



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**HEMŞİRELERİN HASTA SAVUNUCULUĞU TUTUMU İLE
TIBBİ HATA EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Murat AYDAN

Doktora Tezi

Ankara, 2024

HEMŞİRELERİN HASTA SAVUNUCULUĞU TUTUMU İLE
TIBBİ HATA EĞİMLERİ ARASINDAKİ İLİŐKI

Murat AYDAN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2024

KABUL VE ONAY

Murat AYDAN tarafından hazırlanan "Hemşirelerin Hasta Savunuculuğu Tutumu İle Tıbbi Hata Eğilimleri Arasındaki İlişki" başlıklı bu çalışma, 05/01/2024 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Fikriye YILMAZ (Başkan)

Doç. Dr. Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN (Danışman)

Prof. Dr. Gülsün ERİGÜÇ

Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK

Doç. Dr. Gamze BAYIN DONAR

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

05/01/2024

Murat AYDAN

1" Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkânı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım veride herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, **DOÇ. DR. GAMZE YORGANCIOĞLU TARCAN** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Uz. Murat AYDAN

Büyük Türk Milleti'nin yüksek manevi şahsiyetine

ve

Koray'ıma...

TEŞEKKÜR

Hastanelerinde yapılacak çalışmaya izin vererek alicenaplık gösteren saygıdeğer hastane yöneticilerine ve yoğun mesaiyi arasında zaman ayırıp çalışmaya katılma nezaketi gösteren tüm hemşirelerimize;

Akademik ve idari duruşu, sabırlı insancıl kişiliği ve destekleyici tavrı ile liderliğini örnek aldığım ve büyük saygı duyduğum, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı, değerli hocam Sn. Prof. Dr. Gülsün ERİGÜÇ'e;

Çözüm odaklı mantıklı yaklaşımları ile beni etkin şekilde yönlendiren ve bizzat hatırı sayılır emek ortaya koyarak tezimin tamamlanmasını mümkün kılan, değerli tez danışmanım Sn. Doç. Dr. Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN'a;

Tarifsiz desteği, anlayışı ve doğrudan katkısı ile yıllar süren bu meşakkatli süreçteki yoldaşım, kıymetli eşim, Sn. Doç. Dr. Seda AYDAN ile varlığından sonsuz güç aldığım biricik oğlum Koray nezdinde; bana verdikleri değeri ve duydukları güveni her fırsatta gösteren fedakâr ailemin gelmiş-geçmiş her bir ferdine ve tüm dostlarıma en samimi hislerimle şükranlarımı sunuyorum; huzurlarında saygıyla eğiliyorum.

ÖZET

AYDAN, Murat. *Hemşirelerin Hasta Savunuculuğu Tutumu ile Tıbbi Hata Eğilimleri Arasındaki İlişki*, Doktora Tezi, Ankara, 2024.

Hasta savunuculuğu, profesyonel hemşirelik etiğinin doğal bir unsuru ve hemşirelerin çağdaş rollerinden biri olarak kabul edilmiş olup, hemşirelik eğitimi kapsamında da öğretilmektedir. Genel bir tanım olarak “hasta savunucusu”, hastaların kendi sağlıkları üzerinde etkisi olan doktor, sigorta şirketi, işveren, avukat vb. üçüncü taraflarla çalışmalarında onlara yardım eden; hastaların yaşadıkları sorunların çözümüne yardımcı olan ve onu dış unsurlara karşı koruyan kişidir. Sağlık hizmetine bağlı hatalar ise genel itibarıyla “tıbbi hata” olarak ifade edilmektedir. İstatistikler tıbbi hataların ölüm nedenleri arasında üst sıralarda yer aldığına işaret etmektedir. Literatüre göre hemşirelik uygulamaları tıbbi hatalarda önemli yer tutmaktadır. Hemşireler ise hem tıbbi hataya neden olabilecek hem de hataları ya da bunların etkilerini önleyebilecek konumda, kritik önemdeki çalışanlardır. Bu çalışmada, hemşirelerin “hasta savunuculuğu tutumu” ile “tıbbi hataya eğilimleri” arasında ilişki olup olmadığını belirlemek üzere; Ankara’daki bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapmakta olan 274 hemşirenin katıldığı bir araştırma yapılmıştır. Hasta savunuculuğu tutumunu değerlendirmek üzere, Hanks (2010a) tarafından geliştirilmiş olan “Hemşirelikte Korumacı Hasta Savunuculuğu Ölçeği” esas alınarak hazırlanan Türkçe ölçek kullanılmış; tıbbi hataya karşı eğilimi değerlendirmek üzere de Özata ve Altuncan (2010b) tarafından geliştirilmiş olan “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” kullanılmıştır. Her iki ölçekle yapılan ölçüm ve analizler doğrultusunda hemşirelerin “hasta savunuculuğu tutumları” ile “tıbbi hataya eğilimleri” arasında bir ilişki olduğu; hasta savunucusu olarak hareket eden hemşirelerin, tıbbi hata eğilimlerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler

Hasta savunuculuğu, tıbbi hata, sağlık yönetimi, hemşirelik, sağlık

ABSTRACT

AYDAN, Murat. *The relationship between nurses' patient advocacy attitudes and tendency to medical error*, Ph.D. Dissertation, Ankara, 2024.

Patient advocacy is an indispensable aspect of professional nursing ethics and a modern responsibility of nurses. It is an integral part of the nursing education curriculum. A patient advocate is a crucial resource for patients, providing assistance in navigating the complex landscape of healthcare. They work with doctors, insurance companies, employers, and lawyers to ensure that patients receive the best possible care. By resolving issues and protecting patients from external factors, patient advocates play a vital role in improving patient outcomes. It is important to note that medical errors are a significant problem in healthcare, and are unfortunately a leading cause of death according to statistics. The literature unequivocally establishes that nursing practices play a significant role in medical errors. As crucial employees, nurses possess the ability to both cause and prevent medical errors and their effects. This study definitively investigates the relationship between nurses' 'patient advocacy attitude' and their 'tendency to medical errors'. The research was meticulously conducted on 274 nurses working in a training and research hospital in Ankara. To assess patient advocacy attitudes, we confidently utilized a Turkish scale based on the 'Protective Patient Advocacy Scale in Nursing' developed by Hanks (2010a). Additionally, we employed the 'Medical Error Proneness in Nursing Scale' developed by Özata and Altuncan (2010b) to confidently evaluate the tendency towards medical errors. The measurements and analyses conducted using both scales demonstrate a clear relationship between nurses' 'patient advocacy attitudes' and their 'tendency to medical errors'. The research unequivocally indicates that nurses who act as patient advocates are significantly less likely to make medical errors.

Keywords

Patient advocacy, medical error, health management, nursing, health

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: HASTA SAVUNUCULUĞU	4
1.1. SAVUNUCULUK VE HASTA SAVUNUCULUĞU KAVRAMLARI	4
1.2. HEMŞİRELERİN HASTA SAVUNUCULUĞU ROLÜ	8
1.3. HEMŞİRELİKTE HASTA SAVUNUCULUĞUNUN ÖNEMİ	12
1.4. HEMŞİRELİKTE HASTA SAVUNUCULUĞUNUN KAPSAMI	14
1.5. HEMŞİRELİKTE HASTA SAVUNUCULUĞUNUN GELİŞİMİ	21
1.5.1. Kavramsal Gelişim Süreci	21
1.5.2. Hasta Savunuculuğu Modelleri	23
1.6. HASTA SAVUNUCULUĞUNU KOLAYLAŞTIRICI VE ENGELLEYİCİ FAKTÖRLER	26
1.6.1. Kolaylaştırıcı Faktörler	27
1.6.2. Engelleyici Faktörler	32
1.7. HASTA SAVUNUCULUĞUNUN SONUÇLARI	38
1.8. HEMŞİRELİKTE HASTA SAVUNUCULUĞUNA YÖNELİK DÜZENLEMELER	41
2. BÖLÜM: TIBBİ HATALAR	45

2.1. TIBBİ HATA KAVRAMI	45
2.2. HATA YAKLAŞIMLARI	48
2.3. HEMŞİRELİK VE TIBBİ HATA	53
2.4. HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE OLASI TIBBİ HATALAR	56
2.4.1. İlaç Hataları	58
2.4.2. Hastane Kaynaklı Enfeksiyonlar	60
2.4.3. Düşmeler	62
2.4.4. Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar	65
2.4.5. Zayıf İletişimden Kaynaklanan Hatalar	65
2.4.6. Tıbbi Ekipman ve Cihazlarla İlişkili Hatalar.....	67
2.5. TIBBİ HATALARIN ÖNLENMESİ	68
2.5.1. Hasta Güvenliği Kültürünün Geliştirilmesi	69
2.5.2. Tıbbi Hataların Bildirilmesi	72
3. BÖLÜM: HASTA SAVUNUCULUĞU VE TIBBİ HATA	75
4. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM	77
4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	77
4.2. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZLERİ	78
4.3. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ÖLÇEKLER	81
4.3.1. Hemşirelikte Korumacı Hasta Savunuculuğu Ölçeği	82
4.3.2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	83
4.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	84
4.5. VERİ ANALİZİ	85
4.6. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI	86
5. BÖLÜM: BULGULAR	87
5.1. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLERE İLİŞKİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ BULGULARI	87
5.1.1. Hemşirelikte Korumacı Hasta Savunuculuğu Ölçeği'ne İlişkin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Analizleri Bulguları	87

5.1.2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'ne İlişkin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Analizleri Bulguları.....	90
5.2. TANIMLAYICI BULGULAR.....	92
5.3. HİPOTEZ TESTLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	95
5.3.1. Hemşirelerin Hasta Savunuculuğu Tutumlarının Sosyodemografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi.....	95
5.3.2. Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerinin Sosyodemografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi	100
5.3.3. Regresyon Analizine İlişkin Bulgular	105
6. BÖLÜM: TARTIŞMA.....	112
6.1. HEMŞİRELERİN SAVUNUCULUK DÜZEYİ VE SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİNE YÖNELİK DEĞERLENDİRMELER.....	112
6.2. HEMŞİRELERİN TIBBİ HATA EĞİLİMİ VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİNE YÖNELİK DEĞERLENDİRMELER.....	116
6.3. HEMŞİRELERİN HASTA SAVUNUCULUK DÜZEYLERİNİN TIBBİ HATA EĞİLİMİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNE YÖNELİK DEĞERLENDİRMELER.....	119
7. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER.....	122
KAYNAKÇA.....	127
EKLER	154
EK 1. GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU.....	154
EK 2. KATILIMCI BİLGİ FORMU	155
EK 3. HASTA SAVUNUCULUĞU İÇİN KULLANILAN ÖLÇEK	156
EK 4: HEMŞİRELİKTE TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ	158
EK 5. ORJİNALLİK RAPORU	160
EK 6. ETİK KOMİSYON ONAYI	161
EK 7. UYGULAMA İZİNİ	162

KISALTMALAR DİZİNİ

AACN	Amerikan Hemşirelik Okulları Birliği <i>American Association of Colleges of Nursing</i>
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AHRQ.....	Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANA.....	Amerikan Hemşireler Derneği <i>American Nurses Association</i>
ANAI	Amerikan Hemşireleri Savunuculuk Enstitüsü <i>American Nurses Advocacy Institute</i>
HEMAR-G.....	Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği
HFACS	İnsan Faktörleri Analiz ve Sınıflandırma Sistemi <i>The Human Factors Analysis and Classification System</i>
HIPAA.....	Sağlık Sigortası Taşınabilirlik ve Sorumluluk Yasası <i>Health Insurance Portability and Accountability Act</i>
HTHEÖ.....	Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği
ICN	Uluslararası Hemşireler Konseyi <i>International Council of Nurses</i>
IOM.....	Tıp Enstitüsü <i>Institute of Medicine</i>
JCAHO	Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu <i>The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
NCI	(Birleşik Devletler) Ulusal Kanser Enstitüsü <i>National Cancer Institute</i>
PNAS.....	Hemşirelikte Korumacı Hasta Savunuculuğu Ölçeği <i>Protective Nursing Advocacy Scale</i>
TDK.....	Türk Dil Kurumu
TÜBA.....	Türkiye Bilimler Akademisi

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hemşirelikte Hasta Savunuculuğu Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi Bulguları	90
Tablo 2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi Bulguları	92
Tablo 3. Araştırma Kapsamındaki Hemşirelerin Sosyodemografik Bulguları	93
Tablo 4. Araştırma Kapsamında Bağımlı Değişkenlere ve Alt Boyutlara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	94
Tablo 5. Hasta Savunuculuğu Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Değerlendirilmesi	95
Tablo 6. Hasta Savunuculuğu Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	96
Tablo 7. Hasta Savunuculuğu Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	96
Tablo 8. Hasta Savunuculuğu Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Eğitim Düzeyine Göre Değerlendirilmesi	97
Tablo 9. Hasta Savunuculuğu Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Hemşirelikteki Görev Süresine Göre Değerlendirilmesi	98
Tablo 10. Hasta Savunuculuğu Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Hemşirelerin İdari Görevinin Olup Olmaması Durumuna Göre Değerlendirilmesi	98
Tablo 11. Hasta Savunuculuğu Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Hemşirelerin Hizmet Verdikleri Günlük Hasta Sayısına Göre Değerlendirilmesi	99
Tablo 12. Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Alt Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Değerlendirilmesi	100
Tablo 13. Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	101
Tablo 14. Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	102
Tablo 15. Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Alt Boyutlarının Eğitim Düzeyine Göre Değerlendirilmesi	102

Tablo 16. Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Alt Boyutlarının Hemşirelikteki Görev Süresine Göre Değerlendirilmesi	103
Tablo 17. Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Alt Boyutlarının İdari Görevin Olup Olmamasına Göre Değerlendirilmesi	104
Tablo 18. Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Alt Boyutlarının Hizmet Verilen Günlük Hasta Sayısına Göre Değerlendirilmesi	105
Tablo 19. Hasta Savunuculuğu Boyutlarının İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi	106
Tablo 20. Hasta Savunuculuğu Boyutlarının Hastane Enfeksiyonları Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi	107
Tablo 21. Hasta Savunuculuğu Boyutlarının Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi	108
Tablo 22. Hasta Savunuculuğu Boyutlarının Düşmeler Boyutu Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi	109
Tablo 23. Hasta Savunuculuğu Boyutlarının İletişim Boyutu Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi	110
Tablo 24. Hasta Savunuculuğu Boyutlarının Tıbbi Hata Eğilimi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi	111

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Hemşirelikte savunuculuk sürecinin öğeleri	20
Şekil 2. Hasta savunuculuğunda hemşirelik modeli	24
Şekil 3. Savunuculuk öğelerinin kavramsal modeli	26
Şekil 4. Hemşirelerin hasta savunuculuğunu etkileyen unsurlara ilişkin algıları	31
Şekil 5. İsviçre Peyniri Modeli.....	51
Şekil 6. Araştırma modeli	79
Şekil 7. Hemşirelikte Korumacı Hasta Savunuculuğu Ölçeğine ilişkin Yol Şeması.....	89
Şekil 8. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'ne ilişkin Yol Şeması.....	91

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde artan teknoloji kullanımı, artan maliyetler, hemşirelerin değişen rolü, bireysel haklar ve kaynak tahsisine ilişkin sorunlar uygulamada etiğe daha fazla dikkat edilmesini gerektirmiştir (Negarandeh ve diğerleri, 2008, s. 458). Tıp etiği alanında öne çıkan temel konulardan biri ise, yaşama hakkının uzantısı olan hasta haklarıdır. İnsan onurunun ve bütünlüğünün korunmasını ve hastaya birey olarak saygı duyulmasını amaçlayan çabalar sonucunda hasta hakları konusu, son yıllarda sağlık hizmeti tartışmalarında önemli bir yer tutmaktadır (Kaya, 2010, s. 1).

Hasta haklarını korumada, “*kendisiyle ilgili olaylarda kontrolü elinde tutması için gücü hastaya yöneltmek*” şeklinde tanımlanan savunuculuk, önemli bir rol olarak görülmektedir (Ardahan, 2003, s. 23; Kaya, 2010, s. 2). Hasta savunuculuğu rolü, temelde hasta ve insan haklarına dayandığı için etik değerlerle yakından ilişkilidir (Çiftçioğlu Yalçın ve Tunç, 2022, s. 27). Hasta savunuculuğunun temel amacının hastayı kendi özerkliği içerisinde bağımsız bir birey haline getirebilmek olduğu belirtilmektedir (Kaya, 2010, s. 147). Bu amaç doğrultusunda, hasta haklarının korunması ve savunuculuk rolünün gerçekleştirilmesinde, hemşirelerin öncelikli olarak yer aldığı vurgulanmaktadır (Ardahan, 2003, s. 23; Goodman, 2014, s. 668).

“Hastayı savunma” olgusunun ilk olarak hemşirelik hizmet kuramları çerçevesinde ortaya çıktığı görülmektedir. “Hasta savunuculuğunun” etik olmayan, yasa dışı ya da beceriksizce uygulamalar nedeniyle bireylerin ya da bir bütün olarak toplumun zarar görmesi söz konusu olduğunda, olası bu zarara karşı birey ya da toplumun sağlık ve güvenliğini koruma yaklaşımı, stratejisi, eylemi ve süreci olarak kavramsallaştığı söylenebilir. Bu anlamda hasta savunuculuğu, sağlık çalışanlarının sorumluluğu olarak görülmekte, profesyonel hemşirelik etiğinin doğal bir unsuru ve hemşirelerin çağdaş rollerinden biri olarak kabul edilmekte, hemşirelik eğitimi kapsamında da öğretilmektedir.

Hemşireler sağlık hizmeti sunumunda ön saflarda yer aldıklarından tıbbi hataların önlenmesi, hasta güvenliğinin artırılması, bakım kalitesinin iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve sağlık hizmetlerinde verimliliğin artırılması gibi birçok konuda etkili olabilmektedir. Bu nedenle hemşireler sağlık sistemlerindeki

eksiklikleri görerek ve sonuçlarını değerlendirerek ülkelerin sağlık politikalarını şekillendirmede etkili olmaktadır (Chippis ve diğerleri, 2011, s. 302; Yıldırım ve diğerleri, 2012, s. 570). Hemşirelerin bu kapsamlı rolleri arasında hasta savunuculuğu büyük önem taşımaktadır. Beyea (2005, s. 1046) hemşirelerin savunuculuğunun, hastaları sağlık hizmeti aldıkları süre boyunca güvende tutmada kritik bir rol oynadığını belirtmiştir.

Sağlık hizmetlerinde çeşitli nedenlerle hasta savunuculuğuna ihtiyaç duyulmaktadır. İlgili literatür, hastaların hastanelerde kendilerini yaralayan veya ölüme yol açan istenmeyen olaylarla karşılaştığını belgelemektedir. Ayrıca birçok hastanın yoksulluk, kötü ilişkiler, madde kullanımı ve tıbbi kaygılara neden olabilecek diğer faktörlerden kaynaklanan sorunları vardır. Sağlık sistemi de genellikle; yüksek maliyetler, sağlık çalışanlarının dikkat eksikliği ve doktorlar ile hastalar arasındaki zayıf iletişim gibi nedenlerle hastaların sorun yaşamasına yol açabilir (Jansson ve diğerleri, 2015, s. 561). Bu durumlarda hastalar savunulmaya ihtiyaç duyabilirler. Hasta savunuculuğu rolü pek çok biçimde ifade edilmekle birlikte, bunlardan birinin hastanın güvenliği veya iyiliği söz konusu olduğunda sesini yükseltmek olduğu belirtilmektedir (Shannon, 2016, s. 43). Böylece hasta savunuculuğunu benimseyen hemşirelerin tıbbi hata durumunda seslerini yükseltecekleri ve kendilerinin hastaların güvenliğini tehlikeye atacak yönde tıbbi hatadan kaçınacakları düşünülmektedir.

Sağlık hizmeti kaynaklı hatalar genel itibariyle “tıbbi hata” olarak ifade edilmektedir. İlaç hataları, uygunsuz transfüzyonlar, cerrahi yaralanma ya da yanlış bölge ameliyatları, intihar, düşme, yanıklar, hatalı hasta tanımlaması gibi istenmeyen durumlar sıkça karşılaşılabilecek tıbbi hatalara örnektir. İstatistikler tıbbi hataların etkilerinin hayatî boyutta olduğuna ve dünya genelinde her yıl 2 milyondan fazla insanın güvenli olmayan sağlık hizmeti nedeniyle yaşamlarını yitirdiğine işaret etmektedir (WHO, 2019). Bu nedenle tıbbi hataların önlenmesi her anlamda büyük önem taşımaktadır.

Tıbbi hataların bir bölümü hemşirelik uygulamalarından kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte, diğer sağlık çalışanları tarafından yapılması olası bazı hatalar, hemşireler tarafından fark edilebilmekte ve önenebilmektedir. Dolayısıyla hem tıbbi hataya neden

olabilecek hem de tıbbi hataları önleyebilecek konumda bulunan hemşireler bu anlamda kritik öneme sahiptirler.

Çalışmada, hemşirelerin “hasta savunuculuğu tutumu” ile “tıbbi hataya eğilimleri” ele alınacaktır. Hasta savunuculuğuna karşı tutumu değerlendirmek üzere, Hanks (2010a) tarafından geliştirilmiş olan “Hemşirelikte Korumacı Hasta Savunuculuğu Ölçeği”; tıbbi hataya karşı eğilimi değerlendirmek üzere ise Özata ve Altuncan (2010b) tarafından geliştirilmiş olan “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” kullanılmıştır. Her iki ölçekle yapılacak ölçümler doğrultusunda hasta savunuculuğu tutumu ile tıbbi hataya eğilim arasındaki ilişki irdelenmiştir.

Tez çalışması sekiz bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde “Hasta Savunuculuğu” kapsamında; hasta savunuculuğu kavramı, hemşirelikte hasta savunuculuğu rolü ve önemi, hasta savunuculuğu kavramının kapsamı ve gelişimi, hasta savunuculuğunu kolaylaştırıcı ve engelleyici faktörler, hasta savunuculuğunun sonuçları ve hasta savunuculuğuna yönelik etik ilke ve politikalar ele alınmıştır. İkinci bölümde “Tıbbi Hata” kapsamında; tıbbi hata kavramı, hemşirelerin rolü ve önemi, hemşirelikte olası tıbbi hatalar ve tıbbi hataların önlenmesi konularına yer verilmiştir. Üçüncü bölümde ise hasta savunuculuğu ile tıbbi hata arasındaki ilişki literatür çerçevesinde ele alınmıştır. Dördüncü bölüm araştırmanın yöntemine ilişkin bilgileri içerirken, beşinci bölümde bulgulara, altıncı bölümde tartışmaya yer verilmiştir. Yedinci ve sekizinci bölümlerde ise araştırma doğrultusunda varılan sonuçlar ve bu bağlamda geliştirilen öneriler sunulmuştur.

1. BÖLÜM: HASTA SAVUNUCULUĞU

Birinci bölümde öncelikle savunuculuk ve hasta savunuculuğu kavramları tanımlanacak, sonrasında hemşirelikte hasta savunuculuğu rolü ve önemi ve hasta savunuculuğunun kapsamı incelenecektir. Ayrıca, hasta savunuculuğu kavramının gelişimi ve savunuculuk modelleri ele alınacaktır. Daha sonra, hasta savunuculuğunu kolaylaştıran ve engelleyen faktörler ele alınarak hasta savunuculuğunun sonuçlarına değinilecektir. Son olarak ise, hasta savunuculuğuna yönelik etik ilke ve politikalar ele alınacaktır.

1.1. SAVUNUCULUK VE HASTA SAVUNUCULUĞU KAVRAMLARI

Savunuculuk, kelime anlamı olarak savunu (savunma) eylemidir. Bu eylem saldırıya karşı koyma veya müdafaa biçiminde olabileceği gibi bir kişi, eylem ya da düşünceyi haklı göstermeyi amaçlayan bir yazı ya da konuşma biçiminde de olabilir (Dil Derneği, 2018). Çeşitli bilim dallarında terim olarak da kullanılan bu ifadeye belirli bir durum ya da olaya karşı direnme, olası saldırılara karşı önlem alma gibi anlamların da atfedildiği görülmektedir (TÜBA, 2013).

Hasta savunuculuğunun İngilizce karşılığı olan “patient advocacy” kavramında yer alan “advocacy” kelimesi “bir vakayı veya öneriyi destekleme yahut bir şeyi savunma eylem veya süreci” şeklinde tanımlanmaktadır (Merriam-Webster, t.y). Mallik (1997a) bu kelimenin etimolojik köklerinin 15. yüzyıla kadar uzandığını, Latince’de “ad” önekinin “yapma”, “vocare” sözcüğünün de “seslenme, çağrı” anlamı taşıdığını; dolayısıyla “advocate” sözcüğünün de “birinin gerekçesini yargı huzurunda savunma” anlamı taşıdığını belirtir (Mallik, 1997a, s. 131). Grace (2001, s. 154) “advocacy” teriminin 14. yüzyıl Fransızca’sında “bir avukatın işlevi, savunuculuk işi, müdafaa eden veya destekleyen” anlamını taşıyan “advocacie” sözcüğüne dayandığını; “advocate” teriminin ise Latince’de “birinin davasına yardım etmek için mahkemeye çağırılan kişi” anlamına gelen “advocatus” sözcüğünden türetildiğini belirtmiştir.

Galer-Unti ve diğerleri (2010, s. 182) savunuculuk faaliyetlerinin siyasi (lobicilik vb.) veya sosyal (sesi duyulmayanlar adına sözcülük vb.) şekilde olabileceğini belirtmişler ve

savunuculuğu “bir amaç veya öneriyi destekleyici faaliyetler” olarak tanımlamışlardır. Nitekim bir başkası adına yapılan savunuculuk eylemi, profesyonelleşmiş biçimiyle “avukatlık” olarak da ortaya çıkmaktadır. Avukat, hukuki anlamıyla “hak ve yasa işlerinde isteyenlere yol göstermeyi, mahkemelerde, devlet dairelerinde başkalarının hakkını aramayı, korumayı meslek edinen ve bunun için yasanın gerektirdiği koşulları taşıyan kimse, savunman” olarak tanımlanırken (Dil Derneği, 2018; TDK, 2023), mecazi olarak da “gerekmediği hâlde başkasını savunan, onun adına konuşan kimse” anlamını taşır (TDK, 2023).

Galer-Unti ve diğerleri (2010, s. 182) sağlığın geliştirilmesi programları için savunuculuğun büyük bir öneme sahip olduğunu belirtmişlerdir. Bir birey, paydaş veya katılımcı açısından savunuculuğu “bir programa önderlik etmek, finansman için mücadele etmek, programın sürdürülmesi veya belirli bir sağlık sorununun ele alınması ve sağlık eşitsizliklerinin ortadan kaldırılması için başkalarının da katılımını sağlamak” olarak tanımlamışlardır.

Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme Terminolojisi Ortak Komitesi, savunuculuğu “bireylerin veya grupların belirli bir nüfus, sağlık hedefi, programı veya çıkarı için toplumsal veya kurumsal değişim yaratma girişiminde bulunma süreci” olarak tanımlamıştır (Gold ve Miner, 2002, s. 6). Allegrante ve diğerleri (2009, s. 480) bu tanıma benzer şekilde savunuculuğu, “bireylerin ve toplumların sağlıklarını ve refah düzeylerini iyileştirmek için onlarla birlikte ve onlar adına savunuculuk yapmak ve hem sağlığı iyileştirebilecek hem de toplumun varlığını güçlendirebilecek eylemlerde bulunma kapasitelerini geliştirmek” olarak tanımlamışlardır. Sağlığın teşviki, geliştirilmesi ve sağlık eğitiminde akreditasyon konusunda uluslararası işbirliği sağlamaya yönelik olarak 2008 yılında düzenlenen *Galway Uzlaşma Konferansı Bildirgesi'nde*; savunuculuk, sağlığın etkili şekilde teşviki ve geliştirilmesini sağlamak için gerekli olan sekiz temel yetkinlik alanından biri olarak sayılmıştır. Bu bildirmede savunuculuk “bireyler ve toplumların sağlık ve iyilik halinin geliştirilmesi ve kapasiteleri artırılarak hem sağlıklarını iyileştirecek hem de toplum varlıklarını güçlendirecek eylemlerde bulunmalarının sağlanması için bireyler ve toplumlar ile birlikte ve onlar adına savunuculuk yapılması” olarak belirtilmiştir (Fertman ve diğerleri, 2010, s. 17-18).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin bir ögesi olan hasta savunuculuğu ise “sağlık kararları hakkında bilgi sağlama ve alınan kararlara destek sağlamanın yanı sıra, sağlık hizmeti kullanıcılarının bağımsızlığını ve özerkliğini teşvik etmeyi amaçlayan bir süreç” olarak tanımlanmıştır (Heck ve diğerleri, 2022, s. 1015). Bu ve Jezewski (2007, s. 104)’ye göre hasta savunuculuğu “hastaların haklarını, çıkarlarını ve değerlerini korumak ve/veya güvence altına almak için bir dizi eylemden oluşan bir süreç veya stratejidir”. Hasta savunucusu ise “avukat, arkadaş, hemşire, kamu denetçisi, hekim veya sosyal hizmet uzmanı gibi hastanın haklarını savunan ve koruyan kişi” olarak tanımlanmıştır (Medical Dictionary, 2009). Birleşik Devletler Ulusal Kanser Enstitüsü’ne (*National Cancer Institute* [NCI]) göre ise hasta savunucusu; “hastaların kendi sağlıkları üzerinde etkisi olan doktor, sigorta şirketi, işveren, avukat vb. üçüncü taraflarla çalışmalarında onlara yardım eden kişidir” (NCI, 2017). Hasta savunucusu sağlık bakımı, sağlık kuruluşuna erişim, bakımın gizliliği, tedavi masrafları, tanı ya da tedavi sonrası çalışma hakkı ya da tıbbi durumu nedeniyle işten ayrılması gibi konularda hastanın yaşadığı sorunların çözümüne yardımcı olan (Beyea, 2005; NCI, 2017) ve onu dış unsurlara karşı koruyan kişidir (Hanks, 2005).

Hasta savunuculuğu, hastaların çözülmemiş sorunlarını ele almak için sağlık uzmanları tarafından dünya çapında öncelik verilen bir alan olup (Jansson ve diğerleri, 2015, s. 561), kişisel ve mesleki açıdan değerlendirilebilecek sosyal bir konudur (Davoodvand ve diğerleri, 2016, s. 6). Jansson (2011, s. 2-3) sağlık hizmeti alan pek çok insanın karşılaştığı sorunları şu şekilde sıralamıştır: sağlık hizmetini finanse edememe, standartları karşılamayan sağlık hizmeti, hastaların bilinçli seçimler yapmasını engelleyecek yetersiz ve yanlış bilgilendirme ve gizliliğin ihlal edilmesi gibi etik hak ihlalleri, hastaların kültürleriyle bağdaşmayan hizmetler alması, yetersiz koruyucu bakım, hastaların kaygı, depresyon gibi zihinsel rahatsızlıklara sahip olması, sağlık programları ve hizmetlerine yönlendirmede eksiklik olmak. Jansson (2011, s. 3)’a göre pek çok kişi, sağlık sistemi hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları, sistemden korktukları, tazminat davaları için zamanlarının olmadığı, misillemeden korktukları veya aile üyeleri ve arkadaşları tarafından cesaretlendirilmedikleri için bu yedi sorunun ele alınmasında sağlık profesyonellerinin yardımına ihtiyaç duyar.

Jansson (2011, s. 3) sağlık profesyonellerinin savunuculuk rollerini iki düzeyde tanımlamıştır. Vaka savunuculuğu olarak tanımladığı ilk düzeyde, sağlık

profesyonellerinin, hastaların kişisel refahlarını artıracak olan ve (muhtemelen) başka türlü kendilerine verilmeyecek olan hizmetleri ve hakları elde etmelerine yardımcı olmaları gerekir. Sağlık profesyonellerinin kurumlarında, topluluklarında ve daha geniş olarak toplumda vaka savunuculuğu ihtiyacını yaratan işlevsiz politikaları değiştirmelerine yardımcı olmak için ise, politika savunuculuğu olarak ifade edilen ikinci düzey savunuculuk çerçevesine ihtiyaçları vardır.

The Joint Commission (t.y) bir hasta savunucusunun genel amacının, sonraki adımda kendi kararlarını verebilmeleri için hastalara ve bakıcılara ihtiyaç duydukları desteği ve eğitimi sağlamak olduğunu belirtmektedir. Savunucular, hastanın “arkasını kollar” ve sağlık sistemindeki yolculuklarının mümkün olduğunca sorunsuz geçmesine yardımcı olurlar. Tıbbi tedavi gören herkes kendisini destekleyecek, sağlık personeli ile iletişimini kuracak, soru sormasına yardımcı olacak, kendi yerine not tutabilecek ve hasta merkezli bakım görmesini sağlayacak birine sahip olması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu kişi, The Joint Commission (t.y) tarafından “hasta savunucusu” olarak tanımlanmıştır. Bir savunucu aynı zamanda başkalarından destek almaya yardımcı olabilir ve genellikle bakımı ve tedavisi boyunca hastanın ihtiyaçlarını destekleyebilir (The Joint Commission, t.y). Avrupa Jinekolojik Kanseri Hasta Dernekleri Birliği (*The European Network of Gynaecological Cancer Advocacy Groups*) (2018, s. 4) ise hasta savunuculuğunun amacını, hastaların ihtiyaçlarını merkeze almak, tüm sağlık hizmetlerinin hastaların gerçek yararına odaklanmasını sağlamak ve hastaların kendileri hakkındaki tüm kararlarda eşit paydaş olarak saygı görmesini sağlamak olarak belirtmiştir.

Hasta savunuculuğu, sağlık profesyonellerinin tümü tarafından uygulanmakta olup (Hanks, 2010a, s. 255), bu alanda hizmet sunan çeşitli örgütler tarafından da üstlenilmektedir. Bu örgütler hasta hakları konusunda farkındalık oluşturmaya çalışmakta, yasa yapıcılara bu yönde talepler iletmekte, sigorta sorunları ve hizmete erişim sıkıntıları ile ilgilenmekte ve karmaşık formalite işlemleri yanı sıra yapacakları görüşmelerde hastalara doğrudan eşlik etmektedirler (PAF, 2012; EHHD, 2016; NPAF, 2017).

Hasta savunuculuğu, tıbbi kararlar alınırken sağlık hizmetinden yararlanan tarafların beklentilerinin de dikkate alınmasını sağlamak amacıyla, hasta ve yakınlarının istek ve

ihtiyaçlarını temsil etmenin etik uygulaması olarak da görülmektedir (McGrath ve Phillips, 2009, s. 165). Hasta savunuculuğunun önemini; ağrı yönetimi (Ware ve diğerleri, 2011), kültürel güven (Ronnebaum ve Schmer, 2015), akıl sağlığı (Jugessur ve Iles, 2009), yaşam sonu bakımı (McSteen ve Peden-McAlpine, 2006; Thacker, 2008; Hebert ve diğerleri, 2011; Filiz ve Dikmen, 2017), ocuk hemşireliği (zakar Akça ve Gzen, 2013), vaka yönetimi (Tahan, 2016) ve hasta katılımı (Guglielmi ve diğerleri, 2014) gibi farklı konu ve alanlarda vurgulayan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır.

1.2. HEMŞİRELERİN HASTA SAVUNUCULUĞU ROLÜ

Hasta savunuculuğu, hastaların çözülmemiş sorunlarını ele almak için dünya çapında sağlık uzmanları tarafından öncelik verilen bir faaliyet olarak tanımlanmaktadır (Jansson ve diğerleri, 2015, s. 561). Savunuculuğun, profesyonel sağlık hizmeti sunucularının hastaların refahını artırmadaki rolünün ayrılmaz bir parçası olduğu belirtilmektedir (Vaartio ve Leino-Kilpi, 2005, s. 705). Pek çok hasta savunulmaya ihtiyaç duyar ve hastaların savunucusu olmak sağlık profesyonellerinin tümü için önemli bir roldür (Shannon, 2016, s. 43). Savunuculuk diğer sağlık profesyonelleri tarafından da uygulanması nedeniyle sadece hemşirelere özgü bir rol olmamakla birlikte, pek çok nedenle hemşireler için daha önemli bir roldür (Hanks, 2010a, s. 255). Moore ve McAuliffe (2012, s. 339) birçok durum için hemşirelerin en etkili hasta savunucuları olduklarını belirtmektedir. Goodman (2014, s. 669) da hemşirelerin hastanın birincil savunucusu olduğunu vurgulamıştır. Hastalar açısından da savunuculuk, profesyonel hemşireliğin temel bir değer olarak kabul edilmektedir (Hanks, 2010a, s. 255).

Hemşirelik insan sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir yere sahip olan mesleklerin başında gelmektedir. Hemşirelik mesleğinin öneminin; hemşirenin, insanın kendisine yeterli olamadığı durumlarda, onun eli, ayağı, gözü olabilen, onu koruyup kollayan ve savunuculuğunu yapan bir konumda olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (Uyer, 2010).

Hemşirelik mesleğinde savunuculuk kavramı, bireylerin kendi iyilik halini geliştirmesinde hemşirelik uygulamalarının destek olması gerektiği felsefesinden ortaya çıkmış ve bir uygulama etiği olarak tanımlanmıştır (Curtin, 1979, s. 1). Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin (*International Council of Nurses*, [ICN]) 1973 yılında mesleki ilkelerinde

tanıttığı savunuculuk kavramı, o zamandan beri hemşirelik literatüründe yer almış ve hemşirelik etiğinin de temel kavramlarından biri olarak kabul edilmiştir (Vaartio ve Leino-Kilpi, 2005, s. 705).

Hasta savunuculuğu, profesyonel hemşirelik bakımının önemli bir ögesidir ve pek çok hemşire tarafından da temel bir değer olarak kabul edilmektedir (Hanks Jr., 2008, s. 1). Gaylord ve Grace (1995, s. 11), hasta savunuculuğunun çoğunlukla hemşire-hasta ilişkisini tanımlamak için kullanıldığını ve sadece hasta hakları savunuculuğu ile sınırlı olmadığını ifade etmişlerdir. Hasta savunucusu olarak hemşireler, hasta için en iyi olanı teşvik ederek, ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayarak ve onların haklarını koruyarak, hastanın yararına hareket ederler (Moore ve McAuliffe, 2012, s. 332). Hasta savunuculuğu, hastalara anlaşılır sağlık hizmeti seçenekleri sunan ve hastaları sağlık hizmeti tercihleri konusunda destekleyen hemşireleri kapsamına almaktadır (Curtin, 1979).

Savunuculuğun hemşirelik mesleğinde önemli bir rol olmasının en önemli nedenlerinden biri hemşirelerin, hastalarla diğer sağlık profesyonellerinden daha fazla zaman geçirmeleri ve hastalar ve ailelerinin bakımında merkezi bir rol oynamalarıdır (Zomorodi ve Foley, 2009, s. 1746). Hemşireler, hastalara diğer sağlık profesyonelleri tarafından sunulan sağlık hizmeti, tedavi ve ilaçlar sonrasında veya yaralanmaları ya da hastalıkları sonrasındaki iyileşme sürecinde hastaları takip ederler. Dolayısıyla, hemşireler, hastaların başucunda olan, tedavilere verdikleri tepkileri izleyen ve koşulları değerlendiren sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle, bir hemşire, hastanın tedaviye zayıf yanıt verme durumunu veya oluşabilecek sorunlara işaret eden tepki ve değişimleri fark etme olasılığı en yüksek olan sağlık ekibi üyesidir. Hemşirenin görevi, hastanın güvenliğinin risk altında olabileceğine inandığı veya bundan endişe ettiği durumda, zamanında ve acil bir şekilde bunu dile getirmektir (Shannon, 2016, s. 43).

Hemşireler, hastaların güven duymalarını sağlayacak ilişkiler geliştirme potansiyeline sahiptir. Hastalar, hemşirelerinin endişe duydukları konuları destekleyeceğine ve bunları çözeceğine güvenirlere. Hemşireler sürekli olarak hastalara yakın ve erişilebilir durumdadır, bu nedenle genellikle bir hastanın etik kaygılarını ilk tespit eden kişi olarak bu kaygıları sağlık ekibinin diğer üyelerine aktarmada aracı ya da haberci konumunda

olurlar (Schroeter, 2002, s. 941). Diğer taraftan hemşireler, hastaları hastalıklarının ötesinde; kişilik özellikleri, yaşam tarzı, ailesi ve arkadaşlarıyla ilişkisi ve rolleri ile bir bütün olarak gören, hastanın yaşamındaki pek çok alana tanık olan kişilerdir. Bu nedenle savunuculuk, diğer sağlık çalışanlarının da sorumluluğu olmasına rağmen hemşirelerin hastalarına bütüncül bakış açısıyla bakmaları nedeniyle, hemşirelik uygulamasının merkezi bir rolünü oluşturmaktadır (Hanks, 2010b, s. 97; Filiz ve Dikmen, 2017, s. 96).

Hemşirelerin savunucu olarak hareket etmelerinde hemşirelerin özelliklerinden kaynaklanan nedenler de rol oynamaktadır. Örneğin, hemşirenin içsel özellikleri, bir savunucu olarak hareket etme yeteneğindeki kritik faktörlerden biri olarak gösterilmektedir. Hemşirenin benlik kavramı, kişisel değerleri, güven duygusu ve kişisel inançları hemşirenin savunuculuk eylemlerinde rol oynar. Hemşireler, ihtiyaçları karşılanmamış olan savunmasız hastalarla veya hastaya karşı ahlaki yükümlülük duyguları içeren durumlarla karşı karşıya kaldıklarında savunma ihtiyacı hissederler (Hanks, 2010b, s. 99).

Hemşirelerin mevcut sağlık sisteminin olumlu ve olumsuz yanlarını doğrudan gözlemlemek için sahip oldukları pek çok fırsat, hastaların halihazırda aldığı veya almadığı bakımla ilgili ihtiyaçları ve endişeleri belirlemelerine olanak tanır. Ayrıca, hemşirelik, yıllardır en güvenilir mesleklerden biri olarak seçilmektedir (Maryland ve Gonzalez, 2012, s. 2). Amerikan Hemşireler Derneği (*The American Nurses Association* [ANA]) bu durumun, hemşirelerin her gün sergiledikleri adanmışlığın bir kanıtı olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin temel hizmetleri sağlaması, hasta ihtiyaçları hakkında bilgi sahibi olmaları, sağlık hizmeti sunulan çeşitli ortamlarda ve sosyal gruplarda sağlık hizmeti kullanıcıları ile yakın etkileşim içinde olmaları gibi nedenler hemşirelerin geniş çerçevede sağlık ihtiyaçlarının farkında olmalarını ve sağlık hizmeti sunumunu etkileyen faktörleri anlamalarını sağlamakta; bu nedenle de hemşireler savunuculuk rolünü üstlenmektedirler (ANA, 2020).

Geleneksel olarak, klinik karar verme doktorun rolü olmakla birlikte, bu kararlar ilgili müdahaleler (ağrı kontrolü, işlem sonrası bakım ve semptom yönetimi) büyük ölçüde hemşirelere aittir. Hemşirelerin hekimlerin isteklerini yerine getirme yükümlülüğü vardır ve bu durum bazen istekleri sorgulayan hemşireler için sıkıntıya neden olabilmektedir

(Zomorodi ve Foley, 2009, s. 1747). Ellis (1992, s. 40) hemşirelerin, hastane yönetimine ya da diğer sağlık çalışanlarına karşı gelmeleri gerekse bile, hastaya mümkün olan en iyi hizmeti alabilmesi için yardım etmesi gerektiğini ileri sürmüştür. Zomorodi ve Foley (2009, s. 1747) de dünyanın her yerinde hemşirelerin klinik kararlara etkili bir şekilde katkıda bulunabilmesi gerektiğini belirtmişler ve bu rolde başarılı olmak için, hemşirelerin savunuculuk ve paternalizm (babacılık) arasındaki ince çizgiyi anlamaları gerektiğini savunmuşlardır.

Hemşirelik etik kuralları da hasta savunuculuğunu hemşireliğin temel sorumluluğu olarak tanımlamaktadır (Hamric, 2000, s. 103). ANA etik kuralları, 1976 yılından itibaren savunuculuk rolüne yönelik açık atıflar içermektedir. 1976 versiyonunda savunuculuk şu şekilde tanımlanmaktadır: "Hemşirenin başlıca bağlılığı, hastanın bakımı ve güvenliğinedir. Bu nedenle hasta savunucusu rolünde hemşire, sağlık bakım ekibinin herhangi bir üyesi ya da doğrudan sağlık sistemi tarafından ortaya konacak herhangi bir yetersiz, etik dışı veya yasa dışı uygulamaya yahut başkaları tarafından hastanın çıkarına zarar verecek herhangi bir işleme karşı tetikte olmalı ve uygun önlemleri almalıdır." (ANA, 1976).

ANA'ya göre savunuculuk hemşireliğin temel bir direğidir. Hemşireler, içgüdüsel olarak, hastalarını işyerlerinde ve buldukları ortamlarda savunurlar; savunuculuğu benimsedikçe de mesleğin gelişmesine yardımcı olurlar. Yasal ve politik savunuculuk da, hemşirelik mesleğini ve hasta bakımını geliştirmede hasta savunuculuğu kadar önem taşır (ANA, 2020).

Hemşireleri daha güçlü liderler haline getirmek ve değişimi teşvik etmek amacıyla, Amerikan Hemşireleri Savunuculuk Enstitüsü (*American Nurses Advocacy Institute* [ANAI]) kurulmuştur. ANAI, aşağıda sıralanan dört hedefe ulaşmak üzere bir program oluşturmuştur (ANA, 2020):

- Savunuculuk süreci ile politika değişikliği arasındaki ilişkinin tanınması,
- Politik çevresel tarama yapabilmek için gerekli ölçüt ve yöntemlerin belirlenmesi,
- Politika değişikliği oluşturabilmek ve sürdürmek için etkili stratejilerin tanımlanması,

- Etkili savunuculuk için iletişim ve işbirliği oluşturulması.

Hasta savunuculuğu, günümüz sağlık sisteminde giderek daha önemli hale gelmiş ve uluslararası alanda kabul görmüştür (Bu ve Jezewski, 2007, s. 101, 108). Hemşireliğin etik kurallarında (ICN, 2006, s. 21; ANA, 2015) ve eğitsel yeterliliklerinde (AACN, 2008) yer bulması, hemşirelikteki artan önemini de göstermektedir. Hasta güvenliğine verilen önemin artması da hemşireler tarafından sağlanan savunuculuğa olan ihtiyacı daha fazla ön plana çıkarmıştır (Hanks, 2010a, s. 255). Beyea (2005, s. 1046) hemşirelerin savunuculuğunun, hastaları sağlık sistemiyle karşılaştıkları süre boyunca güvende tutmada kritik bir rol oynadığını belirtmiştir. Profesyonel hemşirelik etiğinin doğal bir unsuru (Vaartio ve diğerleri, 2006; Chater, 2010) ve hemşirelerin çağdaş rollerinden biri olarak görülen hasta savunuculuğunun, hemşirelik eğitimi kapsamında da öğretildiği görülmektedir (Sabuncu ve diğerleri, 1996; Altun ve Ersoy, 2003; Vaartio ve diğerleri, 2006; Chater, 2010; Stephens, 2015).

1.3. HEMŞİRELİKTE HASTA SAVUNUCULUĞUNUN ÖNEMİ

Hemşirelik bakımının temel bir ögesi olan hasta savunuculuğunun amacı, hastaların gerekli sağlık hizmetini almasına yardımcı olmak, haklarını savunmak, onlara yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmak ve hastalar ile sağlık hizmeti çevresi arasında bir bağlantı görevi görmektir (Tomaschewski-Barlem ve diğerleri, 2015, s. 807; Davoodvand ve diğerleri, 2016, s. 5). Hemşireler, hastaları yetersiz, etik olmayan veya yasa dışı uygulamalardan koruyarak ve kuruluşların performansla ilişkili politikalarına, hemşirelik uygulama ilkelerine ve akreditasyon kurumu gereksinimlerine uyarak hasta savunucusu olarak hareket ederler (Schroeter, 2002, s. 941). Hemşirelerin savunuculuğu, kanıta dayalı hemşirelik literatüründe, hastalar için sağlık hizmeti sonuçlarını iyileştirme stratejisi olarak tanımlanmıştır (Gleason, 2019, s. 25). Dolayısıyla, savunuculuk hastalara kaliteli ve uygun sağlık hizmetinin sunulmasında büyük önem taşımaktadır.

Savunuculuk ahlaki bir kavram olarak da ele alınmakta ve savunuculuğun; hemşirelerin, hastaların hakları ve seçimleri hakkında konuşma, kararlarını netleştirmelerine yardımcı olma, meşru menfaatlerini geliştirme ve birey olarak mahremiyet ve karar vermede özerklik gibi temel haklarını koruma konularında aktif olarak desteklemelerini gerektirdiği belirtilmektedir (Hamric, 2000, s. 103). Bu kapsamda savunuculuğun bir diğer yönü de

hastaların haklarının farkında olmalarını ve kendilerine açık olan farklı seçenekleri tartabilecek ve sağlıkları hakkında bilinçli kararlar verebilecek bir konumda olmalarını sağlayarak hasta haklarını geliştirmektedir. Savunuculuğun bu yönünün birçok ülkede hemşirelik etik kurallarına dahil edildiği belirtilmektedir (Vaartio ve Leino-Kilpi, 2005, s. 706). Yalnızca yasal bir gereklilik olarak görülmeyen savunuculuk, hastanın veya ailenin tek başına baş edemeyeceği mevcut veya potansiyel bir etik sorun nedeniyle, hemşirelerin hastalar adına hareket ettiği etik bir zorunluluk haline gelmiştir. Hasta merkezli bakım sunan hemşireler için savunuculuk bakımın bir parçasıdır (Davis ve diğerleri, 2003, s. 405).

Yapılan araştırmalarda, hastaların hemşirelerin kendilerini savunmasına ihtiyaç duymasına neden olan çeşitli faktörler belirtilmektedir. Hastalar bilgi eksikliği nedeniyle anlama zorluğu yaşayabilmekte ve hastalıklarının yarattığı savunmasızlığa bağlı olarak kendilerini etkili bir şekilde savunamamaktadırlar (Shannon, 2016, s. 44). Savunuculuk eylemi gerektiren temel koşul, hem hastalık nedeniyle kişisel savunmasızlık hem de hastaların sağlık sisteminde maruz kaldığı kurumsal süreçlerin doğasında bulunan risklere karşı savunmasızlığıdır. Hastalar çoğu hastalıklarına ek olarak kültürel, ekonomik veya eğitim geçmişleri, kişilikleri ve sağlık hizmetleriyle ilgili önceki deneyimleri nedeniyle çeşitli derecelerde savunmasız olabilmektedirler (Negarandeh ve diğerleri, 2008, s. 457-458). Bu nedenlerle, teknolojinin de giderek yoğunlaştığı sağlık hizmeti çevresinde risk altında olan hastalar bir savunucuya ihtiyaç duymaktadırlar (Shannon, 2016, s. 44). Dolayısıyla, zayıf ve savunmasız sağlık hizmeti kullanıcılarının güçlendirilmesi gerekliliği, hemşirelik savunuculuğunu daha da önemli hale getirmektedir (Vaartio ve Leino-Kilpi, 2005, s. 705).

Mallik (1997b, s. 306) savunmasız olan hastaları; rıza yaşının altında olanlar, öğrenme güçlüğüne sahip olanlar ve bilinci kapalı olanlar şeklinde tanımlamıştır. Hastaların bilinçsizlik, kanser veya akıl hastalığı gibi tıbbi durumları savunmasız olmalarına neden olabilir ve bu durum kendi çıkarlarını koruma yeteneklerini kısıtlayabilir. Sağlık hizmetleri hakkında sınırlı bilgiye sahip olma nedeniyle yaşanan güçsüzlük hissi veya sağlık sisteminde ihmal edilme deneyimi de hastaların savunmasızlığını artırabilir. Hastaların savunmasız olması, hemşirelikte hasta savunuculuğunun uygulanması için pek çok fırsat yaratmaktadır. Bu durum, hemşirelik mesleğini hasta savunuculuğu konusunda en güvenilir meslek haline getirmektedir. Bu rolün uygun şekilde yerine getirilmesiyle, hasta

bakımının kalitesi ve toplumun hemşirelere olan güveni ve hemşirelik mesleğine olan saygısının artacağı belirtilmektedir (Goodman, 2014, s. 670; Davoodvand ve diğerleri, 2016, s. 2).

Savunuculuk rolü, avukatların, hukuk konusundaki bilgisizlikleri nedeniyle kendi adlarına konuşamayan müvekkiller adına konuştukları hukuk alanıyla ilişkilendirilmektedir. İnsan haklarını, çocuk haklarını ve hayvan haklarını savunanlar da dahil olmak üzere savunuculuk yapan taraflar her durumda, savunulan tarafı kendine zarar verebilecek kişilere karşı hakkını savunmada güçlük yaşayan savunmasız kişiler olarak görmüşlerdir. Sağlık hizmetleri güç yapısı içinde de savunmasız konumda bulunan hastalar ve aileleri, kendileri adına konuşamadıklarında ya da seslerini duyuramadıklarında kendilerini savunacak birilerine ihtiyaç duyarlar (Davis ve diğerleri, 2003, s. 405). Bu nedenle, giderek karmaşık hale gelen sağlık sisteminde hemşirelerin savunmasız olan ya da haklarını koruyamayacak durumda olan hastaları savunması büyük önem taşımaktadır.

1.4. HEMŞİRELİKTE HASTA SAVUNUCULUĞUNUN KAPSAMI

Hasta savunuculuğu pek çok faaliyeti ve ögeyi içeren geniş bir kavramdır. Bu nedenle, hasta savunuculuğu kavramı için tek bir tanım sunmak oldukça zor olmaktadır (Zomorodi ve Foley, 2009, s. 1748; Davoodvand ve diğerleri, 2016, s. 2). Hasta savunuculuğunu hem hemşireler hem de hastaların perspektifinden tanımlamak amacıyla pek çok çalışma yapılmıştır (Vaartio ve diğerleri, 2006; Negarandeh ve diğerleri, 2008; Nsiah ve diğerleri, 2019; Vitale ve diğerleri, 2019).

Negarandeh ve diğerleri (2008, s. 460) ve Bu ve Jezewski (2007, s. 108) hasta savunuculuğunun, hemşirelik literatüründe uzun yıllardır tartışılan bir konu olmasına rağmen, hemşirelikte savunuculuk tanımlarına ilişkin belirsizliklerin olduğunu ve bir fikir birliğine varılamadığını belirtmektedirler. Choi (2015, s. 52) ise hemşirelerin hasta savunucuları olarak rolünün sağlık uzmanları tarafından iyi bir şekilde tanındığını, ancak hasta savunuculuğuna dahil olan süreçler ve uygulamaların tam olarak anlaşılmadığını belirtmiştir. Grace (2001, s. 151) de benzer şekilde, hemşirelik mesleğinde ideal bir uygulamayı belirtmek için “hasta savunuculuğu” terimini benimsemiş olsa da kavramın anlamı, kapsamı ve sonuçlarının henüz yeterince tanımlanmamış olduğunu belirtmiştir. Water ve diğerleri (2016, s. 696) de, hasta savunuculuğunun hemşireliğin profesyonel

kimliğinin merkezinde yer aldığı kabul edilmiş olmasına karşın, kavram, anlam ve etkilerinin belirsiz kaldığına dikkat çekmektedir. Savunuculuğun, hemşirelik uygulamalarının kabul görmüş ve ayrılmaz bir özelliği haline gelmiş olmasına rağmen, kavramın kapsamı ve pratikte nasıl hayata geçirilmesi gerektiği konusunda kafa karışıklığı olduğu görülmektedir (O'Connor ve Kelly, 2005, s. 453).

Hemşirelikte savunuculuk kavramı çeşitli çalışmalarda farklı pek çok ögeyi kapsayacak şekilde tanımlanmıştır. Bunlar arasında çoğunlukla; hasta haklarını, çıkarlarını ve değerlerini temsil etmek ve/veya korumak (Bu ve Jezewski, 2007, s. 104), koruyucu olmak (Josse-Eklund ve diğerleri, 2014, s. 677), hastalara saygı duymak ve haklarını kabul etmek (Watt, 1997, s. 121), hastaları desteklemek (O'Connor ve Kelly, 2005, s. 462), hastalar için ve hastalar adına konuşmak, hastaların karşılanmayan ihtiyaçları için harekete geçmek (Hanks, 2008, s. 473) ve savunmasız kişilerin sesi olmak (O'Connor ve Kelly, 2005, s. 462; Haylock, 2008, s. 85) yer almaktadır. Hanks (2010a, s. 256) hemşirelik savunuculuğunu; hastalarla iletişim kurma ve hastaları bilgilendirme, hastaları koruma, hastalar adına konuşma ve hastalarla ilişkiler kurma şeklinde tanımlamıştır.

Zomorodi ve Foley (2009, s. 1748) hemşirelik çalışmalarındaki savunuculuk tanımlarının çoğunun, hemşirenin hastanın isteklerini veya ihtiyaçlarını tamamlamasına odaklandığını belirtmektedir. Negarandeh ve diğerleri (2008) İranlı hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, hasta savunuculuğu katılımcılar tarafından; bilgilendirme ve eğitime, değer verme ve saygı duyma, fiziksel, duygusal ve mali açıdan destekleme, hastayı koruma ve temsil etme ve bakımın sürekliliğini sağlama olarak tanımlanmıştır. Çalışmada katılımcılar ayrıca, savunuculuğun ancak hastaların bireyselliğine ve insan onuruna saygı söz konusuysa gerçekleştirilebileceğine inanmaktadırlar (Negarandeh ve diğerleri, 2008, s. 460-461).

Sorensen ve Iedema (2007, s. 1345) yeni bakım modellerinin, hemşirelik savunuculuğunun iki ana odağını içermesi gerektiğini ileri sürmüştür. Bunlar; hastaların bakımlarıyla ilgili kararlara katılma hakkına saygı duyan hasta hakları odağı ve tedavi kararları verilirken hastanın ruhsal ve duygusal durumunu dikkate alan varoluşsal odaktır.

Negarandeh ve diğeri (2008, s. 464) hastayı savunan hemşirelerin diğeri sağlık ekibi üyeleri tarafından sağlanan yetersiz sağlık hizmetlerine karşı hastayı korumaktan sorumlu olduğunu belirtmişlerdir. Savunuculuk hastalar için bir “rehber olmak” anlamını da taşımaktadır (McSteen ve Peden-McAlpine, 2006, s. 263). Ayrıca savunuculuk, hastaların ihtiyaç ve isteklerini karşılamak ve hastaları etkin bir şekilde savunmak için uzmanlık bilgisini kullanmayı, geleneksel sağlık hizmetleri güç yapılarına meydan okumayı, hastalar, diğeri sağlık profesyonelleri ve sağlık sistemi arasında bir köprü kurmayı (O’Connor ve Kelly, 2005, s. 460-462), hastalarla yakın ilişki kurmayı, hastaların bakım süreçlerine dahil olmasına yardım ederek ve cesaretlendirerek hastaları güçlendirmeyi ve iyileşmeye elverişli bir güven ortamı yaratmayı (Lindahl ve Sandman, 1998, s. 182) da içermektedir. Zomorodi ve Foley (2009, s. 1748) özerkliği onurlandırma, karmaşık yönergelerde yardımcı olma, başkalarının karşısında durma, ağrı ve diğeri semptomları kontrol etme, iletişimi kolaylaştırma, hizmetlere erişme, sistemi yorumlama ve çözümler bulmayı hasta savunuculuğunun öğeleri olarak aktarmıştır.

Davis ve diğeri (2003, s. 410) tarafından Japonya’da yapılan çalışmada hemşirelerin savunuculuğu iki şekilde tanımladığı belirlenmiştir. Birincisi, hastalara ve ailelerine bilgi vermek ve onlardan hekime bilgi aktarmak gibi günlük hemşirelik uygulamalarında savunuculuk yapmaktır. İkinci tür savunuculuk ise, bir hemşirenin yararsız olan bir tedaviyi sunmayı reddetmesi veya bir doktorun bir hastaya etik olmayan tavsiyeler verdiğinde müdahale etmesi gibi olası risk alma davranışlarıdır.

Vaartio ve diğeri (2006) hemşirelik savunuculuğunun, bireysellik, profesyonellik ve güçlendirme deneyimlerini bütünleştirdiği sonucuna varmıştır. Savunuculuğun tek bir faaliyetten ibaret olmayıp; analiz etme, danışmanlık, yanıt verme, koruma ve bilgi uçurma gibi faaliyetleri içeren bir süreç olduğunu belirtmiştir. Hemşirelik uygulamalarında hemşirelik savunuculuğu kavramı, hastaların ihtiyaç ve isteklerini desteklemeye yönelik kabul edilmiş bir mesleki sorumluluk gösterme ile aktif katılımı bütünleştirmeyi ifade etmektedir. Hemşirelik savunuculuğunun “sorumluluğu dile getirmek” olarak ifade edilebileceği; bunun da onanmış bir profesyonel sorumluluk ile, hastaların ihtiyaç ve isteklerinin sürekli olarak ifade edilip desteklenmesinde aktif yer edinmeyi bütünleştirdiği ileri sürülmüştür. Her hastanın durumu farklıdır ve her hastanın bakımla ilgili bireysel deneyimleri, ihtiyaçları ve öncelikleri vardır. Savunuculuk yapabilmek için hemşirelerin bu öznelliğe değer vermesi gerektiği belirtilmektedir (Vaartio ve diğeri, 2006, s. 291).

Schroeter (2002, s. 941) hemşirelikte savunuculuk rolünün iki bileşeni olduğunu belirtmiştir: Birincisi, hemşirelerin hastaların özerkliğini veya hastaların özgürce seçim yapma haklarını desteklemesi, ikincisi ise hemşirenin hasta adına harekete geçme yeteneğini içerir.

Vaartio ve Leino-Kilpi (2005) ampirik çalışmalar üzerinde yaptıkları derleme çalışması sonucunda hemşirelik savunuculuğu için üç ana tema belirlemiştir: (1) Bir hastanın bilgi edinme ve otonomisinin desteklenmesi ile ilgili savunuculuk, (2) Kişisel güvenlik hakkı olarak savunuculuk ve (3) Hemşirelikte felsefi bir ilke olarak savunuculuk (Vaartio ve Leino-Kilpi, 2005, s. 706).

Bu ve Jezewski (2007)'nin ortaya koydukları kurama göre, hasta savunuculuğu, sağlık sistemindeki hastaların haklarını, çıkarlarını ve değerlerini sürdürmek, temsil etmek ve/veya korumak için bir dizi özel eylemden oluşan bir süreç veya strateji olarak görülmektedir. Çalışmalarındaki kavram analizine dayalı olarak, hasta savunuculuğunun üç temel kapsamlı özelliği vardır (Bu ve Jezewski, 2007, s. 104):

(1) *Hasta Özerkliğinin Korunması*: Bu nitelik, hastaların kendi kaderlerini tayin edebilme hakkına saygı gösteren ve bunu sağlayan belirli bir dizi eylemi beraberinde getirir. Bu sayede hastalar daha yetkin şekilde kendi bakımlarına da dahil olurlar. Burada iki varsayım vardır: İlki bireylerin kendi sağlıkları için birincil sorumluluğa sahip olmaları ve sağlık çalışanlarının hastaların sağlığına saygı duyma ve/veya geliştirme sorumluluğuna sahip olmalarıdır. İkinci varsayım ise, bireylerin kendi kararlarını verme ve kendi adlarına hareket etme yetkinliğine sahip oldukları, ancak bunu yapmak için bilgi ve yardıma ihtiyaç duyabilecekleridir.

(2) *Hasta Adına Hareket Etmek*: Bu nitelik hastalar kendilerini temsil edemeyecek veya buna isteksiz oldukları durumlarda onların değerlerini, çıkarlarını ve haklarını temsil edip koruyacak bir dizi eylem içerir. Söz konusu durum hastanın bilinçsiz olması veya kendi adına bir hemşirenin hareket etmesini tercih etmesi olabilir. Bu gibi durumlarda savunuculuk, hemşirelerin hakları ve yararları tehlikeye girdiğinde hastaları temsil etmeleri ve savunmaları gerektiği anlamına

gelir. Bu iki temel nitelik, hemşirelerin hasta savunuculuğu rolünün iki farklı klinik durumdaki iki önemli yönüdür ve birbirini tamamlar. Buradan anlaşılacağı gibi hemşireler her bir hasta için farklı koşullar altında farklı savunuculuk davranışları sergileyebilirler. Bu iki öge hasta savunuculuğu rolünü mikro-sosyal düzeyde temsil eder.

(3) *Sağlık Hizmetlerinin Dağıtımında Sosyal Adaletin Savunulması*: Savunuculuğun üçüncü temel niteliği de sağlık hizmetlerinin dağıtımında sosyal adaletin savunulmasıdır. Bu nitelik, adalet etiğine (yeterli hemşirelik ve sağlık hizmetine evrensel erişim hakkı) dayanmaktadır. Hemşireleri gerek bireyler gerekse toplumun tümü adına, eşitsizliklerin ve tutarsızlıkların giderilmesi için yapılması gerekli değişiklikleri aktif olarak savunmak üzere öne çıkmaya çağırır. Bu anlamda hemşireler sağlık, eğitim ve gelir dağılımı gibi konularda güç ve kaynakların paylaşımı ile ilgilenmek suretiyle birer eylemci (aktivist) olmaktadır. Bu nitelik hasta savunuculuğunun makro-sosyal boyutunu ortaya koymaktadır.

Davoodvand ve diğerleri (2016, s. 4) hemşireler üzerinde yaptıkları kalitatif çalışmalarında hasta savunuculuğunun hastaları koruma (hasta bakımı, hasta sağlığının önceliklendirilmesi, bakım sürecinin tamamlanmasına bağlılık ve hasta haklarının korunması) ve hastayla empati kurma (anlayış, sempati duyma ve hastaya yakın hissetme) olmak üzere iki temadan oluştuğunu ortaya koymuşlardır. Abbasinia ve diğerleri (2020, s. 146) çalışmaları sonucunda hasta savunuculuğunun niteliklerini; değerlendirmek, değer vermek, onlara arbuluculuk yapmak, onları savunmak ve sağlık hizmetlerinin sağlanmasında sosyal adaleti korumak olarak bulmuşlardır. Ayrıca, hasta desteği, şefkatli bakım ve empati kavramlarını hemşirelerin hasta savunuculuğu ile ilişkili kavramlar olarak belirlemişlerdir.

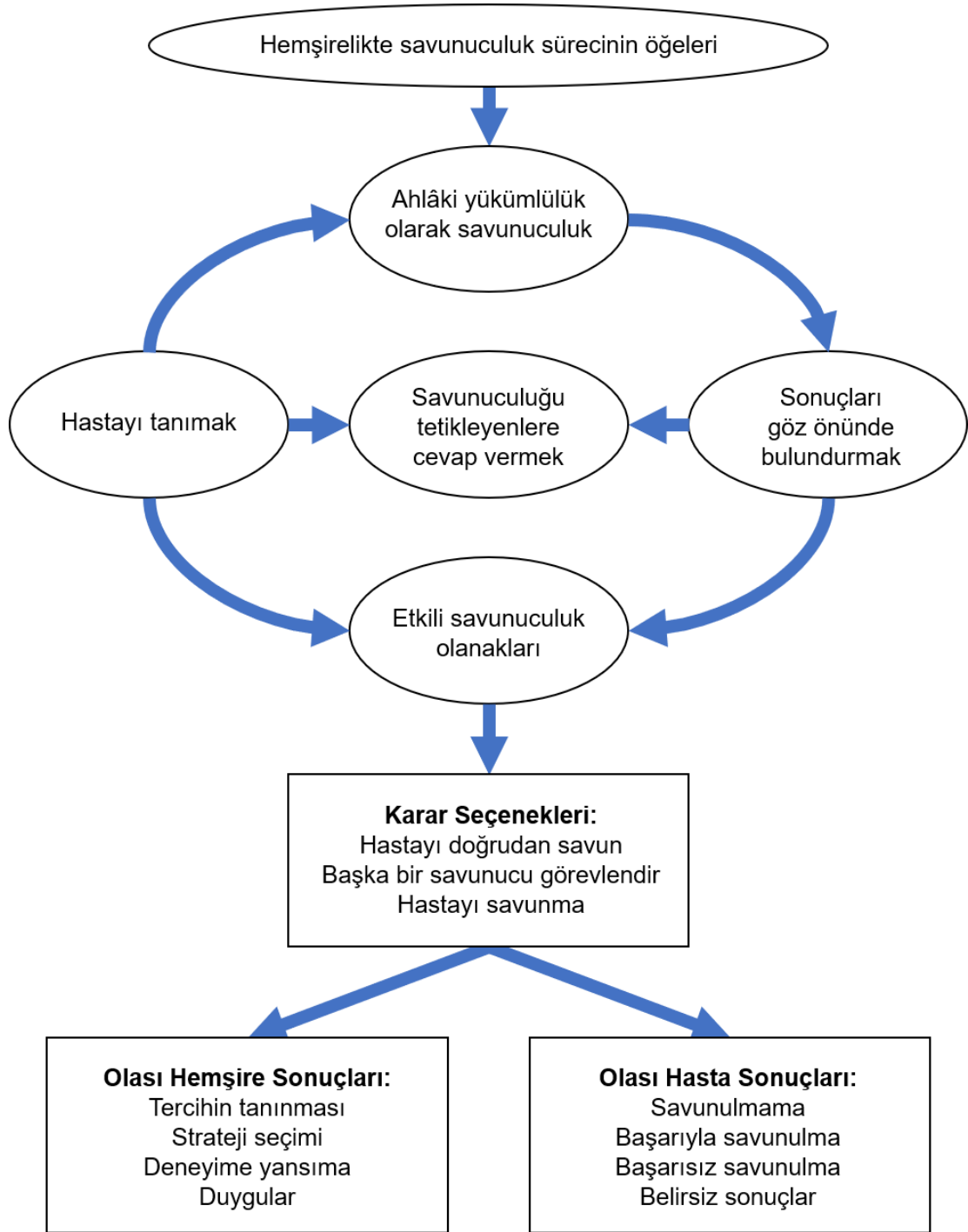
Yapılan diğer çalışmalarda; hastaları eğitmek ve bilgilendirmek de hastaları güçlendirmeye yardımcı olan hemşirelik savunuculuğunun öğeleri olarak belirtilmiştir (Negarandeh ve diğerleri, 2008, s. 466; Hanks, 2010a, s. 256; 2010b, s. 103). Hanks'ın (2010b, s. 103) çalışmasında "hasta ve ailesini eğitmek" savunuculuk faaliyetinin en önemli ögesi olarak bulunmuştur. Diğer öğeler ise sırasıyla; sağlık ekibindeki diğer

kişilerle iletişim kurmak, sorgulamak ve yeterli bakımı sağlamak, hastanın isteklerini değerlendirme, hasta ve ailesi ile iletişim kurma, güvenliği sağlama ve hasta haklarına saygı gösterme ve koruma olarak bulunmuştur. Shannon (2016, s. 43) da hastanın güvenliği veya iyiliği söz konusu olduğunda sesini yükseltmeyi savunuculuk rollerinden biri olarak tanımlamıştır. Black (2011, s. 29) ise hasta savunuculuğunu ihbarcılık ve güvenli olmayan prosedürlerin bildirilmesiyle ilgili olarak ele almıştır.

Hasta savunuculuğunun hastaların hakları dışında, klinik araştırmalara katılan hastaların (Grady ve Edgerly, 2009) ve organ bağıışı gönüllülerinin haklarının korunmasında da (Flodén ve diğerleri, 2011) kullanıldığı görülmektedir. Hasta savunuculuğunun kapsamı giderek daha geniş bir yelpazeye sahip olmaya başlamıştır (Davoodvand ve diğerleri (2016, s. 2). Hastane savunuculuğunun kapsamına hastane dışındaki diğer sosyal ortamlarda da hastayı izlemek ve haklarını savunmak (Maryland ve Gonzalez, 2012), sağlık sistemindeki ve bürokrasideki sistematik sorunları ele almak (Mahlin, 2010, s. 247) gibi yeni öğelerin eklendiği görülmektedir.

McGrath ve Walker (1999, s. 77) odaklanmış, derinlemesine görüşmeler yoluyla hemşirelerin savunuculuk algılarını ve deneyimlerini keşfetmeyi amaçladıkları çalışmalarında, yedi ana tema belirlemişlerdir. Bunlar; ahlaki bir yükümlülük olarak savunuculuk, hastayı tanımak, savunucu olmayı tetikleyenlere cevap vermek, sonuçları dikkate almak, savunuculuğun zorlukları, etkili bir savunucu olmak ve savunuculuğun

sonuçlarıdır. Çalışmada savunuculuğun bir olaydan öte bir süreç olduğu ortaya konmuştur. Hemşirelikte savunuculuk sürecinin öğelerini Şekil 1'de ortaya koymuşlardır.



Şekil 1. Hemşirelikte savunuculuk sürecinin öğeleri

Kaynak: McGrath ve Walker (1999, s. 77)

Hasta savunuculuğunun kapsamı oldukça farklı şekillerde ele alınmış ve hasta savunuculuğu farklı şekillerde tanımlanmıştır. Gleason (2019, s. V) da savunuculuk tanımlarının tutarsız olduğunu ve hemşireleri gerçek dünyadaki savunuculuk uygulamalarının karmaşıklığına hazırlamada başarısız olduğunu ortaya koymuştur. Savunuculuk rolünün işlevsel hale getirilebilmesi amacıyla hemşire savunuculuğu tanımının geliştirilmesinin gerektiği belirtilmektedir (Kalaitzidis ve Jewell, 2015, s. 314; Gleason, 2019, s. 23).

1.5. HEMŞİRELİKTE HASTA SAVUNUCULUĞUNUN GELİŞİMİ

1.5.1. Kavramsal Gelişim Süreci

Hasta savunuculuğu geçmişten beri hemşirelerden beklenen bir unsur olmamıştır. Savunuculuk, hemşirelik mesleğine sonradan eklenen, göreceli olarak yeni bir rol olarak tanımlanmaktadır (Hamric, 2000, s. 103). Amerikan hemşirelik eğitiminin geliştirilmesindeki çeşitli belgeler savunuculuktan açık bir şekilde bahsetmemektedir. Erken hemşirelik eğitimi; uyumu ve hekime hizmet eden bir pozisyonu vurgulamaktadır. Amerikan hemşirelik eğitiminin geliştirilmesinde öncülerinden olan *Isabel Hampton Robb*, hemşirenin birincil faaliyeti olarak itaati teşvik etmektedir (Selanders ve Crane, 2012, s. 2).

Robb, hemşirelik etiği konusundaki ilk yazılı eserlerden biri olan 1900 tarihli "Hemşirelik Etiği: Hastane ve Bireysel Kullanım için (*Nursing ethics: for hospital and private use*)" isimli çalışmasında; hemşirelerin yalnız kendilerinden yapmaları istenmiş olanı hatırlamalarının yeterli olacağı, bu durumun zamanla onların işini de kolaylaştıracağı ve ciddi eleştirilere daha az maruz kalmalarını sağlayacağı, sorgusuz sualsiz itaatın gelecekte de kendilerinden beklenecek yegâne mesleki nitelik olacağı ifade edilmiştir (Akt. Hamric, 2000, s. 103). Nightingale ise, kurallara ve tıbbi yönergelere itaati beklemekle birlikte, hastaları savunabilmek ve profesyonellik için otonomiye de izin verme eğilimindedir. 19. yüzyılda Florence Nightingale'in hem bireyler hem de hemşirelik topluluğu için kullandığı en etkili araçlardan birinin "savunuculuk" olduğu ifade edilmektedir (Selanders ve Crane, 2012, s. 3-4).

“Savunuculuk” terimi ilk kez 1973 yılında Uluslararası Hemşireler Konseyi (*International Council of Nurses*, [ICN]) tarafından literatüre kazandırılmıştır (Vaartio ve Leino-Kilpi, 2005, s. 705). 1973’ten sonra savunuculuk, hemşirelik uygulamalarının siyasi, sosyal, profesyonel ve akademik bir parçası olarak değerlendirilmiştir. 1970’lerden önceki pek de profesyonelce olmayan yaklaşıma rağmen, Nightingale’in ortaya koyduğu “hemşirelerin hastalarını savunmaları gerektiği” yönündeki beklentinin profesyonel savunuculuğun da temelini attığı ifade edilmektedir (Selanders ve Crane, 2012, s. 3).

Lydia Eloise Hall’un savunduğu bazı temel prensiplerin çağımızda da geçerliliğini koruduğu ifade edilmekte ve bu nedenle hemşireliğin önde gelen teorisyenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Hemşirenin lider rolü üstlendiği ve ön planda olduğu bir tedavi ve rehabilitasyon modelini savunan Hall’un, hemşire-hasta ilişkisine olan yaklaşımı dolayısıyla “hasta savunuculuğu” kavramının ortaya çıkmasında pay sahibi olduğu söylenebilir. Hasta savunuculuğu kavramı Hall’un “*Care, Core, Cure*” kuramında yer almıştır. Hall, kuramının “tedavi” (*Cure*) bileşeninin diğer sağlık çalışanları yanı sıra hasta ve ailesi ile de paylaşıldığını ve hemşirelerin bu süreçte hastanın aktif savunucusu olduğunu ifade etmektedir (Pryor, t.y).

Annas ve Healey (1974)’nin tespitlerine göre, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) tıbbın teknolojik yetkinliği artmış olmasına rağmen, insani nitelikleri ve insan hakları görmezden gelinme eğilimindedir. Her ne kadar yasalar tarafından insanlara tanınmış birtakım haklar olsa da hastanelerde tedavi gören hastalara bu yasal haklarını gözetebilmeleri, söz gelimi tıbbi karar süreçlerine katılabilmeleri için imkân tanınmamaktadır. Her ne kadar hekimler, klasik hekim-hasta ilişkisinin sürdürülmesinden yana olsalar da taraflar arasındaki bilgi eşitsizliği ve karar alıcının kim olduğu konusundaki belirsizlik gibi nedenler bu modelin de birtakım sorunlara sahip olmasına neden olmaktadır. Annas ve Healey (1974), bu sorunlara karşı ve hastaların haklarını koruyacak bir mekanizma olarak “hasta hakları savunuculuğunu” önermişlerdir (Annas ve Healey, 1974, s. 25, 27).

Mallik (1997a), hasta savunuculuğunun hemşirelerin diğer rollerinden farklı algılandığını, esasen bu rolün -hasta talepleriyle değil- profesyonellerin çalışmaları ile ortaya çıktığına dikkat çekmektedir. Nitekim gönüllü savunuculuk olduğu gibi, bir kariyer olarak

profesyonel savunuculuk da söz konusudur. 1970'lerin başında ABD hastanelerinde "hasta savunucuları" görev almaya başlamıştır (Mallik, 1997a, s. 130).

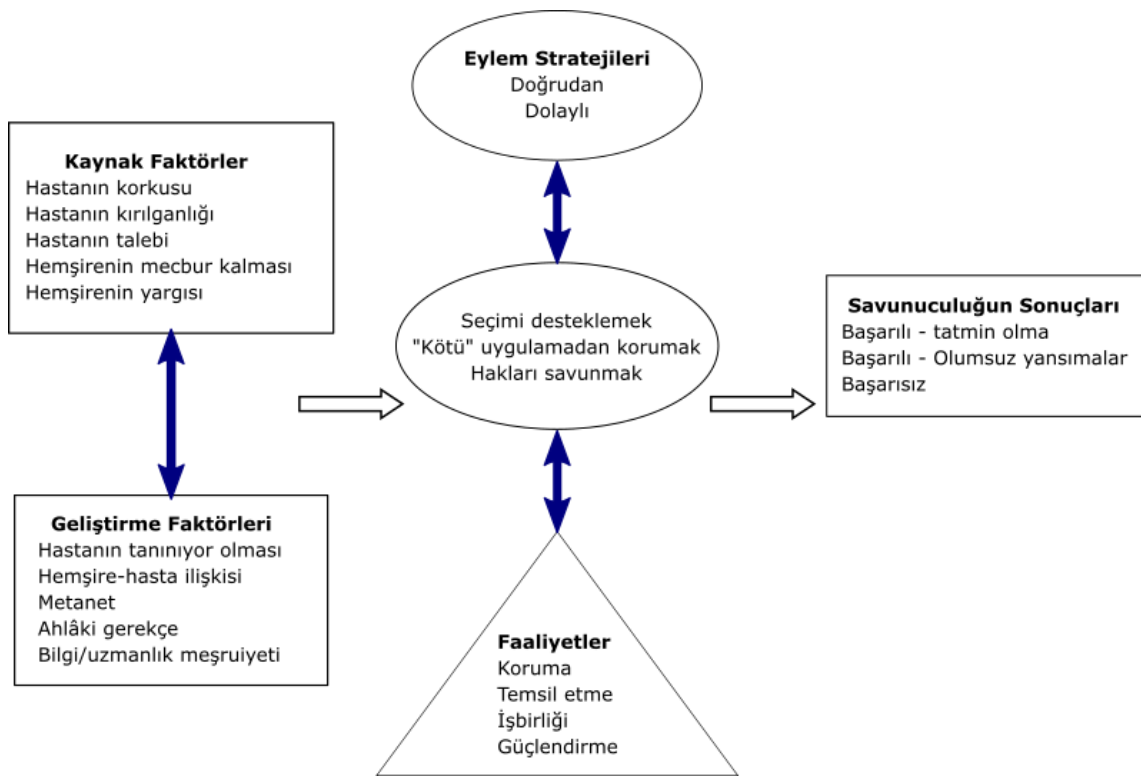
Amerikan Hemşireler Birliği'nin (ANA) 1976'da yayımladığı etik ilkelere göre; hasta bakımı ve hastaların güvenliği, hemşirelerin birincil önceliği; hastayı savunmak da hemşirelerin hem vasıfları hem de görevleridir. Buna göre bir hemşire; "hastası ya da toplum herhangi bir kimsenin beceriksiz, etik olmayan ya da yasa dışı uygulaması nedeniyle zarar görecektir ise, bunların sağlık ve güvenliğini korumak için harekete geçmelidir". Hemşirelere atfedilen bu görev, "hemşirenin savunucu rolü" olarak tanımlanmıştır. Söz konusu etik ilkeler -hizmetin sunulduğu yer neresi olursa olsun- mesleki yetkinliği sürdürmeyi, insan haysiyetine saygılı olmayı, hastanın mahremiyet hakkını korumayı, bireysel karar alabilmeyi ve bu kararların sorumluluğunu üstlenmeyi de içermektedir (ANA, 1976). Aynı yıllarda *Curtin, Gadow ve Kohnke* hasta savunuculuğunun felsefi ve işlevsel modellerini oluşturarak kuramsal gelişimine katkıda bulunmuşlardır (Mallik, 1997a, s. 132; Water ve diğerleri, 2016, s. 698). Günümüzde, ANA (2020)'ya göre "savunuculuk", hemşireliğin temel 'direğidir'. Savunuculuk artık hem hemşirelik etiğinin bir parçası hem de hasta hak ve güvenliğini korumaya yardımcı bir ilke olarak tanımlanmaktadır.

1.5.2. Hasta Savunuculuğu Modelleri

Hemşireliğin temel bir bileşeni olarak hasta savunuculuğu kavramının yükselişi, hemşireliği sadece rolü ve işlevlerinden öte sağlık konusundaki felsefi yaklaşımlarıyla tanımlama girişimleriyle iç içe geçmiştir. Bu anlamda Curtin (1979), Gadow (1980) ve Kohnke (1982)'nin geliştirdikleri savunuculuk teori ve modelleri savunuculuk literatüründe en çok yer alan ve tartışılan modellerdir. Bu üç model de temel olarak bireysel özerklik ilkesine sahiptir (Mallik, 1997b, s. 310).

Mallik (1997b) daha yakın tarihte hasta savunuculuğunda hemşirelik modelini ortaya koymuştur (bkz. Şekil 2). Modele göre, hasta savunuculuğu, hastanın talebi, korkusu, savunmasızlığı veya hastanın insan haklarına yönelik tehdit oluşması durumunda savunmaya duyarlı hemşirede bir tepkiyi tetiklediği bir çatışma ya da potansiyel çatışma durumunda ortaya çıkmaktadır. Hemşire, hasta adına savunuculuk yapmak için kişisel bilgisini, uzmanlığını ve sosyal konumunu kullanır. Hasta genellikle pasiftir veya

pasifleştirilir ve hemşire başarılı bir sonuca ulaşmak ya da başarmaya çalışmak için hem doğrudan hem de dolaylı yolları kullanır. Hasta ve yakınlarının tercihlerini desteklemek ve hastayı temsil etmek ve korumak yoluyla yetersiz veya uygunsuz uygulamalara karşı önlem almak baskın özelliklerdir. Sonuçlar olumlu duygularla sonuçlanan şekilde başarılı olabilir. Alternatif olarak -sonuç başarılı görünse de- savunucu için olumsuz yansımaları olabilir. Ya da sonuçlar başarısız olabilir. Hemşirelik savunuculuğu eyleminin bu baskın özellikleri Şekil 2'de gösterilmektedir.



Şekil 2. Hasta savunuculuğunda hemşirelik modeli

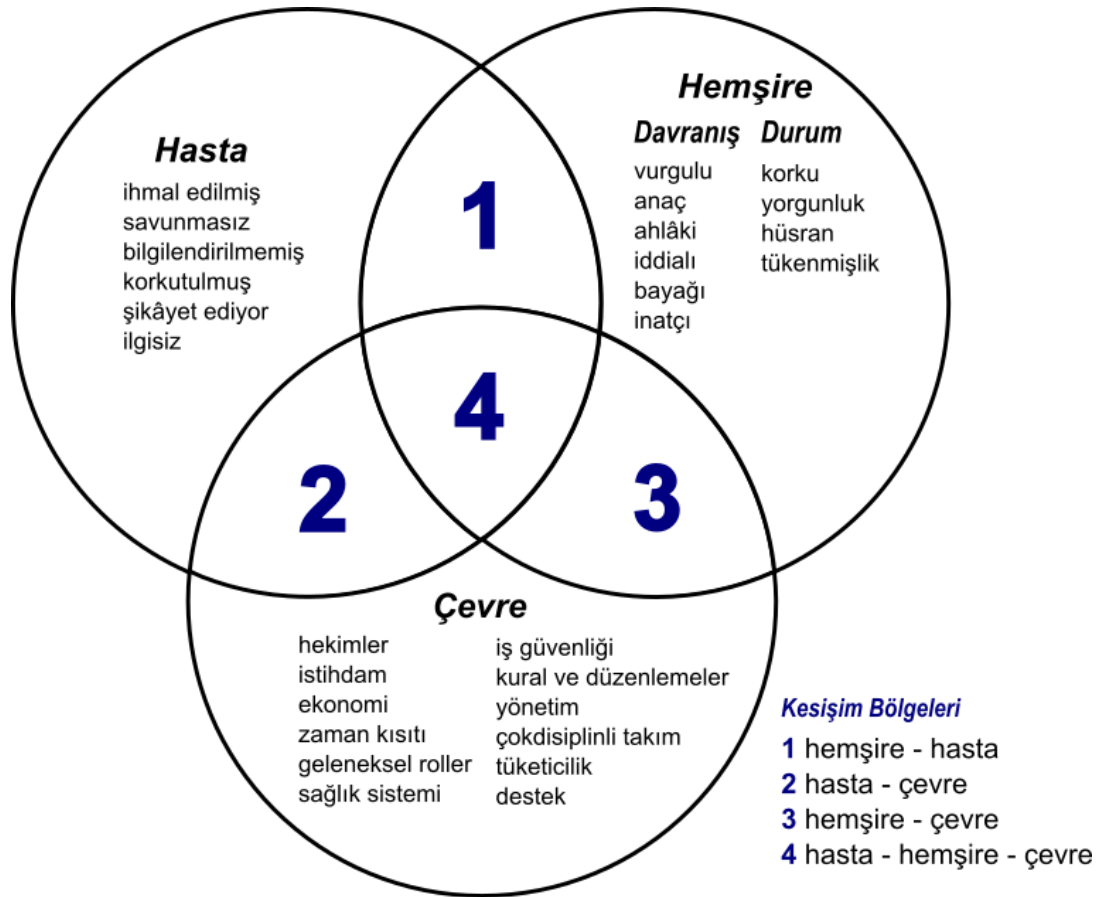
Kaynak: Mallik (1997b, s. 311)

Hemşire savunuculuğunun özelliklerini içeren diğer bir model Chafey ve diğerleri (1998) tarafından ortaya konmuştur. Bu modele göre; savunuculukla ilişkili hasta, çevre ve hemşire olmak üzere üç öge belirlenmiştir. Bu kategorilerin alt kategorileri olarak; hasta özellikleri, çevre özellikleri ve hemşire özellikleri belirlenmiştir. Çevre; sosyal, ekonomik ve yasal unsurları içermektedir. İş güvenliği, personel, hastanede kalış süresi ve

başkalarıyla çalışma gibi istihdam koşulları, savunuculuğu etkileyen çevrenin bileşenleridir. Çevre kategorisi ayrıca, savunuculuk sürecini birçok yönden etkileyen hekimleri de içermektedir. Savunuculuk eylemlerini gerçekleştirmek için gerekli olarak tanımlanan hemşire özellikleri arasında empati kurabilme, fedakârlık, etik değerlere sahip olma, objektif ve iddialı olma yer almaktadır. Korku, yorgunluk, hayal kırıklığı ve tükenmişlik, hemşirelerin sıklıkla yaşadığı ve savunuculuk rolü üzerinde derin olumsuz etkisi olan durumlar olarak belirtilmiştir (Chafey ve diğerleri, 1998, s. 48).

Modelde ayrıca bu üç öğenin birbirleriyle olan etkileşimleri incelenmektedir. Buna göre, hemşire-hasta etkileşiminde; algılanan hasta ihtiyaçları nedeniyle, hemşire-hasta ilişkisi içindeki savunuculuk eylemleri, koordinasyon veya sisteme müdahale gerektirir. Hasta-çevre etkileşiminde; hasta, sağlık bakım ortamı ile başarılı bir şekilde etkileşime girebiliyorsa, hemşirenin müdahalesi gereksiz olabilir. Savunuculuk eylemleri en sık danışanların hemşireler tarafından bilgisiz, korkutulmuş veya korunmasız olarak tanımlandığı zaman gerçekleştirilmektedir. Hemşire-çevre etkileşiminde ise; personel yetersizliği, iş istikrarsızlığı, yüksek hasta duyarlılığı ve aşırı maliyet sınırlama önlemleri gibi faktörler savunuculuğu engelleyen bir hemşire-çevre etkileşimi oluşturabilir. Diğer yandan, yasal zorunluluklar, kurum yöneticilerinin hasta haklarına yönelik felsefi taahhütleri ve bunların hepsini savunan hemşirelere verilen destek savunuculuk davranışını teşvik etmektedir (Chafey ve diğerleri, 1998, s. 50).

Hasta, hemşire ve çevre olmak üzere tüm bu üç öğenin etkileşiminin oluşturduğu alan ise, savunuculuğun kalbi olarak tanımlanmıştır. Hemşireler, hasta ile işbirliği içinde, eylem gerektiren bir durumu veya ihtiyacı belirler. Hemşire; hastayla, ailesiyle veya ekiple, belirlenen hasta ihtiyacını karşılamaya yardımcı olacak şekilde çevre ile etkileşime girer. Örneğin, destekleyici bir ortamda hassas bir hemşire, bilgisiz bir danışana bilgi vererek etkileşime girebilir. Aksi durumda, baskıcı bir ortam, hemşirenin; iş arkadaşları, diğer sağlık çalışanları, yöneticileri, aile üyeleri vb. tarafından misillemeye uğrama korkusunu tetikleyerek muhtaç durumdaki bir hastayı savunma arzusunu engelleyebilir (Chafey ve diğerleri, 1998, s. 50).



Şekil 3. Savunuculuk öğelerinin kavramsal modeli

Kaynak: Chafey ve diğerleri (1998, s. 48)

1.6. HASTA SAVUNUCULUĞUNU KOLAYLAŞTIRICI VE ENGELLEYİCİ FAKTÖRLER

Hemşirelerin hasta savunuculuğu rollerini yerine getirirken karşılaştıkları bazı engeller ve savunucu olmalarını tetikleyen ve kolaylaştıran bazı faktörler bulunmaktadır. Hemşirelerin hasta savunuculuğunu kolaylaştıran ve engelleyen bu faktörlere odaklanan farklı çalışmalar yapılmıştır (Negarandeh ve diğerleri, 2006; Hanks, 2007; Ware ve diğerleri, 2011; Oliveira ve Tariman, 2015; Mortell ve diğerleri, 2017; Tomaschewski-Barlem ve diğerleri, 2017). Bu başlıkta, literatürde ele alınan bu faktörler incelenmiştir.

1.6.1. Kolaylaştırıcı Faktörler

Hemşirelik savunuculuğunun öncüllerinin, öncelikle hastaların hemşirelik savunuculuğuna olan ihtiyacıyla ilgili olduğu belirtilmektedir (Hanks, 2007, s. 175). Bu ihtiyacı doğuran en önemli durumlardan biri hastaların savunmasız olmasıdır. Savunmasız hastaların hemşirelerin savunuculuğunda nedensel bir faktör olduğu birçok yazar tarafından ifade edilmiştir (Mallik, 1998; O'Connor ve Kelly, 2005; Bu ve Jezewski, 2007). Hastaların savunmasız olması yanında, korkutulduğu, yararlanıldığı, ihmâl edildiği veya şikayetçi olduğunu gösteren özellikler veya davranışlar da hemşirelerin savunuculuk eylemini teşvik edebilen faktörler olarak belirtilmiştir (Chafey ve diğerleri, 1998, s. 47). Tomaschewski-Barlem ve diğerleri (2017, s. 4) hasta savunuculuğunu uygulamak için önemli bir stratejinin, hemşireler ve hastalar arasında bağ kurmak olduğunu, böylece hemşirelerin hastalarının durumlarına hâkim olacaklarını ve onları savunurken rahat ve kendinden emin olacaklarını belirtmektedir. İlişkinin yakınlık seviyesi, savunuculuk sağlamada güçlü bir etkidir. Hemşire ile hasta arasındaki sık etkileşimler, hemşireyi, hastanın ihtiyaçları ortaya çıktıkça, doğal bir akış şeklinde hastayı savunmaya teşvik eder (Gleason, 2019, s. 39).

Yapılan literatür taramasında hemşirelerin savunuculuk davranışında etkili olan tek faktörün hastalara ilişkin faktörler olmadığı görülmüştür. Araştırmalarda hemşirenin özellikleri de hasta savunuculuğundaki önemli faktörlerden biri olarak gösterilmektedir. Değerler, güven, inanç ve ahlaki yükümlülük savunucu hemşireliğin bileşenlerini oluşturmaktadır (Chafey ve diğerleri, 1998; McGrath ve Walker, 1999; Foley ve diğerleri, 2002; Tomaschewski-Barlem ve diğerleri, 2015; Abbasinia ve diğerleri, 2020). Chafey ve diğerleri (1998) kendine güven, inanç gücü, dini inançları da içeren kişisel inanç ve değerler gibi hemşirelerin özelliklerinin, savunuculuk için önemli faktörler olduğunu ortaya koymuşlardır (Chafey ve diğerleri, 1998, s. 48).

Josse-Eklund ve diğerleri (2014, s. 677) hasta savunuculuğunu etkileyen faktörlerin üç kategoride tanımlanabileceğini ortaya koymuştur. Birinci düzey, temel etkileyici olan hemşirenin karakter özellikleridir. Hemşirenin hastayla olan bağı hasta savunuculuğu üzerindeki ikinci etken, örgütsel koşullar ise üçüncü etkindir. Josse-Eklund ve diğerleri (2014, s. 677) hemşirenin karakter özelliklerinin savunuculuğu etkileyen temel faktör olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirenin istekli olmadığı durumda hasta savunuculuğu da

yoktur. Buna göre savunucu hemşire özellikleri; ahlaki bir pusulaya sahip olma, bakım üzerinde kontrol sahibi olma, koruyucu olma ve hemşire olarak kendini güvende hissetme algılarını içerir.

Tomaschewski-Barlem ve diğerleri (2015, s. 808), hemşirelerin kişisel değerleri ve mesleki becerilerinin hasta savunuculuğu faaliyetlerini destekleyen en önemli faktörler olduğunu bulmuşlardır. Buna göre, mesleki öz değerlerinden kaynaklanan daha yüksek bir güven duygusuna sahip olmaları gibi hemşirelerin özellikleri, hasta savunuculuğunu doğrudan ve olumlu yönde etkileyebilmektedir. Benzer şekilde, hemşirelerin bilgi ve becerileri, hasta savunuculuğunda belirleyici faktörler olarak kabul edilmektedir. Hemşirelerin hasta haklarını savunmayı gerektiren durumlarla başa çıkabilmeleri için fırsat sunan sürekli eğitim programları aracılığıyla, bu bilgi ve becerilerinin geliştirilebileceği belirtilmektedir. Mesleki yeterliliğin sağladığı bilgi bile hemşirelerin ahlaki açıdan sıkıntılı gördükleri durumlarda direnmelerine ve hasta savunuculuk eylemlerini artırmalarına olanak sağlayabilir (Tomaschewski-Barlem ve diğerleri, 2015, s. 808).

Tomaschewski-Barlem ve diğerleri (2017, s. 4) hemşirelerin güven, yeterlilik, özerklik ve ahlaki duyarlılık gibi özelliklerinin hasta savunuculuğunu destekleyen ve yönlendiren önemli unsurlar olduğuna dikkat çekmektedir. Bu özelliklerin teorik bilginin ötesine geçerek, kişinin mesleki deneyimi boyunca hassas ve dinamik bir tutumla geliştirildiği belirtilmektedir. Ayrıca, sağlık kurumlarında sürekli eğitimin etkili bir şekilde uygulanmasının, hemşireler tarafından hasta savunuculuğunu teşvik etmek için önemli bir strateji olduğu belirtilmektedir. Pankratz ve Pankratz (1974, s. 215) da hemşirenin gelişmiş eğitim düzeyine sahip olmasının hastaları savunmasında etkili olduğunu ortaya koymuşlardır.

Kubsch ve diğerleri (2004) hemşirelerin ahlaki gelişimi, girişkenliği ve iş güvenliğinin savunuculuk davranışlarını etkileyip etkilemediğini araştırmışlardır. Buna göre, ahlaki gelişimin savunuculuk üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur, ancak girişkenlik ve iş güvenliği herhangi bir savunuculuk kategorisini etkilememektedir (Kubsch ve diğerleri, 2004, s. 37).

Negarandeh ve diğeri (2006, s. 4-6), İnan'da hemşireler üzerinde yürüttükleri çalışmalarında hasta savunuculuğunu kolaylaştırıcı faktörler; hemşire-hasta ilişkisi, hastaların ihtiyaçlarını ve durumlarını tanımak ve bunları dikkate almak, hemşirelerin sorumluluğu ve hesap verebilirliği, hekimle iş arkadaşı olarak çalışmak (hasta bakımı ve hizmetini koordine etmede takım anlayışının benimsenmesi), hemşirelerin klinik bilgi ve diğeri yeteneklere sahip olması olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hemşireler ayrıca, hemşirelerin vicdanının, mesleki etik kurallarına bağlılığının ve hasta haklarına saygının hasta savunuculuğunu kolaylaştırabileceğine inanmaktadırlar.

Hasta savunuculuk eylemlerinin etkililiğinin, yalnızca sağlık savunucuları olarak hemşirelerin özelliklerine, becerilerine ve bilgilerine değil, aynı zamanda bu faaliyet için uygun bir ortama da bağlı olduğu belirtilmektedir (Tomaschewski-Barlem ve diğeri, 2015, s. 808). Olumlu hekim desteği ve hemşirelik savunuculuğu eylemlerini destekleyen davranışlar da dahil olmak üzere çalışma düzeni ve ortamı, hemşire savunuculuğunda önemli bir faktör olarak gösterilmektedir (Hanks, 2010a, s. 257). Chafey ve diğeri (1998) hemşirelerin savunuculuk kararlarında hemşirelerin özellikleri yanında, hekimler ve çevrenin de rol oynadığını ortaya koymuşlardır. Hekimin hasta için ulaşılabilir olduğu, hastayı görmeye gelmediği veya hastaya kaba davrandığı durumlarda hemşireler hastalar için arabuluculuk yapmaları gerektiğine inanmaktadırlar. Ayrıca, yasal (örneğin, hasta hakları) ve ekonomik nedenler (örneğin, teşhisle ilişkili gruplar), savunuculuk eylemlerini teşvik eden çevresel etkenlerin bazı örnekleri olarak sunulmuştur (Chafey ve diğeri, 1998, s. 49).

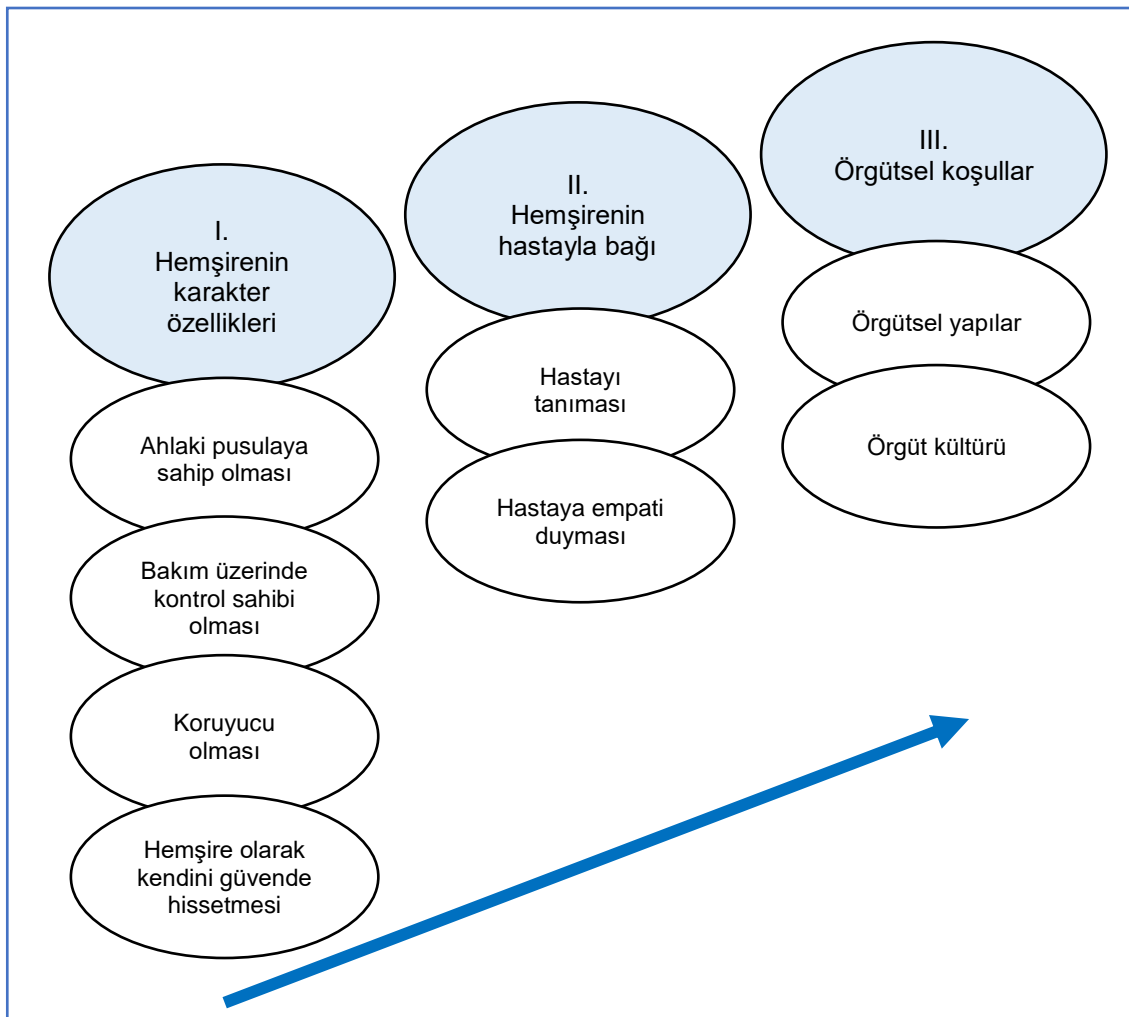
Jansson ve diğeri (2015) yaptıkları çalışmada, hasta savunuculuğuna katılımın bağımsız öngörücülerini; *beceriler*, *istek* ve *hastanenin hastaları güçlendirdiğine olan inanç* olarak bulmuşlardır. Çalışmanın bulgularına göre, kişinin hasta savunuculuk becerilerinin yüksek olması, önemli ölçüde daha yüksek hasta savunuculuğu düzeyleriyle ilişkilidir. Bu beceriler arasında; hastalar adına görüşme ve pazarlık yapma, hasta savunuculuğu sırasında ortaya çıkan çatışmaları çözme, kendilerini savunmaları için hastalara koçluk yapma, hasta savunuculuğunu kolaylaştırmak için araçlar kullanma gibi beceriler yer almaktadır. Aynı çalışmadaki diğeri bir bulgu, gelecekte daha yüksek düzeyde hasta savunuculuğu yapmaya istekli olduklarını bildiren sağlık profesyonellerinin hasta savunuculuğuna katılma olasılıklarının daha yüksek olmasıdır. Yüksek düzeyde istekli olma; sağlık çalışanlarının hastanelerde iş yüklerinden

kaynaklanan zaman eksikliği ve savunuculuk yaptıklarında hastalar, yöneticiler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından karşılaştıkları zorluklar gibi, savunuculuk yapmalarını engelleyen engelleri daha kolay aşmalarına yardımcı olabilmektedir. Çalışmanın diğer bir bulgusuna göre, sağlık profesyonelleri hastanelerinde hasta güçlendirme kültürünün var olduğuna inanırlarsa, kendileri de hasta savunuculuğuna katılmak için daha fazla motive olmaktadır. Hastaları güçlendirme eylemleri arasında; hastaları destek gruplarına yönlendirmek, ikinci görüşleri almalarına yardımcı olmak ve diğer hastalarla iletişim kurmalarına imkân tanımak gibi eylemler yer almaktadır (Jansson ve diğerleri, 2015, s. 574, 575).

Hemşirelerin savunuculuk davranışını etkileyen pek çok faktör olduğu görülmektedir. Bu faktörleri kapsayan çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır. Abbasinia ve diğerleri (2020) hasta savunuculuğunun öncüllerini; hasta, hemşire ve örgütle ilişkili olmak üzere üç kategoriye ayırmıştır (Abbasinia ve diğerleri, 2020, s. 146). Buna göre;

- **Hasta ile ilişkili öncüller:** Bazı hastalar bilinç kaybı veya konuşma bozuklukları nedeniyle ihtiyaçlarını, isteklerini ve değerlerini ifade edemeyebilirler. Bazı hastalar ise düşük eğitim düzeyi, sosyokültürel zayıflık veya sağlıkla ilgili bilgi eksikliği nedenleriyle kendi hayatları hakkında karar verememektedir. Hastaneye yatış aynı zamanda hastayı ailesinden ve arkadaşlarından ayırarak hastaların destek ağlarını bozmaktadır. Bu nedenle çoğu hasta savunmasızdır ve onları savunacak birine ihtiyaç duyarlar.
- **Hemşirelerle ilişkili öncüller:** Hemşirelerin hastalarını savunabilmeleri için iş motivasyonu, mesleki bağlılık, bağımsızlık ve kendine güven gibi çeşitli bireysel özelliklere ve hukuki bilgi, mesleki bilgi ve beceriler, hastaların ihtiyaçları, istekleri ve değerleri hakkında yeterli bilgiye sahip olma, hastalar ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile düzgün bir şekilde etkileşime girme becerisine sahip olma ve sağlık hizmeti politika karar verme sürecine katılma becerisine sahip olma gibi profesyonel özelliklere sahip olmaları gerekir.
- **Örgütle ilişkili öncüller:** Hasta haklarının desteklenmesi, hasta savunuculuğu rollerinde hemşireleri destekleyen yasaların ve yetkililerin varlığını gerektirir.

Josse-Eklund ve diğ erleri (2014, s. 677) ise ç alışmalarında, hasta savunuculuğu ile hiyerarşik olarak ilişkili üç düzey etkileyici faktör bulmuştur (bkz. şekil 4). Temel etkileyici faktör olan *hemşirenin karakter özellikleri*; savunuculuğun hemşirenin ahlaki bir pusulaya sahip olması, bakım üzerinde kontrol sahibi olması, koruyucu olması ve hemşire olarak kendini güvende hissetmesi şeklinde tanımlanmıştır. En önemli ikinci etken olan *hemşirenin hastayla olan bağı*; hemşirenin hastayı tanıması ve hastaya empati duyması şeklinde ifade edilmiştir. Üçüncü etkileyici düzey olan *örgütsel koşullar* da örgütsel yapıların ve örgüt kültürünün hasta savunuculuğunu etkilemesi şeklinde ortaya konmuştur (Josse-Eklund ve diğ erleri, 2014, s. 677).



şekil 4. Hemşirelerin hasta savunuculuğunu etkileyen unsurlara ilişkin algıları

Kaynak: Josse-Eklund ve diğ erleri (2014, s. 677)

Mallik (1997b, s. 305-307)'in 104 hemşire üzerinde yaptığı kalitatif çalışmanın sonuçlarına göre; hemşire savunuculuğunun ortaya çıktığı durumlar şu şekilde belirtilmiştir:

- **Nedensel Durumlar:** Hemşireyi doğrudan savunmaya yönlendiren ve hastanın tıbbi otoriteden korkması, hastanın savunmasız olması, doğrudan talebi, hemşirenin görevi ya da konumu gereği mecbur kalması (savunuculuk rolünün hemşirelere yüklenmesi) ve hemşirenin ihtiyaç olduğuna kanaat getirmesi olmak üzere beş temel şekilde ortaya çıkan durumlardır.
- **Pekiştirici Durumlar:** Hemşirelere savunmaya karar verdikten sonra yardımcı olan ve destekleyen koşullardır. Savunuculuk rolünü üstlenmede gerekçe olarak da kullanılabilir. Bu durumlar ise; savunuculuk rolünün hasta tarafından kabul edilmesi, belirgin bir hemşire-hasta ilişkisi, hemşirenin bilgi, uzmanlık ve pozisyonuna dayalı eylemin ahlaki gerekçesi ve meşruiyetidir.

Japonya'da yapılmış bir başka çalışmada ise, katılımcı hemşirelerin %76'sı "hemşire ekibi" yaklaşımının savunuculuk gibi etik bir düşünce için yararlı ve gerekli bir yol olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmada ayrıca savunuculuğu teşvik edecek faktörler şu şekilde sıralanmıştır: (1) hasta merkezli bakım felsefesi, (2) iş arkadaşı olarak hekim, (3) servisteki genel demokratik ortam, (4) hemşirelik personeli arasında işbirliği ruhu ve (5) başhemşirenin personeli desteklemesi (Davis ve diğerleri, 2003, s. 410).

Hemşirelerin hastaları savunmasını kolaylaştıran ve teşvik eden faktörler olmakla birlikte, hastaları savunmasını engelleyen ve zorlaştıran çeşitli faktörler de bulunmaktadır. Bir sonraki başlıkta bu faktörler ele alınmıştır.

1.6.2. Engelleyici Faktörler

Hemşirelik ilkeleri, hemşirelerin; savunmasız veya zarar görme, ihmâl veya istismara karşı risk altında olan kişileri korumak için tüm uygun adımları atması gerektiğini

belirtmektedir. Ancak hemşireler bazen bu sorumluluğu üstlenmekte çeşitli engeller nedeniyle zorluk yaşayabilmektedirler (Smith ve Mee, 2017, s. 54).

Savunuculuk, profesyonel hemşireler için temel bir yetkinlik olarak tanımlanmakla birlikte, literatürde bu yetkinliğe sahip olmanın önündeki çeşitli engeller ortaya konmuştur (Hebert ve diğerleri, 2011, s. 325; Jansson ve diğerleri, 2015, s. 562). Hemşireler hasta savunucuları olarak rollerini yerine getirmelerini engelleyebilecek çok sayıda engelle karşı karşıya kalabilmektedir (Tomaschewski-Barlem ve diğerleri, 2017, s. 2). Bu engeller aynı zamanda hemşirelerin savunucu olarak sorumluluğa sahip olduklarını fark etmelerini ve işlerinde karar vermelerini de engelleyebilir. Hemşirelerin hasta savunuculuğu konusunda karşılaştıkları engelleri sağlık bakımının kesintiye uğraması olarak gördükleri belirtilmektedir (Gleason, 2019, s. 46). Hasta savunuculuğu, hemşireliğin temel bir işlevi olarak görülmekle birlikte, hastalar için etkili savunucular olmak için, önündeki engelleri aşması gerektiği belirtilmektedir (Hanks, 2007, s. 171).

Farklı çalışmalarda hemşirelik savunuculuğunun önündeki farklı engellerden söz edilmiştir. En yaygın olarak belirtilen engellerden biri, hemşirenin hastaya karşı sorumluluğu ile hemşirenin çalıştığı kuruma karşı görevi arasındaki çıkar çatışmasıdır (Robinson, 1985, s. 58). Ayrıca, özerklik eksikliği, zaman, ekonomi, keskinlik ve güç hiyerarşileri gibi çalışma ortamı engelleri savunmama nedenlerini oluşturmaktadır (Chafey ve diğerleri, 1998, s. 43). Bunun dışında; cezalandırılma korkusu, statüyü kaybetme ya da iş arkadaşlarının saygısını kaybetme korkusu, yorgunluk, hayal kırıklığı ve tükenmişlik genellikle hemşirelerin yaşadığı ve savunuculuk rolü üzerinde olumsuz etkisi olan durumlar olarak sayılmaktadır (Chafey ve diğerleri, 1998, s. 48).

Hekimler ve hemşireler arasındaki güç dengesizliğinin de hemşirelerin hastaları savunması için bir engel haline gelebildiği belirtilmektedir. Örgüt kültürünün de etkisiyle hekimler tarafından yetkilerinin sorgulandığını ve bakış açılarının görmezden gelindiğini hisseden hemşirelerin, utandırılma, aşağılanma ve hatta işten çıkarılma gibi endişeler nedeniyle hastayı savunma konusunda kendilerini güçsüz hissedebildikleri görülmektedir (Gleason, 2019, s. 41). Hekimler, ulaşılabilirlik durumları, hastalara ve hemşirelere açık olmaları ve kişisel davranışlarına bağlı olarak hemşirelerin savunuculuk yapma istekliliğine veya isteksizliğine katkıda bulunmaktadır (Chafey ve diğerleri,

1998, s. 43). Hekim tavrı ve kontrolü, çevresel faktörlerle, özellikle de iş konforu ve güvenliğine yönelik destek eksikliği ve tehditler ile birleştğinde genellikle savunmama nedenlerini oluşturmaktadır. Hemşire-hasta ilişkisinde savunmamanın nedenleri kişilerarası ilişkiye odaklanmıştır. Daha az sıklıkla bahsedilse de hemşireler; bilgi, deneyim, adanmışlık ve özgüven gibi özelliklerin eksikliğini savunmama nedenleri olarak göstermişlerdir (Chafey ve diğerleri, 1998, s. 49).

Churchman ve Doherty (2010)'nin çalışmasına göre, hemşire katılımcılar, hekimlerin uygulamalarına meydan okuduklarına ve hastaların savunucuları olarak hareket ettiklerine inanmaktadırlar. Ancak çalışmanın bulguları, hemşirelerin hekimlerin uygulamalarını yalnızca belirli koşullar altında sorguladığını göstermektedir. Hemşireler, bu durumun çatışma veya stresle sonuçlanacağını hissediyorlarsa ve hekimden veya misillemeden korkuyorlarsa hekimlere meydan okumamaktadırlar. Çalışmanın sonuçlarına göre hemşireler, cinsiyet temelli iş bölümü, hekimlerin uzman bilgisi ve statüsünden (tıbbi baskınlık) kaynaklanan yapısal eşitsizlik nedeniyle hekimlerin uygulamalarına meydan okumaktan caydırılmaktadırlar. Ayrıca çalışma bulguları hemşirelerin, hekim kararlarını sorgulayacak güvenden yoksun olduklarını göstermektedir.

Ware ve diğerleri (2011, s. 30)'nin çalışmasında hemşireler savunuculuğun önündeki engel olarak en fazla "zaman yetersizliğini" göstermişlerdir. Dadzie ve diğerleri (2017, s. 61) ise, ağır iş yükü ve hastalar tarafından takdir edilmeme savunuculuk performansını engellediğini ortaya koymuştur. Savunuculuk durumunda hemşirelerin karşılaştıkları tepkiler hasta savunuculuğuna engel olan diğer bir faktör olarak belirtilmektedir. Hemşireler meslektaşları, hekimler ve zaman zaman istihdam eden kurumları tarafından dışlanabilmektedir (Gleason, 2019, s. 44). Davis ve diğerleri (2003) çalışmasına göre de bazı hemşireler, çeşitli savunuculuk davranışlarının hekimle olan ilişkilerine veya hasta/aile ile hekim arasındaki ilişkiye zarar verebileceğinden korkmaktadırlar.

Negarandeh ve diğerleri (2006, s. 3) çalışmalarında hasta savunuculuğu önündeki engelleri; güçsüzlük, yasa ve etik kuralların eksikliği, destek eksikliği, hekim liderliği, zaman kısıtlılığı, sınırlı iletişim, savunuculuğun yarattığı riskler, iş arkadaşlarına sadakat, motivasyon eksikliği olarak bulmuştur.

Hemşireler, hasta savunuculuğu rollerine rehberlik edecek resmi kurumsal düzenlemelerin bu yönde çok yardımcı olabileceğini ifade etmişlerdir (Josse-Eklund ve diğerleri, 2014, s. 680). Örgüt savunuculuk kültürünü destekliorsa, hemşirelerin savunmayı reddetme olasılığı daha düşüktür. Örgütleri tarafından desteklendiğini düşünmeyen hemşireler, hastanın güvenliğinin tehlikeye atılabileceğinin farkında olmalarına rağmen, savunmak için kariyerlerini veya terfilerini riske atmaya istekli değildirler (Hanks, 2010a, s. 257; Josse-Eklund ve diğerleri, 2014, s. 680). Chafey ve diğerleri (1998, s. 45) de savunuculuğun desteklenmemesinin çelişki ve strese neden olacağını belirtmiştir.

Dadzie ve Aziato (2020), hasta savunuculuğundaki zorluklarla ilgili yaptıkları çalışmalarında, hiyerarşik hekim-hemşire ilişkileri ve etkili olmayan çok disiplinli (*multidisipliner*) ekipler, zaman sınırlılıkları ve kurumsal destek eksikliği gibi hasta savunuculuğuna yönelik kişilerarası zorluklar ve kurumsal zorlukları ortaya koymuştur. Hemşireler, hekimlerle çatışma riskini göze almak istemedikleri için çoğu kez savunmada başarısız olmuştur. Çok disiplinli ekipteki meslekler arası sınırlı etkileşimin, şüphe ve kızgınlığın, hemşirelerin hasta savunuculuğu rolünü olumsuz etkilediği ortaya konmuştur. Çalışmada, hasta savunuculuğunun hemşireler için stresli bir rol olabileceği; bu nedenle ekip çalışmasını güçlendirmek ve hastanede karar verme sürecine hemşirelerin katılımını artırmak için çabaların gerekli olduğunu sonucuna ulaşılmıştır.

Sorensen ve Iedema (2007, s. 1348) hemşirelerin ideal şekilde savunuculuklarını gerçekleştirmelerinin önünde hem hemşirelik mesleği ile ilgili olan içsel, hem de hemşirelik dışında gerçekleşen dışsal sınırlılıkları ortaya koymuşlardır. Buna göre içsel sınırlılıklar; hemşirelerin olası sonuçlar açısından hastanın tıbbi olmayan durumuna ilişkin değerlendirmelerine katkıda bulunmalarına olanak tanıyacak müdahale özerkliği eksikliğini ve hemşirelik bilgisi ve uygulamasını resmi olarak hasta bakımı kararlarına dönüştürmek için örgütsel yetki eksikliğini içermektedir. Dışsal sınırlılıklar ise; kıt kaynakları korumak için ekonomik zorunluluk, tedavide tıbbi otoritenin önceliği ve hasta yönetimi kararları konusunda hekim ile hemşire arasındaki anlaşmazlığı içermektedir.

Hasta savunuculuğu ideali ile uygulamanın gerçekliği arasındaki farklılık olmasının nedenlerinin çeşitli ve karmaşık olduğu görülmektedir. Water ve diğerleri (2016)

hemşirelerin, hasta savunuculuğunu uygularken beş temel kategoriye ayrılabilen bir dizi engelle karşılaştıklarını belirtmiştir. Bunlar; kavramsal netlik olmaması, kurumsal kültür, meslektaşların tutumu, hemşire-hasta ilişkisi ve hemşirelerin bireysel özellikleridir. Bu kategorilerin birbirinden bağımsız olmadıkları, daha çok iç içe geçmiş oldukları da belirtilmektedir (Water ve diğerleri, 2016, s. 702).

Hemşirelik savunuculuğundaki engeller, hemşirelik mesleğinde geniş bir yelpazeye yayılmıştır. Bu nedenle, Gleason (2019, s. 39) yaptığı literatür taraması neticesinde tanımlanan engelleri sınıflandırmıştır. Buna göre en belirgin olarak tanımlanan engeller; *savunuculuk için bilgi eksikliği, tıp egemenliği, örgütsel ve idari engeller ve savunuculuğa tepkiler* olarak belirlenmiştir. Öncelikle, hastanın etik ikilemleri hakkında bilgi sahibi olmak, hemşirelerin hastayı savunmasının bir tahmin edicisi olarak tanımlanmıştır. İkinci engel olan tıp egemenliği ise hemşirelerin, hekimlerle çalışırken utanma, aşağılama ve işten çıkarılma riski altında olma korkusu nedeniyle savunuculuk yapmama durumlarını ifade etmektedir. Hemşireler, hemşire ile hekim arasındaki güç dengesizlikleri olduğunu düşünmekte ve ancak hemşirenin hekim tarafından desteklendiğini hissetmesi durumunda savunuculuk yapma yetkisine sahip olduğunu hissedeceği belirtilmektedir. Hemşirelerin, çalışma ortamlarında savunuculuk eylemini resmileştirmek için resmi bir süreç geliştirme gücü olmadığında ise üçüncü engel olan, örgütsel ve idari engel devreye girmektedir. Örgüt tarafından hasta savunuculuğu rolüne rehberlik edecek politika ve prosedürler gibi resmileştirilmiş bir yapı sağlandığında, hemşireler hastaları daha sık savunabilmektedirler. Diğer bir deyişle, hemşireler kendi kuruluşları tarafından desteklenmediklerini hissettiklerinde, savunuculuk yapma olasılıkları daha düşüktür. Belirlenen son engel, hemşirelerin karşılaşılabilecekleri tepkilerdir. Hemşireler, herhangi bir durumun hasta ya da personel için potansiyel riskler taşıdığını anlaması durumunda, başkalarının iyiliği veya doğru şey için kariyerlerini veya terfilerini riske atmaya isteksiz kalabilirler (Gleason, 2019, s. 45-46).

Mortell ve diğerleri (2017) Suudi Arabistan'da hemşireler üzerinde yürüttükleri çalışmalarında; cinsiyet, kültür, eğitim, boyun eğdirme, toplumsal himaye, örgütsel destek ve tepkiler ve rolle ilişkili riskler kritik hastalar için savunucu olarak hareket etme yeteneklerini etkileyen faktörler olarak bulunmuştur. Engeller ise; cinsiyet, toplum, tıp egemenliği, eylemlerin bastırılması, örgütsel engeller, eğitim, mesleki etik engelleri ve savunuculuğun yansımaları şeklinde bulunmuştur. Bazı kültürlerde hemşireliğe karşı

hala önemli bir kültürel direnç söz konusudur. Bu direnç, aile dışındaki erkeklerle temas kurmanın kabul edilemez olması ve yasak olarak görülmesi nedeniyle, özellikle kadınlar için geçerlidir. Dolayısıyla, bazı kültürler için cinsiyet hemşirelerin hasta savunuculuğunda bir engel olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle, kültür ve toplumsal algılar da savunuculuğa engel olarak belirtilmektedir. Ayrıca, hekim otokrisinin hüküm sürdüğü bir kültüre sahip olan örgütlerde hemşire ve savunucu olmanın sorunlara yol açtığı, çünkü doktorların otoritelerinin sorgulanmasından hoşlanmadıklarını ve bir hemşirenin bakış açısını kabul etmeyebilecekleri ortaya konmuştur. Örgütsel engellerin diğer bir engel olarak tanımlandığı çalışmada katılımcılar, sağlık kuruluşlarının hemşireleri hasta savunucusu olarak desteklemesi gerektiğini belirtmişlerdir ve hasta savunuculuğunun etkili bir şekilde işlemesi için, savunuculuk için kılavuz sağlayan bir idari politika ve prosedürün olması gerektiğini düşünmektedirler.

Davis ve diğerleri (2003) Japonya'da hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarında tüm katılımcılar, hemşirelerin savunuculuk rolünü üstlenebilmeleri için daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduklarını ifade etmiştir. Ancak çoğu, kendilerinin bu yönde özel bir eğitim almadıklarını ve onlara böyle bir eğitim verilmediğini belirtmiştir. Katılımcı hemşirelere göre hasta savunuculuğu yapabilmek için hasta hakları, hukuk ve etik alanında da bilgi sahibi olmak gerekmektedir. Ayrıca büyük çoğunluğu, hemşirelerin savunucu olabilmeleri için lider hemşirelerin de sorumluluk sahibi olduklarına dair görüş bildirmişlerdir (Davis ve diğerleri, 2003, s. 409). Aynı çalışmaya göre etik ve savunuculuk özellikle bazı sosyal çevrelerde ortaya çıkar, bu nedenle çalışmada savunuculuğu destekleyen çalışma ortamı özellikleri sorulmuştur. Bu özellikler, hastalar, aileler, doktorlar ve diğer personel üyeleriyle açık iletişim, genel olarak demokrasi, hasta ve aile sorunlarını tartışmak için planlanmış ekip konferansları ve günlük savunuculuk sorunları ile ilgilenmek üzere klinik etik komiteleri olarak sıralanmıştır. Hemşireler, neredeyse istisnasız olarak bu özellikleri hemşirelik savunuculuğunu teşvik eden bir sosyal çevre için gerekli görseler de işyerlerinde büyük ölçüde bu alanlarda eksiklik olduğunu belirtmişlerdir (Davis ve diğerleri, 2003, s. 410).

Hemşireler kendilerini genellikle hastalık, zihinsel kapasite veya sosyal konum gibi faktörler nedeniyle kendi adlarına konuşamayan savunmasız kişileri destekleme konumunda bulurlar. Hemşirelik ve Ebelik İlkeleri (*The Nursing and Midwifery Code*), hastaların refahı tehdit altında olduğunda, hemşirelerin onların adına savunma

yapmasının gerekli olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte; yaş, cinsiyet, iktidara karşı tutum, kişilik, sosyal durum veya mesleki rollerle ilgili çatışma gibi nedenlerden dolayı hemşireler, savunuculuk konusunda isteksiz olabilir. Hemşireler, hasta savunuculuğu rollerini gerçekleştirmelerine engel olan engelleri aşmanın yollarını bulmaya çalışmalıdır (Smith ve Mee, 2017).

Hemşirelerin hasta savunucusu olarak hareket etmesi çok önemlidir. Bir hastanın bir savunucuya ihtiyacı olduğu biliniyorsa ve herhangi bir işlem yapılmazsa, uygun yardım ve bakımı alamayacaktır. Sağlık yöneticilerinin, hemşireleri hasta savunuculuğu bilgilerine dayanarak hastaları savunmak için harekete geçmeleri için motive etmeleri önemlidir. Hemşirelerin hasta savunuculuğu ile ilgili bilgi ve becerilere sahip olmaması durumunda eğitim veya öğretim gerekli olabilir. Örneğin, hemşirelerin hastalar, aileler ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları ile nasıl görüşme yapacağını bilmeleri gerekebilir. Hemşirelerin bunu başarması için iyi iletişim becerileri önemlidir. Literatür, hemşirelerin hastaları savunmak için harekete geçmesini engelleyen birçok faktör olduğunu göstermektedir; hemşirelerin hasta savunuculuğu rollerini kolaylaştırmak için yöneticilerin bu tür engelleri belirlemesi ve en aza indirmesi veya ortadan kaldırması önemlidir (Bu ve Jezewski, 2007, s. 108).

1.7. HASTA SAVUNUCULUĞUNUN SONUÇLARI

Hasta savunuculuğunun, kişiselleştirilmiş bakım sağlamak ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için gerekli olduğu belirtilmektedir (Curtin, 1979). Curtin (1979)'in bulguları, hasta savunuculuğunun, hastalara anlaşılabilir sağlık hizmeti seçenekleri sunan ve hastaları sağlık hizmeti tercihleri konusunda destekleyen hemşirelerin yer aldığı gelişmiş sağlık hizmeti sunma ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Sağlık profesyonellerinin hastaların sorunlarını tespit edemedikleri ve çözemedikleri durumda ise, bu sorunlar daha ciddi hale gelerek hasta memnuniyetsizliği, daha kötü sağlık sonuçları, artan bakım maliyeti ve dava masrafları dahil olmak üzere çeşitli olumsuz sonuçlara yol açabilir (Jansson ve diğerleri, 2015, s. 562). Bu nedenle hastaların savunulması son derece önemlidir. Ancak, literatürde hemşirelerin uyguladığı hasta savunuculuğunun olumlu yanları ile birlikte, olumsuz yanlarından da bahsedilmektedir. Hemşireler, savunuculuk rolü üstlenmeyi düşünmeye yönlendirildiğinde, savunucu olarak hareket etmenin sonuçlarını dikkate alırlar ve durum ve riskleri değerlendirdikten sonra savunuculuk

yapıp yapmamaya karar verirler (McGrath ve Walker, 1999, s. 75). Dolayısıyla, hemşirelerin karşılaştıkları sonuçlar ve riskler hemşirelerin savunuculuk davranışlarını etkileyebilmektedir.

Hemşirelik savunuculuğunun sonuçları hemşireler için bir kariyer ikilemine neden olabilir (Hanks, 2008, s. 470). Hemşireler, yasal sorunların sıklıkla yaşanabildiği günümüz ortamında, bir yandan hastanın mümkün olan en iyi hizmeti almasını sağlamaya çalışırken, diğer yandan da “kendilerini sağlama alma” ihtiyacı hissedebilmektedirler (McGrath ve Walker, 1999, s. 75). Bu durum diğer çalışmalarda da sıklıkla söz edilen ahlaki ikilemi ortaya çıkarmaktadır. Hemşireler, hasta güvenliğini savunma yükümlülükleri ile işverenleri tarafından aksinin yapılması yönünde yapılan mevcut veya algılanan baskılar arasında bir çelişki olduğu durumda “ahlaki ikilem” riski ile karşı karşıya olduklarını vurgulamaktadırlar (Black, 2011, s. 27).

Hemşireler, savunuculuk yaparlarsa diğer sağlık çalışanları ile zıtlaşabilmekte; yapmazlarsa da kendileriyle, iş ahlaklarıyla ve hatta hastaları ile çatışabilmektedirler. Hemşirelerin amacı diğer sağlık çalışanlarından iftihar almak değil, hastane yönetimi ve diğer sağlık çalışanlarına karşı çıkmayı gerektirse bile hastanın mümkün olan en iyi hizmeti almasına yardımcı olmaktır. (Mallik, 1997a, s. 136) hemşirelerin, savunuculuk rolünü üstlenmeleri için geçerli nedenleri ortaya koyan çalışmalar olmakla birlikte, tam tersi bunun riskli bir rol de olabileceğini belirtmiştir. Düşük riskli durumlar haricinde hemşireleri bu yönde destekleyen bir sistemin olmadığını ve nihayetinde hemşireler için savunuculuk faaliyetlerinin hemşirenin bireysel tercihinin kaldığını ve ahlaki bir seçim olarak kaldığını belirtmektedir. Bunu destekleyecek şekilde, çeşitli çalışmalarda (Mallik, 1998, s. 1005; Davis ve diğerleri, 2003, s. 410) katılımcı hemşireler tarafından savunuculuk “risk alma” olarak tanımlanmıştır.

Hemşirelerin savunuculuk rolünü üstlenirken karşılaştıkları zorluklar hem hemşire hem de hastada karışık duygulara neden olmaktadır. McGrath ve Walker (1999, s. 75)'in çalışmasında katılımcıların belirttikleri bu duygular arasında; stres, suçluluk, hayal kırıklığı ve umutsuzluk yer almaktadır. Hanks (2008, s. 473) hastaları savunmaları durumunda bazı hemşirelerin tatmin olurken bazılarının ise hayal kırıklığı yaşayabildiğini

ortaya koymuştur. Aynı çalışmada, hemşirelerin savunuculuk eylemleri sonucunda hastanın davranışlarının olumlu yönde değiştiği ortaya konmuştur.

Abbasinia ve diğerleri (2020, s. 146) yapmış oldukları kavram analizi çalışmasında da hasta savunuculuğunun hem hemşireler hem de hastalar üzerinde etkileri olduğu sonucuna varılmıştır. Hastalar ile ilgili sonuçlar; hasta güvenliğinin ve bakım kalitesinin iyileştirilmesi, hastanın kendi kararını verme duygusunun geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, hastalar, aileler ve sağlık ekibi arasındaki iş birliğinin geliştirilmesi, sağlık ve sosyal hizmetlere erişimin ve halk sağlığının iyileştirilmesidir. Hasta savunuculuğunun hemşireler açısından sonuçları ise olumlu ve olumsuz olabilmektedir. Hemşireler için olumlu sonuçlar; hemşirelerin faydalı olma duygusu yaşaması, benlik kavramını geliştirmesi, iş motivasyonu ve iş doyumunu sağlama ve hemşireliğin toplumdaki imajını güçlendirmesidir. Olumsuz sonuçları ise; baş belası, ihbarcı veya kötü iş arkadaşı şeklinde etiketlenme, ekipteki diğer sağlık çalışanlarıyla çatışma, izole edilme ve hayal kırıklığı duyguları yaşama, ahlaki sıkıntı veya ikilem yaşama, örgüt yetkilileriyle tartışma, sözlü veya yazılı uyarı alma ve hemşirenin işini, itibarını ve mesleki statüsünü kaybetmesidir.

Tomaschewski-Barlem ve diğerleri (2015, s. 808, 811), işyerlerinde hastaları savunmanın kendileri için olumsuz sonuçlar doğurup doğurmayacağı yönündeki görüşleri sorulduğunda, hemşirelerin olumlu ya da olumsuz yönde net bir kararlılık ortaya koyamadıklarını ve “ne katılıyorum ne de katılmıyorum” yönünde bir sonucun ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Yazarlar bu sonucu, ankete katılan hemşirelerin savunuculuk uygulamalarının neden olabileceği olası olumsuz durumların çok da farkında olmayışlarına bağlamışlardır.

O'Connor ve Kelly (2005, s. 461)'nin çalışmasında, hastaları savunmak hemşireler için mesleki tanınma ve iş tatmini gibi olumlu sonuçlara neden olmakla birlikte, daha çok olumsuz yönler dile getirilmiştir. Hemşirelerin savunuculuğa dahil olduklarında diğer çalışanlarla çatışma riskinin yüksek olduğu ve bu durumun bazen hemşirelerde öfke ve hayal kırıklığına neden olduğu ortaya konmuştur. Çatışmaların hemşireler üzerinde hem kişisel hem de profesyonel olarak zarar verici bir etkiye sahip olabileceği belirtilmektedir. Mallik (1997a, s. 136) bazı hemşirelerin savunuculuk davranışları sonucunda

cezalandırıldıklarını ve sinsi şekilde mağduriyetlere uğratıldıklarını, bunların sonucu olarak ise kızgınlık ve hayal kırıklıkları yaşadıklarını belirtmiştir. Hastaları savunmanın bir sonucu olarak hemşireler ayrıca; meslektaşları, hekimler ve zaman zaman istihdam eden kurumları tarafından dışlanabilmektedir (Gleason, 2019, s. 44).

Hemşireleri savunuculuk faaliyetlerinde destekleyen bir sistem olmadığı sürece, savunuculuk faaliyetleri hemşirenin bireysel tercihinin bırakılmakta ve ahlaki bir seçim olarak kalmaktadır (Mallik, 1997a, s. 136). Hemşirelerin hastaları savunması uygun ortam sağlanması durumunda hem hastalar hem de hemşireler için olumlu sonuçlar sağlayabilir.

1.8. HEMŞİRELİKTE HASTA SAVUNUCULUĞUNA YÖNELİK DÜZENLEMELER

Türkiye’de hemşirelik mesleğinin ilk örgütlenmelerinden biri 1933 yılında kurulan Türk Hastabakıcılar Cemiyeti’dir. 1943’te Türk Hemşireler Derneği adını alan bu dernek, Türkiye’de bu alanda çıkarılan kanun ve yönetmeliklerde önemli rol oynamış; ilk Hemşirelik Kanunu da 1954’te yayımlanmıştır (TC Resmi Gazete, 1954; Türk Hemşireler Derneği, t.y). İlgili kanun uyarınca hemşireler, “*tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personeli*” şeklinde tanımlanmışlardır (TC Resmi Gazete, 2007).

Hasta savunuculuğu özelinde farklı ülkelerde dolaylı ya da doğrudan çeşitli düzenlemeler ve etik ilkeler bulunmaktadır. Türkiye’de hasta savunuculuğunu kapsayacak şekilde, 1998’de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği ile “hasta” ve “hasta hakları” açıkça tanımlandığı gibi, bu hakların kullanılması ve korunmasından hem sağlık kurumları hem de sağlık çalışanları sorumlu kılınmıştır (TC Resmi Gazete, 1998).

2004 yılında 1. Ulusal Hemşirelik ve Etik Sempozyumu düzenlenmiş (Bolu Gündem, 2004); bu çalışmaların devamında takip eden yıllar içerisinde hemşireler için etik ilke ve

sorumluluklar belirlenmiştir. Buna göre hemşirelerin mesleki etik ilkeleri, zarar vermeme-yararlılık, özerklik/bireye saygı, mahremiyet ve sır saklama ve adalet ve eşitlik olarak sırlanmıştır. Bu ilkelerden özerklik/bireye saygı ilkelerinden biri olan “*Hemşire bireyin herhangi bir yanılma ve baskı altında kalmaksızın bakımı konusunda karar verme ve seçme hakkına saygı gösterir ve bu konuda gerektiğinde bireyi savunma rolünü üstlenir.*” ifadesi açıkça savunuculuk ile ilişkili bir ilkedir. Ayrıca hemşirelerin hizmet verdiği birey, aile ve topluma karşı sorumlulukları arasında “*Hemşire hizmet verdiği bireylerin haklarını savunacak yeterliliğe gelmelerini sağlamak üzere onları destekler.*” ifadesi yer almaktadır (HEMED, 2020).

Hemşirelik Yönetmeliği’nde hemşirelerin çalışma alanlarına, pozisyonlarına ve eğitim düzeylerine göre görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir. İlgili yönetmelikte yer alan hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları arasında açıkça “savunuculuk” ifadesine yer verilmemekle birlikte, savunuculuk ile ilişkilendirilebilecek çeşitli ifadeler yer almaktadır. Örneğin, yönetmeliğin hemşirelik hizmetlerinin kapsamını içeren 5. Maddesinin (a) fıkrası “*Birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hemşirenin yerine getirdiği bakım verme, hekimce hazırlanan tıbbî tanı ve tedavi planının oluşturulması ve uygulanması, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama rolleri,*” ifadesinde yer alan pek çok rol savunuculukla ilişkilendirilebilir (TC Resmi Gazete, 2010). Yine aynı maddenin (b) fıkrasında “*yaşamın tüm evrelerinde meslek standartları ve etik ilkeler çerçevesinde sunduğu hemşirelik bakımı*” ifadesi yer alırken, sonraki yıl bu yönetmeliğin 7. Maddesine “*uzmanlık alanı ile ilgili ve etik konularda kişi, kurum ve kuruluşlara danışmanlık ve bilirkişilik yapar. Çalıştığı kurumda araştırmalarla ilgili etik komitede görev alabilir*” ifadesi eklenmiştir (TC Resmi Gazete, 2011). Bu da hemşirelerin savunuculuk rolleri doğrultusunda daha geniş kapsamda kişisel ve kurumsal destek verebilmelerini mümkün kılan önemli bir dayanak niteliğindedir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde ise sosyal hizmet uzmanları, hemşireler ve sağlık görevlileri etik kurallara göre hasta savunuculuğu yapmakla yükümlüdür (Jansson ve diğerleri, 2015, s. 562). Amerikan Hemşireler Birliği Etik Kurallarına göre (ANA, 2015, s. 9), “*Hemşire, hastanın haklarını, sağlığını ve güvenliğini teşvik eder, savunur ve korur.*”

Etik kuralların hasta savunuculuğuna yer vermesi ve profesyonel hemşire için zorunlu bir faaliyet haline getirmeye çalışması ile birlikte, savunuculuk rolünün profesyonelleşmesinin ileriye dönük tek yol olabileceği belirtilmektedir (Mallik, 1997b, s. 303). Hasta savunuculuk rolü profesyonelleştirilmezse, hemşirelerin özel alanları olarak bu rolü üstlenmeleri yönündeki süregelen talepten vazgeçilmelidir. Aksi takdirde, Mallik (1997b, s. 312)'in çalışmasında ortaya koyduğu gibi, savunuculuk hemşireler için ahlaki ikilemler yaratmaya ve hemşirelerin zor durumda kalmalarına yol açabilir. Bu nedenle savunuculuk, hemşirelik uygulama ilkeleri ve kurallarında yer almalıdır (Kalaitzidis ve Jewell, 2015, s. 314). Kalaitzidis ve Jewell (2015, s. 310) farklı beş hemşirelik derneğinin mesleki kurallarını karşılaştırmış ve savunuculuğun anlamı ve hemşirelik uygulamasındaki öneminin çeşitli etik kodlar arasında tutarlı olmadığını belirtmiştir.

Hasta savunuculuğu faaliyetleri ve yapılanmaları kamu politikası üzerinde önemli etkiler yaratabilmektedir (Müller ve diğerleri, 2021, s. 1). Sağlık hizmetleri savunuculuğu, sağlık politikasını oluşturan kanun yapıcılara ve liderlere büyük ölçüde rehberlik edebilir. Savunuculuk faaliyetleri; sağlık hizmeti sunucuları, hastalar ve sağlık ortamlarını etkileyen programlarla ilgili karar verme sürecini destekler. Geniş kapsamlı sağlık savunuculuğu, en yeni araştırmaları uygulamaya koyan ve sağlık sektöründe daha iyi ortaklıklar geliştiren reformları teşvik eder. Ayrıca, yoksulluk gibi faktörlerin yanı sıra insanların sağlığını etkileyen diğer sosyal ve ekonomik koşulları da dikkate alan sağlık politikalarını devreye sokmaya zorlar. Kamu politikasını etkileyen sağlık hizmetleri savunuculuğu, sağlık eşitsizliklerini azaltacak şekilde birey ve toplum sağlığını iyileştirir. Bu tür savunuculuk, sağlık politikası hedeflerine rehberlik eder, öncelikli olan mevzuatın yürürlüğe konmasını sağlar ve yürürlüğe giren yeni politikaları desteklemek için gereken finansmanı sağlar (Tulane University, 2021).

Maryland ve Gonzalez (2012) hemşirelerin kamu politikalarını etkilemek için yararlanabilecekleri pek çok hasta deneyimi olduğunu ve hastalara daha iyi hizmet verebilmek için hemşirelerin kamu politikalarını etkilemesini sağlayan becerilerini güçlendirmelerinin yükümlülükleri olduğunu ileri sürmektedir. Yazarlar savunuculuğu da bu kapsamda ele alarak, hemşirelerin hastanelerin yanı sıra, sağlık hizmetlerine erişim, maliyet kontrolü ve sağlık hizmetleri kalitesine ilişkin ekonomik, eğitim ve araştırma, sağlık hizmeti sunumu ve yasal ortamlar dahil olmak üzere diğer sosyal ortamlarda hastaları ve ailelerini desteklemeleri gerektiğini belirtmektedir. Hemşireler kamuoyu ve

ilgili yetkililerle deneyimlerini ve görüşlerini paylaşma becerisine sahip olduklarında, hastalar ve aileler için etkili bir şekilde savunuculuk yapabilir ve politika oluşturma sürecinde önemli bir güç haline gelebilirler. Kamu politikasında halkın hemşireliğin sesine ihtiyacı olduğunu ve çeşitli alanlarda hastaları savunmak için ilerleme zamanının geldiği belirtilmektedir.

Bu çerçevede savunuculuk bireysel olarak bir hastaya yardım etmenin ötesine geçmiş ve sağlık politikası alanına girmiştir. Bu nedenle, hemşirelik mesleğini daha geniş kapsamlı savunuculuk faaliyetlerine hazırlamak için hemşirelik müfredatı ve sürekli eğitim programlarının; lobicilik, medya kullanımı, örgütlenmeler gibi becerilere ilişkin öğeler de içerebileceği önerilmektedir (Pope ve diğerleri, 1995, s. 6).

2. BÖLÜM: TIBBİ HATALAR

İkinci bölümde öncelikle tıbbi hata kavramı tanımlanacak, sonrasında hata yaklaşımları ve hemşirelerin tıbbi hatalardaki rolü incelenecektir. Daha sonra, hemşirelikteki olası tıbbi hatalar; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, hasta takibinin yetersizliğinden kaynaklanan hatalar, zayıf iletişimden kaynaklanan hatalar, yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanımı ve cihazlara bağlı hatalar, başlıkları altında incelenecektir. Son olarak tıbbi hataların önlenmesi konusu; hastane güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve hataların bildirilmesi başlıkları altında ele alınacaktır.

2.1. TIBBİ HATA KAVRAMI

Sağlık hizmetinin birincil amacı “zarar vermemek” yani hiç kimsenin aldığı sağlık hizmeti nedeniyle zarar görmemesini sağlamaktır, ancak sağlık hizmetinden beklenen sonucun elde edilmesi pek çok unsura bağlıdır ve pratikte bunun sağlanması her zaman mümkün olamamaktadır. Bu nedenle daha geniş bir tanımlama ile “hasta güvenliği” kavramı ortaya çıkmış; önlenemez nitelikteki hataların önlenmesi, önlenemeyen hataların ise hastaya etkisinin kabul edilebilir en düşük seviyeye indirilmesi amaçlanmıştır (WHO, 2023).

Sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bunların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması veya ortadan kaldırılması “hasta güvenliği” olarak tanımlanmaktadır (Ovalı, 2010, s. 33). Bu tanımdaki “sağlık hizmetine bağlı hatalar” da genel itibarıyla “tıbbi hata” olarak ifade edilebilir. Sağlık sektöründe sıklıkla karşılaşılan ve önemli mali yük oluşturan tıbbi hatalar için çeşitli tanımlar yapılmış (Topçu ve diğerleri, 2017, s. 600); bunlardan ABD Tıp Enstitüsü (*Institute of Medicine* [IOM]) hatayı “planlanan bir eylemin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın kullanılması” olarak tanımlamıştır (IOM, 1999, s. 1).

Tıbbi hatalar teşhis, tedavi, koruyucu bakım ve kayıt işlemleri gibi bakım sürecinin hemen her aşamasında gerçekleşebilmektedir (IOM, 2000, s. 4; Yılmaz, 2009, s. 25-26). Ayrıca, tıbbi hatalar sağlık sisteminin herhangi bir yerinde -hastanelerde, kliniklerde,

ameliyathanelerde, doktor muayenehanelerinde, bakım evlerinde, eczanelerde ve hasta evlerinde- meydana gelebilir ve ciddi sonuçları olabilir (Ganz ve diğeri, 2013). İlaç hataları, uygunsuz transfüzyonlar, cerrahi yaralanma ya da yanlış taraf ameliyatları, intihar, düşme, yanıklar, hatalı hasta tanımlaması gibi istenmeyen durumlar sıkça karşılaşılabilecek tıbbi hatalara örnektir (IOM, 1999, s. 1).

Sağlık kurumları “hatayı” hem klinik açıdan hem de araştırma açısından öncelikli olarak ele almaktadır ancak öncelikle tıbbi hatanın ne olduğu konusunun netleştirilmesine ihtiyaç vardır. Tıbbi hataları azaltmak için, açık ve tutarlı tanımlara dayalı olarak, hata görülme sıklığının doğru ölçümü, etkili eylem için temel ön koşuldur. Tıpta hata üzerine artan literatür ve araştırmalara rağmen, az sayıda çalışma “tıbbi hatayı” doğrudan tanımlamış veya ölçmüştür. Bunun yerine, araştırmacılar, büyük ölçüde olumsuz hasta sonuçlarına veya yaralanmaya bağlı olan hata ölçümlerini benimsemiştir. Standartlaştırılmış terminoloji eksikliğinin ve tıbbi hatanın farklı tanımlarının kullanılmasının; veri sentezini, analizini, ortak çalışmayı ve sağlık hizmeti sunumundaki değişikliklerin etkisinin değerlendirilmesini engelleyebildiği belirtilmektedir. Bu nedenle, hatalara neden olan temel alanları açıkça içeren ve sonuca bakılmaksızın hatalara neden olan süreçleri içeren, açık, kapsamlı ve evrensel olarak kabul edilmiş bir tıbbi hata tanımına ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır (Grober ve Bohnen, 2005, s. 39). Bu doğrultuda Grober ve Bohnen (2005, s. 42) inceledikleri literatür doğrultusunda tıbbi hata için *“istenmeyen bir sonuca katkıda bulunan veya katkıda bulunabilecek olan planlama veya uygulamadaki bir ihmal veya eylem”* tanımını önermişlerdir.

Wu ve diğeri (1997, s. 770) de tıbbi hatayı “herhangi bir olumsuz sonucun meydana gelip gelmediğine bakılmaksızın, meydana geldiği sırada bilgili ve yetenekli sağlık çalışanları tarafından yanlış olarak değerlendirilebilecek hasta için potansiyel olarak olumsuz sonuçlara sahip olan bir işlem veya ihmal” olarak tanımlamışlardır. Yazarlar tarafından bu tanımın; tedaviye yanıt vermeyen hastalığın doğal seyrini, doğru şekilde uygulanan bir işlemin öngörülebilir komplikasyonlarını ve bir hatanın meydana gelip gelmediği konusunda bir anlaşmazlığın olduğu durumları hariç tuttuğu belirtilmiştir (Wu ve diğeri, 1997, s. 770).

Türkiye’de “tıbbi hata” yerine “malpraktis” kavramının da kullanıldığı görülmektedir. Ancak bu kavram tıbbi hatayı tam olarak karşılamamaktadır (Çakmak ve diğerleri, 2018, s. 426). Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’na göre “hekimliğin kötü uygulanması” kavramının karşılığı olarak kullanılan *malpraktis*; “*bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesi*” şeklinde tanımlanmıştır (TTB, 2012, s. 9). Dünya Tabipler Birliği tarafından 1992 yılında kabul edilen bildiriye göre tıbbi yanlış uygulama (malpraktis); “*doktorun tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar*” olarak tanımlanmaktadır (TTB, 1998, s. 46-47).

Tanımlardan görüldüğü gibi *malpraktiste* bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesi söz konusu iken, yapılan her tıbbi hata neticesinde hastada zarar meydana gelmeyebilir. Örneğin, bir ilacın fazla dozda verilmesi bir tıbbi hatadır ve hastada herhangi bir zarar oluşturmamış olabilir. *Malpraktiste* zarar gelişmesi beklenirken tıbbi hataların bir kısmı zarara neden olmamakta ve bazı zamanlar ortaya çıkamamaktadır. Dolayısıyla *malpraktis* bir tıbbi hatadır ancak, zarar oluşmadığı durumlarda *malpraktis* sayılmayan tıbbi hatalar söz konusudur (Karataş ve Yakıncı, 2010, s. 233-234).

IOM (2000) raporunda ise tıbbi hatanın “istenmeyen olaydan” (adverse event) farklı olduğu vurgulanmış, tüm hataların zararlar sonuçlanmadığına dikkat çekilmiştir (IOM, 2000, s. 4). Yaralanmaya ya da sakatlanmaya neden olan hatalar bazen de “önlenebilir istenmeyen olaylar” olarak adlandırılır. İstenmeyen olay, tıbbi bir müdahaleden kaynaklanan yaralanma ya da sakatlanmadır, yani hastanın özel durumundan kaynaklanmamaktadır. İstenmeyen olaylar tıbbi tedaviden kaynaklanırken, bunların tümü önlenebilir değildir; yani bunların hepsi bir hataya atfedilemez. Raporda örnek olarak; bir hasta ameliyat olur ve ameliyat sonrası yakalandığı zatürre nedeniyle hayatını kaybederse, bunun bir istenmeyen olay olduğu belirtilmiştir. Vaka incelemesi sonucunda, şayet zatürrenin kötü el yıkama veya kullanılan malzemenin yeterince iyi temizlenmemiş olması nedeniyle ortaya çıktığı anlaşılır ise, bunun “önlenebilir istenmeyen olay” olduğunun söylenebileceği -dolayısıyla da uygulamadaki bir hataya atfedilebileceği belirtilmektedir. Ancak, herhangi bir hatanın meydana gelmediği durumda; hastanın zor bir ameliyat ve iyileşme süreci geçirdiği, yani önlenebilir bir istenmeyen olay olmadığı sonucunu verebilir. Bu kavramların açıklığa kavuşturulması kavram karmaşasının

ortadan kaldırılarak, hataların doğru ölçülmesi ve bu yönde önlemlerin alınması açısından önem taşımaktadır (IOM, 2000).

2.2. HATA YAKLAŞIMLARI

Literatürde, hataların doğası ve altında yatan nedenler hakkında çeşitli varsayımlarla karakterize edilen insan hatasına ilişkin bazı yaklaşımlar ortaya konmuştur (Wiegmann ve Shappell, 2001, s. 342).

İnsan hatalarına ilişkin önemli bir yaklaşım, Berwick (1989) tarafından öne sürülen “Çürük Elma Teorisi”dir”. Berwick (1989) kaliteyi artırmaya yönelik iki yaklaşımdan söz etmektedir. Bunlardan ilki, muayene yoluyla kalite adı verilen sistem olup, kalitenin en iyi şekilde “çürük elmaları” ortadan kaldırarak elde edildiği inancına dayalıdır. Sürekli iyileştirme teorisine dayanan ikinci yaklaşım ise, suçu bireye yüklemek yerine üretim sürecinin anlaşılmasını ve gözden geçirilmesini gerektirir. Berwick, sağlık hizmeti liderlerini tıpta sürekli iyileştirme modelini uygulamaya başlamaya çağırmaktadır. Kaynakların tahsis edilmesi, kurumlar içinde örgütlenme, modern teknik araçların kullanılması, sektördeki tüketiciler ve tedarikçiler arasındaki diyalogun teşvik edilmesi ve sağlayıcılara güvenin yeniden tesis edilmesi dahil olmak üzere uygulama için bir dizi kritik adımı özetlemektedir.

İnsan hatasını temelde güvenli olan sistemler için bir tehdit olarak gören Çürük Elma Teorisinin savunduğu görüşler maddeler halinde aşağıda sıralanmıştır:

- Karmaşık sistemlerdeki bazı güvenilmez insanların (çürük elmalar) düzensiz davranışları olmasaydı iyi olurdu;
- İnsan hataları kazalara neden olur: aksiliklerin üçte ikisinden fazlasına en çok katkıda bulunan şey insanlardır;
- İnsan hatası ya da başka herhangi bir adla (örneğin; durum farkındalığı kaybı, kendini beğenmişlik, ihmal) sistem arızalarını açıklar;

- İnsan hataları hoş olmayan bir sürpriz olarak ortaya çıkar. Beklenmediktir ve sisteme ait değildir. Hatalar, yalnızca insanların doğasında var olan güvenilmezlik yoluyla sisteme dahil edilir (Dekker, 2000, s. IV).

Çürük Elma Teorisi, çürük elmalar uzaklaştırıldığında hataların olmayacağı ve sistemin düzgün çalışacağı görüşünü yansıtmaktadır. Bu teorinin popüler olmasının nedeni ise güvenlikle başa çıkmada nispeten basit ve ucuz bir yaklaşım olmasıdır (Dekker, 2000, s. IX). Çürük elma teorisinin önemli eksiklikleri olduğu belirtilmektedir. Çürük elmaları uzaklaştırmanın (örneğin, bireysel başarısızlıklara odaklanmak) altta yatan sorunu ortadan kaldırmayacağı; yani "kusurlu" uygulayıcıları uzaklaştırmanın, yaptıkları hataların potansiyelini ortadan kaldırmayacağı ileri sürülmektedir (Dekker, 2000, s. VII).

(Reason, 2000, s. 768) insan hatalarının kişi odaklı ve sistem odaklı yaklaşım olmak üzere iki şekilde ele alınabileceğini belirtmektedir. Her iki yaklaşım farklı hata nedensellik modeline ve hata yönetimi felsefesine sahiptir.

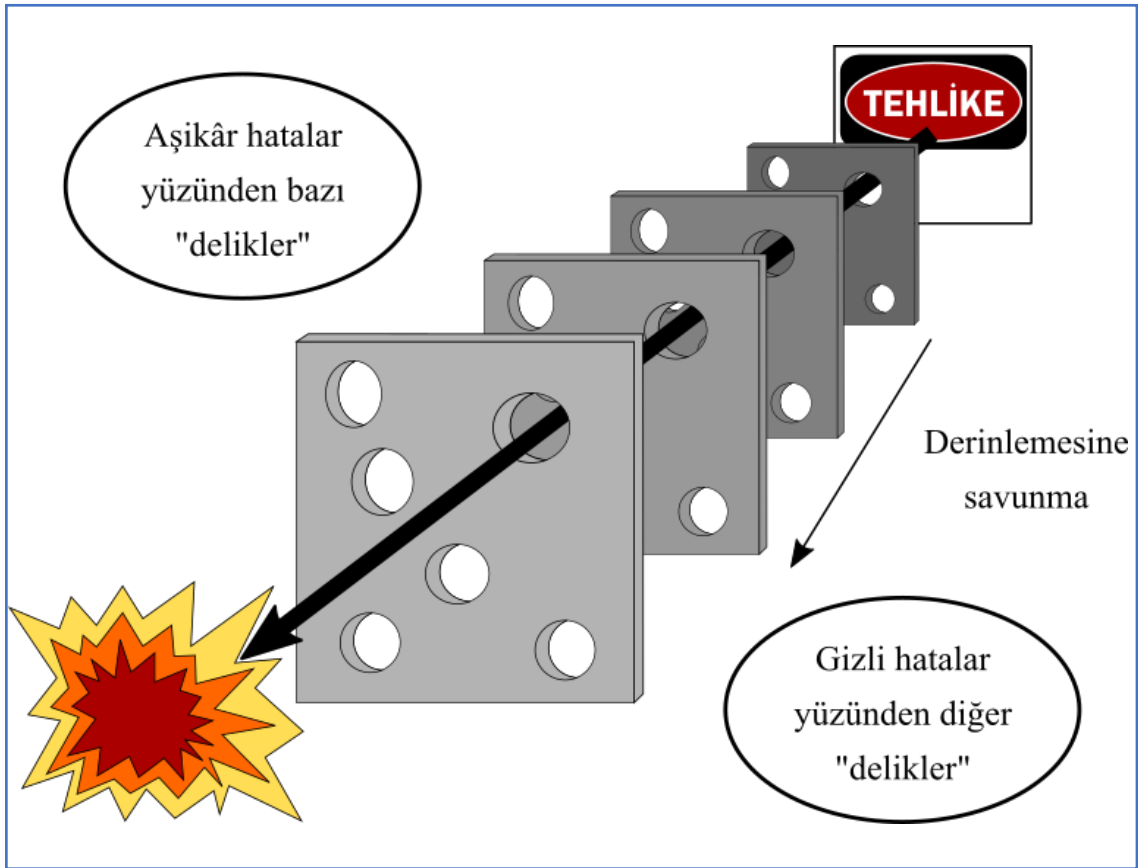
Kişi odaklı yaklaşım hemşireler, doktorlar, cerrahlar, anestezi uzmanları, eczacılar gibi hizmet sunumunda önde yer alan kişilerin güvenli olmayan eylemlerine (hataları ve prosedür ihlallerine) odaklanmaktadır. Bu yaklaşıma göre güvenli olmayan eylemler; unutkanlık, dikkatsizlik, düşük motivasyon, dikkatsizlik, ihmal ve umursamazlık gibi bireylerin zihinsel süreçlerinden kaynaklanmaktadır. Doğal olarak, bu durumlara karşı alınacak olan önlemler esas olarak insan davranışındaki istenmeyen değişkenliği azaltmaya yönelik olup, prosedür değiştirmek ya da mevcut prosedüre ilaveler yapmak, disiplin cezaları, dava tehdidi, yeniden eğitim, isim verme, suçlama ve utandırma gibi yöntemleri içerir (Reason, 2000, s. 768).

Tıp alanında da baskın bir yaklaşım olduğu belirtilen kişi odaklı yaklaşıma göre; ters giden bir şeyler varsa bunun sorumlusu mutlaka bir kişi ya da kişiler grubudur. Bir kişinin güvenli olmayan davranışlarını kurumsal sorumluluktan ayrı tutmak yöneticilerin de çıkarına olmaktadır. Kişi odaklı yaklaşımın önemli eksiklikleri olduğu ve bu yaklaşıma olan süregelen bağlılığın, daha güvenli sağlık kurumlarının gelişimini engellemesinin muhtemel olduğu belirtilmektedir. Buna göre adil bir kültür oluşturmak, güvenli bir kültür yaratmak için atılması gereken önemli bir adımdır (Reason, 2000, s. 768).

Kişi odaklı yaklaşımın önemli bir zayıflığı, bireysel hata kaynaklarına odaklanarak güvenli olmayan eylemleri sistemden soyutlamasıdır. Bunun sonucu olarak, hatalar kişilerden bağımsız olarak tekrarlayan kalıplara düşme eğilimi gösterebilir. Sistem genelinde hataya neden olan faktörleri aramayan ve ortadan kaldırmayan bir yaklaşım daha iyi bir güvenlik arayışının önünde önemli bir engel teşkil eder (Reason, 2000, s. 769).

Sistem odaklı yaklaşımdaki temel varsayım ise, insanların yanılabilir olduğu ve en iyi organizasyonlarda bile hataların beklenebileceğidir. Hatalar, sebepten çok sonuç olarak görülür ve kökenleri insandan çok sistemle ilişkili faktörlerdedir. Bu faktörler işyerinde tekrarlayan hata tuzaklarını ve bunlara yol açan örgütsel süreçleri içerir. Önlemler, insana ilişkin koşulları değiştiremesek de insanların çalıştığı koşulları değiştirebileceğimiz varsayımına dayanır. Olumsuz bir olay meydana geldiğinde önemli olan kimin hata yaptığı değil, sistem savunmalarının nasıl ve neden başarısız olduğudur (Reason, 2000, s. 768).

Sistem odaklı yaklaşımda savunmalar, bariyerler ve güvenceler kilit bir konuma sahiptir. Reason (2000) yüksek teknolojili sistemlerde; bazıları tasarlanmış olan (alarmlar, fiziksel engeller, otomatik kapatmalar vb.), bazıları kişilere bağlı olan (cerrahlar, anestezi uzmanları, pilotlar, kontrol odası operatörleri vb.) ve bazıları prosedür ve yönetsel kontrollere bağlı olan birçok savunma katmanı bulunduğundan söz etmektedir. Bu katmanların işlevleri, potansiyel kurbanları ve varlıkları yerel tehlikelerden korumaktır. Çoğunlukla bunu etkili bir şekilde yapsalar da her zaman zayıflıkları söz konusu olabilir. Bu anlamda katmanların her biri İsviçre peyniri dilimlerine benzerler ve birçok deliğe sahiptirler. Ancak peynirin aksine, bu delikler sürekli olarak açılır, kapanır ve konumlarını değiştirir. Herhangi bir dilimde deliklerin bulunması normalde kötü bir sonuca neden olmaz. Ancak, birçok katmandaki delikler anlık olarak bir kazaya izin verecek şekilde sıralandığında zarar verici bir tehlike ortaya çıkabilir. Kazalara aşikâr hatalar neden olmuş gibi görünse de bunların ardında gizli nedenler de bulunmaktadır (Reason, 2000, s. 769). Reason'un İsviçre Peyniri Modeli Şekil 5'te görülmektedir.



Şekil 5. İsviçre Peyniri Modeli

Kaynak: Reason (1997, s. 12).

Wu ve diğerleri (1997, s. 770-771) de benzer şekilde hataları bireysel ve sistem hataları olmak üzere oluşumlarına göre sınıflandırmışlardır. Reason (1997)'ın İsviçre Peyniri modelinde gizli hatalar olarak da adlandırılan sistem hataları, öncelikle tıbbi uygulama sisteminin doğasında bulunan kusurlardan kaynaklanır. Bu tür hatalarda sistem, tıbbi kayıtların bulunmaması, ilaçların etiketlerinin karıştırılması ve benzerleri yoluyla bireyleri hata yapmaya iter. Bir sistem hatası oluştuğunda kişi, sağlık hizmeti sunum sisteminin diğer unsurları ile sorumluluğu paylaşır. Bireysel hatalar ise, öncelikle bireylerin kendi bilgi, beceri veya dikkat eksikliğinden kaynaklanan hatalardır.

Shappell ve Wiegmann (2000) tarafından Reason'un modeline dayanarak İnsan Faktörleri Analiz ve Sınıflandırma Sistemi (*The Human Factors Analysis and Classification System* [HFACS]) ortaya konmuştur. Bu model öncelikle havacılık sektörü için geliştirilmiş olsa da daha sonra literatürde birçok alanda uygulanabilirliği kanıtlanmıştır (Dönmez, 2018, s. 25). Reason'ın İsviçre Peyniri modelinden yararlanan

HFACS, kişilerin zihinsel ve ruhsal durumlarından yönetimin aldığı kararlara kadar birçok insani faktörün kazayı etkilediğini ileri sürmekte ve dört hata seviyesi tanımlamaktadır: 1) Güvenli Olmayan Eylemler, 2) Güvenli Olmayan Eylemler için Ön Koşullar, 3) Güvenli Olmayan Denetim ve 4) Örgütsel Etkiler. Bu hata seviyeleri de alt seviyelere ayrılmaktadır ve bu alt sınıfların her biri “nedensel faktörler” olarak adlandırılmaktadır (Shappell ve Wiegmann, 2000, s. 1-3).

Dekker (2000, s. 1) da insan hatasına bakışta eski ve yeni olmak üzere iki yaklaşım olduğunu ortaya koymaktadır. Eski yaklaşım, sorunun nedeni olarak insan hatasını görmek, yeni yaklaşım ise insan hatasını daha derin bir sorunun belirtisi olarak görmektir.

IOM (2000, s. 4) hataların analizinden çok şey öğrenilebileceğini vurgulamaktadır. Ciddi yaralanma veya ölümlerle sonuçlanan istenmeyen olaylar, gelecekte benzer olayların meydana gelme olasılığını azaltmak için sistemde iyileştirme yapıp yapılamayacağını belirlemek üzere değerlendirilmelidir. Zararla sonuçlanmayan hatalar dahi, olumsuz olayları önleme potansiyeline sahip iyileştirmeleri belirlemek üzere, önemli fırsattır. Hataları önlemek, daha güvenli hale getirmek için sağlık sistemini her düzeyde tasarlamak anlamına gelir. Bakım süreçlerine güvenliği dahil etmek, hataları azaltmada bireyleri suçlamaktan daha etkili bir yoldur. Geçmişteki hatalar için kişileri suçlamaktansa, güvenli bir sistem tasarlayarak gelecekteki hataları önlemeye odaklanılmalıdır. Bir hata meydana geldiğinde, bir kişiyi suçlamak; sistemi daha güvenli hale getirmede ve başka birinin aynı hatayı yapmasını engellemede çok az katkı sağlar IOM (2000, s. 4-5).

Sağlık hizmetlerinde hataları bulmada sistemlere odaklanmanın, uzun süredir devam eden tasarım kusurlarını bireysel patolojilerle karıştırma eğilimini düzeltmede önemli bir dengeleyici güç olduğu görüşü giderek yaygınlaşmaktadır. Sağlık sistemlerinin nasıl tasarlandığı ve organize edildiği konusundaki eksikliklerin üstesinden gelmede süregelen bir ihtiyaç vardır. Sistem sorunlarının ele alınmasıyla güvenliğin ve kalitenin iyileştirilebileceği belirtilmektedir (Shojania ve Dixon-Woods, 2013, s. 528).

2.3. HEMŞİRELİK VE TIBBİ HATA

Hemşirelik hizmetleri, sağlık hizmetlerinin temel taşlarından biridir (Özata ve Altunkan, 2010b, s. 4). Hemşireler hastalar ile fazla zaman geçirdikleri için hasta deneyimleri üzerinde büyük etkileri vardır (Kieft ve diğerleri, 2014, s. 1). Hasta bakımında hemşirelerin doğrudan görev alması ve bir hemşire tarafından yapılan yanlış bir uygulamanın hastanın hayatını tehlikeye sokabilmesi nedeniyle hasta güvenliği konusu hemşireler açısından büyük önem taşımaktadır (Özata ve Aslan, 2009, s. 62).

Yapılan çeşitli çalışmalar hasta güvenliği kapsamında hemşirelik hatalarının ne denli büyük paya sahip olduğunu göstermektedir. Balas ve diğerleri (2004, s. 224), 393 tam zamanlı çalışan hastane hemşiresi tarafından bildirilen hataları ve neredeyse hataları belirlemeye çalıştıkları çalışmalarında, 28 günlük veri toplama döneminde 119 hemşire (%30) en az bir hata yaptığını, 127 hemşire (%33) ise en az bir neredeyse hata yaptığını bildirmiştir. Kiyamaz ve Koç (2018, s. 1163) yaptıkları çalışmada, bir sene zarfında her 5 acil servis hemşiresinden 1'inin (%19,4) tıbbi hataya neden olduğunu ve 2'sinin (%40,1) tıbbi hataya tanık olduğunu ortaya koymuşlardır.

Hemşirelerin hata yapmasına neden olabilecek pek çok faktör bulunmaktadır. Hemşirelerin olumsuz çalışma koşulları, stres faktörlerinin fazla olması, durumu kritik olan hastalarla karşılaşma durumu ve uyulması gereken zorunlu prosedürlerin fazlalığı hatalara zemin hazırlayabilmektedir (Özata ve Aslan, 2009, s. 62). Bu gibi etkilerle hemşirelerin içsel olarak ve istemsizce hata yapmaya yönelmeleri de "tıbbi hataya eğilim" olarak ifade edilebilir (TDK, 2023). Kiyamaz ve Koç (2018, s. 1164)'un çalışmalarında en çok, yetersiz hemşire sayısı, aşırı iş yükü, aşırı yorgunluk ve tükenmişlik hemşirelerce tıbbi hataya neden olarak gösterilmiş; işini seven ya da biriminden memnun olanlar ile gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin tıbbi hata eğiliminin daha az olduğu görülmüştür.

Hemşireler üzerinde yürütülen başka bir çalışmada yüksek taleplerden oluşan bir çalışma ortamının hemşireler için stresli olarak algılandığı ortaya konmuş ve bu ve benzeri çalışma koşullarının hasta güvenliğini etkileyebileceği belirtilmiştir (Berland ve diğerleri, 2008, s. 93). Hemşirelerin çalışma ortamını değerlendirmek ve çalışma ortamı ile bazı hasta güvenliği göstergeleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan başka bir

çalışmada, hemşirelerin çalışma ortamının iyileştirilmesinin kaliteli ve güvenli hasta bakımının sağlanması için bir önkoşul olduğu belirtilmiştir (Moisoglou ve diğerleri, 2020, s. 114). Hemşirelerin çalışma saati ile hasta güvenliği ilişkisinin incelendiği başka bir çalışmada ise; hemşirelerin çalışma vardiyaları uzadığında, fazla mesai yaptıklarında veya haftada kırk saatten fazla çalıştıklarında hata yapma risklerinin önemli ölçüde arttığı ortaya konmuştur (Rogers ve diğerleri, 2004, s. 202). Benzer şekilde Olds ve Clarke (2010, s. 153) olumsuz olay ve hata değişkenlerinin tümünün, ortalama haftada kırk saatten fazla çalışmakla önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Güleç (2014, s. 15) de çalışma vardiyası ve haftalık çalışma saatinin hemşirelerin tıbbi hata eğilimini etkilediğini bulmuştur.

Sağlık kuruluşlarında çalışan pek çok sağlık meslek mensubu gibi hemşirelerin iş yükünün fazla olması da hatalara neden olan önemli bir faktördür (Küçük Alemdar ve Yaman Aktaş, 2013, s. 308). Blakeney (2002), hemşirelerin neden olduğu hataların hemşirelerin sayıca yetersizliği ile ilişkili olduğunu ve hemşirelerin stresli, yorgun olduğu ve doğru düşünemedikleri durumlarda hataların arttığını belirtmektedir. Türkiye’de hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada, tıbbi hata nedenlerinin başında; iş yükünün fazla olması (%64,7), çalışan hemşire sayısının az olması (%60,0), hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi (%51,4) ve yorgunluk (%51,4) yer almıştır (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir, 2015, s. 210). Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada, tıbbi hataların en büyük nedenini hemşirelerin %38,5’i yorgunluk, %36,4’ü iş yükünün fazla olması ve %34,6’sı uzun çalışma saatleri olarak belirtmişlerdir (Küçük Alemdar ve Yaman Aktaş, 2013, s. 307). Yiğitbaş ve diğerleri (2016, s. 207) çalışmasında hemşirelere göre malpraktis nedenleri arasında; yorgunluk, iş yükünün fazla olması, stres, yöneticilerden memnun olunmaması yer almaktadır. Benzer şekilde başka bir çalışmada da hemşireler en fazla yorgunluk (%78,6), iş yükünün fazla olması (%75,6), çalışma saatlerinin fazla ve çalışma sürelerinin uzun olması (%74,8), tecrübesizlik (%72,5), stres (%71) ve mesleki bilgi ve becerinin yetersiz olması (%69,5) gibi faktörlerin tıbbi hataya neden olduğunu belirtmişlerdir (Er ve Altuntaş, 2016, s. 132).

Tıbbi hatalarda hemşirelik uygulamaları önemli yer tutmakla birlikte hemşireler, diğer sağlık çalışanları tarafından yapılan hataların büyük bir bölümünü, bu hatanın etkisi hastaya ulaşmadan önleyebilme potansiyeline sahiptirler (Özata ve Altuncan, 2010b, s. 417). Hemşirelik mesleği, uygulama hatalarını, yaralanmaları ve hasta güvenliğine

yönelik tehditleri önlemeyi amaçlayan süreçlerin geliştirilmesi ve uygulanmasında uzun süredir ön saflarda yer almaktadır (Johnstone ve Kanitsaki, 2006, s. 371). Dolayısıyla hemşireler hem tıbbi hataya neden olabilecek hem de hataları ya da bunların etkilerini önleyebilecek konumda, kritik önemdeki çalışanlardır.

Tıbbi hataların oluşmasında bu denli önemli rol oynayan hemşirelere bu hataların önlenmesinde de büyük görev düşmektedir. Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) hasta güvenliği kapsamında ele aldığı tıbbi hatalar konusunda hemşirelere çeşitli sorumluluklar yüklemiştir (ICN, 2006). Buna göre aşağıda listelenen faaliyetler hemşirelerin sorumluluğu dâhilindedir:

- Hasta ve ailesini olası riskler konusunda bilgilendirilme,
- İstenmeyen olayları yetkili mercilere bildirme,
- Hizmetin kalite ve güvenliğinde etkin rol alma,
- Hastalar ile diğer sağlık çalışanları arasındaki iletişimi iyileştirme,
- İdeal istihdam düzeyi için lobi faaliyetinde bulunma,
- Hasta güvenliğine yönelik ölçümleri destekleme,
- Hataları azaltmaya yönelik tedavi politika ve protokolleri için lobi faaliyetinde bulunma,
- İlaçların paket ve etiketlerinin iyileştirilmesini sağlamak üzere Eczacılar Birliği, Tabipler Birliği vb. meslek örgütleriyle iletişim hâlinde olma,
- Olumsuz olayların kayıt altına alınması, analizi ve bunlardan öğrenme amacıyla ulusal raporlama sistemi ile işbirliği,
- Hasta güvenliğinde mükemmelliği sağlamak üzere, akreditasyon vb. oluşumlar vasıtasıyla, hizmet sunucuları inceleyecek mekanizmalar oluşturma.

2.4. HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE OLASI TIBBİ HATALAR

Sağlık hizmeti sunumunda birçok hasta güvenliği problemi meydana gelebilmektedir. Bunlar arasında, transfüzyon ve olumsuz ilaç hataları, yanlış taraf cerrahisi ve cerrahi yaralanmalar, önlenemez intiharlar, tehdide dayalı yaralanmalar veya ölümler, hastane kaynaklı veya diğer tedavilere bağlı enfeksiyonlar, düşmeler, yanıklar, basınç ülserleri ve yanlış kimliklendirme sayılabilir (IOM, 2000, s. 35). Tıbbi hatalar farklı kaynaklarda çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır:

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartlarında, hasta güvenliğini tehdit edebilecek hataların analizinde standart bir metodoloji kullanmak ve bu alanda sağlık kurum ve kuruluşları arasında dil birliğini sağlamak amacı ile “Hata Sınıflandırma Sistemleri” geliştirilmiş ve “İlaç Hataları Sınıflandırma Sistemi”, “Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi” ve “Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi” ve “Hasta Güvenliği Hataları Sınıflandırma Sistemi” şeklinde kullanıma sunulmuştur (T.C Sağlık Bakanlığı, 2020, s. 475).

Hatalar hastaya verdiği zarar açısından; neredeyse hata (ramak kala) ve istenmeyen (sentinel/vahim) olay şeklinde sınıflandırılabilir. Neredeyse hata, “*hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen istenmeyen olay*” olarak tanımlanmaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı, 2020, s. 12). İstenmeyen olay ise, “*hastanın genel durumunun veya hastalığının doğal gidişatıyla ilgili olmadan fonksiyonlarında büyük kayıplarla seyretmesi veya hastanede gerçekleşen beklenmedik bir ölüm vakası*” olarak tanımlanmaktadır. İstenmeyen olaylar, hasta güvenliği açısından bildirilmesi gereken en ciddi tıbbi hataları oluşturmaktadır (Akgün, 2014, s. 77).

Bazı çalışmalarda tıbbi hatalar; tanı hataları, tedavi hataları ve diğer hatalar olarak ele alınırken (Koç, 2014, s. 15) bazı çalışmalarda ise; ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı hataları, sistem yetersizliklerine bağlı hatalar ve diğer hatalar olarak sınıflandırılmıştır (Akalin, 2005, s. 142). Başka bir sınıflandırmaya göre tıbbi hatalar; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar, hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hatalar, uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hatalar,

hastada yabancı cisim unutulması, cerrahi hatalar olmak üzere ayrılmaktadır (Metin, 2018, s. 77).

Canatan ve diğeri (2015, s. 86) tarafından yapılan çalışmaya göre en sık karşılaşılan hatalar; iğne/kesici alet yaralanması, hastanın tedaviyi reddi/tedaviden kaçınması, ilaç yan etkisi nedeniyle oluşan hatalar, ameliyat sonrası oluşan komplikasyonlar, tehlikeli kısıtlamalar, hastane ortamından kaynaklanan enfeksiyonlar, tedavi uygulamada gecikme/yapmama, yatak yaraları, tıbbi malzeme hataları şeklinde sıralanmaktadır.

Hemşirelik hizmetlerinde çeşitli hatalardan söz edilebilir. (Benner ve diğeri, 2002, s. 512) tarafından hemşire hataları sekiz kategoride sınıflandırılmıştır. Bunlar aşağıda sıralanmıştır:

- Dikkat eksikliği (örneğin, ameliyat sonrası kanama gibi gözden kaçan öngörülebilir komplikasyonlar),
- Eksik hasta bilgileri (örneğin, hastaların alerjileri, aldıkları diğer ilaçlar, önceki teşhisler ve laboratuvar sonuçları hakkında bilgi sahibi olmamak),
- Uygun olmayan muhakeme (örneğin, bir hastanın belirti ve semptomlarının olası sonuçlarını fark edememek),
- İlaç hatası (örneğin, yanlış ilaç, yanlış yol, yanlış miktar vb.),
- Hasta adına müdahale eksikliği (örneğin, hipovolemik şok belirtilerini takip edememe),
- Önleme eksikliği (örneğin, enfeksiyon kontrol önlemlerinin ihlali gibi hasta güvenliğine yönelik tehditleri önlemede başarısızlık),
- Eksik veya hatalı doktor/sağlık hizmeti sağlayıcısının istemleri (örneğin, uygun olmayan istemlerde bulunma/istemleri yanlış yapma),
- Dokümantasyon hataları (örneğin, prosedürler veya ilaçlar tamamlanmadan önce çizelgeleme/gözlemlerin çizelgelenememesi),

Türkiye’de hemşirelik hizmetlerinde tıbbi hata türlerini, nedenlerini ve sıklığını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada en yaygın görülen tıbbi hata türleri hastane enfeksiyonu (%15,4), tıbbi tanı hataları (%12,8), delici-kesici alet yaralanmaları ve ilaç kullanımı problemleri (%10,3) olarak belirlenmiştir (Küçük Alemdar ve Yaman Aktaş, 2013, s. 307). Hasta güvenliği açısından hemşirelik hizmetlerinde en sık karşılaşılan hatalardan bazıları aşağıda başlıklar altında ele alınmıştır.

2.4.1. İlaç Hataları

İlaç hataları, verilen ilaçların hastaya uygulanması ile ilgilidir. İlacın yanlış dozda verilmesi, yanlış şekilde verilmesi, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşimin göz ardı edilmesi gibi hatalar ilaç hataları kapsamında yer almaktadır (Akalin, 2005, s. 142). Ölüm veya ciddi yaralanmayla sonuçlanan ilaç hataları, nadiren meydana gelse de, hem hastane dışı hem de hastane ortamlarında ilaçların yaygın kullanımı nedeniyle oldukça büyük ve artan sayıda insan etkilenmektedir (IOM, 2000, s. 32).

İlaç uygulama süreci; ilacın reçetelenmesi veya istemin yapılması, istemin hemşire tarafından alınması, ilacın hazırlanması ve hasta bireye ulaştırılarak ilacın uygulanması olmak üzere dört aşamadan oluşmaktadır. Bu evrelerden herhangi birinde yapılan hatalar, ilaç uygulama hatası olarak tanımlanmaktadır. Bu hatalar hekim, hemşire ya da hasta kaynaklı olabilmektedir. Hekim kaynaklı hatalar genellikle istem ya da reçeteleme aşamasında gerçekleşmektedir. Hasta kaynaklı hatalar, hastanın ilaca ulaşmasından sonra gerçekleşmektedir. Örneğin, hastanın kendine verilen ilacı kullanmaması ya da yanlış kullanması hasta kaynaklı hatalardır. Hemşire kaynaklı hatalar ise, çoğunlukla ilacın hastaya uygulanması sırasında gerçekleşir (Uzun ve Arslan, 2008, s. 217). Hemşire kaynaklı ilaç uygulama hatalarına örnek olarak; hekim istemi olmaksızın ilaç verilmesi, isim ya da şekil benzerliği nedeniyle yanlış ilacın verilmesi, yanlış dozda ilaç verilmesi ve ilaç uygulamasının unutulması sayılabilir (Aştı ve Acaroğlu, 2000, s. 24).

İlaç uygulamalarının çoğu aşamasında hemşirelerin sorumluluğu büyüktür. Bu nedenle ilaç uygulama hatalarının çoğunda, öncelikle hemşireler zor durumda kalmaktadır (Aygin ve Cengiz, 2011, s. 111).

İlaç hataları pek çok çalışmada en fazla karşılaşılan hata türü olarak bulunmuştur (Balas ve diğerleri, 2004, s. 226; Çırpı ve diğerleri, 2009, s. 29; Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir, 2015, s. 212). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin büyük bir kısmı (%64,55) ilaç hatası bildirirken, %31,37'si ilaç hatasının eşiğine geldiğini bildirmiştir. Bildirilen ilaç hatalarının en yaygın türleri ise uygun olmayan doz ve infüzyon oranıdır (Cheragi ve diğerleri, 2013, s. 229). Hemşireler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ilaç reçeteleme hata oranı %20,7, ilaç yönetimi hata oranı ise %23,5 olarak bulunmuştur (Fontan ve diğerleri, 2003, s. 114-115).

İlaç hataları, klinisyenin ilacı reçete etmesinden sağlık uzmanının ilacı uygulamasına kadarki sürecin herhangi bir yerinde meydana gelebilmektedir. Farklı ilaç hata türleri bunlarla sınırlı olmamak üzere aşağıdakileri içermektedir (Medcom, 2016):

- Reçeteleme hataları: Bir ilacın seçiminin hastanın alerjilerine veya diğer endikasyonlara göre yanlış olması durumudur. Ek olarak, yanlış doz, form, miktar, yol (oral veya intravenöz), konsantrasyonu içerir.
- İhmal hataları: Bir sonraki planlanmadan önce bir ilaç dozunun verilmediği durumları ifade eder.
- Zamanlama hatası: Bir ilacın planlanan zamanın, önceden belirlenmiş aralığın dışında verilmesini ifade eder.
- Doz hatası: Hastanın durumunu yönetmek için gerekenden daha fazla veya daha az miktarda ilacın verilmesini ifade eder.
- Yanlış doz hatası: Doğru dozajın reçete edilip yanlış dozun verildiği durumları ifade eder.
- Uygulama tekniği hataları: Bir ilacın ağızdan verilmesi yerine damardan verilmesi gibi durumları ifade eder.
- İlaç hazırlama hataları: Bir ilacın yanlış formüle edilmesini ifade eder. Örneğin, bir ilacın sulandırılması gerektiğinde çok fazla veya çok az seyreltici solüsyon eklenmesi.

- Bölünmüş bakım hataları: Reçete yazan hekim ve diğer sağlık uzmanları arasında bir iletişim eksikliğinin olduğu durumları ifade eder.

Hemşireler, klinik uygulamaların ön saflarında yer almaları nedeniyle ilaç hatalarının oluşmasını önlemeye yönelik teşvik edilirler. Bu nedenle, hastane yönetiminin hata raporlama süreçlerini desteklemesi, revize etmesi ve raporlamanın öneminin farkındalığını yaygınlaştırması gerekliliği yanında, eğitim ve öğretim, bağımsız yürütülen çifte kontroller, standartlaştırılmış prosedürler, beş doğruyu (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru taraf, doğru zaman) izleme, dokümantasyon, iletişim kanallarını açık tutma, hastaları aldıkları ilaç hakkında bilgilendirme, katı yönergeleri takip etme, etiketleme ve ambalajı iyileştirme, çalışma ortamına odaklanma, iş yükünü azaltma, dikkat dağınıklığını önleme, hatalı sistemi düzeltme, hemşireler için iş güvenliğini geliştirme, kültürel suçlamalardan arınmış bir çalışma alanı yaratma gibi kılavuzların sistemleştirilmesi de gerekmektedir (Alrabadi ve diğerleri, 2021, s. 83).

Açık ve doğrudan iletişimin ilaç hatalarının önüne geçmede oldukça etkili olduğu belirtilmektedir. İlaç hatalarının tümünü ortadan kaldırmanın tek bir yolu olmamasına rağmen, sağlık çalışanlarının daha dikkatli davranarak ve diğer hekimler, eczacılar ve hastalar ile yakın etkileşim kurarak hataları azaltabileceği belirtilmektedir (Tariq ve diğerleri, 2023).

2.4.2. Hastane Kaynaklı Enfeksiyonlar

Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar olarak da ifade edilebilen hastane kaynaklı enfeksiyonlar, dünya çapında sağlık hizmeti sunumunda en sık görülen olumsuz olaylardır. Her yıl dünya çapında yüz milyonlarca hasta sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlardan etkilenmekte ve sağlık sistemleri için ciddi ölüm oranlarına ve mali kayıplara yol açmaktadır (WHO, 2022, s. 1).

Hastane kaynaklı enfeksiyonlar, hastane veya başka bir sağlık kuruluşundaki bakım süreci sırasında bir hastada meydana gelen ve yatış anında, mevcut ya da kuluçkada olmayan enfeksiyonlar olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2016, s. 7). Hastane kaynaklı enfeksiyonlar, hastaların tıbbi veya cerrahi durumlar için tedavi görürken aldıkları enfeksiyonlardır ve hastaneler, cerrahi merkezleri, ayakta tedavi hizmetleri, bakım evleri

ve rehabilitasyon tesisleri gibi uzun süreli bakım tesisleri dahil olmak üzere tüm sağlık hizmeti ortamlarında meydana gelebilmektedir (Patient Care Link, 2023).

Hastane enfeksiyon oranları ülkelere veya hastanelere göre farklılık göstermektedir (Karahocagil ve diğerleri, 2011, s. 27). Özçetin ve diğerleri (2009, s. 51) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde bu oranı %5,3 bulurken, Karahocagil ve diğerleri (2011, s. 28) erişkin hastalar için bu oranı %3,5 olarak bulmuştur. Öncül ve diğerleri (2012) ise yoğun bakımda yaptıkları araştırmada enfeksiyon hızının bölümler arasında %0,6-%35,1 arasında değiştiğini bulmuşlardır. Yoğun bakımda yapılan başka bir çalışmada da enfeksiyon hızı %19,8 olarak bulunmuştur (İnan ve diğerleri, 2002, s. 64).

Enfeksiyon kaynaklarının başında sağlık hizmetini sunanlar ilk sırayı almaktadır. Hasta ile sıklıkla yakın temasta bulunan hemşireler ise diğer sağlık çalışanlarına göre enfeksiyonların oluşması, yayılması ve önlenmesinde daha etkin bir role sahiptirler. Sağlık çalışanlarının ve kullanılan alet ve cihazların hijyenik olmayan uygulamaları da önemli bir enfeksiyon kaynağıdır (Özata ve Altuncan, 2010b, s. 418). Çeşitli faktörler sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlara neden olabilir. Bu faktörlerden bazıları aşağıda sıralanmıştır (WHO, 2022, s. 2-3):

- İnvaziv cihazların ve antibiyotiklerin uzun süreli ve uygunsuz kullanımı,
- Yüksek riskli ve karmaşık prosedürler
- Bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavi ve altta yatan diğer ciddi hasta koşulları;
- Standartların ve izolasyon önlemlerinin yetersiz uygulanması

Hastane kaynaklı enfeksiyonlara neden olan; yetersiz çevresel hijyen koşulları ve atık yönetimi, zayıf altyapı, yetersiz ekipman, yetersiz personel, aşırı kalabalık, temel enfeksiyon kontrol önlemleri hakkında yetersiz bilgi ve uygulama, prosedür eksikliği, enjeksiyon ve kan transfüzyonu güvenliği konusunda bilgi eksikliği, yerel ve ulusal yönergelerin ve politikaların olmaması gibi sınırlı kaynağa sahip olma ile ilişkili olan faktörler de söz konusudur (WHO, 2022, s. 3).

Hastane enfeksiyon hızları ve etkenleri farklı hastanelerde ve birimlerde; yatan hasta profili, fiziki koşullar, personel sayısı ve bilgi düzeyi ile enfeksiyon kontrol önlemlerine uyma gibi faktörlere bağlı olarak değişmektedir (Öncül ve diğerleri, 2012, s. 64). Özçetin ve diğerleri (2009, s. 51) hemşire başına düşen hasta sayısının artıp hastanede yatış süresinin uzaması ile hastane enfeksiyonları sıklığının arttığını ortaya koymuşlardır. McGillis Hall ve diğerleri (2004, s. 41) ise, bir birimde istihdam edilen profesyonel hemşirelerin oranı ne kadar düşükse, ilaç hataları ve yara enfeksiyonlarının o kadar fazla olduğunu, hemşireler ne kadar az deneyimliyse, yara enfeksiyonlarının sayısının o kadar fazla olduğunu ortaya koymuşlardır.

Diğer birçok hasta güvenliği sorununda olduğu gibi, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlar da ciddi sorunlar yaratır ve hastalar ve aileleri için yüksek maliyetlidir. Enfeksiyonlar hastanede kalış süresini uzatır, uzun süreli sakatlığa yol açar, antimikrobiallere direnci artırır, sağlık sistemleri için ek mali yük oluşturur, hastalar ve aileleri için yüksek maliyetler oluşturur ve gereksiz ölümlere neden olur. Bu tür enfeksiyonların yıllık olarak Avrupa'da 37.000 atfedilebilir ölümden ve potansiyel olarak ilişkili olabilecek daha birçok ölümden ve ABD'de 99.000 ölümden sorumlu olduğu belirtilmektedir (WHO, 2011, s. 3).

Sağlık hizmetleri kalitesi değerlendirilirken, hastane enfeksiyonları kritik bir faktör olarak kabul edilmekte ve olumsuz sağlık sonuçlarına neden olabilmektedir (Akalın, 2001, s. 169). Birçok hastanede enfeksiyon kontrol komiteleri kurularak enfeksiyon oranları takip edilmekte ve değerlendirilmektedir. Sonuçlar doğrultusunda hastanelerin enfeksiyon oranları ve yüksek riskli olan servisleri belirlenmekte, enfeksiyon kontrol önlemleri ve sağlık personelinin eğitim programları hastanenin özelliği ve gereksinimine göre düzenlenmektedir (Karahocagil ve diğerleri, 2011, s. 27). Alkol bazlı temizleyiciler ile elleri temizlemek gibi basit enfeksiyon kontrol prosedürlerinin hastane kaynaklı enfeksiyonları önlemeye ve hayat kurtarmaya, morbiditeyi azaltmaya ve sağlık bakım maliyetlerini en aza indirmeye yardımcı olabileceği belirtilmektedir (Haque ve diğerleri, 2018, s. 2321).

2.4.3. Düşmeler

Hatalardan biri olan düşme kavramı, "*bir kişinin istemeden, amaçsızca oturur, yatar veya ayakta durur halden, zeminde bulunma durumuna geçiş*" olarak tarif edilmektedir. Bunun

dışında, “*şiddetli vurma ya da maksatlı hareketlerin dışında ani, kontrol edilemeyen, istemsiz bir şekilde vücudun bir yerden başka bir yere ya da diğer nesnelere doğru hareket etmesi*” olarak da tanımlanmaktadır (EU DHF, 2018, s. 1).

Sağlık çalışanları arasında etkin iletişimin sağlanamaması, vardiya veya nöbet değişimlerinde çalışanlar arasında düşme riski olan hasta hakkında eksik bilgilendirme yapılması, hasta ve hasta yakınına bilgilendirmede ve eğitimde eksiklik, personelin eğitim eksikliği, ilaçlara karşı gelişen reaksiyonlar, yabancı hastane ortamı, yatış süresinin uzun olması, hastanın yardım kabul etmemesi ile hastanın fiziksel ve zihinsel yetersizlikleri düşme riskini artıran nedenler olarak sıralanmaktadır. Düşmeler ayrıca, kaygan zemin, basamaklar, arızalı ekipmanlar, odada tuvalet olmaması gibi fiziksel çevre kaynaklı olarak da gerçekleşebilir (EU DHF, 2018, s. 1-2).

Bir üniversite hastanesinde düşmelerin sıklığı ve nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada düşme oranı %0,33 olarak bulunmuştur. Düşme nedenleri ise sırasıyla; hastanın dalgınlık ve dikkatsizliği, hastanın fiziksel durumu, refakatçi olmaması olarak belirlenmiştir. Yapılan kök neden analizi sonucunda düşmelerin en çok hastaya bağlı faktörler, kural hataları, teknik ve organizasyonel hatalar nedeniyle gerçekleştiği belirlenmiştir (Mülayim ve Seren İntepeler, 2011, s. 21).

Hastane personelinin hastanın kabulüne neden olan sorunu tedavi etmesi, hastayı güvende tutması ve hastanın fiziksel ve zihinsel işlevini sürdürmesine veya iyileştirmesine yardımcı olması gerekmektedir. Bu nedenle, düşmelerin önlenmesi diğer önceliklerle dengelenmelidir. Düşmeyi önleme, bir hastanın altta yatan düşme risk faktörlerini (örneğin; yürüme ve transfer sorunları, ilaç yan etkileri, kafa karışıklığı, sık tuvalet ihtiyacı) yönetmeyi ve hastanenin fiziksel tasarımını ve ortamını optimize etmeyi içerir. Bir dizi uygulamanın düşme oluşumunu azalttığı gösterilmiştir, ancak bu uygulamalar tüm hastanelerde sistematik olarak kullanılmamaktadır (Ganz ve diğerleri, 2013, s. 1).

Düşmeyi önleme, disiplinler arası bir yaklaşım gerektirmektedir. Düşmeyi önleme uygulamalarının bazı bölümleri rutindir; diğer yönler her hastanın özel risk profiline göre uyarlanmalıdır. Düşmeler hiçbir sağlık çalışanı tarafından tek başına önlenemez. Bunun

yerine, düşmeyi önleme, hastanın bakımıyla ilgilenen çok sayıda disiplin ve ekip dahil olmak üzere birçok bireyin aktif katılımını gerektirir. Bu koordinasyonu gerçekleştirmek için yüksek kaliteli önleme, bireysel uzmanlığın yanı sıra ekip çalışması ve iletişimi teşvik eden bir örgüt kültürü ve operasyonel uygulamalar gerektirir (Ganz ve diğerleri, 2013, s. 1). Hasta düşmelerini önlemeye yönelik birim ekibince düşme riski değerlendirmeleri yapılmalı, düşmeyi önlemeye yönelik bakım planlanmalı ve bakımın gerçekleştirilmesi ve belgelenmesi sağlanmalıdır (Ganz ve diğerleri, 2013, s. 54).

Düşmelerin önlenmesi öncelikle ekip işi olmakla birlikte, hemşirelerin sorumluluğu oldukça fazladır. Duman ve Kitiş (2013, s. 74) hemşirelerin çoğunun düşmelerin önlenmesinde ilk sırada kendilerini, ikinci sırada hasta bakıcıların sorumlu olduğunu düşündüğünü ortaya koymuştur. Düşmeleri azaltma konusunda hemşirelere düşen görevler Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality, [AHRQ]) tarafından aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (Ganz ve diğerleri, 2013, s. 55):

- Hemşireler, risk değerlendirmelerini tamamlar ve belgeler,
- Tıbbi durumdaki ilerlemeyi veya değişiklikleri izler,
- Bakım ve önleme uygulamalarını belgeler,
- Hasta sorunlarını sağlık kuruluşuna bildirir,
- Gerektiğinde konsültasyonlar ve tıbbi istemleri alır,
- Hasta ve ailesini uygun şekilde eğitir,
- Yardımcıları denetler,
- Gerekli malzemeleri ve/veya ekipmanı nasıl elde edeceğini bilir (örneğin, yürüteç).

Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan “Hastane Hizmet Kalite Standartları’nda” (2011, s. 34) da, düşme riskinin değerlendirilmesi ve düşmelerin önlenmesine yönelik düzenlemelerin yapılması yönetim hizmetleri standartları arasında yer almaktadır. Bu standartlara Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm kamu hastaneleri tarafından uyulması gerekmektedir.

2.4.4. Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar

Hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hatalar; hasta izleminin aksatılması, bakım planlamalarının eksik yapılması ya da tamamlanmaması, bulguların eksik gözlemlenmesi gibi hataları içerir. Hastanın hangi aralıklarla kontrole ihtiyacının olduğunun net bir şekilde belirlenmesi ve sağlık personeli tarafından bu zaman aralığına uyularak hastanın izleminin yapılması hataların oluşmasını engellemede son derece önemlidir (Aştı ve Acaroğlu, 2000, s. 25).

Hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklanan tıbbi hatalar nedeniyle açılan davalara sık rastlandığı belirtilmektedir. Hemşire sayısının yetersiz olmasına bağlı olarak, hastaya yeterli zamanın ayrılamaması ya da hastanın ihtiyaç duyduğu bakıma gereken özenin gösterilememesi sonucu, hasta odaklı bakımın mümkün olamaması ve hizmet veriminin azalması ise yetersiz izleme neden olan faktörlerdendir (Koralay, 2021, s. 20).

Kanser hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, görüşme yapılan 416 hastanın 93'ünün, bakımlarında önlenemez ve zarara neden olabilecek şekilde bir şeylerin yanlış gittiğine inandığı belirlenmiştir. Görüşülen hastaların %28'i tanı veya tedavide gecikme gibi tıbbi bakımla ilgili, %47'si bilgi alışverişi veya tarzıyla ilgili sorunlar da dahil olmak üzere bir iletişim sorunu tanımlamış ve %24'ü hem tıbbi bakım hem de iletişim ile ilgili sorunlar tanımlamıştır. Hastaların bu sorunlar nedeniyle algıladıkları zararlar arasında ise fiziksel ve duygusal zarar, yaşamın kesintiye uğraması, aile üyeleri üzerindeki etki, zarar görmüş doktor-hasta ilişkisi ve finansal gider yer almaktadır (Mazor ve diğerleri, 2012, s. 1784).

2.4.5. Zayıf İletişimden Kaynaklanan Hatalar

Sağlık çalışanları- özellikle hekim ve hemşire- arasındaki zayıf iletişimin, hastane ortamındaki olumsuz olaylara birincil derecede katkıda bulunmaya ve hasta güvenliğini artırmanın önünde büyük bir engel olmaya devam ettiği belirtilmektedir (Milisa ve diğerleri, 2019, s. 160). Sağlık hizmetlerinde zayıf iletişim; önlenemez sağlık komplikasyonlarına, hastaların ölümüne yol açabilecek yanlış teşhislere ve diğer tıbbi hatalara neden olabilmektedir. Sağlık çalışanları arasındaki kötü iletişim, hastaların yanlış tedavi veya prosedür almasına, hastalara yanlış ilaç verilmesine veya temel test

ve tedavilerde gecikmelere neden olabilir ve bunların tümü hasta sonuçlarını olumsuz etkileyebilir (Alder, 2023).

İletişim aksaklıklarıyla ilgili hatalar, önlenebilir oldukları için önemli hata kaynaklarıdır. Bu iletişim aksaklıklarının sürecin hangi aşamasında ve hangi personel arasında meydana geldiği belirlenmeli ve bu hataların tekrarlanmaması için çözümler üretilmelidir (Topçu ve diğerleri, 2017, s. 601). İletişim sorunlarının yaygın olarak ortaya çıktığı durumlardan birisi, bir hastanın bakımının farklı bir personele devredildiği vardiya değişiklikleridir. Değişim sırasında eksik, yanlış veya belirsiz bilgi verildiğinde, tıbbi hataların meydana gelme olasılığı artabilmektedir. Sağlık çalışanları arasındaki en yaygın iletişim hataları, bir hastanın semptomları veya durumu hakkında önemli bilgilerin yanlış iletilmesi ve hasta bilgilerinin yetersiz belgelenmesini içerir. Bu sorunlar, tedavi konusunda yanlış kararlar alınmasına ve hastanın durumunun ciddiyeti anlaşılmadığında tedavinin gecikmesine neden olabilir (Alder, 2023).

Acil servislerde, yoğun bakım servislerinde, ameliyathanelerde veya kliniklerde tıbbi bilgilerin açık bir şekilde iletilmesi, güvenli ve etkili tıbbi bakım sağlamanın önemli bir bileşeni olarak tanımlanmıştır (Maktabi ve Ruoff, 2017, s. 20). Zayıf iletişim, sağlık hizmeti sunucuları arasında olabileceği gibi, sağlık çalışanı ile hasta arasında da olabilir ve yanlış iletişim veya iletişim eksikliğini içerebilir. Sağlık çalışanları ile hastalar arasında yaşanan zayıf iletişim de hastaların yaşamlarını tehdit edici sonuçlara yol açabilir (Tiwary ve diğerleri, 2019, s. 4).

Bailey (2016), yapılan bir araştırmaya göre 2009-2013 yılları arasında gerçekleşen 23.000'den fazla tıbbi uygulama hatası vakasının 7.000'den fazlasının (%30) iletişim sorunundan kaynaklandığına dikkat çekmiştir. Topçu ve diğerleri (2017, s. 601) de çalışmalarına katılan hekimlerin %22,1'inin hemşirelerin ise %15,6'sının geçmiş tıbbi hata deneyimi bildirdiklerini; bunlar içinde hekimlerin %54'ünün, hemşirelerin ise %52,3'ünün iletişim yetersizliğinden kaynaklı tıbbi hata bildirdiklerini ortaya koymuşlardır.

İletişim sorunları; etkisiz politika ve prosedürler, dildeki zorluklar, zayıf iletişim becerileri, iş yükü baskısı, elektronik sağlık kaydı ile ilgili konular, yetersiz dokümantasyon,

personel üyeleri arasındaki çatışmalar ve hastanelerdeki etkisiz iletişim sistemleri gibi çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilmektedir. Hastane hiyerarşisi nedeniyle de iletişim hataları meydana gelebilmektedir. Hiyerarşik yapı içerisinde hemşirelerin bir güç dezavantajına sahip olmaları da etkili iletişimin önünde bir engel oluşturabilmektedir (Alder, 2023).

2.4.6. Tıbbi Ekipman ve Cihazlarla İlişkili Hatalar

Tıbbi ekipman veya cihazlar hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde büyük rol oynar. Ancak bu ekipman ve cihazlar faydalı etkisi yanında, yanlış kullanımları neticesinde çeşitli zararlara da yol açabilir (Friesdorf ve Marsolek, 2008, s. 563).

Tıbbi cihaza bağlı hatalar, tıbbi bir hatanın tıbbi cihazla ilişkilendirildiği durumda ortaya çıkmaktadır. Bu anlamda tıbbi ekipman veya cihazların kullanımıyla ilgili sorunlar genel olarak ikiye ayrılabilir. Birincisi, kullanıcının neden olmadığı, teknik bir sorun nedeniyle ekipman ya da cihazın arızalanmasıdır. İmalat ya da tasarımdan kaynaklı olabilen bu hatalar “üretici kaynaklı hatalar” olarak da belirtilebilir. İkincisi ise, kullanıcının bir arızaya neden olması veya sorunu başlatması durumudur. Kullanım sırasında uygun olmayan uygulamalardan kaynaklanabilen bu hatalar da “kullanıcı hataları” olarak belirtilebilir. Kullanıcının hatalı olduğu durumda yorgunluk veya stres gibi ruhsal faktörler, yetersiz el becerisi veya zayıf görme gibi fiziksel faktörler, yetersiz veya yanlış antrenman gibi antrenmanla ilgili faktörler ve ihmal bu hatalara neden olabilir. Tıbbi ekipmanın teknik arızası ile ekipmanın kullanıcı kaynaklı arıza arasındaki ayrım, ilgili hasta yaralanmalarının önlenmesi açısından önemlidir (Hyman, 1994; Ward ve Clarkson, 2004, s. 4).

Sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda, ekipmanların veya cihazların yanlış kullanılması ya da yanlış kişiler tarafından kullanılması tanı ve tedavide hata nedeni olabilir. Bu nedenle, hastalara hizmet sunulmadan önce kullanılacak araç gereçlerin çalışır durumda olup olmadığının kontrol edilmesi ve bu araç gereçlerin uzman, deneyimli kişiler tarafından kullanılması gerekir. Kuruma yeni bir malzeme veya cihaz alınması veya bir değişiklik yapılması durumunda; bu malzeme ve cihazı kullanacak olan sağlık çalışanının ya da hemşirenin bu yeni duruma uyum sağlaması için eğitim alması gerekir. Ayrıca malzeme ve cihazların istenilen amaçlar doğrultusunda kullanıldığından

emin olunmalı ve bu açıdan belirli aralıklarla kontrol edilmelidir (Aştı ve Acaroğlu, 2000, s. 25).

Kullanım hataları genellikle insan hatasıyla açıklanmaktadır. Ancak, özellikle tıpta olduğu gibi genellikle zaman baskısı içeren karmaşık iş süreçlerinde insan hataları tamamen ortadan kaldırılamaz. Bu nedenle, olası sorunların mümkün olan en kısa sürede belirlendiği ve çözüldüğü, hataya dayanıklı çalışma sistemlerine ihtiyaç vardır (Friesdorf ve Marsolek, 2008, s. 563). Çeşitli çalışmalar da ekipman ve cihazların yönetimi, aralarındaki entegrasyon ve koordinasyonun sağlanması gibi sistemsel sorunları vurgulamaktadır. Örneğin, hemşireler tarafından kullanım sırasında ekipman arızalarını belirlemek ve bu arızalar meydana geldiğinde profesyonellerin davranışlarını analiz etmek amacıyla yapılan bir çalışmada, arızaların birimdeki ekipmanın yönetimi ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, kazaları önlemek için ekipmanların güvenlik durumlarını izleme sistemlerinin güçlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (Ribeiro ve diğerleri, 2018, s. 1832). Başka bir çalışmada ise, katılımcı hemşirelerin yarısı hataların medikal cihazlar arasındaki koordinasyon eksikliği nedeniyle gerçekleştiğini belirtmiştir. Bunlardan %60'ı ise, medikal cihazlar arasında otomatik olarak veri aktarımı sağlayacak şekilde bir bağlantı olması durumunda hataların azaltılabileceğini belirtmiştir (West Health Institute, 2015, s. 9).

2.5. TIBBİ HATALARIN ÖNLENMESİ

İstatistikler tıbbi hataların etkilerinin hayati ciddiyette olduğunu açıkça ortaya koymakta, tıbbi hataların ölüm nedenleri arasında en üst sıralarda yer aldığını ve her yıl on binlerce insanın tıbbi hatalar nedeniyle yaşamlarını yitirdiklerine işaret etmektedir (IOM, 1999, s. 1; Makary ve Daniel, 2016; WHO, 2019). Tıbbi hatalar halk sağlığı açısından da ciddi sorun teşkil etmekte; hasta güvenliğini tehdit etmekte (Grober ve Bohnen, 2005, s. 39); ayrıca mali açıdan da büyük kayıplara yol açmaktadır (IOM, 2000, s. 2; Özata ve Altuncan, 2010a, s. 101). Üstelik tüm maliyetler doğrudan ölçülememektedir. Hatalar hastaların sisteme olan güvenlerini zedelenmesi ve hem hastaların hem de sağlık profesyonellerinin memnuniyetlerinin azalması açısından da maliyetlidir. Hatalar sonucu hastanede daha uzun süre kalan veya sakatlık yaşayan hastalar, fiziksel ve ruhsal rahatsızlık duyarlar. Sağlık uzmanları, mümkün olan en iyi bakımı sağlayamamış olmaları nedeniyle, hayal kırıklığı yaşarken; işverenler ve toplum da genel itibarıyla

işçilerin üretkenlik kaybı, çocukların okula devamsızlığı ve nüfusun genel sağlık durumunun olumsuz etkilenmesi nedeniyle kayıp yaşarlar (IOM, 2000, s. 2-3). Bu nedenlerle, tıbbi hataların önlenmesi büyük önem arz etmektedir.

Tıbbi hataları önleyici yaklaşım, hata ya da zarar ortaya çıkmadan süreçlerde gerekli değişiklikleri yapmaya ve hastaların zarar görmesi ya da kötü sonuçlarla karşılaşmasına yönelik önleyici tedbirler almaya odaklanır. Yüksek riskli süreçlerin belirlenmesi ve risklerin azaltılması için daha önce yaşanan, hata ya da zarara neden olan olaylara ait bilgiler ve yüksek riskli olarak tanımlanan süreçler dikkate alınmalıdır (Ardahan ve Alp, 2015, s. 86). Hatalardan öğrenmek, bakımın kalitesini sürdürme ve iyileştirmede önemlidir (Lawton ve Parker, 2002, s. 15). Hataların önlenmesinde; kuruluştaki düşük performanslı süreçlerin tespit edilmesi, risk yönetimi verisi ve diğer sağlık kuruluşlarının karşılaşmış olduğu durumlardan da yararlanılabilir (Ardahan ve Alp, 2015, s. 86).

Tıbbi hataların önlenmesi hasta güvenliği açısından akreditasyon kuruluşlarının da üzerinde durduğu bir konudur (The Joint Commission, 2018b). Bu amaçla tedavinin her aşamasında tıbbi hataların önlenmesine yönelik eylemlere dikkat çekilmekte; sağlık kurum ya da çalışanlarına eylem önerisinde bulunduğu gibi, hastalar da kendi sağlıkları ve aldıkları tedavi hizmeti hakkında bilinçli olmaya ve gerektiğinde çekinmeden konuşmaya teşvik edilmektedir (The Joint Commission, 2018a).

Hata insidansını azaltmak için sağlık hizmeti sunucuları hata nedenlerini belirlemeli, çözümler geliştirmeli ve iyileştirme çabalarının başarısını ölçmelidir (Grober ve Bohnen, 2005, s. 39). Tıbbi hataların önlenmesinde hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve etkili bir hata bildirim sistemi kurulması büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, hataların önlenmesi kapsamında; hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve hataların bildirilmesi ayrı başlıklar altında ele alınacaktır.

2.5.1. Hasta Güvenliği Kültürünün Geliştirilmesi

Güvenlik, hayatta kalmayla ilişkili temel insan ihtiyaçlarından biridir. Hastalar hastane ortamında tıbbi açıdan güvenlik ararlar; bu nedenle hasta güvenliği, üzerinde yoğun çalışılan önemli bir konu haline gelmiştir (Li ve diğerleri, 2018, s. 619). Hasta güvenliğini

geliştirmek için kapsamlı bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Hasta güvenliğine ilişkin sorunları çözenin tek bir yolu yoktur, bu nedenle tek bir çözüme odaklanılmamalıdır. Güvenliği iyileştirmek ve güvenlik gelişimini engelleyen yasal ve kültürel engelleri ortadan kaldırmak için bilgi ve araçların geliştirilmesine ihtiyaç vardır (IOM, 2000, s. 3-4).

Tıp Enstitüsü (IOM) hasta güvenliğini; *“kaza sonucu zarar görmeme”* olarak ele almakta ve hastanın bakış açısından bunun birincil güvenlik hedefi olduğunu kabul etmektedir (IOM, 2000, s. 4). Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartlarında ise hasta güvenliği, *“hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleri”* olarak tanımlanmıştır (T.C Sağlık Bakanlığı, 2020, s. 20-21).

Barsbay ve diğerleri (2018, s. 68) hasta güvenliğini, *“güvenilir ve kaliteli bir sağlık hizmetini; hizmet gerekliliklerini karşılayacak asgari çalışma ve hizmet sunum ortamının varlığını; yeterli bilişsel, duyuşsal ve psikomotor düzeyde donanıma sahip sağlık personeline hizmet sunumunu; sağlık hizmetinin bileşenlerinin etkili ve amaca uygun şekilde kombine edilmesi için gereken örgütsel kültür düzeyini, üst yönetimin suçlayıcı kültürü benimsemeden etkili iletişime olanak vermesini ve bunu teşvik etmesini, en nihayetinde personelin kendi sunduğu hizmete güvenebilmesi”* şeklinde tanımlamıştır.

Uluslararası Hemşireler Konseyi, güvenli ve yüksek kaliteli hasta bakımının sağlanmasının hemşireler için son derece önemli olduğunu belirtmiştir. Hemşirelik bakımı, hizmet sunumunun tüm alanlarını kapsaması nedeniyle, hemşireler hastalara zarar gelmesini önlemede ve sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini artırmada kilit konumdadırlar. Bu nedenle hemşireler, hasta güvenliği sistem ve süreçlerinin tasarımında ve yürütülmesinde önemle dikkate alınmalıdır (ICN, 2023).

Uluslararası Ortak Komisyon (*Joint Commission International*) tarafından belirlenen hasta güvenliği hedefleri; *“hastaların doğru kimliklendirilmesi, etkili iletişimin geliştirilmesi, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi, güvenli cerrahinin sağlanması, sağlık bakım ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması ve düşmelere bağlı hastaların zarar görme riskinin azaltılmasıdır”*.

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği yaklaşımının yerleştirilebilmesi için öncelikle hasta güvenlik kültürü geliştirilmelidir (Barsbay ve diğerleri, 2018, s. 68). Sağlık kuruluşları, bakım süreçleri ve işgücünün hastalar için bakımın güvenilirliğini ve güvenliğini geliştirmeye odaklanacağı şekilde bir güvenlik kültürü geliştirmelidir (IOM, 2000, s. 14). Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün geliştirilebilmesi için; tüm çalışanların bu konuda sorumluluk üstlenmesi, birbirleri ve hastalar ile aralarında açık iletişimin sağlanması, bu yöndeki çalışmalara kaynak ayrılması ve sürekli eğitim desteğinin sağlanması önerilmektedir (Akalin, 2005, s. 144). Bu kültürün geliştirilmesi, hataların önlenmesi için önemli bir faktördür. Tıbbi hataları araştıran ve belirleyen bir ortam yaratmak ise hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için gerekli ilkelerden biridir (Ovalı, 2010, s. 40, 42).

IOM (2000, s. 5-6) raporunda güvenlik, bakım kalitesini iyileştirmede kritik bir ilk adım olarak tanımlanmıştır ve hasta güvenliğini iyileştirmek için en büyük gücün, profesyonel etik, normlar ve beklentiler tarafından şekillendirilen sağlık hizmeti sağlayıcılarının içsel motivasyonu olduğu belirtilmiştir. Ancak dış ortamdaki faktörler ile sağlık hizmeti kuruluşlarının içindeki faktörler arasındaki etkileşimin, hasta güvenliğini iyileştirmek için gereken değişiklikleri de tetikleyebileceği vurgulanmıştır. Buna göre, dış ortamdaki faktörler; güvenliği geliştirmek için bilgi ve araçların mevcudiyetini, güçlü ve görünür profesyonel liderliği, yasal ve düzenleyici girişimleri ve alıcıların ve tüketicilerin güvenlik iyileştirmeleri talep etme eylemlerini içerir. Sağlık hizmeti kuruluşlarının içindeki faktörler arasında; güvenlik için güçlü liderlik, hataları fark etmeyi ve hatalardan ders almayı teşvik eden bir örgüt kültürü ve etkili bir hasta güvenliği programı yer alır.

Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik olarak IOM (2000, s. 6) raporunda yer alan tavsiyeler, dört aşamalı bir yaklaşımı ortaya koymaktadır. Bu yaklaşımlar aşağıda sıralanmıştır:

- Güvenlikle ilgili veri tabanını geliştirmek amacıyla liderlik, araştırma, araçlar ve protokoller oluşturmak için ulusal bir odak oluşturmak,
- Sistemin hastalar için daha güvenli hale getirilmeye devam etmesini sağlamak amacıyla gönüllü çabaların teşvik edilmesinin yanı sıra, acil ve güçlü zorunlu raporlama yoluyla hataları belirleme ve bunlardan ders çıkarma,

- Denetleme kuruluşlarının, satın alma gruplarının ve profesyonel grupların eylemleri yoluyla güvenlikte iyileştirmeler için standartların ve beklentilerin yükseltilmesi,
- Hizmet sunum düzeyinde güvenli uygulamaların hayata geçirilmesiyle sağlık kuruluşları içinde güvenlik sistemleri oluşturmak IOM (2000, s. 6).

Örgüt kültürü, örgüt genelinde çalışanların eylem ve davranışlarını etkileyen inançları, değerleri ve normları ifade ederken, hasta güvenliği kültürü, bu inançların, değerlerin ve normların hasta güvenliğini ne ölçüde desteklediğini ve geliştirdiğini ifade eder. Hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliği ile ilgili olarak bir örgütte neyin ödüllendirildiğini, desteklendiğini, beklendiğini ve kabul edildiğini belirleyerek ölçülebilir (Famolaro ve diğerleri, 2018, s. 3). Bu kapsamda *AHRQ* tarafından “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi” geliştirilmiştir. Ankette 12 hasta güvenliği kültürü ögesi belirlenmiştir. Bunlar; açık iletişim, hatalar hakkında geribildirim ve iletişim, bildirilen olay sıklığı, hasta bilgilerinin aktarılması, hasta güvenliği için yönetim desteği, hatalara karşı cezalandırıcı olmayan yaklaşım, örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme, genel hasta güvenliği algısı, personel istihdamı, hasta güvenliğini teşvik etmeye yönelik yöneticilerin beklentileri ve eylemleri, birimler arası takım çalışması, birim içi takım çalışmasıdır (Famolaro ve diğerleri, 2018, s. 4).

Hasta güvenliği, hastaların sağlık hizmetinden zarar görmemeleri amacıyla, hizmet sunucular tarafından alınan önlemlerin tamamını ifade etmektedir (Sezgin, 2007, s. 25). Hasta güvenliği kültürünün hataların, süreç ve sistemle ilgili sorunların açıkça ve korkusuzca tartışılabildiği bir ortam yaratması beklenmektedir. Ayrıca hasta güvenliği için yapılacak çalışmaların sağlık hizmet çıktılarını iyileştireceği ifade edilmektedir (Akgün, 2014, s. 76).

2.5.2. Tıbbi Hataların Bildirilmesi

Hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik kapsamlı bir stratejinin kritik bir bileşeni, kuruluşları hataları belirlemeye, nedenlerini değerlendirmeye ve gelecekte performansı iyileştirmek için uygun önlemleri almaya teşvik eden bir ortam yaratmaktır (IOM, 2000, s. 8). Tıbbi hataların gerçekleşmeden önlenmesi için risk faktörlerinin, tehdidin farkında olunması ve buna göre önlemler alınması gerekmektedir. Bu risk faktörlerinin ve tehditlerin ortaya konabilmesi için ise hata bildirim sistemleri büyük önem taşımaktadır.

Hataların bildirildiği bir ortam hasta güvenliğinin gerçekleşmesinde önemli bir unsurdur. İleriki aşamalarda hastaya zarar verebilecek ciddi hataların önlenmesi için, sistemdeki sorunların ve hataların bildirilmesi önemlidir (Filiz, 2009, s. 83). Hatta, hayati durumların söz konusu olabileceği gerçeğine dayanarak, sağlık çalışanlarının hizmet sunumu sırasında karşılaştıkları tıbbi hataları bildirmeleri bilhassa gerekli görülmektedir (Fletcher ve diğerleri, 1998, s. 1). Kötü sağlık hizmeti veya yanlış uygulamaların bildirilmesi, hastaları zarardan koruyabilmekte hatta hayatlarını kurtarabilmektedir. Sağlık çalışanları tarafından bunun fark edilmesi kritik öneme sahiptir (Jackson ve diğerleri, 2014, s. 241).

Hata raporlama sistemleri, hatalara ve bunların nedenlerine ilişkin algının gelişmesine yardımcı olan araçlardır. Bu sistemler temel olarak iki farklı amaca yönelik olarak tasarlanmaktadır: Birincisi; sağlık kuruluşunu performanstan sorumlu kılmak üzere, raporlamayı zorunlu kılan sistemlerdir. Bu sistemlerde hayati ya da kritik hataların bildirilmesi önemsenir ve gerekli tecrübe edinilerek hataların daha yüksek oranda önlenmesi ve azaltılması amaçlanır. İkincisi ise gönüllü ya da gizli raporlama sistemleridir. Bu sistemler, hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik bir programın parçası olabileceği gibi, yukarıdaki türden zorunlu bir sistemin tamamlayıcısı da olabilir. Gönüllü raporlama sistemlerinde hatalar daha geniş bir perspektifte ele alınarak, sistemin zayıflıkları belirlenmeye çalışılır. Her iki raporlama sisteminin amacı da, topladıkları bilgileri analiz etmek ve gelecekte oluşabilecek hataları önlemenin yollarını belirlemektir (IOM, 2000, s. 8). Sağlık hizmeti profesyonellerini ve kuruluşlarını, dava açma tehdidi olmaksızın ve hastaların yasal haklarından ödün vermeden hataları belirlemeye, analiz etmeye ve raporlamaya teşvik etmek için daha elverişli bir ortama ihtiyaç vardır (IOM, 2000, s. 10).

Hata bildirim sistemlerinin hataları önleyeceği veya azaltacağı ve hasta güvenliği üzerinde önemli etkileri olduğu belirtilmektedir (Akgün ve Al-Assaf, 2007, s. 42; Altındış, 2010, s. 28). Buna karşın Lawton ve Parker (2002, s. 17), Birleşik Krallık'ta henüz yürürlükte bulunan ulusal bir raporlama sistemi yokken yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanlarının olumsuz olayları sorumlu bir kişiye bildirmede genel olarak gönülsüz olduklarını, doktorların ise ebe ve hemşirelere kıyasla bu konuda daha isteksiz olduklarını tespit etmişlerdir. *Lawton ve Parker'a* göre yazılı bir protokole belirgin aykırılığın söz konusu olduğu durumların -en azından ebe ve hemşireler tarafından-

raporlanması daha olası görülmektedir -ki bu durum çalışanların sağlam bir dayanağı olmaksızın meslektaşları ya da iş arkadaşlarına karşı çıkmak istemediklerini düşündürmektedir (Lawton ve Parker, 2002, s. 17).

İncesu ve Orhan (2018, s. 82), sağlık çalışanlarının güvenlik raporlama sistemine bildirim yapmalarında sahip oldukları bazı çekincelerin; kimliğinin gizli tutulmaması, çalıştığı birimin belli olması, bildirim yaptığı bilgisayarın internet protokol numarasının tespit edilmesi, mahkemeye verilme, işini hatalı yapan ve güvenilmeyen bir çalışan olarak damgalanma ve bildirim yaptığı için mobbing yaşama olduğunu ortaya koymuştur. Hatalara karşı cezalandırıcı bir karşılık verilmesi, sağlık çalışanlarının hataları gizlemesine, değiştirmesine ya da hataları farklı şekilde açıklamalarına neden olabilir (Yılmaz, 2019, s. 28). Bu doğrultuda hata bildirimlerinde adaletli olunması, suçlama kültürünün ve cezalandırıcı yaklaşımın ortadan kaldırılması, hata bildirimlerinde çalışanların kişisel bilgilerinin gizli tutulması ve yönetimin desteği oldukça önemlidir (Çakmak ve diğerleri, 2018, s. 429). Her ne kadar hasta savunuculuğu ve bakım görevi gibi konularda hemşireler için ikilemler yaratsa ya da örgütsel ve profesyonel bağlılık açısından çatışmaya yol açsa da, hasta savunuculuğu ve klinik ortamdaki suiistimali düzeltme arzusunun hemşirelik hizmetlerinde "ihbar etme" nedenleri olduğu belirtilmektedir (Firtko ve Jackson, 2005, s. 51, 53).

3. BÖLÜM:

HASTA SAVUNUCULUĞU VE TIBBİ HATA

Hemşirelerin sağlık hizmetinin teşvik edilmesinden sunumuna kadar pek çok alanda kapsamlı rollere sahip olduğu görülmektedir. Hemşireler, hasta belirti ve semptomlarındaki değişikliklerin uygunluğunu değerlendirir ve hizmet sunucuların bilgilendirildiğinden ve hasta bakımının uygun şekilde verildiğinden emin olur. Ayrıca hemşireler, hasta güvenliği protokollerini uygularken sağlık ekibi arasında iletişim ve tutarlılığı sağlamak için stratejileri geliştirmeye yönelik eylemler ortaya koyar, aynı zamanda kalite iyileştirme önlemlerinin kullanımını değerlendirmek için de önemli bir konumdadırlar (National Council of State Boards of Nursing ve diğerleri, 2010, s. 13, 18).

Hemşirelerin kritik bir rolü ise hasta savunuculuğudur. Literatür taraması sonucunda hasta savunuculuğunun kapsamının da çok geniş olduğu görülmüştür. Bu kapsamın içerisinde yer alan temel konulardan biri ise hastaların güvenliğini sağlamaktır. Bununla beraber hemşirelik etik kuralları, bir hastanın hakları veya güvenliği tehlikeye girdiğinde, hasta savunuculuğu rolüne bağlı kalmalarını sağlayarak hemşireleri harekete geçmeye zorlamaktadır (Ahern ve McDonald, 2002, s. 303). Beyea (2005, s. 1046) hemşire savunuculuğunun, hastaları sağlık sistemiyle karşılaştıkları süre boyunca güvende tutmada kritik bir rol oynadığını belirtmiştir. Shannon (2016, s. 43) da savunucunun rolünün pek çok şekilde ifade edilmekle birlikte bu rollerden birisinin hastanın güvenliği veya iyiliği söz konusu olduğunda sesini yükseltmek olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde Black (2011, s. 29) hasta savunuculuğunu ihbarcılık ve güvenli olmayan prosedürlerin bildirilmesiyle ilgili olarak ele almıştır. Hemşireler de hasta savunuculuğunu hasta güvenliği ve bakım kalitesiyle ilişkili olarak; hastaları korumak, hastanın sesi olmak, kaliteli sağlık hizmeti sunmak ve kişilerarası ilişkilerin kurulması şeklinde tanımlamaktadırlar (Nsiah ve diğerleri, 2019, s. 1128).

Hasta savunuculuğunun hasta güvenliği ile olan ilişkisi, güvenli olmayan uygulamalar durumunda hasta adına sesini yükseltmek dışında farklı şekillerde de ortaya çıkabilir. Örneğin, hasta savunucusu olarak hemşireler, daha iyi hasta sonuçları ve güvenliği ile sonuçlanabilecek hasta-hekim iletişim sürecini geliştirebilir. Ayrıca, hasta savunucusu ilaç yönetimi ve eğitimi, tıbbi ekipman siparişi ve sağlık sigortası konularının ele alınmasını içerebilecek sağlık sorunlarıyla da ilgilenerek hastalarına ve ailelerine

yardımcı olur. Hasta savunucusunun kilit rolü, hastaların, bakım planlarını, tedavi seçeneklerini anlamalarını sağlamak ve gelebilecek tüm soruları cevaplamaktır. Böylece hastanın tedaviyi doğru şekilde almasını sağlayarak, hasta güvenliğini sağlarlar (Plantemoli, 2021). Hataların bildirilmesi de -destek ve eğitim dahil olmak üzere-, hastaların korunmasıyla ilgilenen hasta savunuculuğu kapsamına girer (Kalra ve Baniak, 2016, s. 1).

4. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM

Dördüncü bölümde; araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın evren ve örnekleme, araştırma modeli ve araştırma hipotezleri, kullanılan veri toplama yöntemi ve ölçekler ile araştırma bulguları ve çalışmanın sınırlılıklarına yer verilecektir.

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Literatür taraması sonucunda, hemşirelerin en kritik rollerinden birisinin hasta savunuculuğu olduğu ve geniş bir kapsama sahip olduğu görülmektedir. Hasta savunuculuğunun genel itibariyle hasta güvenliğine yönelik bir bilinçlenme, umursama ve eylem içerdiği göze çarpmaktadır. Bu açıdan hasta savunuculuğu kavramının hasta güvenliği ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin savunuculuğunun ise, hastaları sağlık sisteminde güvende tutmada kritik bir rol oynadığını belirtilmektedir (Beyea, 2005, s. 1046).

Hasta güvenliğini sağlamak ve hastaları tıbbi hatalardan korumak ya da tıbbi hata ile karşılaşmaları durumunda hastalar adına harekete geçmek hasta savunuculuğunun temel öğeleri arasında yer almaktadır. Hasta savunuculuğu rolünü etkin biçimde üstlenen bir sağlık çalışanının, hasta güvenliği konusunda bilgili, bilinçli ve duyarlı olması beklenir. Yine bu nitelikteki bir çalışanın yaptığı işin “sağlık hizmet sunumu” olduğu bilinciyle işini titizlikle ve dikkatle yapması beklenir. Dolayısıyla, tıbbi hata ile hasta savunuculuğu kavramlarının ilişkili kavramlar olduğu söylenebilir.

Hasta güvenliğine verilen önemin artması, güvenli klinik uygulamanın geliştirilmesinde savunuculuk rolünün farkındalığını da artırmıştır. Hasta savunuculuğunun yüksek olduğu durumlarda tıbbi hataların önüne geçilmeye çalışılması ve daha az tıbbi hata eğilimi olması beklendiği bir durumdur. Bu nedenle hasta güvenliği kültürünün yaygınlaştırılmaya çalışıldığı sağlık kurumlarında hasta savunuculuğuna verilen önemin giderek arttığı söylenebilir.

Maxfield ve diğeri (2005) büyük çoğunluğunu hemşirelerin oluşturduğu ve aralarında hekimlerin ve yöneticilerin de bulunduğu 1700 çalışan üzerinde yaptıkları araştırmada; hasta güvenliğini sağlamada iletişimin önemini ortaya koymuşlardır. Rainer (2015)'e göre bu araştırmada ifade edilen "iletişim" bir "hasta savunuculuğu" eylemi olarak değerlendirilmiştir. Bunun dışındaki bazı çalışmalarda hasta savunuculuğu hasta güvenliği kapsamında ele alınmış (Earp ve diğeri, 2008, s. 279; National Council of State Boards of Nursing ve diğeri, 2010, s. 14), bazı çalışmalarda bir hemşirelik rolü olarak hasta savunuculuğunun gerekliliğine değinilmiş (Alp Yılmaz ve diğeri, 2017; Şener Taplak ve diğeri, 2017; Yılmaz, 2017), bazı çalışmalarda (Bell ve diğeri, 2011; Clarke, 2015; Rainer, 2015; Kalra ve Baniak, 2016) ise hasta savunuculuğu ile tıbbi hata birlikte ele alınmış olmakla birlikte bunların derleme niteliğinde olduğu görülmüştür.

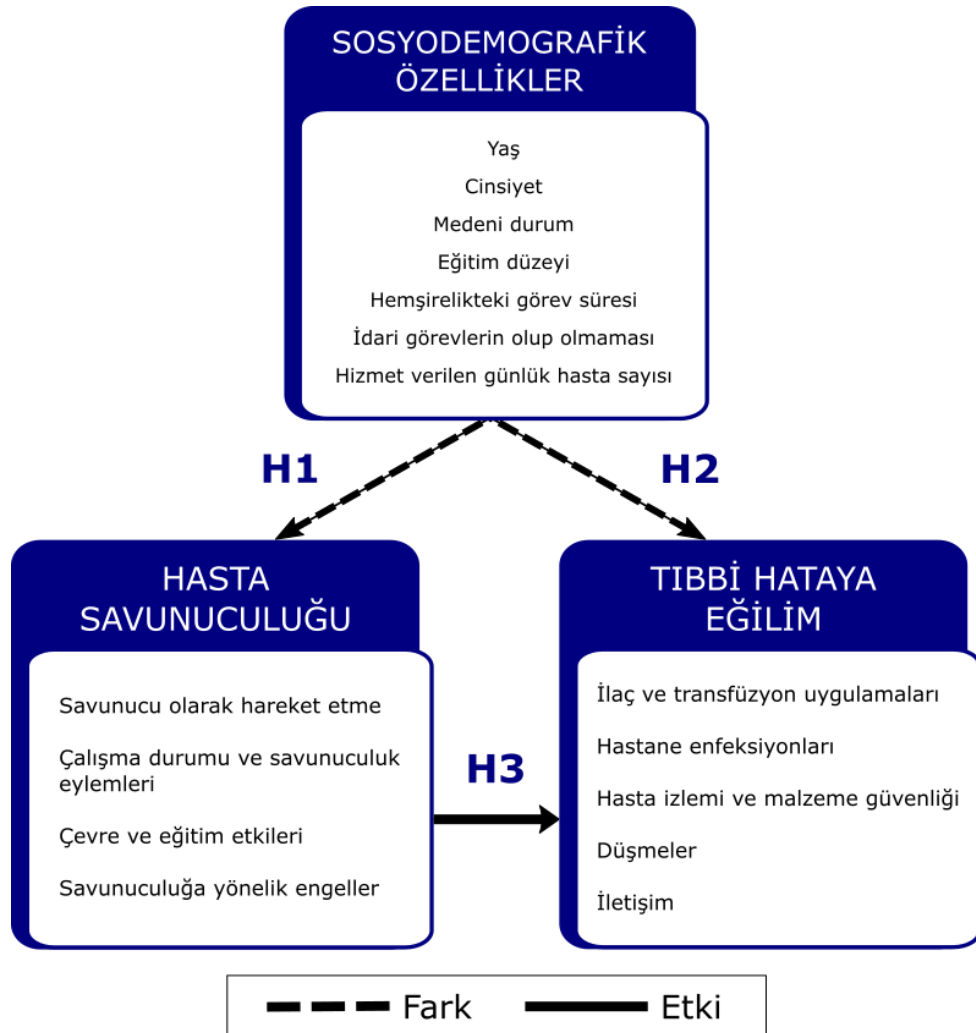
Önde gelen akademik dizinlerde ve arama motorlarında ilgili parametreler üzerinden yapılan taramalar sonucunda, hasta savunuculuğunun tıbbi hata eğilimi ile ilişkisini ortaya koyan analitik bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda, ölçme aracının geçerli ve güvenilir olduğu, araştırmaya katılanların hasta savunuculuğu tutumlarına ve tıbbi hataya eğilimleri ile ilgili anket sorularına gerçekçi yanıtlar verdiği varsayımları çerçevesinde aşağıdaki amaçlara ulaşılması hedeflenmektedir:

- 1- Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin hasta savunuculuğuna yönelik tutumlarını etkileyip etkilemediğini ortaya koymak,
- 2- Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin tıbbi hataya eğilimlerini etkileyip etkilemediğini ortaya koymak,
- 3- Hemşirelerin hasta savunuculuğuna yönelik tutumlarının tıbbi hataya eğilimleri üzerinde etkisi olup olmadığını ortaya koymaktır.

4.2. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZLERİ

Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin incelendiği çalışmalarda genellikle; yaş (Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir, 2015; Yiğitbaş ve diğeri, 2016; Özen ve diğeri, 2019; Uysal ve Karakurt, 2020), cinsiyet (Öztürk ve Özata, 2013; Yiğitbaş ve diğeri, 2016; Özen ve diğeri, 2019; Türk ve diğeri, 2019; Uysal ve Karakurt, 2020), eğitim düzeyi

(Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir, 2015; Yiğitbaş ve diğerleri, 2016; Özen ve diğerleri, 2019; Uysal ve Karakurt, 2020), medeni durum (Öztürk ve Özata, 2013; Yiğitbaş ve diğerleri, 2016; Özen ve diğerleri, 2019; Uysal ve Karakurt, 2020), hemşirelikteki çalışma süresi (Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir, 2015; Yiğitbaş ve diğerleri, 2016), hizmet sundukları hasta sayısı (Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir, 2015; Yiğitbaş ve diğerleri, 2016; Kandemir, 2019; Türk ve diğerleri, 2019), görevi (Yiğitbaş ve diğerleri, 2016) değişkenlerinin analize dahil edildiği görülmüştür. Hasta savunuculuğu tutumunu ölçen az sayıdaki çalışmada (Motamed-Jahromi ve diğerleri, 2012; Naglaa Abd El-Aziz El ve Elham Abdallah Al, 2016; Alanezi, 2022) yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve iş deneyimi gibi faktörlerin araştırmalarda oluşturulan modele dahil edildiği görülmüştür.



Şekil 6. Araştırma modeli

Bu çalışmada anlamlı olabileceği düşünülen hemşirelerin idari görevinin olup olmaması ve hizmet verdikleri hasta sayıları gibi başka değişkenler de modele dahil edilmiştir. Bu doğrultuda araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri ile bunlar arasındaki ilişkiyi gösteren araştırma modeli Şekil 6'da görüldüğü gibidir. Araştırma kapsamında, araştırma amacına ulaşmak için oluşturulan hipotezler ise şunlardır:

H1: Hemşirelerin hasta savunuculuğu tutumları;

H1a) Yaşa göre,

H1b) Cinsiyete göre,

H1c) Medeni duruma göre,

H1d) Eğitim düzeyine göre,

H1e) Hemşirelikteki görev süresine göre,

H1f) İdari görevlerinin olup olmaması durumuna göre,

H1g) Hizmet verdikleri günlük hasta sayısına göre farklılık göstermektedir.

H2: Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri;

H2a) Yaşa göre,

H2b) Cinsiyete göre,

H2c) Medeni duruma göre,

H2d) Eğitim düzeyine göre,

H2e) Hemşirelikteki görev süresine göre,

H2f) İdari görevlerinin olup olmaması durumuna göre,

H2g) Hizmet verdikleri günlük hasta sayısına göre farklılık göstermektedir.

H3: Hasta savunuculuğu boyutlarının;

H3a) Tıbbi hata eğiliminin İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları boyutu üzerinde etkisi vardır.

H3b) Tıbbi hata eğiliminin Hastane Enfeksiyonları boyutu üzerinde etkisi vardır.

H3c) Tıbbi hata eğiliminin Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği boyutu üzerinde etkisi vardır.

H3d) Tıbbi hata eğiliminin Düşmeler boyutu üzerinde etkisi vardır.

H3e) Tıbbi hata eğiliminin İletişim boyutu üzerinde etkisi vardır.

H3f) Tıbbi hata eğilimi üzerinde etkisi vardır.

4.3. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ÖLÇEKLER

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli etik ve idari izinler alındıktan sonra saha çalışması başlatılmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastanede aktif görevde bulunan hemşirelerden her bir katılımcıya, çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı vurgulanarak, genel bir bilgilendirme yapılmış; gerekli tüm bilgiyi ayrıntılı olarak içeren ve araştırmaya katılım için kişinin rızasının sorulduğu “**Gönüllü Katılım Formu**” (bkz. EK 1) katılımcıların onamlarına sunulmuştur. Bu şekilde gönüllü olan her katılımcıya 3 form verilmiştir:

- Birinci form olan “**Katılımcı Bilgi Formu**” hemşirelerin yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, çalışma süresi gibi bireysel özelliklerine yönelik sorular içermektedir (bkz. EK 2).
- İkinci form katılımcı hemşirelerin hasta savunuculuğuna yönelik tutumlarını ölçmek üzere, “**Hemşirelikte Korumacı Hasta Savunuculuğu Ölçeği**”ne dayanarak hazırlanmış olan ölçekten oluşmaktadır. Ölçekte her biri 5’li Likert yapısında, 4 alt boyutta, toplam 37 madde yer almaktadır (bkz. EK 3).
- Üçüncü ve son formda ise hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini ölçmek üzere tasarlanmış “**Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği**” yer almaktadır. Bu ölçek de yine her biri 5’li Likert yapısında, 5 alt boyutta, toplam 49 maddeden oluşmaktadır (bkz. EK 4).

Formlar her bir katılımcıya doğrudan verilmiş ve katılımcının formları doldurduktan sonra teslim etmesi suretiyle geri toplanmıştır. Eksik ve hatalı doldurulmuş olan formlar değerlendirmeye alınmamıştır. Sonraki bölümde kullanılan ölçekler detayları ile ele alınmaktadır.

4.3.1. Hemşirelikte Korumacı Hasta Savunuculuğu Ölçeği

Savunuculuk kavramı 1970'li yıllardan beri, "hastalar için yapılan savunuculuğu" ifade eden bir hemşirelik rolü olarak, hemşirelik mesleğinin bir parçası olagelmiş; zaman içinde hemşirelik eğitimine de dahil edilmiştir. 1990'lı yıllardan sonra hemşirelik mesleği ve hasta bakım hizmetlerinde savunuculuğu ölçmeye yönelik olarak bazı ölçeklerin geliştirildiği görülmektedir (Hanks Jr., 2008).

Hanks (2010a) tarafından geliştirilen ve bu çalışmada esas alınan "Hemşirelikte Korumacı Hasta Savunuculuğu Ölçeği", koruyucu bir perspektiften, hemşirelik savunuculuğunun niceliksel olarak ölçümünü sağlayan bir araçtır. Hemşire ile hasta arasındaki hemşirelik savunuculuğunun koruyucu yönleri ölçeğin odak noktası olmakla birlikte; hemşirelik eğitimi, kurumsal ya da profesyonel unsurlar ve hastaları savunurken hemşirenin üstlendiği risk gibi savunuculuk üzerindeki etkinin bazı yönleri de ölçek kapsamındadır. Ölçeğin; hasta özerkliğini koruma, hastalar adına hareket etme ve inisiyatif alma, sosyal adalet ve hasta hakkını savunma açılarından diğer ölçeklere kıyasla daha kapsayıcı olduğu vurgulanmaktadır (Hanks, 2010a). Ölçek, 4 boyutta, toplam 37 maddeden oluşmaktadır:

- "Savunucu Olarak Hareket Etme" başlıklı ilk boyut 16 maddeden oluşmakta; hastalar için savunucu olarak hareket etmenin etik ve yasal gereksinimleri, hassas olan hastaları koruma, hastalar adına hareket etme ve hastalara bilgi verme gibi hastaları savunurken hemşireler tarafından gerçekleştirilen eylemleri içermektedir.
- "Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri" başlıklı ikinci boyut 5 maddeden oluşmakta; çalışma ortamında hastaların savunulmasının olası sonuçlarına yönelik ifadeler içermektedir.

- “Çevre ve Eğitim Etkileri” başlıklı üçüncü boyut 8 maddeden oluşmakta; hemşirelerin savunucu olarak hareket etmede güven, kişisel değerler ve inanç da dahil olmak üzere kişisel bilginin kullanımını ve iç ortamını ölçen ifadeler içermektedir.
- “Savunuculuğa Yönelik Engeller” başlıklı dördüncü boyut 8 maddeden oluşmakta; hekim ve çalışma ortamının etkisi de dahil olmak üzere, hemşirelerin savunuculuğuna yönelik engel niteliğindeki ifadeleri içermektedir (Hanks, 2010a, s. 261).

5’li Likert tipindeki bu ölçekten alınabilecek en yüksek puan ortalaması 5’tir. “Savunucu Olarak Hareket Etme” ile “Çevre ve Eğitim Etkileri” alt boyutları için puanın yüksek olması hasta savunuculuğu düzeyinin de yüksek olduğunu ifade eder. Anlamca olumsuz ifadeler içeren “Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri” ile “Savunuculuğa Yönelik Engeller” alt boyutları içinse puanın yüksek olması hasta savunuculuğu düzeyinin düşük olduğunu ifade etmektedir. Genel hasta savunuculuğu düzeyine ilişkin analizlerde, anlamca olumsuz ifadeler içeren bu iki alt boyut değerleri ters kodlanarak analize dahil edilmiştir.

4.3.2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

Bu çalışmada, hemşirelerin tıbbi hataya eğilimini değerlendirmek üzere, Özata ve Altuncan (2010b) tarafından geliştirilmiş olan “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” kullanılmıştır. Hemşirelik hizmetleri dikkate alınarak özel olarak geliştirilmiş bu ölçek, 49 maddeden oluşmakta olup; şu 5 boyut altında derlenmiştir:

- “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” başlıklı ilk boyutta 18 madde yer almaktadır. İlaç hatalarının hasta güvenliğini etkileyen en yaygın hata türü olduğunu tespit edilmiş; ilaç uygulamalarının son aşamasında yer alan hemşirelerin bu konuda büyük önem taşıdığı değerlendirilmiştir.
- “Hastane Enfeksiyonları” başlıklı ikinci boyut 12 maddeden oluşmaktadır. Tanı ve tedavi amaçlı invaziv işlemler yaşam süresini uzatabilmekte ve yaşam kalitesini artırabilmektedir; ancak bu süreçte bulaşması olası mikroorganizmalar nedeniyle hastada enfeksiyon oluşması ise yaşamsal tehdit oluşturabilmektedir. Görevleri

gereği hasta ile yakın ve sürekli temas hâlinde olan hemşireler, enfeksiyon yayılımı kadar önlenmesinde de etkin rol oynamaktadırlar.

- “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” başlıklı üçüncü boyut 9 madde içermektedir. Yetersiz hasta izleminin, hatalı uygulamaya neden olabildiği saptanmış ve buna ilişkin tedbir önerileri ortaya konmuştur. Bununla birlikte hastaya uygulanan tanı ve tedavi işlemlerinde uygun olmayan nitelikte malzeme kullanılması da hasta güvenliğini tehdit eden önemli bir unsur olarak öne çıkmaktadır.
- “Düşmeler” hastanelerde en yaygın görülen tıbbi hatalar arasında olup, sağlık kurumlarında meydana gelen her üç yaralanmadan birinin temel sebebinin teşkil etmektedir. Bilhassa 65 yaş ve üstü hastaların bu açıdan risk altında oldukları bilinmektedir. Ölçekte dördüncü boyutu oluşturan düşmeler için 5 madde yer almaktadır.
- “İletişim” de 5 madde ile ölçeğin beşinci boyutunu oluşturmaktadır. Literatürde hekimlerin yaklaşık %78’inin, hemşirelerin de yaklaşık %85’inin hastalarla iletişim sorunu yaşadıklarına dair bulgular yer almaktadır. İş yoğunluğu, hekim ya da hemşire sayısının yetersizliği, stres, nöbetlerin fazlalığı, yorgunluk gibi değişik nedenlere dayanmakla birlikte iletişim sorunlarının hemşirelik uygulamaları sırasında hataya neden olabildiği saptanmıştır (Özata ve Altuncan, 2010b).

Ölçek, Türkiye’de yapılan diğer bazı çalışmalarda da (Öztürk ve Özata, 2013; Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir, 2015; Yiğitbaş ve diğerleri, 2016; Özen ve diğerleri, 2019; Türk ve diğerleri, 2019; Uysal ve Karakurt, 2020) kullanılmıştır. 5’li Likert tipi ölçekten alınabilecek en yüksek puan ortalaması 5 olup; alınan puanın 5’e yakın olması, tıbbi hataya eğilim düzeyinin düşük olduğu şeklinde değerlendirilmektedir.

4.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Ankara’daki bir eğitim ve araştırma hastanesinde aktif olarak çalışan servis hemşireleri oluşturmaktadır. Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli etik (bkz. EK 6) ve idari izinler (bkz. EK 7) alındıktan sonra, araştırmaya ilişkin formlar ilgili hastanede araştırmaya dahil olan hemşirelere doğrudan verilmiş; araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerce yüzyüze doldurulan formlar teslim alınmak suretiyle veri toplanmıştır.

Araştırmanın evrenini bu hastanede aktif hizmet veren 315 (N=315) servis hemşiresi oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş ve evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış; 17.04.2023 tarihinde başlanan saha çalışması, 06.10.2023 tarihinde sonlandırılmış; bu süreçte evrenin %87'sini oluşturan 274 (n=274) hemşireye ulaşılmıştır.

4.5. VERİ ANALİZİ

Araştırma kapsamında toplanan formlar kontrol edilerek, eksik ya da hatalı olanlar değerlendirme dışı bırakılmıştır. Elde edilen veri IBM SPSS 23 (*Statistical Package for the Social Sciences*) ve AMOS 21 (*Analysis of Moment Structures*) paket programları ile analiz edilmiştir. Analizlerin ilk aşamasında ölçeklerin “geçerliliği ve güvenilirliğine” bakılmıştır. Teorik faktöriyel yapının doğrulanması amacıyla “doğrulayıcı faktör analizi” tercih edilmiştir. Model uygunluğunu değerlendirmek için “uygunluk indeksleri”, iç tutarlığı ölçmek için de “*Cronbach Alfa* katsayısı” kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin bireysel ve sosyodemografik özelliklerini açıklamak için tanımlayıcı istatistiksel analiz yöntemlerinden “frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma” değerleri tercih edilmiştir. Örneklem hacmi 30’dan büyük ($n > 30$) olan gruplar için sıklıkla tercih edildiğinden (Jolliffe, 1995), araştırmanın bağımlı değişkenleri ile ilgili veri dağılımının normallik varsayımlarını yerine getirip getirmediğini ortaya koymak üzere Kolmogorov-Smirnov testi tercih edilmiştir. Faktör değişkenlerine ilişkin hesaplanan p değerlerinin 0,05’ten büyük olduğu, çarpıklık (skewness) değerinin 0,459 ile 0,404 arasında değiştiği, basıklık (kurtosis) değerinin de -0,703 ile 0,635 arasında değiştiği görülmektedir. Normal dağılımdan bahsedebilmek için çarpıklık ve basıklık katsayılarının (-1, +1) aralığında olması gerekir (Cevahir, 2020, s. 13); dolayısıyla normallik varsayımı sağlanmış ve parametrik testler ile devam edilmiştir.

Araştırma kapsamında sosyodemografik bulgulara ulaşmak üzere tanımlayıcı istatistiklerden frekans, minimum, maksimum, yüzde, ortalama ve standart sapma tercih edilmiştir. Araştırmaya dahil olan bağımlı değişkenlerin normallik varsayımları dikkate alınarak parametrik testlerden t-testi (iki ortalama arasındaki farkın anlamlılığını yorumlamak üzere) ve grup sayısı ikiden fazla olan değişkenler için tek yönlü varyans analizi (One Way Anova), çoklu gruplarda farkın anlamlı olduğu grubun belirlenmesi için

post-hoc testlerden Tukey tercih edilmiştir. Hasta Savunuculuğu boyutlarının ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim, tıbbi hata eğilimi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi için çok değişkenli, aşamalı (stepwise) doğrusal regresyon tercih edilmiştir. Regresyon analizlerinde değişkenler arasında çoklu bağlantı problemi, spesifikasyon hatası olup olmadığı VIF (varyans şişme faktörü) ile Durbin-Watson değeri ile test edilmiştir. Araştırma bulguları, 5. Bölüm Bulgular kısmında detayları ile sunulmuştur.

4.6. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırma, Ankara'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinde, aktif görev yapmakta olan servis hemşireleri üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçları, yalnız bu coğrafya ve seçilen evren için geçerli olup; diğer coğrafi bölgelere ya da evren dışında kalan hastane ve çalışanlarına genellenemez.

“Hasta savunuculuğu”, kapsamı itibariyle hemşireler dışında kalan sağlık çalışanları tarafından da belli ölçüde üstlenilebilecek nitelikte bir roldür. Buna karşın çalışmanın amaçları doğrultusunda seçilen “Hemşirelikte Korumacı Hasta Savunuculuğu Ölçeği”, özel olarak hemşirelere yönelik olarak geliştirilmiş bir ölçek olduğundan, diğer sağlık çalışanları ya da sektör profesyonellerinin hasta savunuculuğu tutumlarını ölçmek için uygun olmayacaktır. Aynı şekilde, tıbbi hatanın tek sorumlusu ya da kaynağı hemşireler olmamakla birlikte, bu çalışmanın amaçları doğrultusunda seçilen “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” de yalnız hemşirelere yönelik olarak geliştirilmiş bir ölçektir.

Araştırmada kullanılan ölçekler toplamda 86 madde içermektedir. İki ölçeğe ek olarak sunulan ve demografik nitelikleri sorgulayan Katılımcı Bilgi Formu ile birlikte doldurulması istenen formlar 5 sayfada toplam 100'e yakın maddeden oluşmaktadır. Formların ve dolayısıyla doldurulması istenen maddelerin fazlalığı, arzu edilen katılım oranına daha geç ulaşılmasına ve çalışma süresinin uzamasına da neden olmuş olabilir.

5. BÖLÜM: BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde sosyodemografik değişkenlere yönelik tanımlayıcı bulgular, ölçek ve ölçüme ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik bulguları ile hipotez testlerine ilişkin çıkarımsal bulgular yer almaktadır.

5.1. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLERE İLİŞKİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ BULGULARI

5.1.1. Hemşirelikte Korumacı Hasta Savunuculuğu Ölçeği'ne İlişkin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Analizleri Bulguları

Geçerlilik, bir ölçüm aracının veya testin, ölçmeye çalıştığı durumu veya niteliği doğru ve tutarlı bir şekilde ölçüp ölçmediğini değerlendiren bir kavramdır. Başka bir deyişle, geçerlilik, bir ölçüm aracının ne ölçtüğünün ve ne kadar doğru ölçtüğünün bir göstergesidir. Bir ölçüm aracının güvenilirliği ile birlikte, ölçümün kalitesini değerlendiren önemli bir ölçüt olarak kabul edilir. Özellikle sosyal bilimler, eğitim ve psikoloji alanlarında kullanılır. Geçerlilik, ölçüm aracının kullanılabilirliğini ve etkinliğini belirlemek için tercih edilir (Campbell ve Fiske, 1959; Bentler, 1990; Angrist ve Pischke, 2009).

Güvenilirlik ise, bir ölçüm aracının veya testin, aynı durum veya özelliklerinin farklı zamanlarda veya farklı örneklem gruplarında kullanıldığında ne kadar tutarlı sonuçlar verdiğini ölçen bir kavramdır. Ölçüm aracının sonuçlarının tekrarlanabilirliği ve istikrarı hakkında bilgi sağlar. Bir ölçüm aracı yeterince güvenilir değilse, elde edilen sonuçlar arasındaki değişkenlik, gerçek farklılıklardan ziyade ölçüm aracının hatalarından kaynaklanabilir (Cronbach, 1951; Nunnally ve Bernstein, 1994).

Hemşirelikte Korumacı Hasta Savunuculuğu Ölçeği'ne ilişkin geçerlilik analizi için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. İlgili yazında yapı geçerliliğini ortaya koymada faktör analizinin en yaygın kullanılan istatistiksel yöntemlerden biri olduğu konusunda görüş birliği bulunmaktadır (Çokluk ve diğerleri, 2010, s. 185).

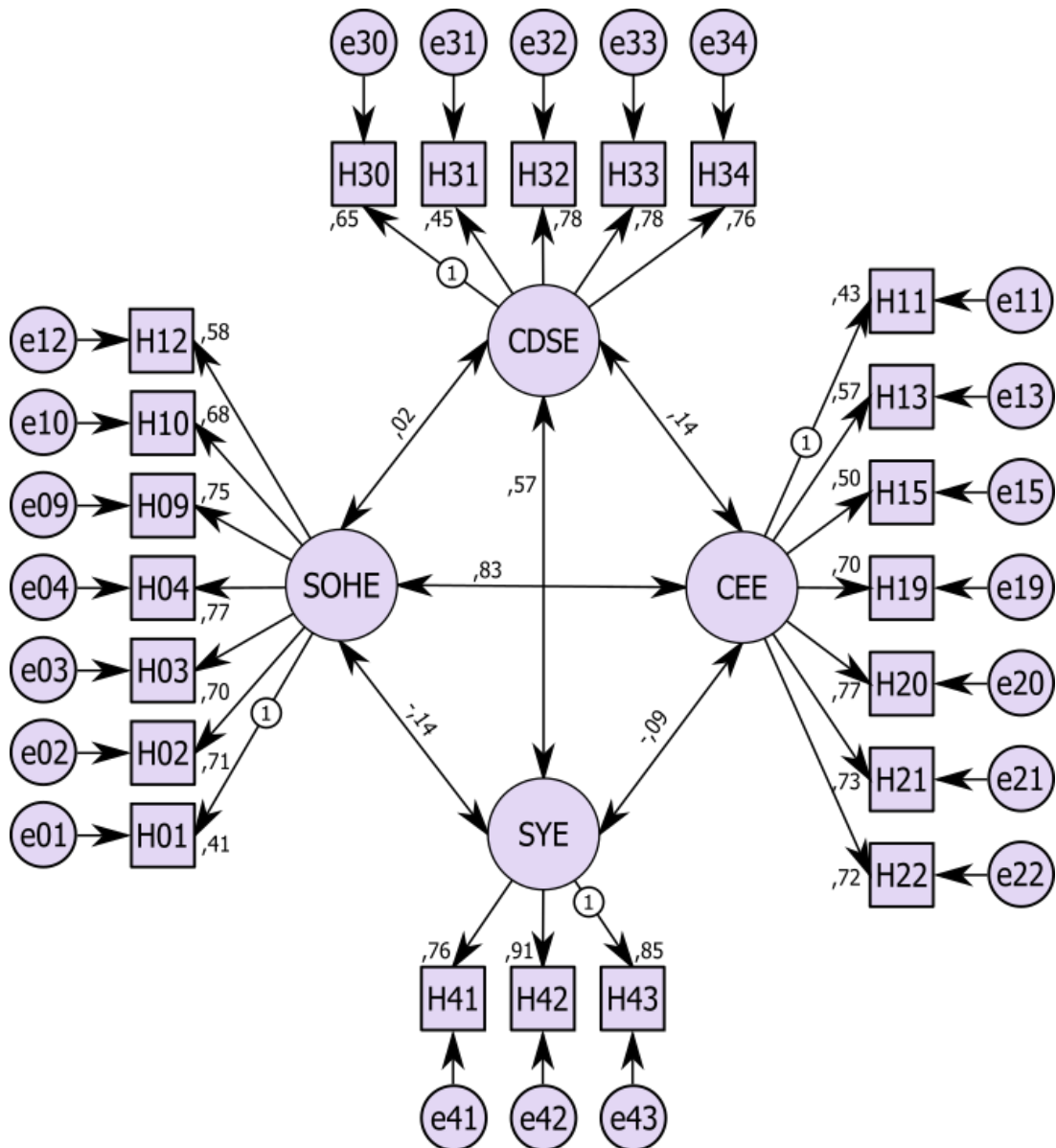
Öncelikle, kullanılan Hemşirelikte Korumacı Hasta Savunuculuğu Ölçeği'nin (Hanks, 2010a) İngilizce dilde olan orjinal versiyonu gerekli izinlerin alınması ile çeviri-tekrar çeviri yöntemi ile dil geçerliliğine tabi tutulmuştur. Bağımsız akademisyenler tarafından İngilizce'den Türkçe'ye daha sonra alanında uzman akademisyenler tarafından tekrar Türkçe'den İngilizce'ye çevirilerek çevirinin uygunluğu ve anadil ile araştırma dili arasındaki sosyokültürel farklar incelenmiş ve anlaşılır hale getirilmiştir. Araştırma ölçeğinin orjinaline sadık kalınarak, çeviri ölçek toplam 37 madde ve "Savunucu Olarak Hareket Etme", "Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri", "Çevre ve Eğitim Etkileri" ve "Savunuculuğa Yönelik Engeller" olmak üzere 4 boyuttan oluşmaktadır. Analizler yapılırken "Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri" ile "Savunuculuğa Yönelik Engeller" boyutu altındaki ifadeler ölçeğin geneline yönelik değerlendirmelere ters kodlanarak dahil edilmiştir.

Şekil 7'deki AMOS yazılımı yardımıyla çizilen yol diyagramında, elde edilen tüm standardize edilmiş değerlerin 1'in üzerinde olmaması gerekir. Gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru giden düz oklar üzerindeki bu değerler her bir gözlenen değişkenin faktör üzerindeki standartlaştırılmış yükünü göstermektedir. Standardize regresyon katsayılarının 0,02 ile 0,83 arasında dağıldığı görülmektedir. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucu literatürde atfedilen uyum iyiliği değerlerine ulaşılmadığı için Savunucu Olarak Hareket Etme boyutu altında yer alan 9 madde analiz dışında, Çevre ve Eğitim Etkileri boyutu altında 1 madde ve Savunuculuğa Yönelik Engeller boyutu altında yer alan 5 madde çapraz yüklenme eğilimi nedeniyle analiz dışı bırakılarak analiz tekrar edilmiştir. Alan yazında ölçek içeriğinde 12'den fazla madde olan modellerde 3'ten fazla modifikasyon önerilmediğinden (Gürbüz, 2019) 3 düzeltme ve madde çıkarımı tercih edilmiştir.

Modifikasyonlar sonucunda; Savunucu Olarak Hareket Etme boyutunda 7, Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri boyutunda 5, Çevre ve Eğitim Etkileri boyutunda 7, Savunuculuğa Yönelik Engeller boyutunda da 3 madde olmak üzere Hemşirelikte Korumacı Hasta Savunuculuğu ölçeğine ilişkin toplamda 22 madde kalmıştır. DFA sonuçlarına göre istenen uyum iyiliği değerlerine ulaşılmıştır. Modelin raporlanmasında χ^2/df , p ve karşılaştırmalı indekslerden birinin yeterli olabileceği göz önüne alınarak, (Gürbüz ve Şahin, 2018) $CMIN=430,58$; $p>0,05$; $\chi^2/df=3,12$; $N=274$; $CFI=0,91$;

$SRMR < 0,08$ değerleri ile 4 faktörlü modelin referans değerlere göre kabul edilebilir olduğu varsayılmıştır (Bentler, 1990; Hu ve Bentler, 1998; Gürbüz, 2019).

Şekil 7'de, değişkenler arasındaki ilişkilere ait değerler gösterilmiştir. β değerlerine bakıldığında modelde değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p < 0,05$) etkisinden söz etmek mümkündür. Modelde yer alan maddelerin faktör yüklerine bakıldığında 0,41 ile 0,91 arasında dağıldığı görülmektedir.



$CMIN=430,58$; $p > 0,05$; $\chi^2/df=3,12$; $N=274$; $CFI=0,91$; $SRMR < 0,08$

Şekil 7. Hemşirelikte Korumacı Hasta Savunuculuğu Ölçeğine ilişkin Yol Şeması

Ölçeğe verilen yanıtlara göre ölçeğin güvenirlik katsayıları (Cronbach Alpha); Savunucu Olarak Hareket Etme boyutu için 0,836; Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri boyutu için 0,82; Çevre ve Eğitim Etkileri boyutu için 0,82 ve Savunuculuğa Yönelik Engeller boyutu için 0,88 olarak bulunmuştur. Ölçeğin genel güvenirlik katsayısı ise 0,83 olup ölçeğin güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ifade edilebilir (bkz. Tablo 1).

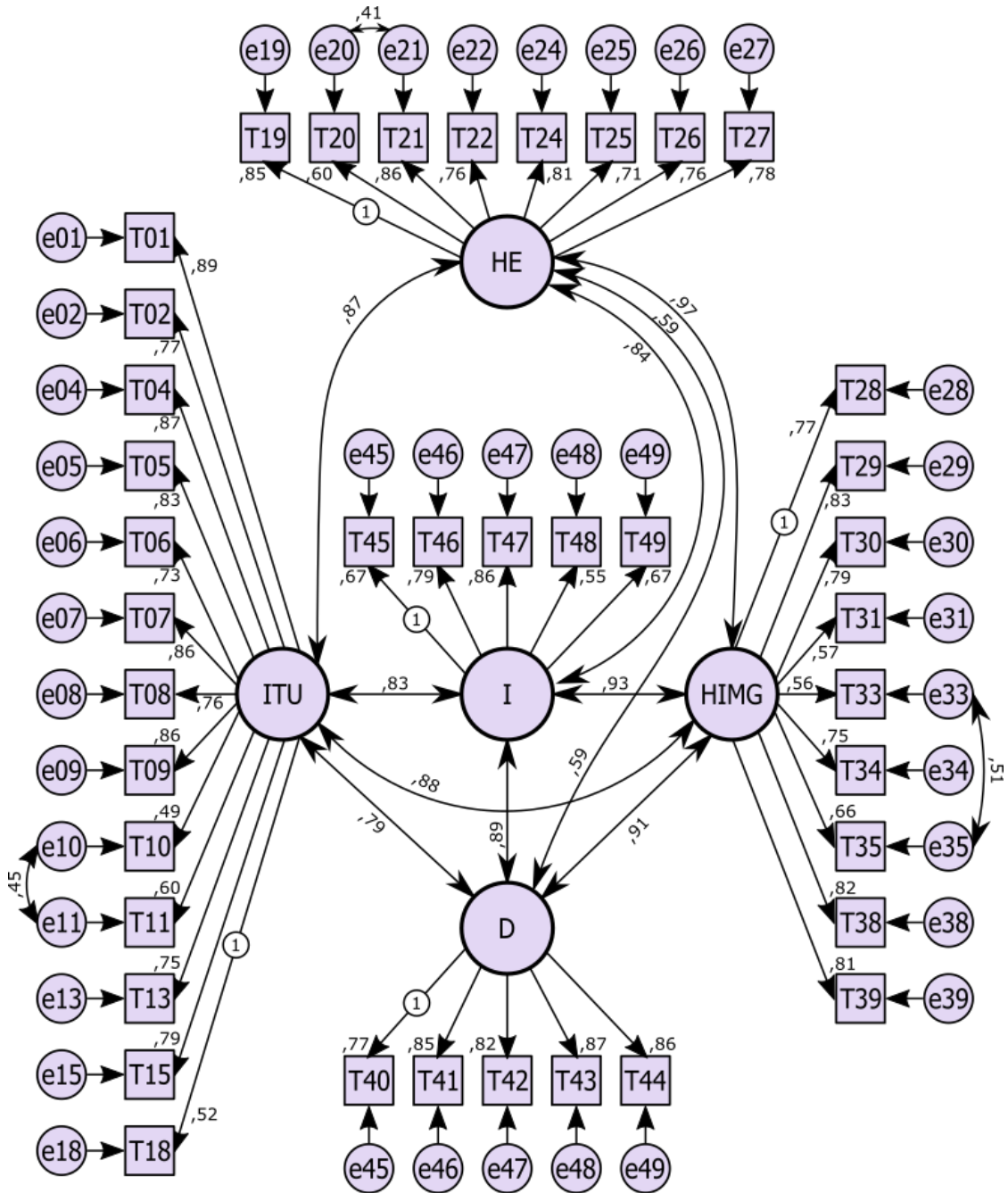
Tablo 1. Hemşirelikte Hasta Savunuculuğu Ölçeğine İlişkin Güvenirlik Analizi Bulguları

Ölçek ve Boyutları	f (maddeler)	Cronbach's Alpha
Hemşirelikte Korumacı Hasta Savunuculuğu	22	0,83
Savunucu Olarak Hareket Etme	7	0,84
Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri	5	0,82
Çevre ve Eğitim Etkileri	7	0,82
Savunuculuğa Yönelik Engeller	3	0,88

5.1.2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'ne İlişkin Geçerlilik Ve Güvenirlik Analizleri Bulguları

Şekil 8'deki AMOS yazılımı yardımıyla çizilen yol diyagramında, gizli değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru giden düz oklar üzerindeki değerler her bir gözlenen değişkenin faktör üzerindeki standartlaştırılmış yükünü göstermektedir. Standardize regresyon katsayılarının 0,59 ile 0,97 arasında dağıldığı görülmektedir. İlk aşamada yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucu ile literatürde atfedilen uyum iyiliği değerlerine ulaşılmadığı için İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları boyutu altında yer alan 5 madde ve Hastane Enfeksiyonları boyutu altında yer alan 4 madde çapraz yüklenme eğilimi nedeniyle analiz dışı bırakılarak, analiz tekrar edilmiştir. Bununla birlikte (T10<->T11; T33<->T35) 4 değişken arasındaki yüksek korelasyon problemi nedeniyle, ayrışım geçerliliği ihlal edilmemek suretiyle bu değişkenler arasında kovaryans oluşturulmuştur. Modifikasyonlar sonucunda DFA sonuçlarına göre istenen uyum iyiliği değerlerine ulaşılmıştır. Modelin raporlanmasında χ^2/df , p ve karşılaştırmalı indekslerden birinin yeterli olabileceği göz önünde alınarak (Gürbüz ve Şahin, 2018), $CMIN=3060,97$;

$p>0,05$; $\chi^2/df=4,21$; $N=274$; $CFI=0,921$; $SRMR<0,05$ değerleri ile 5 faktörlü modelin referans değerlere göre kabul edilebilir olduğu varsayılmıştır (Bentler, 1990; Hu ve Bentler, 1998).



$\chi^2 (CMIN)=3060,97$; $p>0,05$; $\chi^2/df=4,21$; $N=274$; $CFI=0,921$; $SRMR<0,05$

Şekil 8. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'ne ilişkin Yol Şeması

Şekil 8'de değişkenler arasındaki ilişkilere ait değerler gösterilmiştir. β değerlerine bakıldığında modelde değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p < 0,05$) etkisinden söz etmek mümkündür. Modelde yer alan maddelerin faktör yükleri ise 0,49 ile 0,89 arasında dağılmaktadır.

Ölçeğe verilen yanıtlara göre ölçeğin güvenilirlik katsayıları (Cronbach Alpha); İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları boyutu için 0,93; Hastane Enfeksiyonları boyutu için 0,75; Hasta İzlemi ve Hasta Güvenliği boyutu için 0,89; Düşmeler boyutu için 0,91; İletişim boyutu için 0,80 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin genel güvenilirlik katsayısı ise 0,97'dir. Literatürde genel kabul görmüş referans katsayılara bakıldığında bu katsayının 0,80 ile 1 arasında olması ölçeğin yüksek güvenilir olduğu kanısını yaratmaktadır (Özdamar, 2002). Bu durumda tıbbi hataya eğilim ölçeğinin güvenilir bir ölçüm aracı olduğu kabul edilmiştir (bkz. Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi Bulguları

Ölçek ve Boyutları	f (maddeler)	Cronbach's Alpha
Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	40	0,97
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	13	0,93
Hastane Enfeksiyonları	8	0,75
Hasta İzlemi ve Hasta Güvenliği	9	0,89
Düşmeler	5	0,91
İletişim	5	0,80

5.2. TANIMLAYICI BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili veriye ait tanımlayıcı bulgular sunulmuştur. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, hemşirelikteki görev süresi, idari görevin olup olmaması ve hizmet verilen günlük hasta sayısı bakımından hemşirelere ait tanımlayıcı bulgular Tablo 3'te görülmektedir. Buna göre araştırmaya katılan hemşireler ağırlıklı olarak lisans mezunu ve kadın hemşirelerdir. Günlük olarak 30'dan fazla sayıda hastaya hizmet veren hemşireler

oransal olarak azdır. Medeni durum bakımından dengeli denebilecek bir dağılım olmakla birlikte, 35 yaşın üzerindeki hemşirelerin daha fazla sayıda olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Araştırma Kapsamındaki Hemşirelerin Sosyodemografik Bulguları

Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Değişkenler	f	%	
Yaş	<25	65	23,7
	25-35	92	33,6
	>35	117	42,7
Cinsiyeti	Kadın	223	81,4
	Erkek	51	18,6
Medeni Durumu	Bekâr	114	41,6
	Evli	160	58,4
Eğitim Düzeyi	Lisans öncesi	30	10,9
	Lisans	226	82,5
	Lisansüstü	18	6,6
Hemşirelikteki Görev Süresi	0-9 yıl	153	55,8
	10 yıl ve üzeri	121	44,2
İdari görevin olup olmaması durumu	Var	39	14,2
	Yok	235	85,8
Hizmet verilen günlük hasta sayısı	<30	221	80,7
	30 ve üzeri	53	19,3
TOPLAM	274	100,0	

Hasta Savunuculuğu ölçeği ile Tıbbi Hataya Eğilim ölçeklerinde en düşük değer 1, en yüksek değer 5'tir. Araştırmaya katılan hemşirelerin ölçeklere verdikleri yanıtlara göre, bağımlı değişken genel puanları ve alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 4'te görülmektedir. Buna göre; Hasta Savunuculuğu genel puanı ortalaması 3,53 ve standart sapması 0,82 ($\bar{x} = 3,53; ss = 0,82$); Tıbbi Hataya Eğilim genel puanı ortalaması 4,76 ve standart sapması 0,58'dir ($\bar{x} = 4,76; ss = 0,58$).

“Savunucu Olarak Hareket Etme” ($\bar{x} = 3,75; ss = 0,97$) ile “Çevre ve Eğitim Etkileri” ($\bar{x} = 3,78; ss = 0,97$) savunuculuğun en yüksek puana sahip alt boyutlarıdır (bkz. Tablo 4). Bu boyutların alt maddelerine bakıldığında araştırmaya katılan hemşirelerin,

hastaların hemşireler tarafından savunulması ile ilgili hasta adına hareket etme, hastayı savunma, hastayı koruma, hasta menfaatlerini temel odağa koyma gibi davranışlarda hasta lehine bir tutum içinde oldukları göze çarpmaktadır.

Tıbbi Hata Eğilim ölçeğinin alt boyutlarından “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” boyutu ($\bar{x} = 4,79; ss = 0,54$) ile “İletişim” boyutunun ($\bar{x} = 4,80; ss = 0,54$) en yüksek ortalama puana sahip olduğu görülmektedir (bkz. Tablo 4). Bu boyutların alt maddelerine bakıldığında, ilaç dozunun ayarlanması, ilaçların uygulanmasında gösterilen özen, etkileşim risklerinin değerlendirilmesi, miat kontrolü gibi hata önleyici maddelerin hemşireler tarafından sıklıkla uygulandığı anlaşılmakta; benzer şekilde hastaya kendi bakımı ile ilgili bilgilendirmeleri yapmaya ve kayıtların eksiksiz tutulmasına özen gösterdikleri, yeterince açık olmayan istemleri hekime doğrulamaktan da kaçınmadıkları görülmektedir.

Tablo 4. Araştırma Kapsamında Bağımlı Değişkenlere ve Alt Boyutlara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Bağımlı Değişkenler ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Min-Maks	Ortalama	S.S
Hasta Savunuculuğu	22	1-5	3,53	0,82
Savunucu Olarak Hareket Etme	7	1-5	3,75	0,97
Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri	5	1-5	3,09	1,08
Çevre ve Eğitim Etkileri	7	1-5	3,78	0,97
Savunuculuğa Yönelik Engeller	3	1-5	3,48	1,17
Tıbbi Hata Eğilimi	40	1-5	4,76	0,58
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	13	1-5	4,79	0,54
Hastane Enfeksiyonları	8	1-5	4,76	0,60
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	9	1-5	4,73	0,57
Düşmeler	5	1-5	4,72	0,63
İletişim	5	1-5	4,80	0,54

5.3. HİPOTEZ TESTLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırma kapsamına alınan hemşirelerin hasta savunuculuğu tutumları, tıbbi hata eğilimleri ve bunların alt boyutlarının sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı ortaya konmaya çalışılacaktır. Ardından hasta savunuculuğunun tıbbi hata eğilimi üzerinde etkisi olup olmadığı incelenecektir.

5.3.1. Hemşirelerin Hasta Savunuculuğu Tutumlarının Sosyodemografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Hemşirelerin hasta savunuculuğu tutumlarının ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını gösteren F Testi ANOVA ile farkın hangi gruptan kaynaklandığını gösteren Post Hoc (Tukey) analiz bulguları Tablo 5'te görülmektedir. Yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığından ($p>0,05$), H1a hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 5. Hasta Savunuculuğu Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Yaş Grupları	F	p
Hasta Savunuculuğu	<25	0,042	0,959
	25-35		
	>35		
Savunucu Olarak Hareket Etme	<25	0,728	0,484
	25-35		
	>35		
Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri	<25	0,279	0,757
	25-35		
	>35		
Çevre ve Eğitim Etkileri	<25	0,174	0,840
	25-35		
	>35		
Savunuculuğa Yönelik Engeller	<25	0,221	0,801
	25-35		
	>35		

Tablo 6. Hasta Savunuculuğu Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Cinsiyeti	f	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Hasta Savunuculuğu	Kadın	223	3,55	0,50	1,804	0,072
	Erkek	51	3,41	0,52		
Savunucu Olarak Hareket Etme	Kadın	223	3,76	0,70	0,641	0,522
	Erkek	51	3,69	0,67		
Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri	Kadın	223	2,87	0,84	-1,477	0,141
	Erkek	51	3,05	0,74		
Çevre ve Eğitim Etkileri	Kadın	223	3,80	0,65	0,633	0,527
	Erkek	51	3,73	0,75		
Savunuculuğa Yönelik Engeller	Kadın	223	2,47	1,01	-1,530	0,127
	Erkek	51	2,72	1,17		

Hemşirelerin hasta savunuculuğu tutumlarının ve alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaşp farklılaşmadığını gösteren t-testi bulguları Tablo 6'da görülmektedir. Cinsiyete göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığından ($p>0,05$), H1b hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 7. Hasta Savunuculuğu Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Medeni Durumu	f	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Hasta Savunuculuğu	Bekâr	114	3,53	0,53	-0,044	0,965
	Evli	160	3,53	0,50		
Savunucu Olarak Hareket Etme	Bekâr	114	3,73	0,61	-0,216	0,829
	Evli	160	3,75	0,74		
Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri	Bekâr	114	2,84	0,78	-1,053	0,293
	Evli	160	2,95	0,85		
Çevre ve Eğitim Etkileri	Bekâr	114	3,75	0,62	-0,763	0,446
	Evli	160	3,81	0,70		
Savunuculuğa Yönelik Engeller	Bekâr	114	2,54	1,06	0,279	0,780
	Evli	160	2,50	1,04		

Hemşirelerin hasta savunuculuğu tutumlarının ve alt boyutlarının medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığını gösteren t-testi bulguları Tablo 7'de görülmektedir. Hasta savunuculuğu genel tutumları açısından evliler ile bekârlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığından ($p>0,05$), H1c hipotezi reddedilmiştir.

Hemşirelerin hasta savunuculuğu tutumlarının ve alt boyutlarının eğitim düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığını gösteren F Testi ANOVA ile farkın hangi gruptan kaynaklandığını gösteren Post Hoc (Tukey) analiz bulguları Tablo 8'de görülmektedir. Eğitim düzeyine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğundan ($p<0,05$) H1d hipotezi kabul edilmiştir. Buna göre; eğitim düzeyinin hasta savunuculuğu tutumu üzerinde etkili bir değişken olduğu; genel hasta savunuculuğu, "Savunucu Olarak Hareket Etme" ile "Çevre ve Eğitim Etkileri" alt boyutlarında farkın lisansüstü grubundan kaynaklandığı ve lisansüstü eğitimini tamamlamış hemşirelerin hasta savunuculuğu tutumlarının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 8. Hasta Savunuculuğu Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Eğitim Düzeyine Göre Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Eğitim Düzeyi	F	p	Fark (Tukey)
Hasta Savunuculuğu	Lisans öncesi (1)	4,271	0,015	3>1,2
	Lisans (2)			
	Lisansüstü (3)			
Savunucu Olarak Hareket Etme	Lisans öncesi (1)	6,956	0,001	3>1,2
	Lisans (2)			
	Lisansüstü (3)			
Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri	Lisans öncesi (1)	1,079	0,341	-
	Lisans (2)			
	Lisansüstü (3)			
Çevre ve Eğitim Etkileri	Lisans öncesi (1)	5,474	0,005	3>1,2
	Lisans (2)			
	Lisansüstü (3)			
Savunuculuğa Yönelik Engeller	Lisans öncesi (1)	0,364	0,696	-
	Lisans (2)			
	Lisansüstü (3)			

Hemşirelerin hasta savunuculuğu tutumları ve alt boyutlarının hemşirelikteki görev süresine göre farklılaşıp farklılaşmadığını gösteren t-testi bulguları Tablo 9'da görülmektedir. Görev süresi bakımından gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmadığından ($p>0,05$) H1e hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 9. Hasta Savunuculuğu Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Hemşirelikteki Görev Süresine Göre Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Hemşirelikteki Görev Süresi	f	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Hasta Savunuculuğu	0-9 yıl	153	3,53	0,47	0,073	0,942
	10 yıl ve üzeri	121	3,53	0,56		
Savunucu Olarak Hareket Etme	0-9 yıl	153	3,72	0,61	-0,609	0,543
	10 yıl ve üzeri	121	3,77	0,79		
Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri	0-9 yıl	153	2,88	0,80	-0,449	0,654
	10 yıl ve üzeri	121	2,93	0,85		
Çevre ve Eğitim Etkileri	0-9 yıl	153	3,53	0,47	0,465	0,643
	10 yıl ve üzeri	121	3,53	0,56		
Savunuculuğa Yönelik Engeller	0-9 yıl	153	2,52	1,07	0,104	0,918
	10 yıl ve üzeri	121	2,51	1,02		

Tablo 10. Hasta Savunuculuğu Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Hemşirelerin İdari Görevinin Olup Olmaması Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	İdari Görev	f	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Hasta Savunuculuğu	Var	39	3,60	0,54	0,899	0,370
	Yok	235	3,52	0,51		
Savunucu Olarak Hareket Etme	Var	39	3,79	0,69	0,450	0,653
	Yok	235	3,74	0,69		
Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri	Var	39	2,80	0,72	-0,839	0,402
	Yok	235	2,92	0,84		
Çevre ve Eğitim Etkileri	Var	39	3,83	0,70	0,434	0,664
	Yok	235	3,78	0,67		
Savunuculuğa Yönelik Engeller	Var	39	2,44	1,14	-0,522	0,602
	Yok	235	2,53	1,03		

Hemşirelerin hasta savunuculuğu tutumları ve alt boyutlarının hemşirelik haricinde idari görevleri olup olmaması durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını gösteren t-testi bulguları Tablo 10'da görülmektedir. İdari bir görevin olup olmaması bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığından ($p>0,05$) H1f hipotezi reddedilmiştir.

Hemşirelerin hasta savunuculuğu tutumlarının ve alt boyutlarının hemşirelerin hizmet verdikleri günlük hasta sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını gösteren t-testi bulguları Tablo 11'de görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğundan ($p<0,05$) H1g hipotezi kabul edilmiştir. Buna göre; hizmet verilen günlük hasta sayısının, hasta savunuculuğu tutumu üzerinde etkili bir değişken olduğu; "Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri" boyutunda günlük 30 ve üzeri sayıda hastaya hizmet veren hemşirelerin hasta savunuculuğu tutumlarının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 11. Hasta Savunuculuğu Tutumlarının ve Alt Boyutlarının Hemşirelerin Hizmet Verdikleri Günlük Hasta Sayısına Göre Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Günlük Hasta Sayısı	f	Ortalama	Std. Sapma	t	p																																									
Hasta Savunuculuğu	<30	221	3,55	0,51	1,626	0,105																																									
	30 ve üzeri	53	3,43	0,52			Savunucu Olarak Hareket Etme	<30	221	3,74	0,69	-0,019	0,985	30 ve üzeri	53	3,75	0,69	Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri	<30	221	2,85	0,81	-2,136	0,034	30 ve üzeri	53	3,12	0,84	Çevre ve Eğitim Etkileri	<30	221	3,78	0,68	-0,355	0,723	30 ve üzeri	53	3,81	0,64	Savunuculuğa Yönelik Engeller	<30	221	2,46	1,03	-1,749	0,081	30 ve üzeri
Savunucu Olarak Hareket Etme	<30	221	3,74	0,69	-0,019	0,985																																									
	30 ve üzeri	53	3,75	0,69			Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri	<30	221	2,85	0,81	-2,136	0,034	30 ve üzeri	53	3,12	0,84	Çevre ve Eğitim Etkileri	<30	221	3,78	0,68	-0,355	0,723	30 ve üzeri	53	3,81	0,64	Savunuculuğa Yönelik Engeller	<30	221	2,46	1,03	-1,749	0,081	30 ve üzeri	53	2,74	1,11								
Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri	<30	221	2,85	0,81	-2,136	0,034																																									
	30 ve üzeri	53	3,12	0,84			Çevre ve Eğitim Etkileri	<30	221	3,78	0,68	-0,355	0,723	30 ve üzeri	53	3,81	0,64	Savunuculuğa Yönelik Engeller	<30	221	2,46	1,03	-1,749	0,081	30 ve üzeri	53	2,74	1,11																			
Çevre ve Eğitim Etkileri	<30	221	3,78	0,68	-0,355	0,723																																									
	30 ve üzeri	53	3,81	0,64			Savunuculuğa Yönelik Engeller	<30	221	2,46	1,03	-1,749	0,081	30 ve üzeri	53	2,74	1,11																														
Savunuculuğa Yönelik Engeller	<30	221	2,46	1,03	-1,749	0,081																																									
	30 ve üzeri	53	2,74	1,11																																											

5.3.2. Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerinin Sosyodemografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını gösteren F Testi ANOVA ile farkın hangi gruptan kaynaklandığını gösteren Post Hoc (Tukey) analiz bulguları Tablo 12’de görülmektedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğundan ($p < 0,05$) H2a hipotezi kabul edilmiştir. Buna göre; “düşmeler” alt boyutunda, 25-35 arası yaştakiler ile 35 üstü yaştaki hemşireler arasında fark olduğu; 25-35 arası yaştaki hemşirelerde düşmelerle ilişkili tıbbi hata eğiliminin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 12. Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Alt Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Yaş grupları	F	p	Fark (Tukey)
Tıbbi Hata Eğilimi	<25 (1)	2,548	0,080	-
	25-35 (2)			
	>35 (3)			
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	<25 (1)	1,585	0,207	-
	25-35 (2)			
	>35 (3)			
Hastane Enfeksiyonları	<25 (1)	1,547	0,215	-
	25-35 (2)			
	>35 (3)			
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	<25 (1)	2,389	0,094	-
	25-35 (2)			
	>35 (3)			
Düşmeler	<25 (1)	3,355	0,036	3>2
	25-35 (2)			
	>35 (3)			
İletişim	<25 (1)	2,884	0,058	-
	25-35 (2)			
	>35 (3)			

Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin ve alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını gösteren t-testi bulguları Tablo 13'te görülmektedir. Cinsiyete göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0,05$) ve H2b hipotezi kabul edilmiştir. Buna göre; tüm boyutlar ve genel tıbbi hata eğilimi için kadın hemşirelerin ortalamalarının erkek hemşirelere göre yüksek bulunduğundan, kadın hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin erkek hemşirelere göre daha düşük olduğu söylenebilir.

Tablo 13. Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Cinsiyet	f	Ortalama	Standart Sapma	t	p																																																				
Tıbbi Hata Eğilimi	Kadın	223	4,82	0,28	3,124	0,003																																																				
	Erkek	51	4,51	0,71			İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Kadın	223	4,85	0,27	2,919	0,005	Erkek	51	4,54	0,75	Hastane Enfeksiyonları	Kadın	223	4,83	0,32	3,213	0,002	Erkek	51	4,45	0,83	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Kadın	223	4,78	0,33	2,964	0,004	Erkek	51	4,50	0,66	Düşmeler	Kadın	223	4,79	0,44	2,768	0,008	Erkek	51	4,45	0,84	İletişim	Kadın	223	4,85	0,33	2,669	0,010	Erkek
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Kadın	223	4,85	0,27	2,919	0,005																																																				
	Erkek	51	4,54	0,75			Hastane Enfeksiyonları	Kadın	223	4,83	0,32	3,213	0,002	Erkek	51	4,45	0,83	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Kadın	223	4,78	0,33	2,964	0,004	Erkek	51	4,50	0,66	Düşmeler	Kadın	223	4,79	0,44	2,768	0,008	Erkek	51	4,45	0,84	İletişim	Kadın	223	4,85	0,33	2,669	0,010	Erkek	51	4,60	0,64								
Hastane Enfeksiyonları	Kadın	223	4,83	0,32	3,213	0,002																																																				
	Erkek	51	4,45	0,83			Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Kadın	223	4,78	0,33	2,964	0,004	Erkek	51	4,50	0,66	Düşmeler	Kadın	223	4,79	0,44	2,768	0,008	Erkek	51	4,45	0,84	İletişim	Kadın	223	4,85	0,33	2,669	0,010	Erkek	51	4,60	0,64																			
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Kadın	223	4,78	0,33	2,964	0,004																																																				
	Erkek	51	4,50	0,66			Düşmeler	Kadın	223	4,79	0,44	2,768	0,008	Erkek	51	4,45	0,84	İletişim	Kadın	223	4,85	0,33	2,669	0,010	Erkek	51	4,60	0,64																														
Düşmeler	Kadın	223	4,79	0,44	2,768	0,008																																																				
	Erkek	51	4,45	0,84			İletişim	Kadın	223	4,85	0,33	2,669	0,010	Erkek	51	4,60	0,64																																									
İletişim	Kadın	223	4,85	0,33	2,669	0,010																																																				
	Erkek	51	4,60	0,64																																																						

Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin ve alt boyutlarının medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığını gösteren t-testi bulguları Tablo 14'te görülmektedir. Medeni duruma göre gruplar arasındaki fark anlamlı olduğundan ($p<0,05$) H2c hipotezi kabul edilmiştir. Buna göre; "Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği" ile "Düşmeler" ile ilgili konularda evli hemşirelerin hata eğilimlerinin daha düşük olduğu söylenebilir.

Tablo 14. Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Medeni Durumu	f	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Tıbbi Hata Eğilimi	Bekâr	114	4,71	0,45	-1,750	0,081
	Evli	160	4,80	0,38		
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Bekâr	114	4,75	0,46	-1,105	0,270
	Evli	160	4,82	0,39		
Hastane Enfeksiyonları	Bekâr	114	4,72	0,50	-0,963	0,336
	Evli	160	4,78	0,47		
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Bekâr	114	4,67	0,46	-1,970	0,050
	Evli	160	4,77	0,39		
Düşmeler	Bekâr	114	4,63	0,60	-2,261	0,025
	Evli	160	4,79	0,51		
İletişim	Bekâr	114	4,75	0,49	-1,793	0,074
	Evli	160	4,84	0,35		

Tablo 15. Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Alt Boyutlarının Eğitim Düzeyine Göre Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Eğitim Düzeyi	F	p
Tıbbi Hata Eğilimi	Lisans öncesi	0,396	0,673
	Lisans		
	Lisansüstü		
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Lisans öncesi	0,436	0,647
	Lisans		
	Lisansüstü		
Hastane Enfeksiyonları	Lisans öncesi	0,893	0,411
	Lisans		
	Lisansüstü		
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Lisans öncesi	0,121	0,886
	Lisans		
	Lisansüstü		
Düşmeler	Lisans öncesi	0,007	0,993
	Lisans		
	Lisansüstü		
İletişim	Lisans öncesi	1,031	0,358
	Lisans		
	Lisansüstü		

Hemşirelerin tıbbi hata eğiliminin ve alt boyutlarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını ortaya koymak üzere yapılan varyans analiz bulguları Tablo 15'te görülmektedir. Eğitim düzeyine göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre H2d hipotezi reddedilmiştir.

Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin ve alt boyutlarının hemşirelikteki görev süresine göre farklılaşp farklılaşmadığını gösteren t-testi bulguları Tablo 16'da görülmektedir. Hemşirelikteki görev süresine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığından ($p<0,05$) H2e hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 16. Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Alt Boyutlarının Hemşirelikteki Görev Süresine Göre Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişken	Görev Süresi	f	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Tıbbi Hata Eğilimi	0-9 yıl	153	4,74	0,37	-1,184	0,237
	10 yıl ve üzeri	121	4,80	0,45		
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	0-9 yıl	153	4,78	0,38	-0,310	0,756
	10 yıl ve üzeri	121	4,81	0,47		
Hastane Enfeksiyonları	0-9 yıl	153	4,74	0,43	-0,762	0,446
	10 yıl ve üzeri	121	4,78	0,54		
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	0-9 yıl	153	4,70	0,41	-1,420	0,157
	10 yıl ve üzeri	121	4,77	0,44		
Düşmeler	0-9 yıl	153	4,68	0,54	-1,548	0,123
	10 yıl ve üzeri	121	4,78	0,56		
İletişim	0-9 yıl	153	4,76	0,43	-1,716	0,087
	10 yıl ve üzeri	121	4,85	0,38		

Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin ve alt boyutlarının hemşirelerin idari görevleri olup olmamasına göre farklılaşp farklılaşmadığını gösteren t-testi bulguları Tablo 17'de

görülmektedir. İdari görevin olup olmamasına göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığından ($p>0,05$) H2f hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 17. Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Alt Boyutlarının İdari Görevin Olup Olmamasına Göre Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	İdari Görev	f	Ortalama	Standart Sapma	t	p																																																				
Tıbbi Hata Eğilimi	Var	39	4,80	0,28	0,620	0,536																																																				
	Yok	235	4,76	0,43			İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Var	39	4,86	0,24	0,980	0,328	Yok	235	4,78	0,44	Hastane Enfeksiyonları	Var	39	4,79	0,34	0,542	0,588	Yok	235	4,75	0,50	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Var	39	4,77	0,31	0,613	0,540	Yok	235	4,72	0,44	Düşmeler	Var	39	4,74	0,42	0,239	0,812	Yok	235	4,72	0,57	İletişim	Var	39	4,78	0,36	-0,357	0,721	Yok
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Var	39	4,86	0,24	0,980	0,328																																																				
	Yok	235	4,78	0,44			Hastane Enfeksiyonları	Var	39	4,79	0,34	0,542	0,588	Yok	235	4,75	0,50	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Var	39	4,77	0,31	0,613	0,540	Yok	235	4,72	0,44	Düşmeler	Var	39	4,74	0,42	0,239	0,812	Yok	235	4,72	0,57	İletişim	Var	39	4,78	0,36	-0,357	0,721	Yok	235	4,81	0,42								
Hastane Enfeksiyonları	Var	39	4,79	0,34	0,542	0,588																																																				
	Yok	235	4,75	0,50			Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Var	39	4,77	0,31	0,613	0,540	Yok	235	4,72	0,44	Düşmeler	Var	39	4,74	0,42	0,239	0,812	Yok	235	4,72	0,57	İletişim	Var	39	4,78	0,36	-0,357	0,721	Yok	235	4,81	0,42																			
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Var	39	4,77	0,31	0,613	0,540																																																				
	Yok	235	4,72	0,44			Düşmeler	Var	39	4,74	0,42	0,239	0,812	Yok	235	4,72	0,57	İletişim	Var	39	4,78	0,36	-0,357	0,721	Yok	235	4,81	0,42																														
Düşmeler	Var	39	4,74	0,42	0,239	0,812																																																				
	Yok	235	4,72	0,57			İletişim	Var	39	4,78	0,36	-0,357	0,721	Yok	235	4,81	0,42																																									
İletişim	Var	39	4,78	0,36	-0,357	0,721																																																				
	Yok	235	4,81	0,42																																																						

Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin ve alt boyutlarının hemşirelerin günlük hizmet verdikleri hasta sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını gösteren t-testi bulguları Tablo 18'de görülmektedir. Günlük hasta sayısına göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığından ($p>0,05$) H2g hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 18. Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Alt Boyutlarının Hizmet Verilen Günlük Hasta Sayısına Göre Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Günlük Hasta Sayısı	f	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Tıbbi Hata Eğilimi	<30	221	4,76	0,42	-0,070	0,944
	30 ve üzeri	53	4,77	0,37		
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	<30	221	4,79	0,43	-0,084	0,933
	30 ve üzeri	53	4,80	0,38		
Hastane Enfeksiyonları	<30	221	4,75	0,51	-0,533	0,595
	30 ve üzeri	53	4,79	0,38		
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	<30	221	4,73	0,42	0,370	0,712
	30 ve üzeri	53	4,71	0,43		
Düşmeler	<30	221	4,72	0,54	-0,117	0,907
	30 ve üzeri	53	4,73	0,61		
İletişim	<30	221	4,80	0,40	0,029	0,977
	30 ve üzeri	53	4,80	0,47		

5.3.3. Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Hemşirelerin hasta savunuculuğu alt boyutlarının tıbbi hata eğilimleri ve alt boyutları üzerindeki etkisine ilişkin hipotezleri test etmek için regresyon analizi yapılmıştır. Çalışmanın bu bölümünde ilgili regresyon analizi sonuçları sunulmuştur.

Hasta savunuculuğu boyutlarının tıbbi hata eğiliminin İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları boyutu üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla aşamalı regresyon modeli oluşturulmuştur (bkz. Tablo 19). Modele hasta savunuculuğunun tüm boyutları bağımsız değişken olarak dahil edilmiş olup; Savunucu Olarak Hareket Etme boyutu modelde bağımlı değişkende gerçekleşen varyansı açıklamaktadır ($\beta=0,177$; $p=0,003$).

Modelde diğer değişkenlerin İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları boyutu üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Modelin açıklayıcılık katsayısı $R^2=0,028$ 'dir. Durbin Watson katsayılarına bakıldığında ($DW<3$; $DW=1,729$), değişkenler arası herhangi bir otokorelasyon; varyans şişme katsayılarına bakıldığında ($VIF<10$), değişkenler arasında doğrusallık problemi göze çarpmamaktadır. Bu durumda H3a hipotezi kabul edilmiştir. Hemşirelerin Savunucu Olarak Hareket Etme puanları arttıkça İlaç ve Transfüzyon Uygulamalarına ilişkin puanları da artmaktadır. Dolayısıyla hemşirelerin savunucu olarak hareket etmeleri durumunda, ilaç ve transfüzyon uygulamalarına ilişkin hata eğilimlerinin azaldığı söylenebilir.

Tablo 19. Hasta Savunuculuğu Boyutlarının İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	β	t	p	VIF
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	Sabit		31,742	<0,001	
	Savunucu Olarak Hareket Etme	0,177	2,970	0,003	1,000
R= 0,177; R ² = 0,028; F= 8,821; p= 0,003; Durbin Watson= 1,729					

Hasta savunuculuğu boyutlarının tıbbi hata eğiliminin Hastane Enfeksiyonları boyutu üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla aşamalı regresyon modeli oluşturulmuştur (bkz. Tablo 20). Modele hasta savunuculuğunun tüm boyutları bağımsız değişken olarak dahil edilmiş olup; Savunuculuğa Yönelik Engeller ($\beta=-0,176$; $p=0,003$) ve Çevre ve Eğitim Etkileri ($\beta=0,148$; $p=0,013$) boyutları modelde bağımlı değişkende gerçekleşen varyansı açıklamaktadır.

Modelde diğer değişkenlerin genel tıbbi hata eğilimine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Modelin açıklayıcılık katsayısı $R^2=0,056$ 'dır. Durbin Watson katsayılarına bakıldığında ($DW<3$; $DW=1,682$), değişkenler arası herhangi bir otokorelasyon; varyans şişme katsayılarına bakıldığında ($VIF<10$), değişkenler arasında doğrusallık problemi göze çarpmamaktadır. Bu durumda H3b hipotezi kabul edilmiştir.

Buna göre; Savunuculuğa Yönelik Engeller puanı arttıkça Hastane Enfeksiyonlarına ilişkin puan azalmaktadır. Dolayısıyla savunuculuğa yönelik engeller arttıkça, hastane enfeksiyonlarına ilişkin hata eğiliminin arttığı söylenebilir. Çevre ve Eğitim Etkileri puanı arttıkça, Hastane Enfeksiyonlarına ilişkin puan da artmaktadır. Dolayısıyla çevre ve eğitim etkileri arttıkça, hastane enfeksiyonlarına ilişkin hata eğiliminin azaldığı söylenebilir.

Engeller arttıkça hastane enfeksiyonlar tıbbi hata alt boyutunu negatif yönde etkilenerek düşme eğilimine girmektedir (β -0,176). Dolayısıyla engeller arttıkça, hastane enfeksiyonları ile ilgili tıbbi hata eğiliminin de artacağı söylenebilir.

Tablo 20. Hasta Savunuculuğu Boyutlarının Hastane Enfeksiyonları Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	β	t	p	VIF
Hastane Enfeksiyonları	Sabit		66,329	<0,001	
	Savunuculuğa Yönelik Engeller	-0,186	-3,117	0,002	1,000
	R= 0,186; R ² = 0,034; F= 9,714; p= 0,002; Durbin Watson= 1,682				
Hastane Enfeksiyonları	Sabit		25,054	<0,001	
	Savunuculuğa Yönelik Engeller	-0,176	-2,983	0,003	1,004
	Çevre ve Eğitim Etkileri	0,148	2,506	0,013	1,004
	R= 0,237 ; R ² = 0,056 ; F= 8,090; p<0,001; Durbin Watson= 1,682				

Hasta savunuculuğu boyutlarının tıbbi hata eğiliminin Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği boyutu üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla aşamalı regresyon modeli oluşturulmuştur (bkz. Tablo 21). Modele hasta savunuculuğunun tüm boyutları bağımsız değişken olarak dahil edilmiş olup, Savunuculuğa Yönelik Engeller (β =-0,167; p=0,005) ve Çevre ve Eğitim Etkileri (β =0,150; p=0,012) boyutları modelde bağımlı değişkende gerçekleşen varyansı açıklamaktadır.

Modelin açıklayıcılık katsayısı $R^2=0,053$ 'tür. Modelde diğer değişkenlerin genel tıbbi hata eğilimine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Durbin Watson katsayılarına bakıldığında ($DW<3$; $DW=1,784$), değişkenler arası herhangi bir otokorelasyon; varyans şişme katsayılarına bakıldığında ($VIF<10$), değişkenler arasında doğrusallık problemi göze çarpmamaktadır. Bu durumda H3c hipotezi kabul edilmiştir.

Buna göre; Savunuculuğa Yönelik Engeller puanı arttıkça Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliğine ilişkin puan azalmaktadır. Dolayısıyla savunuculuğa yönelik engeller arttıkça hasta izlemi ve malzeme güvenliğine ilişkin hata eğiliminin de arttığı söylenebilir.

Çevre ve Eğitim Etkileri puanı arttıkça Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliğine ilişkin puan da artmaktadır. Dolayısıyla çevre ve eğitim etkileri arttıkça, hasta izlemi ve malzeme güvenliğine ilişkin hata eğilimi azalmaktadır.

Tablo 21. Hasta Savunuculuğu Boyutlarının Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	β	t	p	VIF
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Sabit		74,741	<0,001	
	Savunuculuğa Yönelik Engeller	-0,176	-2,953	0,003	1,000
	R= 0,176; $R^2= 0,031$; F= 8,719; p= 0,003; Durbin Watson= 1,784				
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	Sabit		28,507	<0,001	
	Savunuculuğa Yönelik Engeller	-0,167	-2,817	0,005	1,004
	Çevre ve Eğitim Etkileri	0,150	2,529	0,012	1,004
R= 0,231; $R^2= 0,053$; F= 7,643; p= 0,001; Durbin Watson= 1,784					

Hasta savunuculuğu boyutlarının tıbbi hata eğiliminin Düşmeler boyutu üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla aşamalı regresyon modeli oluşturulmuştur (bkz. Tablo 22). Modele hasta savunuculuğunun tüm boyutları bağımsız değişken olarak dahil edilmiş

olup, Savunucu Olarak Hareket Etme ($\beta=0,153$; $p=0,011$) boyutu modelde bağımlı değişkende gerçekleşen varyansı açıklamaktadır.

Modelin açıklayıcılık katsayısı $R^2=0,023$ 'tür. Modelde diğer değişkenlerin genel tıbbi hata eğilimine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Durbin Watson katsayılarına bakıldığında ($DW<3$; $DW=1,781$), değişkenler arası herhangi bir otokorelasyon; varyans şişme katsayılarına bakıldığında ($VIF<10$), değişkenler arasında doğrusallık problemi göze çarpmamaktadır. Bu durumda H3d hipotezi kabul edilmiştir.

Buna göre; Savunucu Olarak Hareket Etme puanı arttıkça Düşmelere ilişkin puan da artmaktadır. Dolayısıyla savunucu olarak hareket ettikçe, düşmelere ilişkin hata eğiliminin azaldığı söylenebilir.

Tablo 22. Hasta Savunuculuğu Boyutlarının Düşmeler Boyutu Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	β	t	p	VIF
	Sabit		23,453	<0,001	
Düşmeler	Savunucu Olarak Hareket Etme	0,153	2,555	0,011	1,000
R= 0,153; R ² = 0,023; F= 6,526; p= 0,011; Durbin Watson= 1,781					

Hasta savunuculuğu boyutlarının tıbbi hata eğiliminin İletişim boyutu üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla aşamalı regresyon modeli oluşturulmuştur (bkz. Tablo 23). Modele hasta savunuculuğunun tüm boyutları bağımsız değişken olarak dahil edilmiş olup, Savunuculuğa Yönelik Engeller ($\beta=-0,178$; $p=0,003$) ve Savunucu Olarak Hareket Etme ($\beta=0,141$; $p=0,018$) boyutları modelde bağımlı değişkende gerçekleşen varyansı açıklamaktadır.

Modelin açıklayıcılık katsayısı $R^2=0,056$ 'dır. Modelde diğer değişkenlerin genel tıbbi hata eğilimine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Durbin Watson

katsaylarına bakıldığında ($DW < 3$; $DW = 1,645$), değişkenler arası herhangi bir otokorelasyon; varyans şişme katsayılarına bakıldığında ($VIF < 10$), değişkenler arasında doğrusallık problemi göze çarpmamaktadır. Bu durumda $H3e$ hipotezi kabul edilmiştir.

Buna göre; Savunuculuğa yönelik engeller puanı arttıkça iletişim boyutunun puanı azalmaktadır. Dolayısıyla savunuculuğa yönelik engelleri arttıkça, iletişime ilişkin tıbbi hata eğiliminin de arttığı söylenebilir. Savunucu olarak hareket etme puanı arttıkça, iletişim puanı da artmaktadır. Dolayısıyla savunucu olarak hareket ettikçe, iletişime yönelik hata eğiliminin azaldığı söylenebilir.

Tablo 23. Hasta Savunuculuğu Boyutlarının İletişim Boyutu Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	β	t	p	VIF
İletişim	Sabit		77,792	<0,001	
	Savunuculuğa Yönelik Engeller	-0,191	-3,215	0,001	1,000
	R= 0,191; R ² = 0,037; F= 10,337; p= 0,001; Durbin Watson= 1,645				
İletişim	Sabit		30,549	<0,001	
	Savunuculuğa Yönelik Engeller	-0,178	-3,009	0,003	1,009
	Savunucu Olarak Hareket Etme	0,141	2,375	0,018	1,009
R= 0,237; R ² = 0,056; F= 8,077; p<0,001; Durbin Watson= 1,645					

Hasta savunuculuğu boyutlarının Genel Tıbbi Hata Eğilimi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla aşamalı regresyon modeli oluşturulmuştur (bkz. Tablo 24). Modele hasta savunuculuğunun tüm boyutları bağımsız değişken olarak dahil edilmiş olup, Savunuculuğa Yönelik Engeller ($\beta = -0,153$; $p = 0,010$) ve Savunucu Olarak Hareket Etme ($\beta = 0,160$; $p = 0,007$) boyutları modelde bağımlı değişkende gerçekleşen varyansı açıklamaktadır.

Modelin açıklayıcılık katsayısı $R^2=0,054$ 'tür. Modelde diğer değişkenlerin genel tıbbi hata eğilimine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Durbin Watson katsayılarına bakıldığında ($DW<3$; $DW=1,703$), değişkenler arası herhangi bir otokorelasyon; varyans şişme katsayılarına bakıldığında ($VIF<10$), değişkenler arasında doğrusallık problemi göze çarpmamaktadır. Bu durumda $H3f$ hipotezi kabul edilmiştir.

Buna göre; Savunuculuğa Yönelik Engeller puanı arttıkça Tıbbi Hata Eğilimi puanı azalmaktadır. Dolayısıyla savunuculuğa yönelik engeller arttıkça tıbbi hata eğiliminin de artacağı söylenebilir. Ayrıca, Savunucu Olarak Hareket Etme puanı arttıkça yine Tıbbi Hata Eğilimi puanı da artmaktadır. Dolayısıyla, savunucu olarak hareket ettikçe tıbbi hata eğiliminin azaldığı söylenebilir.

Tablo 24. Hasta Savunuculuğu Boyutlarının Tıbbi Hata Eğilimi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	β	t	p	VIF
Tıbbi Hata Eğilimi	Sabit		32,266	<0,001	
	Savunucu Olarak Hareket Etme	0,175	2,924	0,004	1,000
	R= 0,175; $R^2= 0,030$; F= 8,547; p= 0,004; Durbin Watson= 1,703				
Tıbbi Hata Eğilimi	Sabit		30,027	<0,001	
	Savunucu Olarak Hareket Etme	0,160	2,703	0,007	1,009
	Savunuculuğa Yönelik Engeller	-0,153	-2,579	0,010	1,009
R= 0,232; $R^2= 0,054$; F= 7,688; p= 0,001; Durbin Watson= 1,703					

6. BÖLÜM: TARTIŞMA

Önceki bölümde, araştırma kapsamında yapılan istatistiksel analizlerin sonuçları ve elde edilen bulgular ayrıntılı olarak derlenmiştir. Bu bölümde, söz konusu bulgulara ilişkin çıkarımlar yapılmış; literatürdeki benzer çalışmalarda elde edilen bulgular ile karşılaştırmalı değerlendirmelere yer verilmiştir.

6.1. HEMŞİRELERİN SAVUNUCULUK DÜZEYİ VE SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİNE YÖNELİK DEĞERLENDİRMELER

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre; araştırmaya katılan hemşirelerin savunuculuk tutumları genel ortalaması 5 puan üzerinden 3,53 olarak bulunmuştur. Buna göre hemşirelerin savunuculuk tutumlarının orta düzeyin üzerinde olduğu söylenebilir. Literatürde hemşirelerin savunuculuk düzeyinin ölçüldüğü sınırlı sayıda çalışma bulunması karşılaştırma yapmayı zorlaştırmaktadır; ancak yapılan çalışmalarda hemşirelerin genellikle hasta savunuculuğuna yönelik olumlu tutum içerisinde oldukları görülmektedir.

Türkiye’de hemşirelik bölümü öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada (Yakupoğlu ve diğerleri, 2021, s. 41) da hasta savunuculuğu orta düzeyin üzerinde bulunmuştur. Yine Türkiye’de çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin rol ve fonksiyonlarını uygulama düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada “Savunucu ve karar verici rolü” en yüksek ortalamaya sahip olarak bulunmuştur (Yıldız ve diğerleri, 2021, s. 50).

Suudi Arabistan’daki bir üniversite hastanesinin onkoloji bölümündeki hemşirelerin hasta savunuculuğuna yönelik tutumlarının değerlendirildiği başka bir çalışmada (Naglaa Abd El-Aziz El ve Elham Abdallah Al, 2016), araştırmaya katılan hemşirelerin onkoloji hastalarının savunuculuğuna yönelik genel tutum puanlarının 100 üzerinden 82,06 olduğu, dolayısıyla nispeten olumlu olduğu bulunmuştur. Josse-Eklund ve diğerleri (2013, s. 756), İsveç’te yaşlı hastalar için Toplum Sağlığı Merkezi’nde çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, hemşirelerin hasta savunuculuğu ortalaması 6 puan üzerinden 5,44 olarak bulunmuştur.

Tomaschewski-Barlem ve diğeri (2015, s. 806), Brezilya'daki iki hastanede 153 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin, hastaları savunduklarına inandıkları ve özellikle savunmasız hastaların korunmalarına ihtiyaç duyduklarında savunmaları gerektiği konusunda hemfikir oldukları sonucuna varmışlardır. Alanezi (2022)'nin Suudi Arabistan'daki üçüncü basamak bir hastanede yürüttüğü çalışmasında araştırmaya katılan hemşirelerin çoğu, işlerine bağlılıkları nedeniyle iyi bir hasta savunucusu olduklarını ve hastaları istediği zaman hasta savunucusu olarak hareket ettiklerini belirtmiştir. Alanezi (2022) ayrıca hemşirelerin, hastaları tehlikede olduğunda hasta savunucusu olarak hareket etme olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. İran'da hemşireler üzerinde yapılan başka bir çalışmada (Motamed-Jahromi ve diğeri, 2012) da katılımcılar arasında oldukça olumlu tutum ve algıların bulunduğu ve genel olarak hemşirelerin savunuculuğuna yönelik tutumlarının, hemşirelik savunuculuğuna yönelik algılarıyla pozitif yönde ilişkili olduğu ortaya konmuştur.

Hemşirelerin savunuculuk düzeyi genel olarak yüksek olmakla birlikte, düşük olması durumunun, hemşirelerin ekipte yer alan hekimlerle çatışma riskini göze almak istememelerinden kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Dadzie ve Aziato, 2020, s. 45). Dadzie ve Aziato (2020, s. 45)'nin çalışmasında, çoklu disiplinli ekipte yer alan profesyoneller arası sınırlı etkileşim, şüphe ve kızgınlık, hemşirelerin hasta savunuculuğu rolünü olumsuz etkileyen faktörler olarak bulunmuştur. Ayrıca, eğitim müfredatının bu konuda eksik olması ve yeterli desteğin bulunmaması da savunuculuk önündeki zorluklar olarak belirtilmiştir.

Hemşirelerin savunuculuk ölçeği alt boyutlarına bakıldığında, en yüksek skora sahip olan boyutların Savunucu Olarak Hareket Etme ile Çevre ve Eğitim Etkileri olduğu görülmektedir. Naglaa Abd El-Aziz El ve Elham Abdallah Al (2016)'ın çalışmasında da benzer olarak katılımcıların savunuculuk tutum puanları arasında en yüksek ortalamaya sahip olan boyut hemşirelerin hasta adına hareket etmesi olarak bulunmuştur. Savunucu olarak hareket etme alt maddeleri kapsamında değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan hemşirelerin hasta adına hareket etme, hastayı savunma, hastayı koruma, hasta menfaatlerini temel odağa koyma gibi davranışlarda hasta lehine bir tutum içinde oldukları görülmektedir. Çevre ve eğitim etkilerinde ise, hemşirelerin savunucu olarak hareket etmede olumlu kişisel değerler ve inançlara sahip olduklarını, kurumsal kanalları

ve etik kurulların tavsiyelerini dikkate aldıklarını ve eğitimin savunuculukta etkisine inandıklarını göstermektedir.

En düşük skora sahip olan boyutlar ise Savunuculuğa Yönelik Engeller ile Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleridir. Buna göre hemşireler savunucu olarak davranmaları önünde engel teşkil edecek tükenmişlik duygusu yaşadıklarına, mesleklerini sevmediklerine ve mesleğe bağlılıklarının düşük düzeyde olduğuna ilişkin ifadeler daha az katılmışlardır ve savunuculuk eylemleri nedeniyle iş yerinde çeşitli sıkıntılar yaşayacaklarına ilişkin algıları düşük düzeydedir. Literatürde hastaları savunurken karşılaşılan temel ikilemlerden birinin örgütsel engeller olabileceği ve örgütleri tarafından desteklendiğini düşünmeyen hemşirelerin, hastaları savunmak için kariyerlerini veya terfilerini riske atmaya istekli olmadıklarını (Hanks, 2010a, s. 257; Josse-Eklund ve diğerleri, 2014, s. 680) belirten çalışmalar olmakla birlikte; Alanezi (2022)'nin çalışmasında da, bu çalışmaya benzer şekilde, hemşireler hasta savunucusu olarak hareket ederken işlerinin risk altında olduğunu düşünmediklerini ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin savunuculuk tutumları sosyo-demografik özellikleri açısından değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan hemşirelerin hasta savunuculuğu tutumlarının eğitim düzeylerine ve günlük hizmet verdikleri hasta sayısına göre farklılık gösterdiği görülmüştür. Genel hasta savunuculuğu düzeyinde lisansüstü eğitime sahip olan hemşirelerin puanı lisans öncesi eğitime sahip olan hemşirelerin puanından yüksektir. Savunucu Olarak Hareket Etme ile Çevre ve Eğitim Etkileri boyutlarında ise lisansüstü eğitime sahip olan hemşirelerin puanı hem lisans öncesi hem de lisans eğitimine sahip olan hemşirelerden yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi daha yüksek olan hemşirelerin, çevrenin ve eğitimin katkısının daha fazla bilincinde oldukları, kurumsal kanalları ve etik kurulların tavsiyelerini daha fazla dikkate aldıkları söylenebilir. Dolayısıyla eğitimin hemşireleri savunucu olarak hareket etme yönünde teşvik ettiği ve hemşirelerin hasta savunuculuğundaki etkililiğini artırdığı söylenebilir. Lisansüstü eğitim programlarında hemşirelerin hasta savunuculuğu kavramıyla karşılaşmış olma ihtimali daha yüksek olabilir. Bu da hemşirelerin savunuculuğa yönelik olumlu tutum geliştirmesini teşvik edebilir. Pankratz ve Pankratz (1974, s. 215) da yüksek eğitim düzeyine sahip olmalarının, hemşirelerin otonomi ve savunuculuk düzeyinde etkili olduğunu ortaya koymuşlardır.

Hemşirelerin eğitim programlarının etkili savunuculuk üzerindeki önemini vurgulayan çeşitli çalışmalar da bulunmaktadır. Tomaschewski-Barlem ve diğerleri (2015, s. 808), hemşirelerin bilgi ve becerilerinin, hasta savunuculuğunda belirleyici faktörler olduğunu ve bunun sürekli eğitim programları aracılığıyla geliştirilebileceğini belirtmişlerdir. Tomaschewski-Barlem ve diğerleri (2017, s. 4) de sağlık kurumlarında etkili şekilde uygulanacak sürekli eğitimin, hemşirelerin hasta savunuculuğunu teşvik etmek için önemli bir strateji olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde Barrett-Sheridan (2009) çalışmasında da hasta savunuculuğuna yönelik eğitim programlarının hasta savunuculuğuna yönelik olumlu bir tutuma sahip olmakla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır.

Çalışmada, günlük 30 ve daha fazla hastaya hizmet veren hemşirelerin Çalışma Durumu ve Savunuculuk Eylemleri boyutuna ilişkin puanları daha yüksek çıkmıştır. Bu alt boyut, çalışma ortamında hastaların savunulmasının olası olumsuz sonuçlarını yansıttığından; elde edilen bulgular, hemşirelerin bu yöndeki çekincelerinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Hemşirelerin daha fazla hastayla etkileşim halinde olması, daha fazla savunuculuk gerektiren durumla karşılaşmalarına neden olabilir. Bu durumda da hemşireler işlerini riske attıkları, tepki ile karşılaşabilecekleri, hatta cezalandırılacakları düşüncesine daha fazla sahip olabilirler. Literatürde hemşirelerin savunuculuk yapmaları durumunda cezalandırılabilirlikleri ve mağdur edilebildikleri belirtilmiştir (Mallik, 1997a, s. 136). Hastaları savunmanın bir sonucu olarak hemşireler ayrıca; meslektaşları, hekimler ve bazen kurumları tarafından dışlanabilmektedirler (Gleason, 2019, s. 44). Chafey ve diğerleri (1998, s. 48) de cezalandırılma korkusu veya statüyü kaybetme gibi korkuların savunuculuk rolü üzerinde olumsuz etkisi olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta savunuculuğu tutumları; yaşa, cinsiyete, medeni duruma, hemşirelikte görev sürelerine ve idari görevlerinin olup olmaması durumuna göre ise herhangi bir farklılık göstermemiştir. Naglaa Abd El-Aziz El ve Elham Abdallah Al (2016) da bu çalışmaya benzer şekilde; yaş, medeni durum ve deneyime göre hemşirelerin savunuculuk düzeyinde herhangi bir farklılık bulamamıştır. Thacker (2008) da iş deneyimi ile hasta savunuculuğuna yönelik olumlu tutum arasında bir ilişki olmadığı sonucuna varmıştır. Alanezi (2022)'nin cinsiyete ilişkin bulgusunda ise bu çalışmadan farklı olarak kadın hemşirelerin savunuculuğun bilişsel ve davranışsal boyutları açısından erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

6.2. HEMŞİRELERİN TIBBİ HATA EĞİLİMİ VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİNE YÖNELİK DEĞERLENDİRMELER

Çalışmada, hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin genel ortalaması 5 en yüksek değer üzerinden 4,76 olarak bulunmuştur. Bu da hemşirelerin genel olarak tıbbi hata eğilimlerinin düşük olduğuna işaret etmektedir. Aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmalarda tıbbi hata eğilimine ilişkin puan ortalaması Öztürk ve Özata (2013, s. 365)'nin çalışmasında 4,70; Yiğitbaş ve diğerleri (2016, s. 211)'nin çalışmasında 4,65; Başer ve Manav (2018, s. 47)'in çalışmasında 4,74; Uysal ve Karakurt (2020, s. 358)'un çalışmasında ise 4,73 bulunmuştur. Türkiye'de yapılan diğer bazı çalışmalarda da hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür (Işık Andsoy ve diğerleri, 2014; Birgili ve Köse, 2018; Karaca Sivrikaya ve Şimşek Kara, 2019; Yılmaz ve diğerleri, 2022). Özen ve diğerleri (2019, s. 287) en yüksek 245 puan alınabilen hata eğilimi ölçeğinde tıbbi hata eğilimi puanını 223,10 olarak bulmuştur. Güven ve diğerleri (2019) de hemşirelerin tıbbi hatalarla ilgili tutumlarının olumlu olduğu sonucuna ulaşmıştır. Literatürde hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine ilişkin değerlerin birbirine yakın olduğu ve hemşirelerin tıbbi hata düzeyinin düşük olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin hatalı uygulama yapıp yapmadıklarını ya da hatalı bir uygulamaya tanık olup olmadıklarını doğrudan soran çalışmalar da bulunmaktadır. Birgili ve Köse (2018, s. 258)'nin çalışmasında araştırmaya katılan hemşirelerin %80,3'ü hatalı uygulama yapmadıklarını, %19,7'si ise tıbbi hatalı uygulama yaptıklarını ifade etmişlerdir. Er ve Altuntaş (2016)'in çalışmasında, hemşirelerin çoğu daha önce herhangi bir tıbbi hata yapmadıklarını (%77,9), diğer hemşire meslektaşlarının da tıbbi hata yaptığını görmediklerini (%63,4) belirtmişlerdir. Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir (2015), çalışmaya katılan hemşirelerinin %67'sinin tıbbi hata ile karşılaştığını belirlemiştir. Hemşirelerin %41,8'i hekimlerin, %58,2'si arkadaşlarının hatalarına şahit olduklarını belirtmiştir. Kandemir (2019), cerrahi klinik ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerden son bir yıl içinde tıbbi hata yaptığını belirten hemşirelerin oranını %13,8 olarak bulmuştur.

Tıbbi Hata Eğilim ölçeğinin alt boyutlarından İletişim ile İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları boyutlarının en yüksek ortalama skora sahip oldukları görülmektedir. Bu boyutların alt maddelerine bakıldığında; hasta bakımına ilişkin bilgilerin doğru şekilde kaydedilmesi,

doktor isteminin gerektiğinde teyit ettirilmesi, ilaç dozunun ayarlanması, ilaçların uygulanmasında gösterilen özen, etkileşim risklerinin değerlendirilmesi, miat kontrolü gibi hata önleyici maddelerin hemşireler tarafından sıklıkla uygulandığı anlaşılmaktadır. Yiğitbaş ve diğerleri (2016) ile Birgili ve Köse (2018)'nin çalışmalarında da İletişim ile İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları boyutuna ilişkin puan ortalaması en yüksek olarak bulunmuştur.

Tıbbi hata eğilimi ölçeğinde en düşük puana sahip olan boyut ise Düşmeler boyutudur. Öztürk ve Özata (2013) ile Karaca Sivrikaya ve Şimşek Kara (2019) da bu boyuta ilişkin puan ortalamasını en düşük olarak bulmuştur. Dolayısıyla, hemşirelerin bu boyuta ilişkin hata eğilimlerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Düşmeler, bireyde yaralanma ve fonksiyon kayıplarına dolayısıyla tedavi maliyetinin artmasına ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olması nedeniyle tüm sağlık kurumlarında önemli bir hasta güvenliği sorunudur. Bu anlamda hasta düşmeleri, bakım kalitesini yansıtan önemli bir kriterdir (Özden, 2013, s. 270).

Düşme nedenleri ise her zaman hemşirelere bağlı olmayabilmektedir. Bir üniversite hastanesinde düşmelerin sıklığı ve nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada, düşme oranı %0,33 olarak bulunmuş ve düşmelerin en çok hastaya bağlı faktörler nedeniyle gerçekleştiği belirlenmiştir (Mülayim ve Seren İntepeler, 2011, s. 21).

Çalışmaya göre, araştırmaya katılan hemşirelerin tıbbi hata eğilimleri; yaşa, cinsiyete ve medeni duruma göre farklılık göstermektedir. 35 yaşından büyük olan hemşirelerin 25-35 yaş arasındaki hemşirelere göre düşmelerle ilişkili tıbbi hata eğilimi daha düşük bulunmuştur. Özen ve diğerleri (2019, s. 288) de benzer şekilde, 30 yaş üzerindeki hemşirelerde tıbbi hata eğiliminin daha düşük olduğunu bulmuştur. Düşmelere ilişkin uygulamaların deneyimle ilişkili olduğu düşünülmektedir. İleri yaşta olan hemşirelerin, mesleki deneyimlerinin de daha fazla olmasından dolayı düşmelere ilişkin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu söylenebilir. Yiğitbaş ve diğerleri (2016) ise tıbbi hata eğiliminde yaş grupları arasında herhangi bir farklılık bulmamıştır.

Tüm boyutlara ve genel tıbbi hata eğilimine ilişkin ortalamaların kadın hemşirelerde erkek hemşirelere göre yüksek olduğu bulunmuştur. Yiğitbaş ve diğerleri (2016, s. 212) de

kadınlarda tıbbi hata eğilimi genel puan ortalamasının, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim alt boyutları puan ortalamalarının erkeklerinkinden yüksek olduğunu bulmuştur. Buna göre kadın hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin erkek hemşirelere göre daha düşük olduğu söylenebilir. Özen ve diğerleri (2019, s. 288) kadın hemşirelerde tıbbi hata eğiliminin erkeklere oranla daha az olduğunu bulmuş; Uysal ve Karakurt (2020, s. 335) da kadın hemşirelerin hastane enfeksiyonlarına ilişkin hata eğilimlerinin daha düşük olduğunu bulmuştur. Kadınların tıbbi hata eğilimlerinin daha düşük olmasının nedeni mesleki bağlılık düzeylerinin daha yüksek olmasıyla ilişkili olabilir (Uysal ve Karakurt, 2020). Kadınların mesleki sorumlulukları dışında ev işleri, çocuk bakımı gibi farklı birçok sorumluluğa sahip olmaları, mesleklerini sürdürebilmek için daha çok fedakârlık yapmaları daha yüksek mesleki bağlılığa sahip olmalarına (Varoğlu, 2022) ve daha az tıbbi hata eğiliminde olmalarına neden olabilir.

Evli hemşirelerin Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği ve Düşmelere ilişkin hata eğilimleri daha düşüktür. Bu bulgu, evlilerin eş ve ebeveyn olma ile ilgili sahip oldukları sorumlulukların ve koordinasyon becerilerinin iş hayatındaki sorumluluk bilincini ve koordine etme becerisini olumlu yönde etkilemiş olduğunu gösterebilir. Hastanın düşmesini önleyici uygulamalar özellikle çocuk sahibi olan bireylerdeki korumacı yaklaşımla örtüşmektedir. Seren İntepeler ve diğerleri (2014) de bekar hemşirelerin tıbbi hata eğiliminin evli hemşirelere göre yüksek olduğunu bulmuştur. Farklı çalışmalarda (Kandemir, 2019; Özen ve diğerleri, 2019; Uysal ve Karakurt, 2020) ise tıbbi hata eğiliminde medeni duruma göre herhangi bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin tıbbi hata eğilimleri; eğitim düzeyine, hemşirelikteki görev sürelerine, idari görevlerinin olup olmaması durumuna ve günlük hizmet verdikleri hasta sayısına göre ise herhangi bir farklılık göstermemektedir. Çeşitli çalışmalarda da benzer şekilde eğitim düzeyine (Yiğitbaş ve diğerleri, 2016; Kandemir, 2019; Uysal ve Karakurt, 2020; Tuncay ve Kılıç, 2023), hemşirelikteki görev süresine (Yiğitbaş ve diğerleri, 2016; Uysal ve Karakurt, 2020), günlük hizmet verilen hasta sayısına (Yiğitbaş ve diğerleri, 2016; Kandemir, 2019) göre tıbbi hata eğiliminde herhangi bir farklılık bulunmamıştır.

6.3. HEMŞİRELERİN HASTA SAVUNUCULUK DÜZEYLERİNİN TIBBİ HATA EĞİLİMİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNE YÖNELİK DEĞERLENDİRMELER

Hasta savunuculuğunun tüm boyutlarının tıbbi hata eğiliminin İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyutu üzerindeki etkisi incelendiğinde; Savunucu Olarak Hareket Etme boyutunun İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları üzerinde etkisi olduğu ortaya konmuştur. Buna göre, hemşirelerin savunucu olarak hareket etmeleri durumunda ilaç ve transfüzyon uygulamalarına ilişkin hata eğilimleri azalmaktadır. Hemşirelerin hastalarının menfaatini düşünme, onların adına hareket etme ve savunmasız hastaları zarardan koruma gibi savunuculuk hareketlerine sahip olmaları, hastalara hatasız ilaç ve transfüzyon uygulamalarının gerçekleştirilmesinde etkilidir.

Hasta savunuculuğunun tüm boyutlarının tıbbi hata eğiliminin Hastane Enfeksiyonları alt boyutu üzerindeki etkisi incelendiğinde; Savunuculuğa Yönelik Engeller ve Çevre ve Eğitim Etkileri, Hastane Enfeksiyonları alt boyutu üzerinde etkilidir. Savunuculuğa Yönelik Engeller puanı arttıkça, Hastane Enfeksiyonlarına ilişkin puan azalmakta; dolayısıyla, savunuculuğa yönelik engeller arttıkça, hastane enfeksiyonlarına ilişkin hata eğilimi artmaktadır. Hemşirenin tükenmişlik yaşamaması, mesleğini sevmemesi ya da mesleğine bağlı olmaması gibi savunuculuğu engelleyici faktörler hastane enfeksiyonlarına yönelik hata yapmasında etkili olmaktadır. Nitekim Karaca Sivrikaya ve Şimşek Kara (2019) da mesleğini sevmeyen hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin yüksek olduğunu bulmuştur.

Çevre ve Eğitim Etkileri puanı arttıkça Hastane Enfeksiyonlarına ilişkin puan da artmakta; dolayısıyla, çevre ve eğitim etkileri arttıkça, hastane enfeksiyonlarına ilişkin hata eğilimi azalmaktadır. Hemşirelerin kurumsal kanalları kullanması, etik kurulların tavsiyelerini dikkate alması, eğitimi önemsemesi gibi faktörler hastane enfeksiyonlarına yönelik hataların yapılmamasında etkilidir. Nitekim sağlık kurumlarına yönelik pek çok yönergede hastane enfeksiyonlarına yönelik alınması gereken tedbirler yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı (2020) tarafından yayınlanan Sağlıkta Kalite Standartlarında da "Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü" boyutu yer almaktadır. Bunları takip eden ve dikkate alan hemşirelerin bu yöndeki hata eğilimlerinin de düşük olması, beklendik bir sonuçtur.

Hasta savunuculuğunun tüm boyutlarının tıbbi hata eğiliminin Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliğine alt boyutu üzerindeki etkisi incelendiğinde; Savunuculuğa Yönelik Engeller ve Çevre ve Eğitim Etkileri, hasta izlemi ve malzeme güvenliği üzerinde etkilidir. Savunuculuğa yönelik engeller arttıkça hasta izlemi ve malzeme güvenliğine ilişkin hata eğilimi artmaktadır. Hemşirelerin tükenmişlik yaşamaması, mesleğini sevmemesi ya da mesleklerine bağlı olmaması gibi faktörler hastane enfeksiyonlarına yönelik hatalar dışında hasta izlemi ve malzeme güvenliğine yönelik hataların yapılmasında da etkili olmaktadır.

Çevre ve Eğitim Etkileri puanı arttıkça Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliğine ilişkin puan da artmaktadır. Dolayısıyla çevre ve eğitim etkileri arttıkça hasta izlemi ve malzeme güvenliğine ilişkin hata eğilimi azalmaktadır. Yukarıdaki bulguyla benzer şekilde hemşirelerin kurumsal kanalları kullanması, etik kurulların tavsiyelerini dikkate alması, eğitimi önemsememesi gibi faktörler hasta izlemi ve malzeme güvenliğine yönelik hataların yapılmamasında etkilidir.

Hasta savunuculuğunun tüm boyutlarının tıbbi hata eğiliminin Düşmeler alt boyutu üzerindeki etkisi incelendiğinde; Savunucu Olarak Hareket Etme puanı arttıkça Düşmelere ilişkin puan da artmaktadır. Dolayısıyla hemşireler savunucu olarak hareket ettikçe hastaları düşmeler ve önlemler hakkında daha fazla bilgilendirmekte, yatak kenarındaki koruyucuların ayarlanmasına, hasta nakillerinde gerekli önlemler almaya ve benzeri uygulamalara daha fazla özen göstermektedir.

Hasta savunuculuğunun tüm boyutlarının tıbbi hata eğiliminin İletişim alt boyutu üzerindeki etkisi incelendiğinde; Savunuculuğa Yönelik Engeller ve Savunucu Olarak Hareket Etme, İletişim boyutu üzerinde etkilidir. Savunuculuğa yönelik engeller puanı arttıkça iletişim boyutunun puanı azalmakta; dolayısıyla savunuculuk engelleri arttıkça, iletişime ilişkin tıbbi hata eğilimi artmaktadır. Tükenmişlik yaşayan, mesleğini sevmeyen ve mesleki bağlılığı düşük olan hemşirelerin iletişime bağlı hatalara eğilimlerinin daha fazla olduğu söylenebilir.

Savunucu olarak hareket etme puanı arttıkça, iletişim puanı artmakta; dolayısıyla savunucu olarak hareket ettikçe, iletişime yönelik hata eğilimi de azalmaktadır. Martin ve

Tipton (2007, s. 185) etkili iletişimin genellikle etkili hasta savunuculuğunun anahtarı olarak kabul edildiğini belirtmişlerdir. Bu anlamda etkili iletişimin hasta savunuculuğu rolünün bir parçası olduğu düşünülebilir ve hasta savunuculuğu uygulamalarını etkili şekilde yürütemeyen hemşirelerde, iletişimin de zayıf olması buna bağlanabilir.

Maxfield ve diğerleri (2005), büyük çoğunluğunu hemşirelerin oluşturduğu, aralarında hekimlerin ve yöneticilerin de bulunduğu, 1700 çalışan üzerinde yaptıkları araştırmada; hasta güvenliğini sağlamada iletişimin önemini ortaya koymuşlardır. Rainer (2015) bu araştırmada ifade edilen “iletişimi” bir “hasta savunuculuğu eylemi” olarak değerlendirilmiştir. Bunun haricinde, hasta savunuculuğunun önemine vurgu yapan ve hasta savunuculuğunun tıbbi hataları önlemede yararlı bir araç olabileceğini savunan çalışmalar da bulunmakla birlikte, bunların derleme niteliğinde olduğu görülmektedir (Rainer, 2015; Kalra ve Baniak, 2016).

Hasta savunuculuğunun tüm boyutlarının genel tıbbi hata eğilimi üzerindeki etkisi incelendiğinde, Savunuculuğa Yönelik Engeller ile Savunucu Olarak Hareket etmenin tıbbi hata eğilimi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Savunuculuğa Yönelik Engeller puanı arttıkça, genel tıbbi hata eğilimi puanı azalmakta; dolayısıyla hemşirelerin tükenmişlik yaşamaması, mesleğini sevmemesi, mesleğe bağlılıklarının düşük olması gibi savunuculuğa yönelik engellerin artması tıbbi hata eğilimini de artırmaktadır. Motamed-Jahromi ve diğerleri (2017) de hasta savunuculuğu rolüne yönelik tutum ile tükenmişlik arasında zıt yönlü bir ilişki bulmuştur. Uysal ve Karakurt (2020) ise hemşirelerde mesleğe bağlılık düzeyinin, tıbbi hata eğilimini azaltan bir faktör olduğunu bulmuşlardır.

Ayrıca, hemşirelerin savunucu olarak hareket etmeleri genel tıbbi hata eğilimlerini azaltan bir faktör olarak bulunmuştur. Buna göre hemşirelerin; hastaların çıkarlarını düşünmeleri, onların haklarını gözeterek gerektiğinde onlar adına hareket etmeleri, onları bilgilendirmeleri ve her türlü zarardan korumaya çalışmaları, kendi tıbbi hata eğilimlerinin de azalmasını sağlamaktadır. Reising ve Allen (2007), hemşirenin hasta savunucusu olarak hareket etmemesini, Birleşik Devletler’deki malpraktis davalarında artan sıklıkla konu olan şikâyetlerden biri olduğunu ifade etmiştir. Bu durum hasta savunuculuğunun hukuken de hemşirelerin resmen üstlenmesi beklenen bir rol olduğunu göstermektedir.

7. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin hasta savunuculuğuna yönelik tutumlarının tıbbi hataya eğilim düzeyleri üzerinde etkisinin olup olmadığını ortaya koymaktır. Bu doğrultuda Ankara'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 274 hemşire üzerinde bir araştırma yürütülmüştür.

Araştırmaya katılan hemşirelerin savunuculuk düzeyi, “ortanın üzerinde” bulunmuştur. Savunucu Olarak Hareket Etme ile Çevre ve Eğitim Etkileri boyutları, hemşirelerin savunuculuk ölçeğinde en yüksek puana sahip olan boyutlar olarak öne çıkmıştır. Buna göre, hemşirelerin hastaların menfaatlerini ve haklarını gözettiği, onlar adına hareket etmeleri gerektiği düşüncesine ve savunuculuk yapmak için gerekli olan güven, kişisel değer, inanç gibi duygulara sahip oldukları görülmüştür.

Buna rağmen hemşirelerin savunuculuk düzeyinin belirgin olarak yüksek olmaması, bu konuda iyileştirmeye açık hususların varlığına işaret etmektedir. Araştırmanın yapıldığı hastanenin “Sağlık Bakanlığı'na bağlı” bir hastane olması bunun nedenlerinden biri olabilir. Hemşirelerin çalışma ortamlarında kendilerini yeterince özgür hissetmemeleri; çalıştıkları birim özelinde ya da hastane genelinde küçümseyici ya da dışlayıcı davranışların hedefi olmaktan çekinmeleri ya da Sağlık Bakanlığı tarafından mesleki hayatlarını olumsuz etkileyecek bir tepki görme endişesi taşımaları hasta savunuculuğu tutumlarını olumsuz etkilemesi olası nedenler olabilir.

Hemşirelerin savunuculuk rolünü etkili şekilde üstlenebilmeleri ve hastalarını gönül rahatlığıyla savunabilmeleri için bu yöndeki eylemleri nedeniyle olumsuz sonuçlarla yüzleşmeyeceklerine dair kendilerini güvende hissetmeleri önemli görülmektedir. Hemşirelerin hasta savunuculuğu niteliğindeki davranışlarına karşı, kurumsal düzeyde korumacı bir tutumun sergilenmesi, gerekli yasal dayanak oluşturularak bu desteğin hukuken de sağlanması, hasta savunuculuğunun önündeki engellerin kaldırılması yönünde atılacak güçlü adımlar olacaktır.

Hemşirelerin savunuculuk tutumları; eğitim düzeylerine ve günlük hizmet verdikleri hasta sayısına göre farklılık göstermektedir. Lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan hemşirelerin hasta savunuculuk tutumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Lisansüstü eğitimde hasta savunuculuğu kavramıyla karşılaşma olasılığının daha fazla olması, hemşirelik mesleğinde yüksek öğrenime devam eden hemşirelerin mesleklerine olan ilgi ve bağlılıklarının daha yüksek olması gibi nedenler bu seviyedeki hemşirelerin savunuculuk tutumlarının gelişmesini etkiliyor olabilir. Bu nedenle; lisans ve lisansüstü eğitim programları yanı sıra hizmet içi eğitimler ve özel sertifika programları gibi, hemen her seviyedeki hemşirelik eğitim programında hasta savunuculuğu ile ilgili ders ve içeriklere yer verilmesinde yarar görülmektedir.

Çalışmada, günlük olarak daha fazla sayıda hastaya hizmet veren hemşirelerin, hastaları savunmaları durumunda işyerinde olumsuz tepki ve sonuçla karşılaşma endişesini de daha yüksek ölçüde taşıdıkları görülmüştür. Çalışılan birimin genel hasta yoğunluğunun fazla olması, olası tıbbi hata durumlarının ya da savunulma ihtiyacı duyan hasta sayısının da görece daha fazla olması sonucunu doğurabileceği için, bunların her biri ile ilgilenmek ve hemen hepsi için savunucu tutum sergilemek de hemşireler için zorlayıcı olabilir. Aynı şekilde çok sayıda eleştiri, itiraz ya da savunuda bulunmak da karşılığında olumsuz tepki ve sonuçla karşılaşma endişesine neden oluyor olabilir.

Hasta yoğunluğunun fazla olduğu birimlerde, bu yoğunluğu azaltmak mümkün değilse bile, hemşirelerin iş dağılımının doğru yapılması ve mümkünse iş yüklerinin makul düzeyde tutulması, hemşirelerin bu birimlerdeki etkinliğinin artırılmasını sağlayabilir. Kurumsal politikalar belirlenirken, hasta savunuculuğunun hemşirelerin asli görevleri doğrultusunda kendilerinden beklenen mesleki bir tutum olduğu gerçeği de göz önünde bulundurularak, hemşirelerin savunuculuk yönündeki eylem ve davranışlarının anlayışla karşılandığı ve desteklendiği bir çalışma ortamının oluşturulması, hemşirelerin bu konudaki endişelerinin de giderilmesine yardımcı olacaktır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin tıbbi hata eğilimleri düşük bulunmuş olup; bu bulgu literatürle de uyumaktadır. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim ölçeğinin alt boyutlarından İletişim ile İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları boyutları en yüksek ortalama puana sahipken; Düşmeler boyutu ise en düşük ortalamaya sahiptir. Düşmelere yönelik

hataların nedenlerinin belirlenmesi ve bunlara yönelik önlem alınması önemlidir. Bu önlemler yalnız hemşirelik uygulamaları ile sınırlı kalmamalı, çevresel unsurları da kapsamalıdır. Düşmeleri önlemek üzere alınacak genel güvenlik önlemleri ile hemşirelerin bu konuda yapması olası kimi hataların da önlenmesi mümkün olabilir.

Araştırmada hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin yaşa, cinsiyete ve medeni duruma göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Daha genç hemşirelerde düşmelere ilişkin tıbbi hata eğiliminin yüksek olması, mesleki deneyimlerinin daha düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Hizmet içi eğitimlerin bu konuda da etkili olabileceği düşünülmektedir.

Evli hemşirelerin de Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği ile Düşmelere ilişkin hata eğilimleri daha düşüktür. Eş ve aynı zamanda muhtemel bir ebeveyn olarak, evli hemşirelerin yaşamlarında dikkat ve titizlik gerektirir nitelikte daha fazla sorumluluğun bulunması muhtemel görülmüştür. Buna bağlı olarak, sorumluluk bilinçleri ve koordinasyon becerileri yanı sıra uyulması gereken kurallar ve takip edilmesi gereken prosedürlere uyum yeteneklerinin de gelişmiş olabileceği değerlendirilmiş; genel olarak tıbbi hata eğilimlerinin daha düşük olması da söz konusu durumun iş yaşamına olumlu bir yansıması olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Erkek hemşirelerin kadın hemşirelere kıyasla hata eğilimlerinin yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde kadınların sorumluluk bilinçlerinin daha yüksek olduğuna yönelik tespitler bulunmakla birlikte, hemşirelik mesleği ve tıbbi hata eğilimi özelinde bu farkın ortadan kaldırılabilmesi için, nedenlerini belirlemeye yönelik ileri çalışmaların yapılması önerilebilir.

Sosyodemografik nitelikler bakımından yukarıda ortaya konan sonuçlar, nedenleri ileri araştırmalarla açıklanmak ve gerekli iyileştirmeler tespit edilmek üzere, hemşirelik mesleğinin geliştirilmesi ve sağlık yönetimi profesyonellerine yardımcı olması amacıyla irdelenmiştir. Her ne kadar tıbbi hata konusu hayati öneme sahip olsa da bu sonuçların, görevdeki hemşirelerin motivasyonlarını olumsuz etkileyebilecek biçimde kullanılması ya da kendilerine yönelik olumsuz bir tepkiye gerekçe gösterilmesinin doğru olmayacağını da vurgulamakta yarar görülmektedir.

Hemşirelerin savunucu olarak hareket etmelerinin; ilaç ve transfüzyon uygulamaları, düşmeler, iletişime ilişkin hata eğilimleri ile genel tıbbi hata eğilimi üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır. Hemşirelerin savunuculuk yönündeki tutum ve davranışlarını destekleyici çalışmaların, tıbbi hata eğilimlerinin de azalmasına yardımcı olacağı; dolayısıyla sağlık hizmetlerinin de iyileştirilmesine katkı sağlayacağı söylenebilir. Sağlık yöneticilerinin, hemşireleri savunucu olarak hareket etmeleri yönünde teşvik etmeleri ve desteklemeleri önerilmektedir.

Savunuculuğun çevre ve eğitimin etkisine ilişkin boyutu ise, hastane enfeksiyonları ve hasta izlemi ve malzeme güvenliği boyutlarını olumlu anlamda etkilemektedir. Buna göre, hemşirelerin olumlu kişisel değerler ve inançlara sahip olmaları yanında kurumsal kanalları ve etik kurulların tavsiyelerini dikkate almaları, hastane enfeksiyonları ve hasta izlemi ve malzeme güvenliğine ilişkin hataları azaltmaktadır. Bu anlamda, hasta savunuculuğunun önemine ilişkin farkındalığın artırılmasına yönelik eğitim programlarının oluşturulması ve hemşirelerin hatalar konusunda izleyecekleri kurumsal süreçlerin ve kanalların açık, anlaşılır ve teşvik edici olması önemlidir.

Hemşirelerin savunuculuğuna yönelik engellerin ise hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği ile iletişim hata eğilimlerini ve genel tıbbi hata eğilimini artırıcı etkisi olduğu bulunmuştur. Burada söz edilen engeller hemşirelerin tükenmişlik yaşamaması, mesleğini sevmemesi, mesleğe bağlılıklarının düşük olması gibi faktörlerdir. Hemşirelerin mesleklerini sevebilmeleri sağlandığı, tükenmeleri önlediği ve mesleki bağlılıklarını güçlendirici adımlar atıldığı takdirde tıbbi hata eğilimleri de azalacaktır.

Hemşirelerin savunuculuk rolünü yerine getirmelerine engel olacak faktörlerin, olası tıbbi hataların zamanında önlenememesi riskini de beraberinde getirebileceği dikkate alınmalıdır. Bu nedenle, hemşirelerin hasta savunuculuğuna yönelik daha fazla çalışmanın yapılması, hemşirelerin savunucu rolünün tanımlanmasına katkı sağlayarak; daha güvenli sağlık hizmeti sunumu için savunuculuk yönündeki tutum ve davranışları teşvik etmede, sağlık kurumlarında gerekli değişiklikleri destekleyecektir.

Sonuç itibarıyla; hasta savunuculuğu tutumu, hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin azalmasını sağlayan etkili bir hemşirelik rolüdür. Hemşireler hasta savunuculuğu rolünü

üstlendiklerinde, bunun doğrudan ya da dolaylı etkisi ile; tıbbi hataların azalacağı, sağlık hizmetlerinin etkisinin ve veriminin artacağı, hasta güvenliğinin artacağı ve hatta olası can kayıplarının önlenilebileceği söylenebilir. Bu nedenle; hasta savunuculuğu rolünün daha fazla hemşire tarafından benimsenmesi ve hemşirelerin bu rolü etkin biçimde yerine getirebilmelerinin sağlanması önemlidir. Bunu mümkün kılmak için de; hasta savunuculuğu ile ilgili akademik çalışmaların ve araştırmaların artırılması; hemşirelere yönelik eğitsel içerikler bu konuda zenginleştirilmeli; bir yandan mikro ölçekte gerekli kurumsal ortam oluşturulurken, diğer yandan da makro ölçekte gerekli idari ve hukuki destek sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- AACN. (2008). *The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice* (Basım ed.). American Association of Colleges of Nursing. <https://www.aacnnursing.org/portals/42/Publications/baccesentials08.pdf>
- Abbasinia, M.; Ahmadi, F.; Kazemnejad, A. (2020). Patient advocacy in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 27(1), 141-151. <https://doi.org/10.1177/0969733019832950>
- Ahern, K.; McDonald, S. (2002, May). The beliefs of nurses who were involved in a whistleblowing event. *J Adv Nurs*, 38(3), 303-309. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02180.x>
- Akalın, H. E. (2001). Kalite Göstergesi Olarak Hastane İnfeksiyonları. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*, 5(3), 169-171.
- Akalın, H. E. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3), 141-146.
- Akgün, S. (2014). Hasta Güvenliği, Beklenmeyen Ciddi Tıbbi Hatalar-Sentinel Olaylar-Sentinel Events in Healthcare. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 75-82.
- Akgün, S.; Al-Assaf, A. F. (2007). Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği anlayışını nasıl oluşturabiliriz? *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, Yaz 2007, Sayı:3, Yaz(3), 42-47.
- Akgün Şahin, Z.; Kardaş Özdemir, F. (2015). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 210-214.
- Alanezi, F. Z. (2022). Nurses' attitude towards patient advocacy in a single tertiary care hospital. *Nursing Open*, 9(6), 2602-2607. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nop2.958>
- Alder, S. (2023). *Effects of Poor Communication in Healthcare*. HIPAA Journal. Erişim Tarihi: 16.11.2023 Erişim Adresi: <https://www.hipaajournal.com/effects-of-poor-communication-in-healthcare/>

- Allegrante, J. P.; Barry, M. M.; Airhihenbuwa, C. O.; Auld, M. E.; Collins, J. L.; Lamarre, M.-C.; Magnusson, G.; McQueen, D. V.; Mittelmark, M. B.; Conference, G. C. (2009). Domains of Core Competency, Standards, and Quality Assurance for Building Global Capacity in Health Promotion: The Galway Consensus Conference Statement. *Health Education & Behavior*, 36(3), 476-482. <https://doi.org/10.1177/1090198109333950>
- Alp Yılmaz, F.; Şener Taplak, A.; Polat, S.; Tahta, T. (2017, 12-14 Ekim 2017). Fetüs Haklarına İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeyleri. Uluslararası III. Adli Hemşirelik II. Adli Sosyal Hizmet I. Adli Gerontoloji Kongresi, Yozgat.
- Alrabadi, N.; Shawagfeh, S.; Haddad, R.; Mukattash, T.; Abuhammad, S.; Al-rabadi, D.; Abufarha, R.; AlRabadi, S.; Al-Faouri, I. (2021, 01/03). Medication errors: a focus on nursing practice. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 12. <https://doi.org/10.1093/jphsr/rmaa025>
- Altındış, S. (2010, March). [Event reporting in health services and effect to patient safety]. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 17-32. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/spkd/issue/29282/313483>
- Altun, İ.; Ersoy, N. (2003). Undertaking the Role of Patient Advocate: A Longitudinal Study of Nursing Students. *Nursing Ethics*, 10(5), 462-471.
- ANA. (1976). Code for Nurses with Interpretive Statements. American Nurses Association, Illinois Institute of Technology.
- ANA. (2015). *Code of Ethics for Nurses: with Interpretive Statements* (Basım ed.). American Nurses Association,.
- ANA. (2020). *Nursing Advocacy*. The American Nurses Association. Erişim Tarihi: 17.10.2020 Erişim Adresi: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/advocacy/>
- Angrist, J. D.; Pischke, J.-S. (2009). *Mostly Harmless Econometrics: An Empiricist's Companion* (Basım ed.).
- Annas, G. J.; Healey, J. (1974, May-Jun). The patient rights advocate. *Journal of Nursing Administration*, 4(3), 25-31.

- Ardahan, M. (2003). Hemşirelerin savunuculuk rolü. *C.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(2), 23-27.
- Ardahan, M.; Alp, F. Y. (2015). Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliğini Sağlamada Sağlık Çalışanlarının ve Yöneticilerin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 85-88.
- Aştı, T.; Acaroğlu, R. (2000). Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2).
- Aygin, D.; Cengiz, H. (2011). İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 45(3), 110-114.
- Bailey, M. (2016, 01.02.2016). Communication failures linked to 1,744 deaths in five years, US malpractice study finds. *STAT*.
- Balas, M. C.; Scott, L. D.; Rogers, A. E. (2004, Nov). The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. *Appl Nurs Res*, 17(4), 224-230. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2004.09.002>
- Barrett-Sheridan, S. E. (2009). *A Quantitative Correlational Study of Political Behavior and Attitudes of Nurses Toward Macro-Social Patient Advocacy* University of Phoenix]. United States.
- Barsbay, S.; Parıltı, N.; Çakmak Barsbay, M. (2018). Healthcare Professionals' Attitudes Regarding Patient Safety in Clinics. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8(2), 67-78. <https://doi.org/10.26579/jocrehes.8.2.7>
- Başer, S.; Manav, G. (2018). Çocuk Hemşirelerinin İlaç Hatası Yapma Durumları ve Eğilimlerinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 41-49.
- Bell, S. K.; Delbanco, T.; Anderson-Shaw, L.; McDonald, T. B.; Gallagher, T. H. (2011, Aug). Accountability for medical error: moving beyond blame to advocacy. *Chest*, 140(2), 519-526. <https://doi.org/10.1378/chest.10-2533>

- Benner, P.; Sheets, V.; Uris, P.; Malloch, K.; Schwed, K.; Jamison, D. (2002). Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing: A Taxonomy. *JONA*, 32(10), 509-523.
https://journals.lww.com/jonajournal/fulltext/2002/10000/individual_practice_and_system_causes_of_errors.6.aspx
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Berland, A.; Natvig, G. K.; Gundersen, D. (2008, Apr). Patient safety and job-related stress: a focus group study. *Intensive Crit Care Nurs*, 24(2), 90-97.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.11.001>
- Berwick, D. (1989, 01/1989). Continuous improvement as an ideal in health care. *New Engl J Med*, 320(1), 53-56.
- Beyea, S. C. (2005, May). Patient advocacy--nurses keeping patients safe. *AORN J*, 81(5), 1046-1047.
- Birgili, F.; Köse, F. (2018). Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimleri. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8(2), 249-266.
<https://doi.org/10.26579/jocrehes.8.2.22>
- Black, L. M. (2011, Jun). Tragedy into policy: a quantitative study of nurses' attitudes toward patient advocacy activities. *Am J Nurs*, 111(6), 26-35; quiz 36-27.
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000398537.06542.c0>
- Blakeney, B. (2002). *ANA Statement for the Institute of Medicine's Committee on Work Environment for Nurses and Patient Safety (9/24)*. Erişim Tarihi: 26.10.2021
 Erişim Adresi:
https://ojin.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/MediaResources/PressReleases/2006_1/ANAonWorkEnvironment.html
- Bolu Gündem. (2004). *AİBÜ'nde hemşirelik sempozyumu*. Bolu Gündem. Erişim Tarihi: 13.06.2023
 Erişim Adresi:
<https://www.bolugundem.com/haber/12046980/aibunde-hemshirelik-sempozyumu>

- Bu, X.; Jezewski, M. A. (2007, Jan). Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *J Adv Nurs*, 57(1), 101-110. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04096.x>
- Campbell, D. T.; Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56(2), 81-105. <https://doi.org/10.1037/h0046016>
- Canatan, H.; Erdoğan, A.; Yılmaz, S. (2015). Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(2), 82-89.
- Cevahir, E. (2020). *SPSS ile Nicel Veri Analizi Rehberi* (R. Ö. Çatar, Ed. Basım ed.). Kibe Yayınları.
- Chafey, K.; Rhea, M.; Shannon, A. M.; Spencer, S. (1998, Jan-Feb). Characterizations of advocacy by practicing nurses. *J Prof Nurs*, 14(1), 43-52. [https://doi.org/10.1016/s8755-7223\(98\)80011-2](https://doi.org/10.1016/s8755-7223(98)80011-2)
- Chater, K. (2010). Values, Ethics and Advocacy. İçinde *Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing* (Basım ed., ss. 86-105). Pearson Australia.
- Cheragi, M. A.; Manoocheri, H.; Mohammadnejad, E.; Ehsani, S. R. (2013, May). Types and causes of medication errors from nurse's viewpoint. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 18(3), 228-231.
- Chippis, E.; Wills, C. E.; Tanda, R.; Patterson, E. S.; Elfrink, V.; Brodrik, M.; Schweikhart, S.; Ryan-Wenger, N. (2011). Registered Nurses' Judgments of the Classification and Risk Level of Patient Care Errors. *J Nurs Care Qual*, 26(4), 302-310. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31820f4c57>
- Choi, P. P. (2015, Jun 10). Patient advocacy: the role of the nurse. *Nurs Stand*, 29(41), 52-58. <https://doi.org/10.7748/ns.29.41.52.e9772>
- Churchman, J. J.; Doherty, C. (2010, Jun 9-15). Nurses' views on challenging doctors' practice in an acute hospital. *Nurs Stand*, 24(40), 42-47. <https://doi.org/10.7748/ns2010.06.24.40.42.c7830>

- Clarke, J. N. (2015). Medical error and patient advocacy. İçinde *Clinical Oncology and Error Reduction* (Basım ed., ss. 158-171). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781118749272.ch11>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Curtin, I. H. (1979, Apr). The nurse as advocate: a philosophical foundation for nursing. *ANS Adv Nurs Sci*, 1(3), 1-10.
- Çakmak, C.; Konca, M.; Teleş, M. (2018). Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) Üzerinden Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(3), 423-448.
- Çiftçioğlu Yalçın, G.; Tunç, G. (2022). Yönetici Hemşirelerin Değişen Rollerini. *Artuklu International Journal of Health Sciences*, 2(2), 23-30. <https://doi.org/10.29228/aijhs.19>
- Çırpı, F.; Doğan Merih, Y.; Yaşar Kocabey, M. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 26-34.
- Çokluk, Ö.; Şekercioğlu, G.; Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları* (Basım ed.). Pegem Akademi.
- Dadzie, G.; Aziato, L. (2020). Perceived interpersonal and institutional challenges to patient advocacy in clinical nursing practice: a qualitative study from Ghana / Interpersonelle und institutionelle Herausforderungen für die Rolle als Patientenführer/-in aus Sicht der Pflege: eine qualitative Studie aus Ghana. *International Journal of Health Professions*, 7(1), 45-52. <https://doi.org/doi:10.2478/ijhp-2020-0005>
- Dadzie, G.; Aziato, L.; Aikins, A. D. (2017). "We are the best to stand in for patients": a qualitative study on nurses' advocacy characteristics in Ghana. *BMC Nurs*, 16, 61. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0259-6>

- Davis, A. J.; Konishi, E.; Tashiro, M. (2003). A Pilot Study of Selected Japanese Nurses' Ideas on Patient Advocacy. *Nursing Ethics*, 10(4), 404-413. <https://doi.org/10.1191/0969733003ne621oa>
- Davoodvand, S.; Abbaszadeh, A.; Ahmadi, F. (2016). Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: a qualitative study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 9(5).
- Dekker, S. (2000). *The Field Guide to Human Error* (Basım ed.). Cranfield University Press.
- Dil Derneği. (2018). *Türkçe Sözlük* (Basım ed.). Dil Derneği Yayınları.
- Dönmez, K. (2018). *21. Yüzyıl Havacılık Olaylarında Operasyon Organizasyon İlişkisi: İnsan Faktörleri Analiz ve Sınıflandırma Sistemi Uygulaması* [Yüksek Lisans, Anadolu Üniversitesi]. Eskişehir.
- Duman, S.; Kitiş, Y. (2013). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Hasta Düşmeleri İle İlgili Farkındalıklarının Belirlenmesi. *J Turk Soc Intens Care*, 11, 72-79.
- Earp, J. A. L.; French, E. A.; Gilkey, M. B. (2008). *Patient Advocacy for Health Care Quality: Strategies for Achieving Patient-Centered Care* (Basım ed.). Jones & Bartlett Publishers.
- EHHD. (2016). *Savunuculuk*. Evrensel Hasta Hakları Derneği. Erişim Tarihi: 20.02.2018 Erişim Adresi: <http://www.ehhd.eu/advocacy/>
- Ellis, P. (1992). Role of the nurse advocate. *British Journal of Nursing*, 1(1), 40-43. <https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.1.40>
- Er, F.; Altuntaş, S. (2016). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Durumları ve Nedenlerine Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(3), 132-139. <https://doi.org/10.5222/shyd.2016.132>
- EU DHF. (2018). Hasta Düşme Riski Önleme Talimatı. E. Ü. D. H. Fakültesi, Sayı: SHB.TL.03,

- Famolaro, T.; Yount, N.; Hare, R.; Thornton, S.; Meadows, K.; Fan, L.; Birch, R.; Sorra, J. (2018). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2018 User Database Report* AHRQ Publication No. 18-0025-EF). Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Fertman, C. I.; Allensworth, D. D.; Auld, M. E. (2010). Sağlığı Geliştirme Programlarının Tanımı (N. M. Işıtman, Trans.). İçinde C. I. Fertman; D. D. Allensworth (Ed.), *Sağlığı Geliştirme Programları: Teoriden Pratiğe* (Basım ed., ss. 3-27). ,TC Sağlık Bakanlığı. (The Society for Public Health Education)
- Filiz, E. (2009). *Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık alışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi]. Konya.
- Filiz, N. Y.; Dikmen, Y. (2017). Yaşam Sonu Bakım Uygulamalarında Hasta Savunuculuğu. *Journal of Human Rhythm*, 3(2), 95-100. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/johr/issue/29951/323059>
- Firtko, A.; Jackson, D. (2005, Sep-Nov). Do the ends justify the means? Nursing and the dilemma of whistleblowing. *Aust J Adv Nurs*, 23(1), 51-56.
- Fletcher, J.; Sorrell, J.; Silva, M. (1998). Whistleblowing As a Failure of Organizational Ethics. *Online Journal of Issues in Nursing*, 3(3). <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-3-1998/number-3-december-1998/whistleblowing/>
- Flodn, A.; Lennerling, A.; Fridh, I.; Rizell, M.; Forsberg, A. (2011). Development and Psychometric Evaluation of the Instrument: Attitudes Towards Organ Donor Advocacy Scale (ATODAS). *Open Nurs J*, 5, 65-73. <https://doi.org/10.2174/1874434601105010065>
- Foley, B. J.; Minick, M. P.; Kee, C. C. (2002). How Nurses Learn Advocacy. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(2), 181-186.
- Fontan, J.-E.; Maneglier, V.; Nguyen, X. V.; Loirat, C.; Brion, F. (2003, 07/01). Medication errors in hospitals: Computerized unit dose drug dispensing system versus ward stock distribution system. *Pharmacy world & science : PWS*, 25, 112-117. <https://doi.org/10.1023/A:1024053514359>

- Friesdorf, W.; Marsolek, I. (2008). Medical Device Use Errors. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 102(9), 563-567. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2008.09.018>
- Gadow, S. (1980). Existential advocacy: Philosophical Foundation of Nursing. İçinde S. F. Spicker; S. Gadow (Ed.), *Nursing, Images and Ideals: Opening Dialogue with the Humanities* (Basım ed.). Springer Publishing Company.
- Galer-Unti, R. A.; Alley, K. B.; Pulliam, R. M. (2010). Savunuculuk (N. M. Işıtman, Trans.). İçinde C. I. Fertman; D. D. Allensworth (Ed.), *Sağlığı Geliştirme Programları: Teoriden Pratiğe* (Basım ed., ss. 181-202). ,TC Sağlık Bakanlığı. (The Society for Public Health Education)
- Ganz, D.; Huang, C.; Saliba, D.; Shier, V. (2013). *Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care* AHRQ Publication No: 13-0015-EF). Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Gaylord, N.; Grace, P. (1995). Nursing Advocacy: an Ethic of Practice. *Nursing Ethics*, 2(1), 11-18. <https://doi.org/10.1177/096973309500200103>
- Gleason, T. (2019). *Advocacy in Nursing: A Qualitative Discourse Analysis of Fundamental Nursing Textbooks* (Publication Number 419) St. John Fisher College]. https://fisherpub.sjfc.edu/education_etd/419
- Gold, R. S.; Miner, K. R. (2002, Jan). Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology. *J Sch Health*, 72(1), 3-7. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2002.tb06501.x>
- Goodman, T. (2014). The Future of Nursing: An Opportunity for Advocacy. *AORN Journal*, 99(6), 668-671. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.03.004>
- Grace, P. J. (2001). Professional advocacy: widening the scope of accountability. *Nursing Philosophy*, 2(2), 151-162. <https://doi.org/10.1046/j.1466-769X.2001.00048.x>
- Grady, C.; Edgerly, M. (2009, Dec). Science, technology, and innovation: nursing responsibilities in clinical research. *Nurs Clin North Am*, 44(4), 471-481. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2009.07.011>

- Grober, E. D.; Bohnen, J. M. (2005, Feb). Defining medical error. *Can J Surg*, 48(1), 39-44.
- Guglielmi, C. L.; Stratton, M.; Healy, G. B.; Shapiro, D.; Duffy, W. J.; Dean, B. L.; Groah, L. K. (2014). The Growing Role of Patient Engagement: Relationship-based Care in a Changing Health Care System. *AORN Journal*, 99(4), 517-528. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.02.007>
- Güleç, D. (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(1), 1-18.
- Gürbüz, S. (2019). *Amos ile Yapısal Eşitlik Modellemesi: Temel İlkeler ve Uygulamalı Analizler* (Basım ed.). Seçkin.
- Gürbüz, S.; Şahin, F. (2018). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Felsefe – Yöntem – Analiz* (Basım ed.). Seçkin Yayınları.
- Güven, Ş. D.; Şahan, S.; Ünsal, A. (2019). Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumları. *İzlek AkademikDergi*, 2(2), 75-85.
- Hamric, A. B. (2000). What is happening to advocacy? *Nursing Outlook*, 48(3), 103-104. <https://doi.org/https://doi.org/10.1067/mno.2000.107644>
- Hanks Jr., R. G. (2008). *Protective Nursing Advocacy Scale* [The University of Texas Medical Branch]. United States.
- Hanks, R. G. (2005, Jul-Sep). Sphere of Nursing Advocacy Model. *Nurs Forum*, 40(3), 75-78. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2005.00018.x>
- Hanks, R. G. (2007, Oct-Dec). Barriers to nursing advocacy: a concept analysis. *Nurs Forum*, 42(4), 171-177. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00084.x>
- Hanks, R. G. (2008). The Lived Experience of Nursing Advocacy. *Nursing Ethics*, 15(4), 468-477. <https://doi.org/10.1177/0969733008090518>
- Hanks, R. G. (2010a). Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nursing Ethics*, 17(2), 255–267.

- Hanks, R. G. (2010b). The Medical-Surgical Nurse Perspective of Advocate Role. *Nurs Forum*, 45(2), 97-107. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00170.x>
- Haque, M.; Sartelli, M.; McKimm, J.; Abu Bakar, M. (2018). Health care-associated infections – an overview. *Infect Drug Resist*, 11, 2321-2333. <https://doi.org/10.2147/IDR.S177247>
- Haylock, P. J. (2008). *Giving voice to the vulnerable: Advocacy and oncology nursing* [Doctor of Philosophy, The University of Texas Medical Branch]. <http://hdl.handle.net/2152.3/280>
- Hebert, K.; Moore, H.; Rooney, J. (2011, Winter). The Nurse Advocate in End-of-Life Care. *The Ochsner journal*, 11(4), 325-329. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22190882>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3241064/>
- Heck, L. O.; Carrara, B. S.; Mendes, I. A. C.; Arena Ventura, C. A. (2022, Jun). Nursing and advocacy in health: An integrative review. *Nurs Ethics*, 29(4), 1014-1034. <https://doi.org/10.1177/09697330211062981>
- HEMED. (2020). *Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar*. Hemşirelik Eğitimi Derneği. Erişim Tarihi: 20.06.2023 Erişim Adresi: <https://www.hemed.org.tr/yasa-ve-yonetmelikler/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar/>
- Hu, L.-t.; Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424-453. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424>
- Hyman, W. A. (1994). Errors in the Use of Medical Equipment. İçinde M. S. Bogner (Ed.), *Human Error in Medicine* (Basım ed., ss. 327-347). Taylor & Francis. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.1201/9780203751725-15/errors-use-medical-equipment-william-hyman>
- ICN. (2006). *Safe Staffing Saves Lives: Information and Action Tool Kit* (Basım ed.). International Council of Nurses.

- ICN. (2023). *Patient safety*. International Council of Nurses. Erişim Tarihi: 17.11.2023
Erişim
- İnan, D.; Saba, R.; Keskin, S.; Ögünç, D.; Çiftçi, C.; Günseren, F.; Mamıkoğlu, L.; Gültekin, M. (2002). Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Hastane İnfeksiyonları. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2(2), 129-135.
- İncesu, E.; Orhan, F. (2018, June). Bir kamu hastanesi güvenlik raporlama sistemi verilerinin incelenmesi: Retrospektif bir araştırma [An analysis of security reporting system data in a public hospital: A retrospective research]. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(2), 79-86.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/sagakaderg/issue/43059/519281>
- IOM. (1999). *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (0-309-06837-1). N. A. Press.
- IOM. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System* (L. T. Kohn; J. M. Corrigan; M. S. Donaldson, Ed. Basım ed.). National Academies Press.
<https://doi.org/10.17226/9728>
- Işık Andsoy, I.; Kar, G.; Öztürk, Ö. (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerine Yönelik Bir Çalışma. *HSP*, 1(1), 17-27.
- Jackson, D.; Hickman, L. D.; Hutchinson, M.; Andrew, S.; Smith, J.; Potgieter, I.; Cleary, M.; Peters, K. (2014, 2014/10/01). Whistleblowing: An integrative literature review of data-based studies involving nurses. *Contemporary Nurse*, 48(2), 240-252. <https://doi.org/10.1080/10376178.2014.11081946>
- Jansson, B. S. (2011). Embedding Advocacy in the U.S. Health System. İçinde *Improving Healthcare Through Advocacy: A Guide for the Health and Helping Professions* (Basım ed., ss. 1-13). <https://doi.org/10.5860/choice.48-6317>
- Jansson, B. S.; Nyamathi, A.; Heidemann, G.; Duan, L.; Kaplan, C. (2015, 2015/08/09). Predicting Patient Advocacy Engagement: A Multiple Regression Analysis Using Data From Health Professionals in Acute-Care Hospitals. *Social Work in Health Care*, 54(7), 559-581. <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1054059>

- Johnstone, M. J.; Kanitsaki, O. (2006, Mar). The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: a discussion paper. *Int J Nurs Stud*, 43(3), 367-376. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.04.010>
- Josse-Eklund, A.; Jossebo, M.; Sandin-Bojö, A.-K.; Wilde-Larsson, B.; Petzäll, K. (2014). Swedish nurses' perceptions of influencers on patient advocacy: A phenomenographic study. *Nursing Ethics*, 21(6), 673-683. <https://doi.org/10.1177/0969733013515488>
- Josse-Eklund, A.; Petzäll, K.; Sandin-Bojö, A. K.; Wilde-Larsson, B. (2013, Jul). Swedish registered nurses' and nurse managers' attitudes towards patient advocacy in community care of older patients. *J Nurs Manag*, 21(5), 753-761. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01453.x>
- Jugessur, T.; Iles, I. K. (2009). Advocacy in mental health nursing: an integrative review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(2), 187-195. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01315.x>
- Kalaitzidis, E.; Jewell, P. (2015, Oct-Dec). The Concept of Advocacy in Nursing: A Critical Analysis. *Health Care Manag (Frederick)*, 34(4), 308-315. <https://doi.org/10.1097/hcm.0000000000000079>
- Kalra, J.; Baniak, N. (2016). Promoting Advocacy in Health Care: A Tool to Combat Medical Error. *Journal of Healthcare Communications*, 1(4). <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100035>
- Kandemir, A. (2019). *Cerrahi Hemşirelerinin Tıbbi Hata Tutum ve Eğilimlerinin Belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi]. Konya.
- Karaca Sivrikaya, S.; Şimşek Kara, A. (2019). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 7-14.
- Karahocagil, M. K.; Yaman, G.; Göktaş, U.; Sünnetçioğlu, M.; Çıkman, A.; Bilici, A.; Yapıcı, K.; Baran, A. İ.; Binici, İ.; Akdeniz, H. (2011). Hastane Enfeksiyon Etkenlerinin ve Direnç Profillerinin Belirlenmesi. *Van Tıp Dergisi*, 18(1), 27-32.
- Karataş, M.; Yakıncı, C. (2010). Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(3), 233-236.

- Kaya, S. (2010). *Sağlık felsefesi çerçevesinde anestezi ve cerrahi birimlerde hasta savunuculuğu tutumlarının belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi].
- Kieft, R. A. M. M.; de Brouwer, B. B. J. M.; Francke, A. L.; Delnoij, D. M. J. (2014, 2014/06/13). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14(1), 249. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-249>
- Kiyımaz, D.; Koç, Z. (2018, Mar). Identification of factors which affect the tendency towards and attitudes of emergency unit nurses to make medical errors. *J Clin Nurs*, 27(5-6), 1160-1169. <https://doi.org/10.1111/jocn.14148>
- Koç, S. (2014, 03/18). Adli Tıbbi Açıdan Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu. *Toraks Cerrahisi Bulteni*, 5, 14-22. <https://doi.org/10.5152/tcb.2014.002>
- Kohnke, M. F. (1982, Dec). Myths and realities about advocacy-clinical research-abuse. *J N Y State Nurses Assoc*, 13(4), 22-28.
- Koralay, G. (2021). *Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Bilgi, Eğilim, Tutum Ve Görüşleri: Karma Yöntem Çalışması* [Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Ankara.
- Kubsch, S. M.; Sternard, M. J.; Hovarter, R.; Matzke, V. (2004, 2004/02/01/). A holistic model of advocacy: factors that influence its use. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 10(1), 37-45. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1353-6117\(03\)00083-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1353-6117(03)00083-0)
- Küçük Alemdar, D.; Yaman Aktaş, Y. (2013). Medical Error Types and Causes Made by Nurses in Turkey. *TAF Prev Med Bull*, 12(3), 307-314.
- Lawton, R.; Parker, D. (2002, Mar). Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Qual Saf Health Care*, 11(1), 15-18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743585/pdf/v011p00015.pdf>
- Li, Y.; Zhao, Y.; Hao, Y.; Jiao, M.; Ma, H.; Teng, B.; Yang, K.; Sun, T.; Wu, Q.; Qiao, H. (2018). Perceptions of patient safety culture among healthcare employees in tertiary hospitals of Heilongjiang province in northern China: a cross-sectional study. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(8), 618-623. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy084>

- Lindahl, B.; Sandman, P.-O. (1998, Aug). The role of advocacy in critical care nursing: a caring response to another. *Intensive Crit Care Nurs*, 14(4), 179-186. [https://doi.org/10.1016/s0964-3397\(98\)80499-0](https://doi.org/10.1016/s0964-3397(98)80499-0)
- Mahlin, M. (2010). Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. *Nursing Ethics*, 17(2), 247-254. <https://doi.org/10.1177/0969733009351949>
- Makary, M. A.; Daniel, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 353, i2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- Maktabi, M.; Ruoff, G. (2017). Communication Failures in Medical Malpractice – Lessons Learned From the CRICO Strategies’ Comparative Benchmarking System. *ASA Monitor*, 81(2), 20-22.
- Mallik, M. (1997a). Advocacy in nursing - a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 130-138. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025130.x>
- Mallik, M. (1997b). Advocacy in nursing - perceptions of practising nurses. *J Clin Nurs*, 6(4), 303-313. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1997.tb00319.x>
- Mallik, M. (1998, Nov). Advocacy in nursing: perceptions and attitudes of the nursing elite in the United Kingdom. *J Adv Nurs*, 28(5), 1001-1011. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00734.x>
- Martin, D. R.; Tipton, B. K. (2007, Sep). Patient advocacy in the USA: key communication role functions. *Nurs Health Sci*, 9(3), 185-191. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00320.x>
- Maryland, M. A.; Gonzalez, R. I. (2012, Jan 31). Patient advocacy in the community and legislative arena. *Online J Issues Nurs*, 17(1), 2.
- Maxfield, D.; Grenny, J.; McMillan, R.; Switzler, A.; Patterson, K. (2005). *Silence Kills: The Seven Crucial Conversations for Healthcare*. VitalSmarts.

- Mazor, K. M.; Roblin, D. W.; Greene, S. M.; Lemay, C. A.; Firreno, C. L.; Calvi, J.; Prouty, C. D.; Horner, K.; Gallagher, T. H. (2012, May 20). Toward patient-centered cancer care: patient perceptions of problematic events, impact, and response. *J Clin Oncol*, 30(15), 1784-1790. <https://doi.org/10.1200/jco.2011.38.1384>
- McGillis Hall, L.; Doran, D.; Pink, G. H. (2004, Jan). Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. *J Nurs Adm*, 34(1), 41-45. <https://doi.org/10.1097/00005110-200401000-00009>
- McGrath, A.; Walker, A. (1999, 1999/09/01). Nurses' perception and experiences of advocacy. *Contemporary Nurse*, 8(3), 72-78. <https://doi.org/10.5172/conu.1999.8.3.72>
- McGrath, P.; Phillips, E. (2009). Ethical Decision-Making in an Emergency Department: Findings on Nursing Advocacy. *Monash Bioethics Review*, 28(2).
- McSteen, K.; Peden-McAlpine, C. (2006). The Role of the Nurse as Advocate in Ethically Difficult Care Situations With Dying Patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8(5). https://journals.lww.com/jhpn/Fulltext/2006/09000/The_Role_of_the_Nurse_as_Advocate_in_Ethically.11.aspx
- Medcom. (2016). *Medication Errors in Nursing: Common Types, Causes and Prevention*. Medcom Inc. Erişim Tarihi: 26.10.2021 Erişim Adresi: <https://medcominc.com/medical-errors/common-nursing-medication-errors-types-causes-prevention/>
- Medical Dictionary. (2009). Patient advocacy. Erişim Adresi: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Patient+advocacy>
- Merriam-Webster. (t.y). Advocacy. *Merriam-Webster.com dictionary*. Erişim Adresi: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/advocacy>
- Metin, B. (2018). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği ve tıbbi hata (Malpraktis). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 76-78.

- Milisa, M.; Richard, M. F.; Molly, H.; Alaa, H.; Timothy, H.; Elizabeth, U.; Sarah, K. (2019). Formative evaluation of the video reflexive ethnography method, as applied to the physician–nurse dyad. *BMJ Quality & Safety*, 28(2), 160. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007728>
- Moisoglou, I.; Yfantis, A.; Galanis, P.; Pispirigou, A.; Chatzimargaritis, E.; Theoxari, A.; Prezerakos, P. (2020). Nurses Work Environment and Patients' Quality of Care. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 108-116.
- Moore, L.; McAuliffe, E. (2012). To report or not to report? Why some nurses are reluctant to whistleblow. *Clinical Governance: An International Journal*, 17(4), 332-342. <https://doi.org/10.1108/14777271211273215>
- Mortell, M.; Abdullah, K. L.; Ahmad, C. (2017, Sep 28). Barriers deterring patient advocacy in a Saudi Arabian critical care setting. *Br J Nurs*, 26(17), 965-971. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.17.965>
- Motamed-Jahromi, M.; Abbaszadeh, A.; Borhani, F.; Zaher, H. (2012). Iranian Nurses' Attitudes and Perception towards Patient Advocacy. *ISRN Nursing*, 2012(Article ID: 645828).
- Motamed-Jahromi, M.; Abbaszadeh, A.; Jalali, T. (2017). Correlation between Burnout and Role of Patient Advocacy in ICU Nurses. *Medical Ethics Journal*, 11(40), 29-37.
- Mülayim, Y.; Seren İntepeler, Ş. (2011). Bir Üniversite Hastanesinde Düşmelerin Sıklığı ve Kök Neden Analizi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(3), 21-34.
- Müller, R.; Rach, C.; Salloch, S. (2021, 2021/08/23). Collective forward-looking responsibility of patient advocacy organizations: conceptual and ethical analysis. *BMC Medical Ethics*, 22(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00680-w>
- Naglaa Abd El-Aziz El, S.; Elham Abdallah Al, N. (2016). Nurses' Attitudes Toward Patient Advocacy in Oncology Department University Hospital. *American Journal of Nursing Science*, 5(6), 266-271. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20160506.15>

- National Council of State Boards of Nursing; Benner, P. E.; Malloch, K.; Sheets, V. (2010). *Nursing pathways for patient safety* (Basım ed.). Mosby Elsevier St. Louis, Mo.
- NCI. (2017). *NCI Dictionary of Cancer Terms*. National Cancer Institute. Erişim Tarihi: 10.02.2018 Erişim Adresi: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/patient-advocate>
- Negarandeh, R.; Oskouie, F.; Ahmadi, F.; Nikravesh, M. (2008). The Meaning of Patient Advocacy for Iranian Nurses. *Nursing Ethics*, 15(4), 457-467. <https://doi.org/10.1177/0969733008090517>
- Negarandeh, R.; Oskouie, F.; Ahmadi, F.; Nikravesh, M.; Hallberg, I. R. (2006, 2006/03/01). Patient advocacy: barriers and facilitators. *BMC Nursing*, 5(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-5-3>
- NPAF. (2017). *Home*. National Patient Advocate Foundation,. Erişim Tarihi: 17.02.2018 Erişim Adresi: <https://www.npaf.org/>
- Nsiah, C.; Siakwa, M.; Ninnoni, J. P. K. (2019). Registered Nurses' description of patient advocacy in the clinical setting. *Nursing Open*, 6(3), 1124-1132. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nop2.307>
- Nunnally, J. C.; Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (Basım ed.). McGraw-Hill New York.
- O'Connor, T.; Kelly, B. (2005). Bridging the Gap: a study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland. *Nursing Ethics*, 12(5), 453-467. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne814oa>
- Olds, D. M.; Clarke, S. P. (2010, Apr). The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *J Safety Res*, 41(2), 153-162. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2010.02.002>
- Oliveira, C.; Tariman, J. (2015). Barriers of Patient Advocacy Role in Clinical Nursing Practice: An Integrative Review of the Literature.

- Ovalı, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Ocak(1), 33-43.
- Öncül, A.; Koçulu, S.; Elevli, K. (2012, 2012). The epidemiology of nosocomial infections acquired in intensive care units of a state hospital. *The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital*, 46(2), 60-66. <https://dx.doi.org/>
- Özakar Akça, S.; Gözen, D. (2013). Çocuk Hemşiresinin Savunucu Rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3), 213-218.
- Özata, M.; Altuncan, H. (2010a). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 100-111.
- Özata, M.; Altuncan, H. (2010b). Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması. 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara.
- Özata, M.; Aslan, Ş. (2009). The Effect Of Nursing and Midwifery Students to Patient Safety. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara.
- Özçetin, M.; Saz, E. U.; Karapınar, B.; Özen, S.; Aydemir, Ş.; Vardar, F. (2009). Hastane Enfeksiyonları; Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Çocuk Enf Derg*, 3(2).
- Özdamar, K. (2002). *Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi* (Basım ed.). Kaan Kitabevi.
- Özden, D. (2013). Hasta Güvenliği. İçinde T. Atabek Aştı; A. Karadağ (Ed.), *Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı* (Basım ed., Cilt 1, ss. 261-289). Akademi.
- Özen, N.; Onay, T.; Terzioğlu, F. (2019). Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 283-292. <https://doi.org/10.17681/hsp.451510>
- Öztürk, Y. E.; Özata, M. (2013). Hemşirelerde Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ile Tıbbi Hataya Eğilim Arasındaki İlişkinin Araştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(3), 365-381.

- PAF. (2012). *Patient Advocate Foundation Welcomes You*. Patient Advocate Foundation,. Erişim Tarihi: 17.02.2018 Erişim Adresi: <http://www.patientadvocate.org/>
- Pankratz, L.; Pankratz, D. (1974). Nursing Autonomy and Patients' Rights: Development of a Nursing Attitude Scale. *Journal of Health and Social Behavior*, 15(3), 211-216. <https://doi.org/10.2307/2137021>
- Patient Care Link. (2023). *Healthcare-Acquired Infections (HAIs)*. Massachusetts Health & Hospital Association. Erişim Erişim Adresi: <https://www.patientcarelink.org/improving-patient-care/healthcare-acquired-infections-hais/>
- Plantemoli, L. (2021). *The Patient Advocate Role and Patient Safety — Healthlink Advocates*. Healthlink Advocates Inc. Erişim Tarihi: 18.11.2021 Erişim Adresi: <https://www.healthlinkadvocates.com/blog/2021/3/20/patient-advocate-role-and-safety>
- Pope, A. M.; Snyder, M. A.; Mood, L. H. (1995). *Nursing, health & the environment strengthening the relationship to improve the public's health / Andrew M. Pope, Meta A. Snyder, and Lillian H. Mood, editors ; Committee on Enhancing Environmental Health Content in Nursing Practice, Division of Health Promotion and Disease Prevention, Institute of Medicine (Basım ed.)*. National Academy Press.
- Pryor, T. (t.y). *Lydia E. Hall: Care, Core, Cure Model of Nursing*. <http://sites.jmu.edu/NSG463-FA14-1/files/2014/10/Hall-Presentation.pptx>
- Rainer, J. (2015, Jan-Mar). Speaking up: factors and issues in nurses advocating for patients when patients are in jeopardy. *J Nurs Care Qual*, 30(1), 53-62. <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000081>
- Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents* (Basım ed.). Ashgate.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

- Reising, D. L.; Allen, P. (2007, 2007/2). Protecting yourself from malpractice claims. *American Nurse Today*, 2(2), 39-44. <https://www.myamericannurse.com/protecting-yourself-from-malpractice-claims/>
- Ribeiro, G. d. S. R.; Silva, R. C. d.; Ferreira, M. d. A.; Silva, G. R. d.; Campos, J. F.; Andrade, B. R. P. d. (2018). Equipment failure: conducts of nurses and implications for patient safety. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71.
- Robinson, M. B. (1985). Patient Advocacy and the Nurse: Is There a Conflict of Interest? *Nurs Forum*, 22(2), 58-63. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1985.tb00772.x>
- Rogers, A. E.; Hwang, W. T.; Scott, L. D.; Aiken, L. H.; Dinges, D. F. (2004, Jul-Aug). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Aff (Millwood)*, 23(4), 202-212. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.202>
- Ronnebaum, E. D.; Schmer, C. (2015). Patient Advocacy and the Affordable Care Act: The Growing Need for Nurses to Be Culturally Aware. *Open Journal of Nursing*, 5(3), 237-245. <https://doi.org/10.4236/ojn.2015.53028>
- Sabuncu, N.; Babadağ, K.; Taşocak, G.; Atabek, T. (1996). *Hemşirelik Esasları* (H. Seçim, Ed. Basım ed., Cilt 225). Anadolu Üniversitesi.
- Schroeter, K. (2002, May). Ethics in perioperative practice--patient advocacy. *AORN J*, 75(5), 941-944, 949. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61458-0](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61458-0)
- Selanders, L.; Crane, P. (2012). The Voice of Florence Nightingale on Advocacy. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 17(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol17No01Man01>
- Seren İntepeler, Ş.; Soydemir, D.; Güleç, D. (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(1), 1-18.
- Sezgin, B. (2007). *Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi* [Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi]. İstanbul.
- Shannon, S. E. (2016, Sep). The Nurse as the Patient's Advocate: A Contrarian View. *Hastings Cent Rep*, 46 Suppl 1, S43-47. <https://doi.org/10.1002/hast.632>

- Shappell, S.; Wiegmann, D. (2000, 01/01). The Human Factors Analysis and Classification System-HFACS.
- Shojania, K. G.; Dixon-Woods, M. (2013, Jul). 'Bad apples': time to redefine as a type of systems problem? *BMJ Qual Saf*, 22(7), 528-531. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002138>
- Smith, L.; Mee, S. (2017). Patient advocacy: breaking down barriers and challenging decisions. *Nursing Times*, 113(1), 54-56. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/holistic-care/patient-advocacy-breaking-down-barriers-and-challenging-decisions-03-01-2017/>
- Sorensen, R.; Iedema, R. (2007, 2007/11/01/). Advocacy at end-of-life: Research design: An ethnographic study of an ICU. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1343-1353. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.019>
- Stephens, M. (2015). Values, Ethics and Advocacy. İçinde *Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing* (Basım ed., Cilt 1, ss. 86-108). Pearson Australia.
- Şener Taplak, A.; Polat, S.; Tubaş, F. (2017, 12-14 Ekim 2017). Annelerin Sarsılmış Bebek Sendromuna İlişkin Bilgileri ve Riskli Davranışlarının Belirlenmesi. Uluslararası III. Adli Hemşirelik II. Adli Sosyal Hizmet I. Adli Gerontoloji Kongresi, Yozgat.
- T.C Sağlık Bakanlığı. (2011). *Hastane Hizmet Kalite Standartları* (Basım ed.). T.C Sağlık Bakanlığı,.
- T.C Sağlık Bakanlığı. (2020). Sağlıkta Kalite Standartları: Hastane. Ankara. No: 6.1,
- Tahan, H. M. (2016, Jul-Aug). Essentials of Advocacy in Case Management: Part 1: Ethical Underpinnings of Advocacy-Theories, Principles, and Concepts. *Prof Case Manag*, 21(4), 163-179. <https://doi.org/10.1097/ncm.000000000000162>
- Tariq, R. A.; Vashisht, R.; Sinha, A.; Scherbak, Y. (2023). Medication Dispensing Errors and Prevention. İçinde *StatPearls* (Basım ed.). StatPearls Publishing.
- TC Resmi Gazete. (1954). *Hemşirelik Kanunu*. TC Başbakanlık. Sayı: 8647, ss. 10-11.

- TC Resmi Gazete. (1998). *Hasta Hakları Yönetmeliği*. TC Başbakanlık. Sayı: 23420, ss. 67-76.
- TC Resmi Gazete. (2007). *Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (5634)*. TC Başbakanlık. Sayı: 26510.
- TC Resmi Gazete. (2010). *Hemşirelik Yönetmeliği*. TC Başbakanlık. Sayı: 27515.
- TC Resmi Gazete. (2011). *Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. TC Başbakanlık. Sayı: 27910.
- TDK. (2023). Güncel Türkçe Sözlük. Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/>
- Thacker, K. S. (2008, Mar). Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. *Nurs Ethics*, 15(2), 174-185. <https://doi.org/10.1177/0969733007086015>
- The European Network of Gynaecological Cancer Advocacy Groups. (2018). Guide to Patient Advocacy.
- The Joint Commission. (2018a). *Speak Up: Help Prevent Errors in Your Care*. Erişim Tarihi: 20 Şubat 2018 Erişim Adresi: https://www.jointcommission.org/topics/speakup_preventing_medical_errors.aspx
- The Joint Commission. (2018b). *Speak Up: Preventing Medical Errors*. Erişim Tarihi: 20 Şubat 2018 Erişim Adresi: https://www.jointcommission.org/topics/speakup_preventing_medical_errors.aspx
- The Joint Commission. (t.y). *Use an Advocate or Be an Advocate for Others*. Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2021 Erişim Adresi: <https://www.jointcommission.org/resources/for-consumers/take-charge/use-an-advocate-or-be-an-advocate-for-others/>
- Tiwary, A.; Rimal, A.; Paudyal, B.; Sigdel, K.; Basnyat, B. (2019). Poor communication by health care professionals may lead to life-threatening complications: examples from two case reports [version 1; peer review: 2 approved]. *Wellcome Open Research*, 4(7). <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15042.1>

- Tomaschewski-Barlem, J. G.; Lunardi, V. L.; Barlem, E. L. D.; Ramos, A. M.; Figueira, A. B.; Fornari, N. C. (2015). Nursing beliefs and actions in exercising patient advocacy in a hospital context. *Rev Esc Enferm USP*, 49(5), 806-812.
- Tomaschewski-Barlem, J. G.; Lunardi, V. L.; Barlem, E. L. D.; Silveira, R. S. d.; Ramos, A. M.; Piexak, D. R. (2017). Patient Advocacy in Nursing: Barriers, Facilitators and Potential Implications. *Texto Contexto Enferm*, 26(3). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000100014>
- Topçu, İ.; Türkmen, A. S.; Canbulat Şahiner, N.; Sevim, S.; Sen, H. (2017, 04/01). Physicians' and nurses' medical errors associated with communication failures. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 67, 600-604.
- TTB. (1998). Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. T. T. Birliği,
- TTB. (2012). Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. T. T. Birliği, Ankara.
- Tulane University. (2021). *Why Healthcare Advocacy Is Important*. Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine. Erişim Tarihi: 01.05.2023 Erişim Adresi: <https://publichealth.tulane.edu/blog/healthcare-advocacy/>
- Tuncay, A.; Kılıç, M. (2023). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün Tıbbi Hata Yapma Eğilimine Etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 557-574.
- TÜBA. (2013). Türkçe Bilim Terimleri Sözlüğü. *Türkçe Bilim Terimleri Sözlüğü*. Erişim Adresi: <http://www.tubaterim.gov.tr>
- Türk, G.; Özdemir, S.; Kocaçal Güler, E. (2019). İntörn Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 11(4), 374-380. <https://doi.org/10.5336/nurses.2019-65927>
- Türk Hemşireler Derneği. (t.y). *Türk Hemşireler Derneği - Tarihçe*. Erişim Erişim Adresi: <https://www.thder.org.tr/tarihce>
- Uyer, G. (2010). Geçmişten Geleceğe Hemşirelik Çerçevesinde Hemşireliğe Vurgu. *Medimagazin*. <https://www.medimagazin.com.tr/authors/gulten-uyer/tr-gecmisten-gelecege-hemsirelik-cercevesinde-hemsirelige-vurgu-72-24-2506.html>

- Uysal, A.; Karakurt, P. (2020). Hemşirelerin Mesleğe Bağlılık Durumlarının Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerine Etkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(3), 349-361.
- Uzun, Ş.; Arslan, F. (2008). İlaç Uygulama Hataları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28(2), 217-222.
- Vaartio, H.; Leino-Kilpi, H. (2005, Aug). Nursing advocacy-a review of the empirical research 1990-2003. *Int J Nurs Stud*, 42(6), 705-714. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.10.005>
- Vaartio, H.; Leino-Kilpi, H.; Salanterä, S.; Suominen, T. (2006, Sep). Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? *Scand J Caring Sci*, 20(3), 282-292. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00406.x>
- Varoğlu, S. (2022). *Cerrahi Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Mesleğe Bağlılık Düzeyleri İle Bakım Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Karabük Üniversitesi]. Karabük.
- Vitale, E.; Germini, F.; Massaro, M.; Fortunato, R. S. (2019). How Patients and Nurses defined Advocacy in Nursing? A Review of the Literature. *Journal of Health, Medicine and Nursing*, 63, 64-69. <https://doi.org/10.7176/JHMN/63-08>
- Ward, J.; Clarkson, P. (2004, 01/01). An analysis of medical device-related errors: prevalence and possible solutions. *Journal of Medical Engineering and Technology*, 28(1): 2-21. *Journal of medical engineering & technology*, 28, 2-21. <https://doi.org/10.1080/0309190031000123747>
- Ware, L. J.; Bruckenthal, P.; Davis, G. C.; O'Conner-Von, S. K. (2011, 2011/03/01/). Factors That Influence Patient Advocacy by Pain Management Nurses: Results of the American Society for Pain Management Nursing Survey. *Pain Management Nursing*, 12(1), 25-32. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pmn.2009.12.001>
- Water, T.; Ford, K.; Spence, D.; Rasmussen, S. (2016, 2016/10/28). Patient advocacy by nurses – past, present and future. *Contemporary Nurse*, 52(6), 696-709. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1235981>

- Watt, E. (1997, Jun). An exploration of the way in which the concept of patient advocacy is perceived by registered nurses working in an acute care hospital. *Int J Nurs Pract*, 3(2), 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.1997.tb00084.x>
- West Health Institute. (2015). *Missed Connections: A Nurses Survey on Interoperability and Improved Patient Care*.
- WHO. (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide* (Patient Safety, Issue).
- WHO. (2016). *Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level* (Basım ed.). World Health Organization.
- WHO. (2019, 13 September 2019). *WHO calls for urgent action to reduce patient harm in healthcare*. Erişim Erişim Adresi: <https://www.who.int/news/item/13-09-2019-who-calls-for-urgent-action-to-reduce-patient-harm-in-healthcare>
- WHO. (2022). *Health care-associated infections* (Patient Safety, Issue). https://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf
- WHO. (2023). *Patient Safety*. Erişim Tarihi: 23.10.2023 Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Wiegmann, D. A.; Shappell, S. A. (2001, 2001/10/01). Human Error Perspectives in Aviation. *The International Journal of Aviation Psychology*, 11(4), 341-357. https://doi.org/10.1207/S15327108IJAP1104_2
- Wu, A. W.; Cavanaugh, T. A.; McPhee, S. J.; Lo, B.; Micco, G. P. (1997, Dec). To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. *J Gen Intern Med*, 12(12), 770-775. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.07163.x>
- Yakupoğlu, E. S.; Sarioğlu, S.; Kurt, D. (2021). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Hasta Savunuculuğu. 19. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi,
- Yiğitbaş, Ç.; Oğuzhan, H.; Tercan, B.; Bulut, A.; Bulut, A. (2016). Hemşirelerin Malpraktis ile İlgili Algı, Tutum ve Davranışları. *Anadolu Klin*, 21(3), 207-214.

- Yıldırım, D.; Kısa, S.; Hisar, F. (2012, Dec). Validity and reliability of the Turkish version of the Essentials of Magnetism Scale (EOM II). *Int Nurs Rev*, 59(4), 570-576. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.01007.x>
- Yıldız, S.; Abaylı, E. İ.; Bay, K.; Kuğuoğlu, S. (2021). Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Rol ve Fonksiyonlarını Uygulama Düzeylerinin Belirlenmesi. 19. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi,
- Yılmaz, A. (2009). *Hemşirelerin İlaç Hataları Bildirimi Önündeki Engellere İlişkin Algıları* [Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Ankara.
- Yılmaz, A. (2019). *Servis sorumlu hemşirelerine uygulanan güçlendirme programının güçlendirme hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol ve hasta güvenliği kültürüne etkisi* [Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi].
- Yılmaz, A.; Yıldız Keskin, A.; Yeşildal, M. (2022). Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumu ve Etkileyen Faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 1151-1159. <https://doi.org/10.37989/gumussağbil.1139565>
- Yılmaz, G. (2017, 12-14 Ekim 2017). Psikiyatri Hastasının Hakları ve Psikiyatri Hemşiresinin Savunuculuk Rolü. Uluslararası III. Adli Hemşirelik II. Adli Sosyal Hizmet I. Adli Gerontoloji Kongresi, Yozgat.
- Zomorodi, M.; Foley, B. J. (2009, Aug). The nature of advocacy vs. paternalism in nursing: clarifying the 'thin line'. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1746-1752. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05023.x>

EKLER

EK 1. GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

“Hasta Savunuculuğu Tutumu İle Tıbbi Hataya Eğilim Arasındaki İlişki”

GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

HÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda, Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU danışmanlığında yürütülen “Hasta Savunuculuğu Tutumu ile Tıbbi Hataya Eğilim Arasındaki İlişki” başlıklı **doktora tezi** kapsamında bir anket çalışması gerçekleştirilmektedir. **Çalışmanın amacı**; hemşirelerin hasta savunuculuğu tutumları ile tıbbi hata eğilimleri arasında bir ilişki olup olmadığını incelemektir. Çalışma için HÜ Etik Komisyonundan ve GÜ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliğinden gerekli izinler alınmış bulunmaktadır.

Çalışmaya **yalnızca Gazi Hastanesinde aktif görevde bulunan hemşireler** katılabilirler. Katılım ise tamamen gönüllülük esasına bağlıdır. Hiçbir çalışan anketi doldurmaya zorlanamaz ve vereceği yanıtlar konusunda baskı ya da etki altına alınmaz. Çalışmaya katılma nezaketi gösterirseniz anketi doldurmadan önce aşağıdaki ayrıntılı bilgilendirmeyi de okumanızı, katılmak istemiyorsanız anketi size veren kişiye iade etmenizi rica eder; ilgi gösterdiğiniz ve zaman ayırdığınız için çok teşekkür ederiz.

Çalışmada kullanılacak olan anket 3 formdan oluşmaktadır. Formların nasıl doldurulacağı her formda ayrıca tarif edilmektedir. Özetle;

- **Birinci formda** cinsiyetiniz, yaşınız, medeni durumunuz gibi sosyo-demografik özellikleriniz sorulmaktadır.
- **İkinci formda** “hasta savunuculuğu” hakkında ifadeler yer almaktadır.
- **Üçüncü formda** bazı tıbbi uygulamalar listelenmiştir. Sizden bu ifadeleri okuyarak karşısındaki uygun seçeneği işaretlemeniz istenmektedir.

Dolduracağınız formlardan elde edilecek bilgi yalnızca akademik amaçla ve bu çalışma kapsamında kullanılacak; kimliğiniz tamamen gizli kalacaktır. Çalışmaya katılmak ya da katılmamak veya katıldıktan sonra herhangi bir aşamada vazgeçmek konusundaki karar tamamen size aittir. Onay vermeden önce sormak istediğiniz sorularınız varsa lütfen çekinmeden sorunuz. Çalışma süresince ya da sonrasında, aşağıda sizinle paylaştığım iletişim kanallarından yine sorularınızı iletebilir, araştırma sonucu hakkında bilgi isteyebilirsiniz.

Çalışmaya katılmak istiyorsanız lütfen bu belgeyi doldurup, imzalayarak teslim ediniz. İletişim bilgilerimin yer aldığı alt kısmı ise keserek saklayabilirsiniz. Meşakkatli meslek hayatınızda sabır, kolaylık ve başarı diler; değerli zamanınızı ayırdığınız için en içten teşekkürlerimi sunarım.

Uz. Murat AYDAN
Araştırmacı

Araştırmacılar tarafından yapılacak olan bu çalışmaya katılmama hakkımın olduğu, araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına da sahip olduğum konusunda açıkça bilgilendirildim. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla **KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

Katılımcının; Adresi: (isteğe bağlı)

İmzası

Telefon Numarası: (isteğe bağlı)

Adı – Soyadı (isteğe bağlı)

Tarih: / / 20.....

✂- - - - - Buradan keserek alttaki kısmı saklayabilirsiniz - - - - -

“Hasta Savunuculuğu Tutumu ile Tıbbi Hataya Eğilim Arasındaki İlişki”

Araştırmacı: Uz. Murat AYDAN

Adres:

Telefon:

E-posta:

--

EK 2. KATILIMCI BİLGİ FORMU

KATILIMCI BİLGİ FORMU

Bu formda vereceğiniz bilgilerin doğruluğu, araştırma için büyük önem taşımaktadır. Lütfen olabildiğince doğru bilgi veriniz. Vereceğiniz hiçbir bilgi bu araştırmanın dışında bir maksatla kullanılmayacak ya da hiçbir şekilde üçüncü bir kişiyle paylaşılmayacaktır.

1. Doğum tarihiniz (gün/ay/yıl): / / 19.....
2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
3. Medeni Durumunuz: Bekâr Evli
4. Hemşirelikteki öğrenim düzeyiniz:
 Lise Önlisans Lisans Yüksek Lisans Doktora
5. Hemşirelik mesleğinde kaç yıldır görev yapmaktasınız?
6. Şu an çalıştığınız kurumda kaç yıldır görev yapmaktasınız?
7. Halen görev yaptığınız birim hangisidir?
 Dahili Cerrahi Acil Yoğun Bakım Diğer (Belirtiniz):
8. Tahminen günde yaklaşık kaç hastaya bakım hizmeti sunuyorsunuz?
9. Hemşirelik göreviniz haricinde herhangi bir idari görev ya da sorumluluğunuz bulunuyor mu?
 Evet Hayır
10. “Hasta savunuculuğu” kavramı ile daha önce hiç karşılaştınız mı?
 Hayır, karşılaşmamıştım.
 Evet, hemşirelik öğrenimim sırasında karşılaşmıştım.
 Evet, katıldığım bir kurs/sertifika programında karşılaşmıştım.
 Evet, katıldığım bir panel/seminer/konferans/kongrede karşılaşmıştım.
 Evet, bir meslektaşımın duymuştum.
 Diğer:
11. Aşağıdaki soruyu diğer formları da doldurduktan sonra –zamanınız kalırsa– yanıtlanmanızı öneririz.
“Hasta savunuculuğu” ve “tıbbi hata” kavramları arasında mantıksal bir ilişki kurabilir misiniz?
Fikriniz yok ise boş bırakabilirsiniz.

Bu formdaki soruları yanıtladıysanız diğer formlara geçiniz.

EK 3. HASTA SAVUNUCULUĞU İÇİN KULLANILAN ÖLÇEK

HEMŞİRELİKTE KORUMACI HASTA SAVUNUCULUĞU ÖLÇEĞİ

Madde No.	Ölçek İfadeleri	Kesinlikle	Pek	Kısmen	Genel Olarak	Kesinlikle
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Hastalar hemşirelerin hasta adına hareket etmelerine ihtiyaç duyarlar.					
2	Hastaların tehlikede olduğu sezildiğinde, hemşirelerin yasal olarak hasta savunucusu olarak hareket etmeleri gerekir.					
3	Hemşire olarak, hastamın menfaatini hemşirelik savunuculuğunun temel odağı olarak tutarım.					
4	Hasta savunuculuğunun faydalarını kavrayan hemşireler daha iyi hasta savunucularıdır.					
5	Hastamın savunucusu olarak hareket ederken, hastam adına hareket ediyorum.					
6	Hastamın savunucusu olarak hareket ederken, hastam adına konuşurum.					
7	Hastamı savunurken, hastamın sesi olarak hareket ediyorum.					
8	Hastamın savunucusu olarak hareket ederken hastamın temsilcisi gibi davranıyorum.					
9	Hastamın sağlık hizmetleri ortamındaki haklarını koruduğumda hastamı savunmuş oluyorum.					
10	Savunmasız hastaları zarardan koruduğumda hasta savunucusu olarak hareket ediyorum.					
11	Sağlık hizmetleri ortamında yalnızca gerekli olduğunda hastalarımı korumak için hasta savunuculuğu yaparım.					
12	Bir hastanın adına hareket eden hemşireler o hastanın itibarını koruyorlardır.					
13	Hasta savunucusu olarak hareket etmeme neden olan durumları irdelerim.					
14	Hasta savunucusu olarak hareket etmek için kurumsal kanalları kullanırım					
15	Daha etkili bir hasta savunucusu olmak için etik kurulların tavsiyelerinden faydalanırım.					
16	Zaman yetersizliği hasta savunucusu olarak hareket edebilme becerimi kısıtlar.					
17	Hemşireler hoşgörülü bir iş ortamında çalışırken hasta savunuculuğunu daha fazla uygularlar.					
18	Hekimler tarafından desteklenen hemşireler daha iyi hasta savunucularıdır.					
19	Daha fazla özgüvene sahip olduğum için daha iyi bir hasta savunucusu olabilirim.					
20	İyi hasta bakımı sağlamaya kendilerini adanmış hemşireler daha iyi hasta savunucularıdır.					
21	Hemşireliğe bağlılığının artması hemşirenin hasta savunucusu olarak hareket etme becerisini artırır.					
22	Hemşirelik eğitiminin artması hemşirenin hasta savunuculuğundaki etkililiğini artırır.					
23	Hastalarım için savunuculuk yapma becerimden şüpheliyim.					

Sonraki sayfadan devam ediniz -->

HEMŞİRELİKTE KORUMACI HASTA SAVUNUCULUĞU ÖLÇEĞİ

Madde No.	Ölçek İfadeleri	Kesinlikle	Pek	Kısmen	Genel Olarak	Kesinlikle
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24	Hemşireler klinik ortamda hastalarına savunuculuk yapmazlar.					
25	Zarar görme tehdidi altında olduklarında hastalarını için konuşmaya etik olarak yükümlüyüm.					
26	Hasta bakımı hakkında hastalara bilgi sağlayan hemşireler hasta savunucusu olarak hareket etmektedirler.					
27	Hastalar kendilerini savunmada farklı seviyelerde becerilere sahiptirler.					
28	Savunmasız hastalar zarar verici durumlarda benim korumama ihtiyaç duyarlar.					
29	Hemşirelik tecrübesinin artması hemşirenin hasta savunucusu olarak hareket etme becerisini artırmaz.					
30	Hasta savunucusu olarak hareket ederken işimi riske atıyor olabilirim.					
31	Hastalar adına konuşan hemşireler işverenlerinden gelecek tepki ile yüzleşebilirler.					
32	Hastalarımı kendi hakları konusunda bilgilendirdiğimde yaptıklarım için işverenim tarafından cezalandırılabilirim					
33	Savunmasız hastalar adına konuşan hemşireler işverenler tarafından iş aksatıcı olarak yaftalanabilirler.					
34	Hastaları klinik ortamdaki hasta hakları konusunda bilgilendirip eğittiklerinde hemşireler işlerini riske atabilirler.					
35	Hemşireler hasta savunucusu olarak hareket ettiklerinde hastaları destekliyor olmazlar.					
36	Hemşireler bir prosedürün gerçekleşmesini fiziksel olarak engelleyerek hastaları zarar verici durumlardan koruyabilirler.					
37	Hemşireler hastaların kendi kararlarını alma haklarını koruduklarında savunucu olarak hareket ediyorlardır.					
38	Tedaviler hasta yararı olmaksızın acıya neden olduğunda hemşireler hastaları savunmamalıdır.					
39	Hemşirelikte çalıştığım yıllar arttıkça, hastalarımı savunmada daha az etkili oluyorum.					
40	Yorgun olduğumda hastalarım için konuşmada daha az etkiliyim.					
41	Tükenmişlik yaşamam nedeniyle etkili bir savunucu değilim.					
42	Hemşire olarak çalışmayı sevmediğim için, hasta savunucusu olarak hareket etmeye daha az istekliyim.					
43	Hasta savunucusu olarak hareket etmemi sağlayacak hemşirelik mesleğine bağlılıktan yoksunum.					

*Formu eksiksiz doldurduğunuz için teşekkür eder;
sonraki formu da aynı şekilde doldurmanızı rica ederiz.*

EK 4: HEMŞİRELİKTE TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ

HEMŞİRELİKTE TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ (Sayfa 1/2)

<i>Aşağıda tabloda yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz</i>		HİÇ	COK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
İLAC VE TRANSFÜZYON UYGULAMALARI		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum					
2	Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum					
3	İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım					
4	Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim					
5	İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim					
6	İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim					
7	İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm					
8	İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim					
9	IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim					
10	İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım					
11	İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim					
12	İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim					
13	Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim					
14	Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim					
15	Mayı miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim					
16	Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim					
17	Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim					
18	Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim					
HASTANE ENFEKSİYONLARI		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19	Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim					
20	IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim					
21	Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim					
22	İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim					
23	İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim					
24	Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm					
25	Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim					
26	Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim					
27	Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım					
28	Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim					
29	Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım					
30	Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğunda kullanmamaya dikkat ederim					

HEMŞİRELİKTE TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ (Sayfa 2/2)

<i>Aşağıda tabloda yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz</i>		HİÇ	COK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELİKLE	HER ZAMAN
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31	Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım					
32	Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım					
33	Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım					
34	Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim					
35	Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim					
36	Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım					
37	Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim					
38	Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım					
39	Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim					
DÜŞMELER		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40	Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm					
41	Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım					
42	Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim					
43	Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim					
44	Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım					
İLETİŞİM		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
45	Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim					
46	Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim					
47	Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim					
48	Serviste çift order (doktor istemi+hemşire gözlem formu) kontrolü uygulamasına dikkat ederim					
49	Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrularım					

Değerli zamanınızı ayırarak araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Lütfen doldurduğunuz formları araştırmacıya teslim ediniz.

EK 5. ORJİNALLİK RAPORU

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-21
		Yayın Tarihi Date of Pub.	22.11.2023
	FRM-DR-21 Doktora Tezi Orijinallik Raporu <i>PhD Thesis Dissertation Originality Report</i>	Revizyon No Rev. No.	00
		Revizyon Tarihi Rev.Date	

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA	
Tarih: 12/12/2023	
Tez Başlığı* "Hasta savunuculuğu tutumu ile tıbbi hataya eğilim arasındaki ilişki"	
Yukarıda başlığı verilen tezin a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 146 sayfalık kısmına ilişkin, 12/12/2023 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %9'dur.	
Uygulanan filtrelemeler**:	
1. <input checked="" type="checkbox"/> Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç	
2. <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç	
3. <input type="checkbox"/> Alıntılar hariç	
4. <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dâhil	
5. <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç	
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tezin herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumlarda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.	
Gereğini saygılarımla arz ederim.	
12/12/2023	

Öğrenci Bilgileri	Ad-Soyad	Murat AYDAN	Öğrenci No	
	Enstitü Anabilim Dalı			
	Programı			
	E-posta/Telefon			
	Statüsü	Doktora	<input checked="" type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR

Doç. Dr. Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN

*Tez **Almanca** veya **Fransızca** yazılıyor ise bu kısımda tez başlığı **Tez Yazım Dilinde** yazılmalıdır

**Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları İkinci bölüm madde (4)/3'te de belirtildiği üzere: Kaynakça hariç, Alıntılar hariç/dahil, 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words) filtreleme yapılmalıdır.

EK 6. ETİK KOMİSYON ONAYI

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Rektörlük



Sayı : E-35853172-755.02.06-00002759269
Konu : Murat AYDAN Hk. (Etik Komisyon İzni)

22.03.2023

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 06.03.2023 tarihli Uz.Murat AYDAN'ın dilekçesi.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora programı öğrencilerinden **Murat AYDAN**'ın **Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU** danışmanlığında hazırladığı “**Hasta Savunuculuğu Tutumu İle Tıbbi Hayata Eğilim Arasındaki İlişki**” başlıklı tez çalışması başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **07 Mart 2023** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Sibel AKSU YILDIRIM
Rektör Yardımcısı

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



EK 7. UYGULAMA İZİNİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr.AbdurrahmanYurtaslan Onkoloji Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi

EĞİTİM PLANLAMA KURULU TOPLANTI KARAR TUTANAĞI

Toplantı Sayısı :9
Toplantı Tarihi :11.04.2023
Saat :14.30

KARARLAR

1. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Murat AYDAN'ın Prof.Dr.Özgür UĞURLUOĞLU danışmanlığında yürüttüğü "Hasta Savunuculuğu Tutumu ile Tıbbi Hayata Eğilim Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasını hastanemiz hemşirelerine Hemşire Semra ERCIVAN yardımcılığında yapabilmesi hususunun uygun olduğuna;

Oybirliği ile karar verilmiştir.