balıkesir	