



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**
GRADUATE SCHOOL
OF HEALTH SCIENCES

KOÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN EKİP ÇALIŞMASI
TUTUMU VE BAZI MESLEKİ
ÖZELLİKLERİNİN HASTA
GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE
ETKİSİ**

BAHAR ERCAN

KOÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ

ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL – 2019

KOÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN EKİP ÇALIŞMASI
TUTUMU VE BAZI MESLEKİ
ÖZELLİKLERİNİN HASTA
GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE
ETKİSİ**

BAHAR ERCAN

KOÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ: Doç. Dr. EMİNE

TÜRKMEN



TEZ ONAY SAYFASI



BEYAN

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

Bahar ERCAN

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam sayın Doç. Dr. Emine Türkmen'e ve ilgisini ve önerilerini göstermekten kaçınmayan Sayın Dr. Öğretim Üyesi Nilgün Göktepe'ye,

Mesleki bilgi ve donanımlarıyla gelişimime katkı sağlayan Başhemşirem sayın Müjgan Mutlu Alkan'a ve Sorumlu hemşirem sayın Naime Çekemoğlu'na,

Eğitimim süresince yardım ve desteklerini esirgemeyen, yaşamımın her döneminde sevgi ve ilgisiyle yanımda olan aileme,

Çalışmalarım boyunca yardımını hiç esirgemeyen değerli arkadaşım Saadet Özdilek'e,

Çalışmamda bana yardımcı olan tüm ekip arkadaşlarıma ve araştırmaya katılmayı kabul ederek destek sağlayan tüm meslektaşlarıma sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Bahar ERCAN

İÇİNDEKİLER	Sayfa
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ	4
2.1.1. Hasta Güvenliği Kültürü İle İlgili Kavramlar	4
2.1.2. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi	6
2.1.3.Türkiye’ de Hasta Güvenliği Uygulamalarının Gelişimi	7
2.1.4. Hasta Güvenliği kültürünün oluşturulması	8
2.1.5. Hasta Güvenliği Kültürünü Oluşturulma ve İyileştirmede Kullanılan Modeller	12
2.1.6. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşmasına Engel Olan Faktörler	17
2.1.7. Hasta Güvenliğini Sağlamada Hemşirenin Rolü	18
2.2. EKİP ÇALIŞMASI	19
2.2.1.Ekip Kavramı, Hemşirelik ve Hasta Güvenliği Kültüründeki Önemi	19
2.2.2. Ekip Çalışmasını Etkileyen Faktörler	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1.Araştırmanın Tipi	23
3.2.Araştırmanın Soruları	23
3.3.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.5.Araştırmanın Değişkenleri	24
3.6.Verİ Toplama Araçları	24
3.7.Verilerin Toplanması	27
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.10.Etik Kurul	29

4.BULGULAR	30
5.TARTIŞMA	51
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	58
7.KAYNAKÇA	60
8.EKLER	70



TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 3.1. Evren ve Örneklem Sayısı	25
Tablo 3.2. Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği	26
Tablo 3.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	28
Tablo 4.1. Veri Analizi	30
Tablo 4.2. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	32
Tablo 4.3. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri	33
Tablo 4.4. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Eğitim Alma Durumu	33
Tablo 4.5. Hemşirelerin İş Doyumu, Kurumdan ve Meslekten Ayrılma Niyeti	34
Tablo 4.6. Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği (EÇTÖ) Puanları: Tanımlayıcı İstatikler	35
Tablo 4.7. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ) Puanları: Tanımlayıcı İstatikler	36
Tablo 4.8. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.9. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
Tablo 4.10. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Eğitimi Alma ve Eğitimin Süresine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
Tablo 4.11. Hemşirelerin İş Doyum Düzeyi ve İşten-Meslekten Ayrılma Düşüncesine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 4.12. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanları ile Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği Puanlarının İlişkisi: Korelasyon Analizi Sonuçları	46
Tablo 4.13. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	49

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. PUKO Döngüsü	12
Şekil 2. Altı Sigma Modeli	13
Şekil 3. Kök Neden Analizi	14
Şekil 4. Hata Türleri ve Etki Analizi	15
Şekil 5. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	16



KISALTMALAR DİZİNİ

EÇTÖ: Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

HGKÖ: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği



ÖZET

Hemşirelerin Ekip Çalışması Tutumu ve Bazı Mesleki Özelliklerinin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi

Bu tanımlayıcı çalışma, hemşirelerin ekip çalışması tutumu ve bazı mesleki özelliklerinin hasta güvenliği kültürü algısına etkisini incelemek amacıyla yapıldı. Çalışma, Nisan-Haziran 2019 tarihleri arasında, İstanbul'da bir devlet hastanesi, bir üniversite hastanesi, bir vakıf üniversite hastanesi ve bir özel hastane olmak üzere dört hastanede en az altı aydır çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 391 hemşire ile yürütüldü. Veri toplamak için sosyodemografik özellikler, Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin bulunduğu bir anket formu kullanıldı. Verilerin değerlendirmesinde, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi, ANOVA, Kruskal Wallis testi, pearson korelasyon ve çoklu regresyon (backward) analizi kullanıldı.

Araştırmada, hemşirelerin ekip çalışması tutumu ortalama puanı 3.32 ± 0.48 ve hasta güvenliği kültürü algı ortalama puanı 3.38 ± 0.45 idi. Sosyodemografik ve mesleki özelliklerden 25 yaş ve üzerinde, üniversite hastanesinde çalışan, yönetim ve eğitim birimlerinde görev alan, kurumda ve birimde üç yıldan fazla deneyimi olanların ve gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p < .05$). Ayrıca üç saatten fazla hasta güvenliği eğitimi alan, iş doyumunu yüksek olan ve meslekte kalmayı düşünen hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p < .05$). Hemşirelerin ekip çalışması tutum puanları ile hasta güvenliği kültürü puanları arasında güçlü düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p < .001$). Çoklu regresyon modelinde hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörler; ekip çalışması tutumu, çalıştıkları kurum, çalışılan pozisyon, yaş ve iş doyum düzeyi olarak belirlendi ($R: .69$, Adjusted $R^2: .46$, $F: 68.51$, $p: .000$, Durbin Watson: 1.75).

Hemşirelerde hasta güvenliği kültürünü oluşturmak için hemşirelerin ekip çalışması tutumlarının geliştirilmesi ve iş doyum düzeyinin artırılmasına ihtiyaç vardır. Ayrıca eğitim ve yönetim pozisyonlarında çalışan hemşireler gibi diğer hemşirelere de daha fazla sorumluluk verilmesi ve yönetime katılmalarının sağlanması hasta güvenliği kültürünün yerleşmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, ekip çalışması, hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü

ABSTRACT

The Effect of Nurses' Teamwork Attitude and Professional Characteristics of Some Professions on Patient Safety Culture

This descriptive study was conducted on the purpose of examining the effect of nurses' teamwork attitude and professional characteristics of some professions on the perception of patient safety culture. This study was conducted between April-June 2019 with the participation of 391 nurses who were volunteer for research studies and had been working for at least six months at four different hospitals, a state hospital in Istanbul, a university hospital, a foundation university hospital and a private hospital. A survey form including, sociodemographic attributes, a teamwork attitudes scale and a patient safety culture scale, was used in order to collect data. Independent Groups Test, Mann Whitney U test, ANOVA, Kruskal Wallis test, Pearson's Correlation and Multiple Regression analysis (backward) were used.

In the study, the average score of nurses' teamwork attitude was $3.32 \pm .48$ while the average score of patient safety culture perception was $3.38 \pm .45$. From the socio-demographic and professional characteristics, the perception of patient safety culture of those who are at the age of 25 or older, work at a university hospital, serve at units of management and training, have an experience of more than three years at their institutions and work on the day shift was found at high level ($p < .05$). In addition to this, it was detected that the nurses who receive patient training for more than three hours, have a high job satisfaction, think of staying in their professions have a high level of patient safety culture perception ($p < .05$). A positive, strong and significant relation between the nurses' scores of teamwork attitude and scores of patient safety culture was detected ($p < .001$). The factors affecting patient safety culture in multiple regression model were detected as teamwork attitude, the institutions in which they work, position of employees, position in which they work, age and the level of job satisfaction ($R: .69$, Adjusted $R^2: .46$, $F: 68.51$, $p: .000$, Durbin Watson: 1.75).

In order to create patient safety culture in nurses, there is a need to develop their teamwork attitudes and to increase their level of job satisfaction. In addition, like the nurses working in training and management positions, the other nurses' being given more responsibility and being allowed to participate in management may make a big contribution to the settling of patient safety culture.

Keywords: Nursing, team-work, patient safety, patient safety culture.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık bakım sisteminin giderek karmaşık hale gelmesi ve gelişmesi hasta güvenliğinin önemini artırmıştır (Korkmaz, 2012). Gelişmiş ülkelerde hastalar sağlık hizmeti alırken hastaneye yatan 10 kişiden birinin zarar gördüğü, dünya genelinde ise her 300 kişiden birinin zarar gördüğü ve tahmin edilmektedir (Ammouri, Tailakh, Geethakrishnan, & Al Kindi, 2015). Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine/IOM) Raporuna göre ise her yıl önlenbilir hatalar yüzünden hayatını kaybedenlerin oranı 44000 ile 98000 arasında değişmektedir (World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2015). Hastanede tedavi alan bütün hastalar risk altında olduğu için hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinde dünya genelinde öncelikli konu haline gelmiştir (Gökdoğan ve Yorgun, 2010; Yuswardi, & Boonyoung, 2012).

Hasta güvenliği kalitenin en önemli unsurudur (Madhavanpraphakaran, 2012). Hasta güvenliği, sağlık kurumları ve kurum çalışanları tarafından bakım sistemlerinin bireylere vereceği zararı önlemek amacıyla alınan önlemlerin tamamını içerir (Çırpı, Merih ve Kocabey, 2009). Sağlık bakım sisteminde “Önce Zarar Verme” görüşü, en önemli ilke olarak kabul edilmektedir (Eroğlu, 2011; Durmaz, 2016). Bir kurumda hasta güvenliği ortamının iyileştirilmesi hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasına bağlıdır (Dursun, Bayram ve Aytaç, 2010).

Hasta güvenliği kültürü tıbbi hataların önlenmesinde sistematik bir yaklaşım, hata bildirimlerinde şeffaflık ve dürüstlük olarak tanımlanmaktadır (Erdağı, 2013). Olumlu hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için kurumun bir güvenlik kültürü oluşturması, çalışanlara liderlik etmesi ve destek vermesi, risk yönetimi faaliyetlerini entegre etmesi, raporlamaya teşvik etmesi, çalışanlara eğitim vermesi ve ekip çalışmasına yönlendirmesi gerekir (Alp, 2011; Carlson, 2012; Madhavanpraphakaran, 2012; Karaca ve Arslan, 2014). Bütün bunların yapılabilmesi için de yeterli kaynak sağlanması gerekir (Miller, 2005). Hasta güvenliğine yönelik çalışmaların başarıya ulaşabilmesi için hataların ve sistemle ilgili sorunların açıkça tartışılabileceği, suçlayıcı ve cezalandırıcı olmayan bir

kültür geliştirilmesi gerekmektedir (Filiz, 2009; Çiçek, 2012; Erdağı, 2013). Ortaya çıkan hatalar yüzünden kişilerin suçlanmasından daha çok hatalardan ders çıkarma ve hasta güvenliğini geliştirmek için bunun bir fırsat olduğu inancının kurum çalışanları tarafından benimsenmesi sağlanmalıdır (Dilmen, 2016).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün yerleşmesi için hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını benimsemesi gerekmektedir (Karaca ve Arslan, 2014). Hasta güvenliği kültürü hemşireler ile kimlik bulmaktadır (Gündoğdu ve Bahçecik, 2012; Erdağı, 2013). Kesintisiz bir sağlık hizmeti olan hasta bakımında görev alan hemşireler hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir role sahiptir (Eroğlu, 2011; Carlson 2012). Hemşireler hasta bakımının her alanında hasta güvenliği ile iç içe olduklarından dolayı yapacağı hata ve yanlış uygulamalardan hastalar doğrudan etkilenmektedir (Eroğlu, 2011; Balanuye, 2014). Bu nedenle, kurumlardaki hasta güvenliğini artırmak için hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi ve iyileştirilmesine odaklanılması, stratejiler geliştirilmesi ve eğitimler verilmesi gerekir (Morello, Lowthian, Barker, McGinnes, Dunt & Brand, 2012).

Her kurumda olduğu gibi sağlık kurumlarında da güvenlik kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesi bir ekip işidir (Akman, 2010; McNamara, 2010). Ekip, ortak bir hedef etrafında toplanmış, birbirine güvenen ve birbirini tamamlayan iki veya daha fazla kişiden oluşan topluluktur (Canlı, 2010). Sağlık kurumlarında nitelikli sağlık hizmetinden söz edebilmek için çalışanlar arasında işbirliği ve ekip anlayışının olması gerekir (Yardımcı, Başbakkal, Muslu, Ersun ve Beytut, 2012). Ekip çalışmasında başta hekimler ve hemşireler olmak üzere sektörün tüm çalışanlarına görev düşmektedir (Vural, Çiftçi, Fil, Aydın, Vural, 2014). Manser'in (2009) sağlık hizmetlerinin dinamik alanlarında ekip çalışması ve hasta güvenliği üzerine yaptığı literatür incelemesinde ekip çalışması, liderlik ve iletişimin hasta güvenliği üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu bulunmuştur. Ayrıca ekip çalışmasının hataların önlenmesinde büyük öneme sahip olduğunu belirtmiştir. Reis, Paiva, Sousa (2018)'nin yapmış olduğu çalışmada, ekip çalışmasının hasta güvenliği kültürünü olumlu etkilediği ortaya çıkmıştır.

Stavrianopoulos'un (2012) yaptığı çalışmada, hasta güvenliği kültürünün alt boyutları olarak liderlik, takım çalışması, kanıta dayalı çalışma, iletişim, öğrenme

ve hasta merkezli bakım tespit edilmiştir. Sammer, Lykens, Singh, Mains, & Lackan'ın (2010) yaptığı çalışmada da liderlik, takım çalışması, kanıta dayalı çalışma, iletişim, öğrenme ve hasta merkezli bakım gibi faktörlerin hasta güvenliği kültürünü etkilediği belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalışma ortamı, hasta güvenliği açısından önemli bir yere sahiptir (Korkmaz, 2012). Çalışma alanlarındaki koşullar, yönetimin tarzı, eğitimler ve buna benzer faktörler hasta güvenliği kültürü oluşturulmasını etkilemektedir (Akman, 2010). Durmaz'ın (2016) "Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" adlı yaptığı çalışmasında, hemşirelerin eğitim düzeyinin, hasta güvenliği ile ilgili kongre ve sempozyum gibi bilimsel faaliyetlere katılma durumunun, hasta güvenliği konusunda birimin yeterlilik düzeyinin ve son bir yılda olay raporu yazma durumunun cerrahi hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı üzerinde etkili faktörler olduğu saptanmıştır. Karaca ve Arslan'ın (2014) hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik yaptığı bir çalışmada, eğitimin hasta güvenliğini etkilediği sonucuna varmıştır. Çiçek'in (2012) hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik görüş ve tutumlarını incelediği çalışmada, hasta güvenliğinin sağlanması ve gelişmesinde yönetici faktörünün yadsınamaz bir önemi olduğu bulunmuştur. Campione ve Famolaro'nun (2018) yaptığı çalışmada liderlik ve eğitimin hasta güvenliği kültürünü etkilediği belirlenmiştir. Pizzi, Goldfarb ve Nash'ın (2002) yaptığı çalışmada da iletişim, çalışma alanı, iş deneyimi ve yöneticinin hasta güvenliği kültürünü etkilediği belirtilmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Günümüzde hemşirelik mesleğinde hasta güvenliği kültürü kavramı birçok yönüyle ele alınmıştır. Bu çalışmada, güvenlik kültürünü etkileyen önemli unsurlardan biri olan ekip çalışması kavramı ile ilişkili olarak hemşirelerin ekip çalışması tutumu ve bazı mesleki özelliklerinin hasta güvenliği kültürüne etkisi incelenmiştir. Elde edilen bilgilerin, sağlık ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin hastanelerde hasta güvenliğini geliştirmede kullanabilecekleri stratejileri geliştirmelerine katkı sağlaması öngörülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği Kültürü

2.1.1. Hasta Güvenliği Kültürü İle İlgili Kavramlar

Kültür

Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre kültür, 'Tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü, hars, ekin' anlamına gelmektedir (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=214144). Öğrenilmiş davranışların bir araya gelmesiyle oluşur. Kurumda işlerin nasıl yürütüldüğünü gösterir (Filiz, 2009; Akman, 2010). Kültür doğrudan kabul görmüş normları ve uygulamaları belirlediğinden, hasta güvenliği sonuçlarını doğrudan etkiler. Hasta güvenliğini artırmak için tasarlanan müdahalelerin benimsenmesine engel veya engelleyici olarak hareket ederek hasta güvenliğini dolaylı olarak da etkileyebilir (Emanuel ve ark., 2011).

Alp ve Ardahan'ın (2015) aktarımına göre kültürün en klasik tanımı, yapılmış tüm tanımlar arasında en çok başvurulanı ve en çok söz edileni Taylor'un tanımı olmuştur. Taylor'a göre kültür; bir toplumun üyesi olarak insanoğlunun öğrendiği bilgi, inanç, ahlak, hukuk, sanat, gelenek-göreneklere ve benzeri alışkanlıkları içine alan karmaşık bir bütündür. Ona göre, insanın kendinden sonraki nesillere aktarılacak üzere öğrettiği her şeyi kapsamaktadır (Alp ve Ardahan, 2015). Kültürün temelini, insanların geleneksel görüşleri ve onlarla ilişkilendirdiği değerleri, sağlığa ve hastalığa yükledikleri anlam, gösterdikleri tutum ve davranışları ve içinde yaşadığı toplum oluşturur. Sağlık profesyonellerinin topluma daha etkili bir sağlık hizmeti sunabilmeleri için, hizmet verdikleri grubun hastalık ve sağlık kavramlarını nasıl algıladıklarını, bu grubun sağlık hizmetlerine karşı gösterdikleri tutumları ve bu tutumların arkasında yatan kültürel etmenleri bilmeleri gerekmektedir (Gündoğdu, Bahçecik, 2012).

Güvenlik Kültürü

Güvenlik kültürü, güvenliği tehdit edebilecek durumları önleme veya en aza indirme ile ilgili normları, inançları, rolleri, tutumları ve uygulamaları kapsayan bir kavram olarak ifade edilir (Çögenli ve Meltem, 2017). Güvenlik kültürü, bir organizasyonun güvenlik arayışında yaptıkları işin toplamıdır (https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_57_Safety_Culture_Leadership_0317.pdf). Cox ve Cheyne'nin (2000) aktarımına göre Nükleer Tesislerin Güvenliği Komitesi (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations/ACSNI) tarafından güvenlik kültürü, bir kurumda birey ve grupların sağlık ve güvenlik yönetimi ve tarzına bağlılığını ve verimliliğini gösteren değerler, tutumlar, algılar, yeterlilikler ve davranış kalıplarının bir ürünüdür (Cox & Cheyne, 2000). Güvenlik kültürü istenmeyen olayların geliştiği durumlarda nasıl başa çıkılacağına ön izlenimini yapan değerleri ifade etmektedir (Tutar, Nam, Nam, 2019). Güvenlik kültürünün hataları önlemede büyük önemi vardır. Güvenlik kültüründe bütün çalışanların katılımı üzerinde durulmaktadır. Çünkü güvenlik kültürünün oluşması bireylerin sorumluluklarını yerine getirmesi ölçüsünde oluşur (<https://docplayer.biz.tr/23314031-T-c-calisma-ve-sosyal-guvenlik-bakanligi-is-teftis-kurulu-baskanligi.html>).

Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin en önemli ve en temel ilkesidir (Miller 2005; Yetginlioğlu, 2009; Mcnamara ve ark., 2010). Sağlık bakım sisteminin en önemli bileşeni olan hasta güvenliği, hasta haklarının temelini oluşturmasının yanı sıra sağlık bakım hizmetleri ile ilgili kalite standartlarının da bir göstergesidir (Aydemir, 2015). JCI tanımına göre hasta güvenliği hastalara yapılan hataların ve olumsuz etkilerin önlenmesidir (https://www.jointcommission.org/assets/1/18/PSC_for_Web.pdf).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerindeki hataların, kişilere vereceği olası zararı önlemek için sağlık kuruluşları tarafından alınan önlemlerdir. Temel hedef, hizmet sunumu sırasında oluşabilecek hatalar yüzünden kişileri zararlardan koruyacak ve hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Güven,

2007). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ/World Health Organization/WHO) göre hasta güvenliği ise sağlık sürecinde, hastaya önlenebilir bir hatanın olmaması ve sağlık hizmeti ile ilgili zararın en aza indirgenmesidir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık bakım hizmetlerinin her aşamasında hata olasılığının olduğunu ve orta-az gelişmiş ülkelerde ölümlerin %10-15'inin sağlık hizmetlerinde bakım kalitesinin düşüklüğüne bağlı olduğunu bildirmektedir (<https://www.who.int/patientsafety/en/>).

2.1.2. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Hasta güvenliğinin geçmişi çok eski zamanlara dayanmaktadır. Ersoy'un (1995) aktarımına göre tarihin en eski yazılı kanunları olan Hammurabi Kanunlarında (M.Ö. 1790-1800) insanlar çeşitli kurallarla güvence altına alınmış olup hekimin sorumluluğu hastada ortaya çıkan sonuca göre belirlenmektedir. İlkçağ uygarlıklarının hemen hemen hepsinde kötü ya da hatalı uygulamalar için hekimlere sorumluluk düştüğü belirtilmektedir (Ersoy, 1995).

Sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu olan Uluslararası Ortak Komisyon (Joint Commission International/JCI) 1951 yılında kurulmuş, kalite ve güvenliği sağlamak için çalışmalara başlamıştır (https://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx). 1990'lı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere, Avustralya, Danimarka ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde yapılan çalışmalarda hastanelerde ve diğer sağlık kuruluşlarında tıbbi hatalardaki yüksekliğin farkına varılması ile birlikte hasta güvenliği önem kazanmaya başlamıştır (WHO, 2000). JCI, 1998 yılında beklenmeyen (sentinel) olayların bildirimini ve kök neden analizi araştırılmasına yönelik politika yayımlanmıştır. 1999 yılında ise JCI'nin misyonu hasta güvenliği odak alınarak yenilenmiş ve 2002 yılında ilk olarak "Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri" yayımlanmıştır. 2004 yılında "Vizyonu ve Yeni Yolları Paylaş" sloganıyla akreditasyon süreçlerinde bakım kalitesini ve ve hasta güvenliğini artırmak üzere bakım süreçleri ve organizasyonel olarak sistem mercek altına alınmıştır. 2005 yılında DSÖ, JCI işbirliği ile "DSÖ Hasta Güvenliği Çözümleri İşbirliği Merkezi (WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions)" oluşturmuştur. JCI 2011 Yıllık Raporu'nda, Amerika Birleşik Devletleri Hastaneleri arasında bakım kalitesi ve güvenliği konusunda en iyilerin duyurusu yapılmıştır. 2015 yılında JCI standartları içerisinde "Hasta Güvenliği Sistemleri" ayrı bir bölüm olarak

yayınlanmıştır

([https://jntcm.ae-](https://jntcm.ae-admin.com/assets/1/6/TJC_history_timeline_through_2018.pdf)

[admin.com/assets/1/6/TJC_history_timeline_through_2018.pdf](https://jntcm.ae-admin.com/assets/1/6/TJC_history_timeline_through_2018.pdf)).

2.1.3. Türkiye’ de Hasta Güvenliği Uygulamalarının Gelişimi

Ülkemizde, 1990’lı yıllarda başlayan sağlıkta reform hareketleri ile birlikte 2000’li yıllarda sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi çalışmaları hız kazanmış; uluslararası çalışmalar doğrultusunda kalite ve akreditasyon çalışmaları hem özel hem de kamu sektöründe önemli bir konu olmuştur (Akdağ, 2007). Uluslararası hasta güvenliği hedefleri doğrultusunda ülkemizde de çalışmalar giderek artmaya başlanmıştır. Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından “sağlık kurumlarında kalite ve akreditasyon” çalışmaları ve kurumsal ve sistematik biçimde 2005 yılında hayata geçirilmiştir (Demirtaş ve Şencan, 2012). Tıbbi hataların önlenmesi konusunda çalışmalar yapmak amacıyla 2006 yılında Hasta Güvenliği Derneği kurulmuş ve “Önce Zarar Verme” sloganıyla harekete geçilmiştir. Dernek, Türkiye’de Hasta Güvenliği konusu odaklı çalışan ilk organizasyon olup 2007 yılında Sağlık Bakanlığı ve JCI işbirliği ile ilk Hasta Güvenliği Kongresini düzenlemiştir (<http://www.milliyet.com.tr/pembelar/hasta-guvenligi-kongresi-sona-erdi-539677>) Sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak üzere 2009 yılında “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” yayımlanmıştır (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>). Hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasını esas alan Sağlıkta Kalite Standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenleyen “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” 27.06.2015 tarihinde yürürlüğe girmiştir (<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28352,saglikta-kalitenin-gelistirilmesi-ve-degerlendirilmesine-dair-yonetmelikpdf.pdf?0>). Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke sağlık sistemi yapısı ihtiyaç ve öncelikleri esas alınarak ilki 2005 yılında oluşturulan Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Sağlıkta kalite sürecine ait temel bilgileri içermekte olup 2015 yılında beşinci versiyonu yayımlanmıştır. Bu standartlar, sağlık hizmetlerinde kalitenin ve hasta güvenliğinin iyileştirilmesi için hastaneler ve tüm paydaşlar için çok önemli bir kılavuzdur

(Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2016).

2.1.4. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşturulması

Lark, Kirkpatrick, Chung'un (2018) aktarımına göre, "Hata Yapmak İnsana Özgü (To Err is Human)" Raporunun ardından sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği konusunda önemli ölçüde farkındalık artmasına rağmen uygulamalarda beklenen oranda iyileşme olmamıştır. Hasta güvenliğine yönelik araştırma sonuçları ve politikaların uygulanmasına ilişkin raporlar hasta güvenliğinin algılanandan daha fazla karmaşık bir konu olduğunu göstermektedir. Çözüm için konunun sistem düzeyinde ele alınması ve hasta güvenliği kültürü oluşturmaya yönelik değişime odaklanılması önerilmektedir (Lark, et al., 2018). Bu bağlamda hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliğinin en öncelikli konusu olup hataların önlenmesi ve düzeltilmesinde etkili olan en önemli faktörlerden biridir (Önler, 2010; Dirik, 2014). Sağlık kurumlarında hastaları zararlardan korumak, hasta güvenliğini sağlamak ve sürdürmek için hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerekmektedir (Karaca ve Arslan, 2014).

Hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmeti veren tüm çalışanların, özellikle hasta ve yakını ile birebir iletişim içinde olan doktorların, destek faaliyetlerini sürdüren hemşirelerin ve hastane personelinin hasta haklarına saygı, her türlü ortamda hasta haklarının korunması, tüm kurum çalışanlarının göstereceği özen olarak tanımlanmıştır (Adıgüzel, 2010). Hasta güvenliği kültürü; liderlik, takım çalışması, iletişim, öğrenme ve hasta merkezli bir kavramdır (Altındış ve Kurt, 2010; Karaca ve Arslan 2014). Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların başarılı olması için hataların açıkça ve cezalandırılma korkusu olmadan tartışılabilir bir hasta güvenliği kültürü oluşturulması gerekir (Özsayın, 2015). Dilmen'in (2016) aktarımına göre Türkiye'de yapılan bir çalışmada tıbbi hatalarla karşılaşıldığında kurumun tepkisinin özellikle üniversite hastanelerinde çalışan personel için %56.4 oranında cezalandırıcı/suçlayıcı olduğu ortaya çıkmıştır.

Sağlık hizmetlerinde güçlü güvenlik kültürleri, insan hayatına mal olabilecek hataları önleyebilir (Akman, 2010). Sağlık hizmetlerinde yaşanan ve

hasta güvenliğini tehdit eden olayların sebeplerinin ortaya çıkarılması ve çözüme kavuşturulabilmesi için bu olayların raporlanması ve kayıt altına alınması gerekir. Raporlama sistemlerinin oluşturulmasının amacı, meydana gelen tıbbi hatalardan ders çıkarmak, ileride gelişebilecek aynı tür hatalar için önlem almak ve oluşabilecek yeni hataları engellemektir. Detaylı şekilde incelenen raporlar, önlenbilir hataların nedenlerini belirlemede ve hasta güvenliği uygulamaları için izlenmesi gereken adımları bulmada yol gösterici olur (Önler, 2010; Aydemir, 2015). Sağlık kuruluşları hasta güvenliğini oluşturmak ve geliştirmek için güvenlik raporlama sistemi ile hızlı bir şekilde oluşan hataları görerek ve gelecekte oluşabilecek aksamaları tespit ederek önlem alır (Karaca ve Arslan, 2014).

Sağlıklı bir hasta güvenliği kültürü oluşturabilmek için cezanın ön planda olmadığı bir kültür oluşturmak göz önüne alınması gereken en temel ilkedir (Erdağı, 2013; Ammouri, et al., 2015). Raporlamanın, cezalandırıcı olmayan, hata bildirimini teşvik eden, bildirim yapanı koruyan bir yapıda olması raporlama sayısını artırır. Bunun yanında sağlık çalışanlarının yoğun iş yüküne sahip olmaları ve bildirim sisteminin zaman alıcı olduğunu düşünmeleri hataların raporlanmasını engelleyebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık bakım sisteminde hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik etkili bir raporlama ve kayıt sisteminin kurulması hasta güvenlik kültürü oluşturulması yönünden oldukça önemlidir (Aydemir, 2015).

Hasta güvenliğini destekleyen olumlu bir kültür oluşturmak, sağlık kuruluşlarının karşı karşıya kaldığı en önemli zorluklardan biridir. Fleeming ve Wentzell'e (2008) göre kurumlarda güvenlik kültürünün oluşması zaman alan bir süreçtir ve bu süreç zayıf bir olgunluk düzeyinden üretken bir kültür düzeyine doğru patolojik, reaktif, analitik, proaktif ve üretken olmak üzere beş seviyeli bir model şeklinde tanımlanmaktadır. Patolojik olgunluk seviyesinde olan kurumlar güvenliği bir sorun olarak görür, ancak sorumluluğu bireyler üzerinde odaklar; dolayısıyla bireyleri suçlayıcı bir ortam vardır. Reaktif olgunluk seviyesinde olan kurumlar güvenliğe önem verir, ancak yalnızca önemli zararlar oluştuğunda sorumluluk devreye girer. Analitik olgunluk seviyesinde olan kurumlar, kurallara ve sistemlere bağlıdır. Bir güvenlik olayı meydana geldikten sonra, bu tür bir organizasyon tarafından bilgi göz ardı edilebilir ve açıklanamayan veya çözülemeyen hatalar, daha derinlemesine sorgulanmadan kapatılabilir. Proaktif

olgunluk seviyesinde olan kurumlar, hatalar ortaya çıkmadan önce güvenlik konularını öngörmeye odaklanmakta ve tüm paydaşların katılımı ile hasta güvenliği konularına çözüm aranmaktadır. Üretken olgunluk seviyesinde olan kurumlar, neden güvenli ve güvensiz olduklarını anlamak için aktif olarak bilgi oluşturmak üzere araştırma yaparlar (Fleeming and Wentzell, 2008).

Lark ve ark.nın (2018) akatarımına göre, Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation/NPSF) hasta güvenliği kültürünü oluşturmak ve geliştirmek için sistemin bir bütün olarak ele alınmasını ve yedi adımdan oluşan stratejilerin hayata geçirilmesini önermektedir. Bunlar; hasta güvenliği kültürü oluşturmak ve sürdürmek, hasta güvenliğini merkezi olarak koordine etmek ve izlemek, çıktıları değerlendirecek ölçüm kriterleri oluşturmak, hasta güvenliği yaklaşımlarını uygulamaya geçirmek ve araştırma yapmak için fon sağlamak, bakımın devamlılığındaki güvenliğe odaklanmak, sağlık çalışanlarının sürekli gelişimini desteklemek, hasta ve ailelerini paydaş olarak dikkate almak, hasta güvenliğini geliştirecek teknoloji kullanımını sağlamaktır (Lark, et al., 2018).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Sağlık İyileştirme Enstitüsü'nün (The Institute for Healthcare Improvement/IHI) güvenli, güvenilir ve etkili sağlık bakım hizmeti sunmada kültür ve öğrenme sistemi şeklinde iki ana kavramdan oluşturduğu bir model tanımlanmaktadır. Bu bağlamda kültür, bireylerin ve grupların öğrenme sistemine dayalı oluşturduğu inançlar, tutumlar ve davranışlara göre şekillenir. Öğrenme sistemi ise kendi kendine zayıf ve güçlü yanlar hakkında değerlendirme yapabilmeyi ve geri bildirim verebilmeyi içerir; belirlenen sorunların çözümünde reaktif yaklaşım yerine proaktif yaklaşım kullanılır. Kültür içinde yer alan temel kavramlar; liderlik, psikolojik olarak güvende olma, hesap verme, takım çalışması-iletişim ve müzakere edebilmedir. Öğrenme sistemi içinde yer alan temel kavramlar ise sürekli öğrenme, iyileşme ve ölçme, güvenilirlik ve şeffaflıktır (Frankel, Haraden, Federico, & Lenoci-Edwards, 2018).

Etkili bir güvenlik kültürü olmadan, istenmeyen olayların ve tıbbi hataların riski, personel tükenmişliği ve tedavi gecikmeleri gibi sorunları daha da artmaktadır. Bu nedenle hastanelerde tüm personel için bir güvenlik kültürü

oluşturmak üzere 10 adımı içeren stratejilerin kullanılması önerilmektedir (White, 2017).

- ✓ Hasta güvenliği kültürü ölçüm araçlarını kullanarak hastanenin mevcut güvenlik kültürü performansını değerlendirin.
- ✓ Hedeflenen iyileştirmeleri yapmak için verileri analiz edin.
- ✓ Güvenlik kültürü geliştirme çalışmasını bir üniteye başlatın, süreçleri ve protokolleri bu üniteye test ettikten sonra yaygınlaştırın.
- ✓ Hata raporlamayı şeffaf hale getirin ve istenmeyen olayları ceza yerine iyileştirme fırsatları olarak kullanın. (Hasta güvenliği kültürünü desteklemenin en iyi yollarından biri, doktorlara ve hemşirelere, gördükleri hataları veya sorunları açıkça bildirme özgürlüğü vermektir. Her hatanın bir öğrenme deneyimi olarak ele alınması, hastalara zarar verilmesini önlemeye yardımcı olur.)
- ✓ İnsan hatalarını kasıtlı olarak yapılan güvensiz uygulamalardan/davranışlardan ayırt etmek için bir prosedür ya da protokol kullanın.
- ✓ Tüm yönetici ve liderler çalışanlara örnek olacak şekilde olumlu davranışları benimsemeli ve rol modeli olmalıdır. Ayrıca, liderler güvenlik kültürünü geliştirmek için tasarlanan tüm girişimlere ve programlara gönüllü olarak katılmalıdır.
- ✓ İstenmeyen olayların rapor edilmesini destekleyen politikalar uygulayın. Tüm çalışanların, bu politikaların farkında olduğundan emin olun.
- ✓ Güvenlikle ilgili sorunları rapor eden ve/veya iyileştirme için iyi fikirleri olan çalışanları ödüllendirin.
- ✓ Hasta güvenliği eğitimlerini kalite geliştirme projelerinin bir parçası olarak takım odaklı yürütün (sonuçları iyileştirmek için birlikte nasıl çalışacaklarını düşünmelerini sağlayın).
- ✓ Hastanenin güvenlik kültürünü iyileştirme konusundaki ilerlemesini düzenli olarak değerlendirin ve gözden geçirin. Neyin işe yaradığını ve yaramadığını ortaya koyun, işe yaramayan girişimleri iyileştirmek için bir plan yapın.

2.1.5. Hasta Güvenliği Kùltürünü Oluşturulma ve İyileştirmede Kullanılan Modeller

Sağlık kurumları hasta güvenliği kùltürünü oluştururken ya da geliştirirken farklı modeller ya da yaklaşımlardan yararlanabilirler.

Planla-Uygula-Kontrol et-Önem al (PUKO – Plan-Do-Check-Act/PDCA)

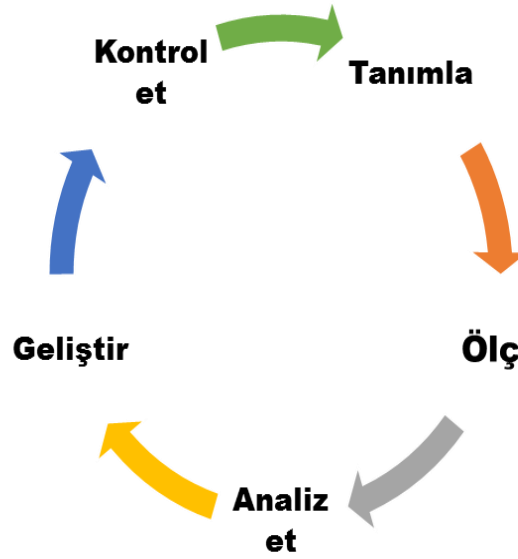
PUKO, planlama ile başlayan dört aşamalı iyileştirme sürecidir (şekil 1). PUKO döngüsü, sürekli olarak daha iyi yöntemler aramak için kullanılır (Yuswardi ve Boonyoung, 2012). Bu, IHI'nin hasta güvenliği uygulamalarını iyileştirmede kullanımını önerdiği bir modeldir. Kalite iyileştirme projeleri ve sağlık hizmetlerinde sonuçları olumlu etkilemek için değişim yapmayı amaçlayan çalışmalarda PUKO modelinin kullanılması önerilir. Bu döngüyü kullanırken, “Neyi başarmak istiyoruz? Buraya ulaşmak için nasıl bir değişim uygulamalıyız?, Hangi değişim hangi sonucu getirecek?” sorularına yanıt aranması gerekir (Frankel, et al., 2018). PUKO döngüsü, sorunun önemini ve kapsamını, hangi değişikliklerin yapılabileceğini ve yapılması gerektiğini, değişim planına kimlerin katılması gerektiğini, değişimin etkisini anlamak için neyin ölçülmesi gerektiğini ve stratejilerin neler olacağını belirlemekle başlar. Daha sonra değişiklik uygulanır ve değişimin uygulanmasına ilişkin veri toplanır. Uygulamadan elde edilen sonuçlar, başarı veya başarısızlığı gösteren birkaç önemli ölçüm gözden geçirilerek değerlendirilir ve yorumlanır. Son olarak, değişikliğe devam edilerek ya da süreci yeniden başlatarak işleme yeniden başlanır (Hughes, 2008)



şekil 1. PUKO Döngüsü

Altı Sigma Modeli

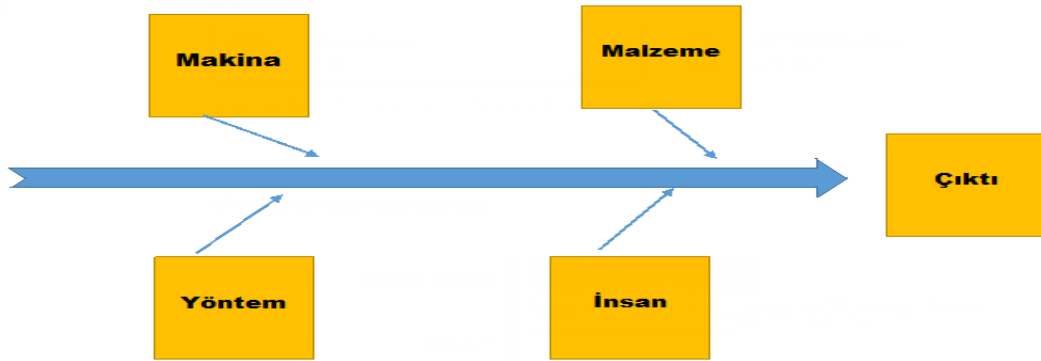
2000'li yıllardan bu yana çok sayıda hastane Altı Sigma'yı kullanmıştır. Kayıttan hasta güvenliğine kadar her türlü süreci geliştirmek ve tıbbi hatayı azaltmaya çalışmak için kullanılan bir modeldir. Altı Sigma kalite performansını artırmak ve hasta memnuniyetini artırmak için tasarlanmış düşük maliyetli bir modeldir (Yuswardi ve Boonyoung, 2012) Altı Sigma'da kullanılan iki temel yöntem vardır. Birinci yöntem, işlem sonucunu inceler ve hataları sayar, milyonda bir hata oranını hesaplar ve bunun için istatistiksel bir tablo kullanır. Bu yöntem preanalitik ve postanalitik süreçlere uygulanabilir (ön test ve son test çalışmaları). İkinci yöntem; tanımla, ölç, analiz et, geliştir ve kontrol et (**Define-Measure-Analyze-Improve-Control/DMAIC**) yaklaşımı olarak bilinen, yapılandırılmış, disiplinli ve titiz beş aşamalı bir süreçtir (Şekil 2). Altı Sigma'nın kilit unsurları ve PUKO birbirleriyle ilişkilidir; planını oluşturur, kontrol eder ve harekete geçirir. PUKO'nun plan aşaması Altı Sigma'nın gereksinimleri tanımlama süreci ile ilgilidir. PUKO'nun uygulama aşaması, Altı Sigma'nın performansı ölçmekle ilgili aşamasıdır. PUKO'nun kontrol et aşaması Altı Sigma'nın analiz süreci ile ilgilidir. PUKO'nun önlem al aşaması, Altı Sigma'nın geliştirilmesi ve entegrasyonu ile ilgilidir (Hughes, 2008).



Şekil 2. Altı Sigma Modeli

Kök Neden Analizi (Root-Cause-Analysis/RCA)

Bir olayın altında yatan nedenleri ve yakalanan potansiyel olayları belirlemeye ve anlamaya odaklanmış bir araştırma ve problem çözme yaklaşımıdır (Şekil 3). RCA'nın sonuçlarına dayanarak, kuruluşun gelecekteki olay riskini azaltmak ve faaliyetlerin etkinliğini izlemek için iyileştirmeler içeren bir eylem planı geliştirmesini ve uygulamasını sağlar. RCA, bireysel faktörlerden ziyade sistemin büyük olasılıkla çoğu sorunun kök nedeni olduğunu var saymaktadır. İnsan hatasından şüphelenildiğinde kullanılacak eğilimleri tanımlamak ve riski değerlendirmek için kullanılan bir tekniktir. Bir olay gerçekleştikten sonra, olayın gerçekleşmesine yol açan nedenler ve eylemler hakkında bilgi toplanır. RCA, bir olaydan sonra başlayan, tanımlanmış olaya yol açan olayların sırasını geriye dönük olarak özetleyen, nedensel faktörleri belirleyen ve olayı tamamen incelemek için kök nedenleri belirleyen reaktif bir değerlendirmedir. RCA'nın amacı, bir hatanın altında yatan nedenleri ortaya çıkarmaktır. Güvenlik engellerini ve sorunların nedenlerini belirlemeye yardımcı olur, böylece benzer sorunlar gelecekte önlenebilir (Hughes, 2008; Yuswardi ve Boonyoung, 2012).



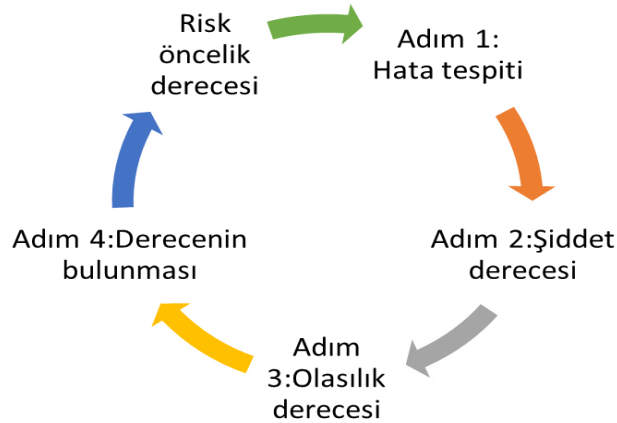
Şekil 3. Kök Neden Analizi

Hata Türleri ve Etki Analizi (Failure-Mode-Effects-Analysis/FMEA)

Hatalar kaçınılmaz olarak ortaya çıkar ve hataların ne zaman meydana geleceği tahmin edilemez. Hata türleri ve etki analizi, bilinen veya olası problemleri ve hataları ortaya çıkmadan önce tanımlamak ve ortadan kaldırmak için

kullanılan bir değerlendirme tekniğidir (Şekil 4). ABD ordusu tarafından kullanılmak üzere geliştirilmiştir ve Ulusal Havacılık ve Uzay İdaresi (National Aeronautics and Space Administration/NASA) tarafından olası başarısızlıkları ve tanınmayan tehlikeleri tahmin etmek ve değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Gelecekteki başarısızlıkları azaltabilecek veya ortadan kaldıracabilecek bir süreçteki adımları proaktif olarak tanımlayan FMEA'nın amacı, bir sürecin başarısız olabileceği tüm yolları belirlemeye çalışarak hataları önlemek, her bir hatanın olasılığını ve sonuçlarını tahmin etmek ve ardından önlem almak için gerekeni yapmaktır. Bu yöntem, alternatif süreçleri veya prosedürleri değerlendirmek ve zaman içindeki değişimi izlemek için kullanılabilir. FMEA'da beş adım vardır: konuyu tanımlamak, ekibi bir araya getirmek, konu için bir süreç haritası geliştirmek ve bu sürecin her adımını ve alt basamağını ardışık olarak numaralandırmak, bir hata analizi yapmak ve eylemler ve istenen sonuçları geliştirmek. Bir hata analizi yaparken, işlemlerin her biri için olası ve olası hata türlerinin listelenmesi, hata türlerinin daha fazla işlem gerektirip gerektirmediğini belirlemek ve karar daha ileriye giderken her türleri için tüm nedenleri listelemek önemlidir. Hata analizinden sonra, neyin ortadan kaldırılacağını veya kontrol edileceğini ve her yeni eylem için kimin sorumluluğunun olacağını açıklamak, yapılması gereken eylemleri ve değerlendirmek için alınacak önlemleri dikkate almak önemlidir (Hughes, 2008).

Faaliyetler+kontrol



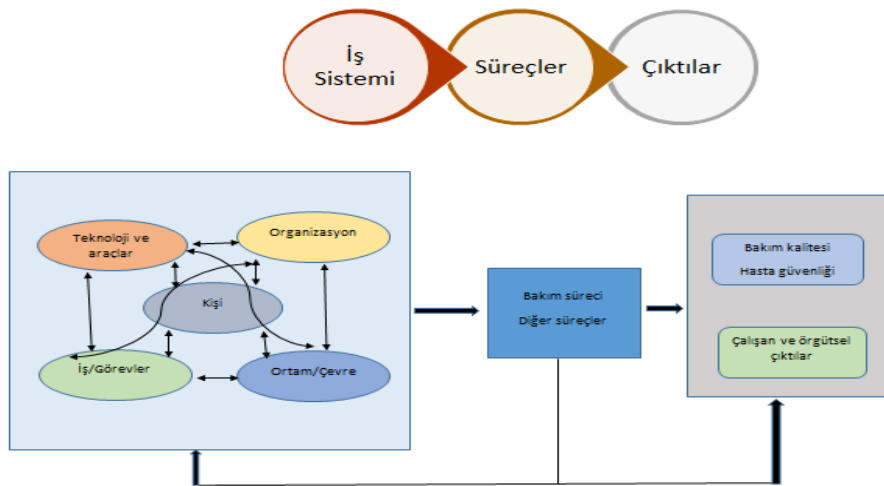
Şekil 4: Hata Türleri ve Etki Analizi

Toyota Üretim Sistemi / Yalın Üretim Sistemi

Bu model, hataları araştırmak ve ardından kaliteyi iyileştirmek ve benzer hataları önlemek için kök-neden analizine dayanır. Doktorlar, hemşireler, teknisyenler ve yöneticiler, Toyota Üretim Sisteminde kullanılan aynı prensipleri uygulayarak, hasta bakımının etkinliğini artırmakta ve patoloji laboratuvarlarında, eczanelerde ve kan bankalarında maliyetleri düşürmektedir. Toyota Üretim Sistemi yöntemlerini kullanan sağlık kuruluşları hasta güvenliğini ve sağlık hizmetlerinin kalitesi sorununu sistematik olarak tanımlayarak geliştirdiklerini bildirmiştir (Hughes, 2008).

SEIPS Modeli (Systems Engineering Initiative for Patient Safety)

Oluşabilecek istenmedik olayların sadece insan kaynaklı değil, çoğu prosedür, iş ortamı, iş tasarımı ve teknoloji kullanımıyla ilgili ortaya çıkmaktadır. Sistem yaklaşımına dayalı SEIPS Modeli fiziksel yapı tasarımlarının, süreç ve çıktı bileşenleri üzerindeki etkisini açıklamaya çalışır (Şekil 5) (Holden, Caroyon, Gurses, Hoonakker, Hundt, Ozok, Rivera-Rodriguez, 2013). SEIPS Modeline göre kurumda kullanılan teknoloji, araç ve gereçler, fiziki alan koşulları, çalışan ve hastanın kişisel özellikleri, çalışma koşulları, organizasyon yapısı bakım süreci ve diğer süreçler üzerinde değişiklikler yaratarak bakım kalitesi ve hasta güvenliğini etkilemektedir (Aydemir, 2017).



Şekil 5. SEIPS Modeli

2.1.6. Hasta Güvenliği Kùltürünü Oluřturmada Liderliđin Rolü

Hasta güvenliği kùltürünün oluşmasını etkileyen bir başka faktör de liderlerdir. Liderlik, bir grup insanı belirli amaçlar etrafında toplayabilme ve bu amaçları doğrultusunda onları harekete geçirebilme bilgisi ve yeteneklerinin toplamıdır (Aydemir, 2015). Etkili ve sürdürülebilir bir güvenlik kùltürü oluşturmak için sağlık hizmetleri liderlerinin stratejileri olmalıdır (Pestotnik, 2018). Hasta güvenliği kùltürünün bir kurumda yayılmasında liderler büyük rol oynar. Bu yüzden liderler hasta güvenliği konusunu sahiplenmeli ve herkes tarafından sahiplenilmesi gerektiğini bildirmelidir. Yöneticiler, hizmeti sunanlar ile hasta ve hasta yakınları arasında açık iletişim kurulmasını sağlamalı, hasta güvenliğini tehdit eden durumları belirleyerek azaltılması için sorumluluk vermeli, kaynak ayırmalı ve eğitimlerin sürekliliğini sağlamalıdır (Erdağı, 2013). Herhangi bir sağlık kuruluşunda, liderlerin birinci önceliği, bakımın yanında hastaların, çalışanların ve hasta yakınlarının güvenliğini korumaktır. Temel olarak, hasta güvenliğini her gün harekete geçirerek öncelik sırasına koymayı bilen bir lider, gerçek bir güvenlik kùltürü oluşturulmasını sağlar (https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_57_Safety_Culture_Leadership_0317.pdf).

Sağlık bakım kuruluşlarında liderlerin hasta güvenliği kùltürünü benimsemesi, sağlık kuruluşunun öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır (Önler 2010; Aydemir, 2015). Kurumda hasta güvenliği kùltürünü yerleştirmek için yöneticilerin konuya önem vermesi ve personeli yönlendirmesi gerekir. Ayrıca kurum yöneticilerinin, yapılan hatalar karşısındaki olumlu tutumu, çalışanların hataları raporlamasını sağlayacaktır. Hasta güvenliği kùltürünün sağlanması, insan yaşamının uzamasına daha da önemlisi insan kayıplarının giderilmesine ve yanlış sonuçların meydana gelmesine engel olabilecektir (Tütüncü, Küçükusta ve Yağcı, 2007; Karaca ve Arslan, 2014). Kurumdaki çalışanların, farklı çevrelerde yetişmiş olmaları, eğitim düzeylerinin, inançlarının farklı olması gibi etkenlere bağlı olarak amaçları da farklı olabilir. Bundan dolayı liderler, bu çalışanlar için, onların benimseyecekleri veya en azından uyum sağlayabilecekleri ortak bir ortam oluşturmalıdır (Özsayın, 2015).

Tepe yönetimi, hasta güvenliği açısından ekip çalışması ruhunu hastaneye yerleştirmesi gerekmektedir (Korkmaz, 2012). Kurumdaki çalışanların hasta güvenliği farkındalığı artırılarak, güvenliğe ilişkin kişilerin görev ve sorumlulukları belirlenerek ve sağlık çalışanlarıyla iletişim artırılarak hataların raporlanması için çalışanları cesaretlendirilme yoluna gidilmesi gerekmektedir (Altındış ve Kurt, 2010; Korkmaz, 2012). Hasta güvenlik kültürünü oluşturmadaki engellerin kaldırılmasında liderlerin rolü önemlidir.

2.1.7. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşmasına Engel Olan Faktörler

Sağlık hizmeti sunarken dikkat edilmesi gereken en önemli konu, hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak olmalıdır. Sağlık bakım profesyonelleri hastalara yansıyan birçok olayın çok sıklıkla yaşandığının bilincindedir. Bu olaylar görmezden gelinmemeli, kayıt altına alınmalı, analiz edilmeli ve iyileştirilmelidir. Ayrıca sağlık bakım sisteminin karmaşıklığı hastaların hizmet almaları sırasında zarar görebilmelerine neden olmakla birlikte kültür oluşumunu da olumsuz etkileyebilmektedir (Özsayın, 2015). Hizmet sunumunda hasta güvenliği kültürü oluşumunda karşılaşılan bazı engeller şunlardır (Alp 2011; Özsayın,2015):

- Kurumun hasta güvenliği konusuna öncelik vermemesi
- Kaynakların az olması ya da olmaması
- Sistemden önce çalışanı suçlama geleneği,
- Ekipman ve personel yetersizliği
- Değişime direnç olması
- Hataların gizlenmesi ve bildirilmemesi

2.1.8. Hasta Güvenliğini Sağlamada Hemşirelerin Rolü

Hemşireler; birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla yerine getirdiği bakım verme, hekim tarafından hazırlanan tıbbî tanı ve tedavi planını uygulanma, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama rollerine sahip sağlık profesyonelleridir (<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/8->

mart-2010-hemşirelik-yonetmeligi.aspx). Hastanelerde hasta güvenliğinin sağlanmasında hemşireler kilit rol oynamaktadır (Ammouri, et al., 2015). Sağlık hizmeti veren kuruluşlarda hasta bakımında ve tedavilerin uygulanmasında doğrudan görev almaktadır. Yapacakları hata ve yanlış uygulamalardan hastalar doğrudan etkilenmekte ve olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Balanuye, 2014). Hemşirelik bakımı bakımın tüm alanlarını kapsadığından, hemşireler hastalara zarar gelmesini önlemek ve tüm ortamlarda sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini artırmak için çalışırlar. Bu nedenle, hemşireler, tüm hasta güvenliği sistemlerinin ve işlemlerinin tasarımı ve işletilmesinde merkezde olmalıdır (<https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities/patient-safety>).

Çiçek'in (2012) aktarımına göre hastanelerde sağlık bakım hizmeti sunan, denetleyen, koordine eden ve 24 saat aralıksız bakım sağlayan hemşireler, hizmet sundukları her alanda, olası tehlikelerden hastaları korumak, hastaya uygulanacak işlem ve tedavilerin istenmeyen sonuçlarını önlemek veya en aza indirmekle yükümlüdür (Çiçek, 2012). Hemşireler hasta güvenliği kültürünün bilinmesi, tutum ve davranışa dönüştürülmesinde önemli bir role sahiptirler (Özşaker, Tehçi 2015). Çünkü hemşireler, bakımın her alanında hasta güvenliğini tehdit eden pek çok durumla karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle hastaların ve diğer ilgililerin risk ve riskin azaltılması konusunda bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi hemşirenin görevleri arasında yer almalıdır (Özdemir, Şahin, 2015).

2.2. EKİP ÇALIŞMASI

2.2.1. Ekip Kavramı, Hemşirelik ve Hasta Güvenliği Kültüründeki Önemi

Günümüzde nitelikli sağlık hizmeti sunulabilmesi için sağlık çalışanlarının işbirliği içinde çalışması, iletişime açık olması, ekip anlayışı doğrultusunda hareket etmesi gerekir (Ulusoy ve Tokgöz, 2009). Ekip, ortak bir amaç için bir araya gelmiş olan, birbirine bağlı görevleri gerçekleştiren, belirli rollere sahip kişilerden oluşmaktadır (Öğüt ve Kaya, 2011; Yanchus, Ohler, Crowe, Teclaw and Osatuke, 2017). Başka bir ifadeyle, ekip, ortak amaç ve hedefe sahip, iş ve becerileri farklı olmasına rağmen birlikte hareket eden insan gruplarıdır (Düzgün, Yılmaz,

Karaman, Çınar, Dikmen ve Yılmaz, 2019). Sağlık hizmeti sunan ekipler farklı görüşlere sahip fakat ortak değerleri olan ve ortak hedefleri paylaşan profesyonellerden oluşmaktadır (Çıraklı, Çelik ve Beylik, 2015). Ekip üyelerinin yaptığı işler aynı derecede önem taşımaktadır. Bu yüzden ekip üyeleri birbirinin yardımcısı değil tamamlayıcısı görevindedir (Lafçı, Pehlivan ve Demiray, 2016). Sağlık ekibinin amacı, hasta ve sağlıklı bireye hizmet etmek ve onun bakımında sürekliliği sağlamaktır (Ulusoy ve Tokgöz, 2009). Aslan'ın (2004) aktarımına göre çalışma ortamında kurulan sağlıklı insan ilişkileri, çalışanların iş arkadaşlarından ve yöneticilerden aldıkları destek, iş ortamındaki gerilimi azaltmaktadır (Aslan, 2004).

Sağlık ekibinin performansını etkileyen çeşitli özellikler vardır. Bunlar; sosyo-kültürel faktörler, psikolojik özellikler, kişisel özellikler ve profesyonelle ilgili özelliklerdir. Profesyonelle ilgili özelliklerden ekip içindeki statü, eğitim düzeyi, profesyonelle deneyimi ve iş doyumunun etkili olduğu belirtilmektedir (Çelik 2016; Watson, 2015). Sağlık hizmetlerinde işverenlerin aradığı en önemli özellikler ekip çalışması ve iletişimidir (Acai, McQueen, McKinnon ve Sonnadara, 2017). Sağlık bakım hizmeti verenlerin ekip ruhu içerisinde çalışması önemlidir. Ayrıca meslek sahiplerinin başarıları da iletişim becerilerine bağlıdır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının birlikte çalışma, iletişim, işbirliği ve ekip çalışması becerileri geliştirilmelidir. Etkili ekip çalışması ve iletişim, yüksek kaliteli hasta bakımı için gereklidir. Kurumdaki problemlerin daha doğru bir şekilde teşhis edilmesinin ve doğru çözümler bulunmasının ekip çalışmasıyla mümkün olacağı belirtilmektedir (Yardımcı ve ark., 2012; Kumcağız, Yılmaz, Çelik ve Avcı, 2011). Ekip çalışması, iş yükünü azaltmak, verimliliği artırmak, iş tatmini sağlamak ve hasta bakımını geliştirmek için etkili bir strateji olarak tanımlanmıştır (Grover, Porter & Morphet, 2017). Ekip çalışması hemşirelik eğitiminde temel taşlardan biridir (Bragadóttir, Kalisch, Smáradóttir and Jónsdóttir, 2016).

Hemşire; hekim tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir.

(<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yasa/hemsirelik-kanunu.aspx>). Hemşire sağlık ekibinde tedavi edici, eğitici, danışman ve rehabilite edici rollerini de üstlenmektedir (Gedük, 2018). Sağlık bakımında hastanın memnuniyeti için en önemli etmen hemşirelik bakımındır. Hemşirelik bakımı, hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetleri de etkilemektedir (Yılmaz, 2001). Hasta güvenliği ile iç içe olan hemşireler sağlık hizmeti sunmaktadır. Hastaya sunulan bu hizmet bir ekip çalışmasıdır. Ekip çalışma becerilerini artıran eğitim ve uygulamalar hemşirelerin iletişimini, eşgüdümünü, karar verme becerilerini artırmakta ve hata oluşma riskini azaltmaktadır (Özsayın, 2015; Çiçek, 2012; Carlson, 2012; Goosen, 2015). Yardımcı ve ark.nın (2012) aktarımına göre ekip çalışmasının sağladığı yararlar rağmen, sağlık kurumlarında etkili bir ekip çalışması anlayışının uygulanmadığı, bu yüzden de hasta bakımı ve hizmet kalitesinin olumsuz etkilendiğini gösteren çalışmalar vardır. Etkin bir ekip çalışmasının olduğu kurumlarda bakımın kalitesi artar, hatalar tekrarlanmaz, hasta bakımında süreklilik sağlanır, zamandan kazanç sağlanır, hastaların hastanede kalış süreleri azalır (Ulusoy ve Tokgöz, 2009; Körner, Bütof, Müller, Zimmermann, Becker & Bengel, 20016). Sağlık hizmetlerinde kaliteli bakımı geliştirmek için ekip çalışmasına ihtiyaç vardır. Etkin bir ekip çalışmasıyla hataların ortaya çıkması engellenebilir (Hwang & Ahn, 2015).

Sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasının önemi son yıllarda giderek ilgi kazanmıştır (Bragadóttir, et al., 2016). Ekip çalışması ve iletişim, sağlık bakım hizmetlerinde meydana gelen kazalar ve diğer istenmeyen olayların ortaya çıkmasında büyük bir paya sahiptir. Ekip çalışmasının yetersiz olduğu kurumlarda tanı ve tedavilerde gecikme ve hizmetin kalitesinde düşme gibi sorunlar yaşanabilmektedir (Manser, 2009).

Ekip Çalışmasının Ekip Üyeleri Açısından Olumlu Yönleri

Ekip çalışmasının olduğu yerde üyeler kendilerini daha az stres altında hisseder, kişinin ekip içinde etkinliği ve kendine güveni artar. Çalışanların motivasyonu yükselir, diğer üyeler ile iletişimi artar, yaptıkları iş zevkli hale gelir, hiyerarşi azalır, ekibin amaçlarına bağlılık artar, verimlilik artar, kalite artar, hasta memnuniyeti artar (Ulusoy ve Tokgöz, 2009; Canlı, 2010; Çelen, 2011; Goosen,

2015). Hasta memnuniyetinin, iş doyumunun ve bilgi paylaşımının artması da ekip çalışmasının sonuçları olarak sayılabilir (Henry, McCarthy, Nannicelli, Seivertve Vozenilek, 2013; Grover, et al., 2017).

Ekip Çalışmasının Ekip Üyeleri Açısından Olumsuz Yönleri

Ekip üyeleri arasındaki anlaşmazlıklar, yarışların olması, liderin diğer ekip üyelerini kayırdığı düşünceleri ekip içinde huzursuzluğa neden olur. Bu da, çözüm gerektiren konularda acele karar verme riskini artırabilmektedir (Ulusoy ve Tokgöz, 2009). Ekip çalışmasının olumsuz yönlerinden biri de ekipte bazıları çok çalışırken bazıları daha az katkı sağlarlar. Bu da çok çalışan ekip üyeleri için dezavantaj olur. Bazı ekip üyeleri tek çalışmaktan zevk alır ekip içinde pasif kalmayı tercih eder. Böyle durumlarda ekip iyi yönetilmezse dışlanmalar olabilir (<https://bizfluent.com/info-7749596-negative-aspects-teamwork.html>).

2.2.2. Ekip Çalışmasını Etkileyen Faktörler

Ekip çalışması, yönetimin destekleyici bir ortam hazırlamasıyla gelişebilir ve ortaya güzel sonuçlar çıkarır. Yapılan ödüllendirmeler de ekip çalışmasını olumlu yönde etkilemektedir. Yöneticilerin çalışanları ile arasındaki statü engelini en aza indirmesi de ekip çalışmasını olumlu etkilemektedir (Karahana, 2008). Rafferty ve Aiken'in (2001) aktarımına göre azaltılmış çatışma, finansal sonuçlar, artan personel motivasyonu, yüksek kaliteli bakım ekip çalışmasını olumlu etkiler (Rafferty, Ball & Aiken, 2001).

Ekip çalışmasına yatkın olmayan, değişime ayak uydurmayan ekip üyeleri ekip çalışmasını olumsuz etkilemektedir (Özbay ve Arslan, 2007). Ayrıca yaş farklılıkları, cinsiyet, kişisel özellikler, üyeler arasındaki iletişim sorunu da ekip çalışmasını olumsuz etkileyebilir (Canlı, 2010).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, hemşirelerin ekip çalışması tutumu ve bazı mesleki özelliklerinin hasta güvenliği kültürü algısına etkisini araştırmak amacıyla gerçekleştirilmiş tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Soruları

- Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine (yaş, eğitim düzeyi, çalıştığı kurum, çalıştığı birim, görevi, deneyim süresi, çalıştığı vardiya tipi) göre hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
- Hemşirelerin hasta güvenliği eğitimi alma, iş memnuniyeti, iş ve meslekten ayrılma niyetine göre hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
- Hemşirelerin ekip çalışması tutum puanları ile hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları arasında ilişki var mıdır?
- Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörler nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul'da bulunan bir özel hastane, bir devlet hastanesi, bir üniversite hastanesi ve bir vakıf üniversite hastanesi olmak üzere dört hastanede yapılmıştır. Veriler, Nisan-Haziran 2019 tarihleri arasında bu hastanelerde görev yapan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerden toplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, örnekleme alınan hastanelerde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Bu dört hastanede en az altı aydır çalışan hemşire sayısı 1335'tir. Araştırmada yer alması gereken minimum örneklem sayısı aşağıdaki formülle belirlenmiştir.

$$n= N.t^2.p.q \div d^2(N-1) + t^2.p.q$$

Çalışanlar homojen dağılım oluşturmadıkları için p ve q 0.5 olarak alınmıştır. Anlamlılık düzeyi %95 olarak alınmış, t değeri 1.96 üzerinden ve araştırmada kabul edilecek hata payı %5 olarak belirlenmiştir. Bu verilerden yola çıkarak örnekleme alınacak hemşire sayısı en az 298 bulunmuştur. Çalışmada, en az altı aydır ilgili hastanede çalışan hemşireler davet edilmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden 520 hemşireye anket dağıtılmıştır. Anket dağıtılırken, yataklı servisler, yoğun bakım üniteleri, ameliyathane, acil birim, poliklinik gibi tüm birimlere gidilmiş ve ankete yönetici ve eğitimci hemşireler de davet edilmiştir. Geriye toplanan 490 anketten 99 anket veri eksikliği nedeni ile çalışmaya dahil edilmemiş; çalışma 391 anket ile tamamlanmıştır.

Bu çalışmanın primer sonucu olarak kabul edilen, hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği toplam puanı üzerine dört bağımsız değişkenin etkili olduğu belirlenen regresyon analizinde elde edilen R^2 : .46 değerine göre G*Power (3.1.9.2) programı ile yapılan post hoc güç analizinde etki büyüklüğü f^2 : .85 (büyük/geniş etki) ve güç 1.00 (%100) olarak bulunmuş ve çalışmadaki örnekleme sayısının yeterli olduğu görülmüştür.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenini, hasta güvenliği kültürü oluşturmuştur. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini ise; hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, mesleki özellikleri, hasta güvenliği eğitimi alma durumu ve eğitimin süresi, iş memnuniyeti, iş ve meslekten ayrılma niyeti, ekip çalışması tutum puanları oluşturmuştur.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde “Bireysel Tanımlayıcı Özellikler Formu”, ikinci bölümde Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği, üçüncü bölümde Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği bulunmaktadır (Ek 1).

Bireysel Tanımlayıcı Özellikler Formu: Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalıştığı kurum, çalıştığı birim, görev/pozisyonu, deneyim süresi, hasta güvenliği eğitimi alma durumu ve bu eğitimin süresi, iş

memnuniyeti, işten ve meslekten ayrılma niyeti olmak üzere 13 sorudan oluşmaktadır.

3.6.1. Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği, sağlık ekibi üyelerinden hemşire ve hekimlerin ekip çalışmasına ilişkin tutumlarını değerlendirmek için Yardımcı ve arkadaşları tarafından 2012 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, ekip yapısı, liderlik, durum izleme, karşılıklı destek ve iletişim olmak üzere beş alt boyut ve toplam 26 sorudan oluşmaktadır. Ölçek, 5’li Likert sistemine göre “1- Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum ve 5- Kesinlikle katılıyorum” olacak şekilde değerlendirilmektedir. Orijinal ölçeğin toplam Cronbach alpha değeri .86 olup hem orijinal hem de bu çalışma için elde edilmiş değerler Tablo 3.1’de verilmiştir. Yirmi altı maddeden oluşan ölçek ve alt boyut puanlarının hesaplanmasında, madde puanları toplanıp 26-130 arasında puan elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanın 130’a doğru yükselmesi ekip çalışması tutumlarını yüksek, 26’ya doğru azalması ekip çalışması tutumlarının düşük olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.1. Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği (Yardımcı ve ark., 2012)

Alt Boyut/Adı (Madde Sayısı)	Maddeler	Min- Maks	Orijinal Ölçek Cronbach α	Bu çalışma Cronbach α
Ekip Yapısı (6 madde)	1,2,3,4,5,6	1-5	0.78	.84
Liderlik (6 madde)	7,8,9,10,11,12	1-5	0.89	.89
Durum İzlemi (6 madde)	13,14,15,16,17, 18	1-5	0.82	.90
Karşılıklı Destek (3 madde)	19,20,21	1-5	0.70	.80
İletişim (5 madde)	22,23,24,25,26	1-5	0.79	.89
Ölçek toplam	1→26	1-5	0.86	.96

3.6.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği, Türkmen, Baykal, Seren ve Altuntaş tarafından 2011 yılında geliştirilmiş ve hemşire örnekleminde geçerlilik-güvenirliliği incelenmiş bir ölçektir. Ölçek; yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, eğitim, bakım ve teknoloji olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, dörtlü likert tipinde olup “1. tamamen katılmıyorum”, “2. katılmıyorum”, “3. katılıyorum”, “4. tamamen katılıyorum” şeklindedir. Elli bir maddeden oluşan ölçek ve alt boyut puanlarının hesaplanmasında, madde puanları toplanıp elde edilen toplam sayı madde sayısına bölünmekte ve 1-4 arasında ortalama puan elde edilmektedir. Ölçek puanının yorumlanmasında ise “puan ortalamasının 4’e doğru yükselmesi, olumlu hasta güvenliği kültürünü”, “1’e doğru azalması, olumsuz hasta güvenliği kültürü”nün varlığını göstermektedir (Türkmen ve ark., 2011). Ölçek alt boyutları, alt boyutlarda yer alan maddeler ile orijinal ölçek çalışması ve bu çalışmada elde edilen Cronbach alfa değerleri Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (Türkmen ve ark., 2011)

Alt Boyut/Adı ve (Madde Sayısı)	Maddeler	Min-Maks	Orijinal Ölçekte Cronbach α	Bu Çalışmada Cronbach α
Yönetim ve Liderlik (17 madde)	1→17. maddeler	1-4	0.92	.95
Çalışan Davranışı (14 madde)	18→31. maddeler	1-4	0.91	.87
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama (5 madde)	32→36. maddeler	1-4	0.83	.82
Eğitim (7 madde)	37→43. maddeler	1-4	0.91	.92
Bakım ve Teknoloji (8 madde)	44→51. maddeler	1-4	0.86	.93
Ölçek toplam	1→51	1-4	0.97	.98

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapılacağı hastanelerden gerekli kurum izinleri alındıktan sonra Hemşirelik Hizmetleri Müdürü ya da Müdür Yardımcıları ile iletişime geçilerek hastanelerin birim özellikleri ve birimlerde çalışan hemşire sayılarına yönelik bilgi alınmıştır. Sonrasında mevcut çalışan hemşirelerin çalışma yılları öğrenilerek en az altı aydır çalışan hemşireler örnekleme dâhil edilmiştir. Örnekleme dahil edilen hemşirelere araştırmacı tarafından sözlü olarak araştırma hakkında bilgi verilip yazılı onamları alınmıştır. Sonrasında anket formları bırakılmış ve birkaç gün içerisinde de geri toplanmıştır. Anketlere katılım için katılımcılara herhangi bir teşvik uygulanmamıştır. Anketlerin cevaplama süresi yaklaşık 10 dakikadır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma sahip olma durumu Skewness ve Kurtosis ile değerlendirilmiş, Skewness (-.83 ile -.43 arası) ve Kurtosis (-.34 ile 1.78 arası) değerlerine göre normal dağılıma sahip olduğu (-2 ile +2 arasında yer aldığı) belirlenmiştir. Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplardaki örneklem sayısına göre iki gruplu değişkenlerde bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla grubu olan değişkenlerde bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (post hoc analizi Tukey HSD) ve Kruskal Wallis testi (post hoc analizi Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi) kullanılmıştır. Sayısal bağımsız değişken olan Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği puanları ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü toplam ve alt boyut puanları üzerine primer analizlerde etkisi bulunan bağımsız değişkenler çoklu regresyon (backward yöntemi) analizi ile değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir (Tablo 3.3).

Tablo 3.3. Veri Analizi

Değişkenler	İstastitksel Test
Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile hasta güvenliği eğitimi alma, iş memnuniyeti, iş ve meslekten ayrılma niyeti	Tanımlayıcı analizler (Sayı, Yüzde, Ortalama, SS)
Hemşirelerin ekip çalışması tutum puanlarının değerlendirilmesi	Tanımlayıcı analizler (Ortalama, SS)
Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü puanlarının değerlendirilmesi	Tanımlayıcı analizler (Ortalama, SS)
Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi	Bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Tukey HSD Kruskal Wallis testi, Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi
Hemşirelerin ekip çalışması tutum puanları ile Hasta güvenliği kültürü puanları arasındaki ilişki	Pearson korelasyon analizi
Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörler nelerdir?	Çoklu Regresyon Analizi (backward)

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, anketteki sorular ve araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel görüşleri ile sınırlıdır.

3.10. Etik Kurul

Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğini kullanmak için Figen Yardımcı ve Zümrüt Başbakkal'dan araştırmacılar adına izin (e-posta ile) alınmıştır (Ek 2). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğini kullanmak için Emine Türkmen'den izin (e-posta ile) alınmıştır (Ek 3). Araştırmanın yapılabilmesi için Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Ek 4). Araştırmanın yapıldığı kurumlardan çalışmanın yapılabilmesi için kurumlara yazılı başvuruda bulunularak yazılı kurum izinleri alınmıştır (Ek 5). Çalışmaya katılan hemşirelere araştırma ile ilgili açıklama yapılmış, kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı bilgisi paylaşılmış ve katılan hemşirelerden yazılı onamları alınmıştır (Ek 6).

4. BULGULAR

Bulgular bölümü; hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri, ölçek puanları tanımlayıcı istatistikleri, hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile hasta güvenliği eğitimi alma, iş doyumu düzeyi, kurumda ve meslekte kalma niyetine göre hasta güvenliği kültürü ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği puanları ile ekip çalışması tutumları ölçeği puanları arasındaki ilişki, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği puanlarına bağımsız değişkenlerin etkisinin değerlendirilmesi olmak üzere beş bölümde verilmiştir.

4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri (n: 391)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	320	81.8
Erkek	71	18.2
Yaş grubu		
≤ 25 yaş	191	48.8
> 25 yaş	200	51.2
Yaş (min.-max/$\bar{x} \pm SS$)	21-42	26.10±2.84
Medeni durum		
Bekar	316	80.8
Evli	75	19.2
Eğitim düzeyi		
Lise/ön lisans	31	7.9
Lisans	328	83.9
Yüksek lisans/doktora	32	8.2

Tablo 4.1'e göre araştırmaya katılan hemşirelerin %81.8'ini kadın ve %51.2'sini 25 yaşın üstündeki hemşireler oluşturmuştur. Hemşirelerin medeni durumları incelendiğinde %80.8'inin bekâr olduğu, %92.1'inin lisans ve üzeri eğitime sahip olduğu görölmüştür.

Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımını Tablo 4.2'de verilmiştir.



Tablo 4.2. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri (n: 391)

Özellikler	N	%
Çalıştığı kurum		
Devlet hastanesi	97	24.8
Özel hastane	195	49.9
Üniversite hastanesi	99	25.3
Çalıştığı bölüm		
Dahiliye birimi	122	31.2
Cerrahi birimi	163	41.6
Yoğun bakım	71	18.2
Eğitim	19	4.9
Yönetim	16	4.1
Görevi		
Yatakbaşı/servis hemşiresi	356	91.0
Eğitim hemşiresi	19	4.9
Yönetici hemşire	16	4.1
Meslekte deneyim süresi		
< 4 yıl	264	67.5
≥ 4 yıl	127	32.5
Meslek deneyim süresi (min.-max/$\bar{x} \pm SS$)	.11-22	3.32±3.07
Kurumda deneyim süresi		
< 3 yıl	261	66.8
≥ 3 yıl	130	33.2
Kurumda deneyim süresi (min.-max/$\bar{x} \pm SS$)	.10-19	2.64±2.54
Birimde deneyim süresi		
< 3 yıl	266	68.0
≥ 3 yıl	125	32.0
Birimde deneyim süresi (min.-max/$\bar{x} \pm SS$)	.10-22	2.44±2.12
Çalışma şekli		
Gece-gündüz	337	86.2
Gündüz	54	13.8

Araştırmaya katılan hemşirelerin %25.3'inin üniversite hastanesinde, %24.8'inin devlet hastanesinde ve 49.9'unun da özel hastanede çalıştıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin %72.8'inin cerrahi/dahiliye servislerinde çalıştığı ve

%91'inin servis hemşiresi olarak görev yaptığı saptanmıştır. Hemşirelerin %67.5'inin 4 yıl ve üzerinde deneyime sahip olduğu, %66.8'inin kurumdaki deneyim süresinin üç yılın altında ve %68'inin de birimdeki deneyim süresinin üç yılın altında olduğu belirlenmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan hemşirelerin %86.2'sinin gündüz ve gece (vardiyalı) çalıştığı saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Eğitim Alma Durumu (n: 391)

Özellikler	n	%
Hasta güvenliğine yönelik eğitim alma		
Evet	368	94.1
Hayır	23	5.9
Hasta güvenliğine yönelik eğitim süresi		
Eğitim almadı	23	5.9
≤ 3 saat	178	45.5
> 3 saat	190	48.6

Hemşirelerin %94.1'i hasta güvenliği eğitimi aldığı ve %48.3'ünün aldığı eğitimin süresinin 3 saatten uzun olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hemşirelerin İş Doyumu, Kurumdan ve Meslekten Ayrılma Niyeti (n: 391)

Özellikler	n	%
İş doyum düzeyi		
Düşük (1-4 puan)	58	14.8
Orta (5-7 puan)	252	64.5
Yüksek (8-10 puan)	81	20.7
Kurumdan ayrılmayı düşünme		
Düşünüyor	65	16.6
Kararsız	138	35.3
Düşünmüyor	188	48.1
Meslekten ayrılmayı düşünme		
Düşünüyor	44	11.3
Kararsız	101	25.8
Düşünmüyor	246	62.9

Araştırmaya katılan hemşirelerin ifadelerine göre %64.5'inin orta düzeyde iş doyumuna sahip olduğu, %16.6'sının işinden ve %11.3'ünün meslekten ayrılmayı düşündüğü belirlenmiştir (Tablo 4.4).

4.2. Ölçek Puanları Tanımlayıcı İstatistikleri

Tablo 4.5. Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği (EÇTÖ) Puanları: Tanımlayıcı İstatistikler (n: 391)

Ölçek ve Alt Boyutları	En az-en çok*	$\bar{x} \pm SS$
Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği – Toplam	60-130	112.25±12.40
EÇTÖ Alt Boyutları		
1. Ekip Yapısı (6 madde)	9-30	25.45±3.28
2. Liderlik (6 madde)	14-30	26.08±3.17
3. Durum İzlemi (6 madde)	12-30	25.97±3.30
4. Karşılıklı Destek (3 madde)	5-15	12.94±1.71
5. İletişim (5 madde)	10-25	21.80±2.77

* Olası toplam puan aralığı: 26-130

Hemşirelerin ekip çalışması tutum puanlarının ortalama 112.25±12.40 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ) Puanları: Tanımlayıcı İstatistikler (n: 391)

Ölçek ve Alt Boyutları		En az-en çok*	$\bar{x} \pm SS$
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği – Toplam		1.67-4	3.38±.45
HGKÖ Alt Boyutları	1. Yönetim ve Liderlik	1.65-4	3.40±.46
	2. Çalışan Davranışı	1.36-4	3.31±.52
	3. Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	1.20-4	3.31±.56
	4. Eğitim	1.57-4	3.42±.50
	5. Bakım ve Teknoloji	1.88-4	3.44±.49

*Olası puan aralığı: 1-4

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü puanlarının ortalama $3.38 \pm .45$ olduğu, en yüksek puan ortalamasının ($3.44 \pm .49$) bakım ve teknoloji alt boyutunda, en düşük puan ortalamasının ise çalışan davranışı ($3.31 \pm .52$) ile beklenmedik olay ve hata raporlama ($3.31 \pm .56$) alt boyutlarında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

4.3. Hemşirelerin Sosyodemografik, Mesleki Özellikleri ile Hasta Güvenliği Eğitimi Alma, İş Doyumu Düzeyi, Kurumda ve Meslekte Kalma Niyetine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ve beş alt boyutunun puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 391)

Değişkenler	n	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları					
		HGKÖ	Yönetim	Çalışan	B.Olay	Eğitim	Bakım ve
		Toplam	ve	Davranışı	ve Hata		Teknoloji
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	Raporla	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	ma	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Cinsiyet							
Kadın	320	3.37±.47	3.39±.48	3.30±.54	3.29±.57	3.42±.51	3.43±.50
Erkek	71	3.42±.35	3.42±.36	3.39±.42	3.39±.47	3.44±.41	3.48±.41
<i>t</i>		1.126	.666	1.571	1.585	.344	.739
<i>p</i>		.262	.506	.119	.116	.731	.462
Yaş grubu							
≤ 25 yaş	191	3.31±.45	3.33±.46	3.26±.52	3.22±.56	3.36±.50	3.37±.49
> 25 yaş	200	3.44±.44	3.46±.45	3.36±.52	3.39±.54	3.48±.49	3.51±.48
<i>t</i>		2.757	2.765	1.907	3.001	2.411	2.736
<i>p</i>		.006**	.006**	.057	.003**	.016*	.007**
Medeni durum							
Bekar	316	3.36±.44	3.38±.45	3.30±.51	3.29±.55	3.40±.50	3.43±.47
Evli	75	3.44±.49	3.45±.52	3.36±.58	3.40±.57	3.53±.48	3.49±.56
<i>t</i>		1.295	1.072	.852	1.544	2.009	.863
<i>p</i>		.196	.284	.395	.123	.045*	.390
Eğitim düzeyi							
Lise-önlisans	31	3.25±.47	3.30±.50	3.19±.54	3.18±.58	3.27±.59	3.27±.52
Lisans-lisans üstü	360	3.39±.45	3.40±.46	3.32±.52	3.32±.55	3.44±.49	3.46±.48
<i>t</i>		1.613	1.205	1.339	1.336	1.770	1.999
<i>p</i>		.108	.229	.181	.182	.077	.046*

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 389

*p<.05; **p<.01

Hemşirelerin cinsiyetine göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde, grupların toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (p>.05, Tablo 4.7).

Hemşirelerin yaş grubuna göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde, 25 yaş üzerindeki hemşirelerin puan ortalamasının 25 yaş ve altında olanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın toplam puan ile alt boyutlardan yönetim ve liderlik, beklenmedik olay ve hata raporlama, bakım ve teknoloji alt boyutu ($p<.01$) ile eğitim alt boyutunda anlamlı düzeyde ($p<.05$) olduğu bulunmuştur. Çalışan davranışı alt boyutundaki farkın ise anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 4.7).

Hemşirelerin medeni durumuna göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde, evli olanların puan ortalamasının bekarlara göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın yalnız eğitim alt boyutunda anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Medeni duruma göre grupların Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği toplam ve dört alt boyutunun (yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, bakım ve teknoloji) puan ortalaması arasındaki fark ise anlamlı düzeyde bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.7).

Hemşirelerin mesleki eğitim düzeyine göre E Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde, lisans ve lisansüstü mezunu olanların puan ortalamasının lise ve önlisans mezunu olanlara göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın yalnız bakım ve teknoloji alt boyutunda anlamlı düzeyde olduğu ($p<.05$), toplam puan ve dört alt boyutun (yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, eğitim) puan ortalaması arasındaki farkın ise anlamlı düzeyde olmadığı ($p>.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ve beş alt boyutunun puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4.8 ve 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.8. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması –I (n: 391)

Değişkenler	n	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları					
		HGKÖ	Yönetim ve Liderlik	Çalışan Davranışı	B.Olay ve Hata Raporlama	Eğitim	Bakım ve Teknoloji
		Toplam					
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Çalıştığı kurum							
Devlet hastanesi ^a	97	3.31±.47	3.30±.46	3.33±.52	3.27±.57	3.32±.50	3.33±.51
Özel hastane ^b	195	3.33±.44	3.37±.46	3.22±.53	3.24±.55	3.39±.48	3.45±.48
Üniversite hastanesi ^c	99	3.52±.41	3.53±.44	3.48±.47	3.48±.52	3.59±.49	3.54±.46
<i>F (sd: 2/388/390)</i>		7.323	6.651	8.212	6.710	8.905	4.499
<i>p (Fark)</i>		.001**	.001**	.000***	.001**	.000***	.012*
		(a,b<c)	(a,b<c)	(b<c)	(a,b<c)	(a,b<c)	(a<c)
Çalıştığı bölüm							
Dahiliye ^a	122	3.35±.46	3.36±.48	3.32±.51	3.29±.57	3.37±.49	3.38±.49
Cerrahi ^a	163	3.33±.44	3.35±.46	3.24±.54	3.27±.56	3.41±.49	3.43±.47
Yoğun bakım ^a	71	3.37±.43	3.39±.43	3.32±.48	3.28±.52	3.39±.48	3.45±.50
Yönetim/egitim ^b	35	3.69±.38	3.74±.33	3.63±.48	3.61±.50	3.72±.47	3.74±.43
<i>F (sd: 3/387/390)</i>		6.751	7.437	5.569	3.790	4.984	5.204
<i>p (Fark)</i>		.000***	.000***	.001**	.011*	.002**	.002**
		(a<b)	(a<b)	(a<b)	(a<b)	(a<b)	(a<b)
Görevi							
Servis hemşiresi	356	3.34±.44	3.36±.46	3.28±.52	3.28±.55	3.39±.49	3.41±.48
Yönetici/egitim hemşiresi	35	3.69±.38	3.74±.33	3.63±.48	3.61±.50	3.72±.47	3.74±.43
<i>t</i>		4.468	4.692	3.778	3.361	3.813	3.806
<i>p</i>		.000***	.000***	.000***	.001**	.000***	.000***

F: Bağımsız gruplarda varyans analizi, gruplar arası/grup içi/toplam sd sırası ile verildi

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 389

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Çalıştığı kurum türüne göre hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı düzeyde (p<.05) fark olduğu

saptanmıştır (Tablo 4.8). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek üzere yapılan ileri analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin toplam puan ($p<.01$), alt boyutlardan yönetim ve liderlik ($p<.01$), beklenmedik olay ve hata raporlama ($p<.01$), eğitim ($p<.001$) boyutunda üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin puan ortalamasının devlet hastanesi ve özel hastanede çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışan davranışı alt boyutunda üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin puan ortalamasının özel hastanede çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.001$) bulunmuştur. Bakım ve teknoloji alt boyutunda üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin puan ortalamasının devlet hastanesinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Çalıştığı bölüme göre hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek üzere yapılan ileri analizde; yönetim ve eğitim biriminde çalışan hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği toplam puan ve beş alt boyut puan ortalamasının dahiliye, cerrahi ve yoğun bakım biriminde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.05$), diğer ikili gruplar (dahiliye, cerrahi ve yoğun bakım grupları) arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>.05$) bulunmuştur (Tablo 4.8).

Hemşirelerin görev türüne göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde, yönetici ve eğitim hemşiresi olarak çalışan hemşirelerin puan ortalamasının servis hemşiresi olarak çalışanlara göre yüksek olduğu; aradaki farkın toplam puan ile yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, eğitim, bakım ve teknoloji ($p<.001$), beklenmedik olay ve hata raporlama ($p<.01$) alt boyutlarında anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.9 Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması - II (n: 391)

Değişkenler	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları						
	N	HGKÖ Toplam	Yönetim ve Liderlik	Çalışan Davranışı	B.Olay ve Hata Raporlama	Eğitim	Bakım ve Teknoloji
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Meslek deneyim süresi							
< 4 yıl	264	3.37±.44	3.38±.44	3.32±.51	3.29±.56	3.41±.50	3.42±.48
≥ 4 yıl	127	3.40±.48	3.42±.50	3.30±.55	3.34±.55	3.46±.49	3.48±.51
<i>t</i>		.597	.849	.310	.705	1.002	.981
<i>P</i>		.551	.396	.756	.481	.317	.327
Kurumda deneyim süresi							
< 3 yıl	261	3.34±.44	3.35±.46	3.28±.50	3.28±.55	3.39±.49	3.40±.48
≥ 3 yıl	130	3.45±.47	3.48±.46	3.37±.55	3.37±.57	3.48±.50	3.53±.48
<i>t</i>		2.307	2.710	1.631	1.530	1.715	2.405
<i>p</i>		.022*	.007**	.104	.127	.087	.017*
Birimde deneyim süresi							
< 3 yıl	266	3.34±.43	3.35±.45	3.28±.50	3.28±.54	3.39±.49	3.40±.48
≥ 3 yıl	125	3.46±.47	3.49±.47	3.38±.55	3.37±.58	3.49±.49	3.53±.49
<i>t</i>		2.470	2.818	1.828	1.613	1.979	2.477
<i>p</i>		.014*	.005**	.068	.108	.048*	.014*
Çalışma şekli							
Gece-gündüz	337	3.35±.44	3.36±.45	3.28±.51	3.28±.54	3.40±.49	3.42±.48
Gündüz	54	3.56±.47	3.60±.48	3.50±.57	3.48±.61	3.58±.50	3.59±.48
<i>t</i>		3.233	3.597	2.808	2.482	2.604	2.354
<i>P</i>		.001**	.000***	.005**	.013*	.010*	.019*

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 389

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Hemşirelerin meslekte deneyim süresine göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.9).

Hemşirelerin kurumda deneyim süresine göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde, kurumda deneyim süresi üç yıldan az olan hemşirelerin puan ortalamasının kurum deneyimi 3 yıl ve daha fazla olanlara göre düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın yönetim ve liderlik alt boyutunda ($p<.01$), hasta güvenliği kültürü toplam puan ve bakım-teknoloji alt boyutunda ($p<.05$) anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışan davranışı, beklenmedik olay-hata raporlama ve eğitim alt boyutlarındaki farkın ise anlamlı düzeyde olmadığı ($p>.05$) bulunmuştur (Tablo 4.9).

Hemşirelerin birimde deneyim süresine göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde, birimde deneyim süresi üç yıldan az olan hemşirelerin puan ortalamasının 3 yıl ve daha fazla olanlara göre düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın yönetim ve liderlik alt boyutu ($p<.01$) ile hasta güvenliği kültürü toplam puan, eğitim ve bakım-teknoloji alt boyutunda ($p<.05$) anlamlı düzeyde olduğu, çalışan davranışı ve beklenmedik olay-hata raporlama alt boyutlarındaki farkın ise anlamlı düzeyde olmadığı ($p>.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Hemşirelerin gece ve gündüz çalışma şekline göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde, gündüz çalışan hemşirelerin puan ortalamasının gece-ve gündüz çalışanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın yönetim ve liderlik alt boyutu ($p<.001$) ile hasta güvenliği kültürü toplam puan ve çalışan davranışı alt boyutunda ($p<.01$) ve beklenmedik olay-hata raporlama, eğitim ve bakım-teknoloji alt boyutunda ($p<.05$) anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Hemşirelerin hasta güvenliği eğitimi alma ve aldıkları eğitimin süresine göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ve beş alt boyutunun puan ortalamasının karşılaştırılması yönelik bulgular Tablo 4.10'da verilmiştir

Tablo 4.10. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Eğitimi Alma ve Aldıkları Eğitimin Süresine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 391)

Değişkenler	HGKÖ		Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları				
	Toplam	Yönetim ve Liderlik	Çalışan Davranışı	B.Olay ve Hata Raporlama	Eğitim	Bakım ve Teknoloji	
							n
Hasta güvenliğine yönelik eğitim alma							
Evet	68	3.37±.45	3.40±.47	3.31±.53	3.30±.56	3.42±.50	3.44±.49
Hayır	3	3.41±.40	3.39±.40	3.36±.42	3.47±.50	3.45±.45	3.44±.49
Z		.261	.181	.341	1.403	.168	.105
p		.794	.856	.733	.161	.866	.917
Hasta güvenliğine yönelik eğitim süresi							
Eğitim almadı ^a	3	3.41±.40	3.39±.40	3.36±.42	3.47±.50	3.45±.45	3.44±.49
≤ 3 saat ^b	78	3.34±.46	3.34±.47	3.29±.53	3.27±.55	3.40±.51	3.42±.51
> 3 saat ^c	90	3.41±.45	3.45±.45	3.33±.53	3.33±.56	3.44±.49	3.47±.47
KW		2.742	6.376	.955	3.102	1.023	.914
p (fark)		.254	.041* (b<c)	.620	.212	.600	.633

*p<.05; Z: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi, sd: 2, post hoc test: Bonferroni düzeltilmiş Mann Whitney U testi

Hemşirelerin hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (p>.05, Tablo 4.10).

Hemřirelerin hasta güvenliđi eđitimi alma sűresine gűre Hasta Gűvenliđi Kűltűrű Őlűeđi puanları incelendiđinde, grupların yalnız yűnetim ve liderlik alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı dűzeyde fark olduđu bulunmuřtur ($p<.05$). İleri analizde, hasta güvenliđi konusunda űç saatten az eđitim alan hemřirelerin yűnetim ve liderlik alt boyut puan ortalamasının eđitim almayan ve űç satten fazla eđitim alanlara gűre anlamlı dűzeyde dűřűk olduđu bulunmuřtur ($p<.05$). Hasta güvenliđi eđitimi alma sűresine gűre grupların Hasta Gűvenliđi Kűltűrű Őlűeđi toplam puan, çalıřan davranıřı, beklenmedik olay-hata raporlama, eđitim ve bakım-teknoloji alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı dűzeyde fark bulunmamıřtır ($p>.05$, Tablo 4.10).



Tablo 4.11. Hemşirelerin İş Doyum Düzeyi ve İşten-Meslekten Ayrılma Düşüncesine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:391)

Değişkenler	HGKÖ		Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları				
	Toplam	Yönetim ve Liderlik	Çalışan Davranışı	B.Olay ve Hata Raporlama	Eğitim	Bakım ve Teknoloji	
	n	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
İş doyum düzeyi							
Düşük (1-4 puan) ^a	58	3.16±.48	3.17±.49	3.11±.60	3.06±.61	3.24±.54	3.23±.55
Orta (5-7 puan) ^b	252	3.40±.44	3.43±.45	3.34±.51	3.33±.54	3.45±.49	3.46±.46
Yüksek (8-10 puan) ^c	81	3.44±.42	3.46±.43	3.36±.47	3.40±.52	3.47±.47	3.52±.47
<i>F</i>		8.207	9.018	5.169	7.384	4.703	6.906
<i>p</i> (Fark)		.000*** (a<b,c)	.000*** (a<b,c)	.006** (a<b,c)	.001** (a<b,c)	.010* (a<b,c)	.001** (a<b,c)
İşten/Kurumdan ayrılmayı düşünme							
Evet, düşünüyorum/ Kararsızım	203	3.35±.45	3.36±.46	3.31±.53	3.26±.55	3.40±.50	3.41±.50
Hayır, düşünmüyorum	188	3.40±.45	3.43±.46	3.32±.51	3.36±.56	3.45±.49	3.47±.47
<i>t</i>		1.165	1.439	.345	1.646	.953	1.272
<i>p</i>		.245	.151	.730	.101	.341	.204
Meslekten ayrılmayı düşünme							
Evet, düşünüyorum/ Kararsızım	145	3.29±.50	3.32±.51	3.23±.57	3.20±.57	3.34±.55	3.35±.53
Hayır, düşünmüyorum	246	3.42±.41	3.44±.43	3.36±.49	3.37±.54	3.47±.46	3.49±.46
<i>t</i>		2.705	2.392	2.424	2.993	2.351	2.635
<i>p</i>		.007**	.017*	.016*	.003**	.019*	.009**

F: Bağımsız gruplarda varyans analizi, sd: gruplar arası/grup içi/toplam : 2/388/390
t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 389
*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Hemşirelerin iş doyumu düzeyi, işten ayrılma ve meslekten ayrılmayı düşünme durumuna göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ve beş alt boyutunun puan ortalamasının karşılaştırılması yönelik bulgular Tablo 4.11’de verilmiştir.

Hemşirelerin iş doyumu düzeyine göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde, grupların hasta güvenliği kültürü toplam puan ve yönetim-liderlik alt boyutu ($p<.001$), çalışan davranışı, beklenmedik olay-hata raporlama ve bakım-teknoloji alt boyutları ($p<.01$) ve eğitim alt boyutu ($p<.05$) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur. İleri analizde, iş doyum düzeyi orta ve yüksek düzeyde olan hemşirelerin hem toplam hem de beş alt boyut puan ortalamasının iş doyumu düşük olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiş ($p<.05$), iş doyumu orta ve yüksek düzeyde olan grupların hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.11).

Hemşirelerin işten (kurumdan) ayrılma düşüncesine göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 4.11).

Hemşirelerin meslekten ayrılma düşüncesine göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde, meslekten ayrılmayı düşünmeyen hemşirelerin toplam ve alt boyut puan ortalamalarının meslekten ayrılmayı düşünen ve kararsız olanlara göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın hasta güvenliği kültürü toplam puan, beklenmedik olay-hata raporlama ve bakım-teknoloji alt boyutları ($p<.01$) ile yönetim-liderlik, çalışan davranışı ve eğitim alt boyutlarında ($p<.05$) anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11).

4.4. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanları ile Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanları ile Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği Puanları arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanları ile Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği Puanlarının İlişkisi: Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutları	HGKÖ	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları					
		Toplam	Yönetim ve Liderlik	Çalışan Davranışı	B. Olay ve Hata Raporlama	Eğitim	Bakım ve Teknoloji
EÇTÖ	r	.64	.63	.57	.51	.53	.58
Toplam	p	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*
Ekip Yapısı	r	.55	.54	.51	.46	.44	.48
	p	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*
Liderlik	r	.52	.52	.45	.40	.44	.49
	p	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*
Durum İzlemi	r	.57	.55	.51	.47	.49	.52
	p	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*
Karşılıklı Destek	r	.55	.52	.50	.46	.49	.49
	p	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*
İletişim	r	.59	.59	.54	.44	.48	.54
	p	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*	.000*

r: Pearson korelasyon analizi

*p<.001

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları ile Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin toplam puanları ile Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinin toplam ve beş alt boyutun puanları arasında güçlü düzeyde olmak üzere pozitif yönde ve çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (p<.001) belirlenmiştir (Tablo 4.12).

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin yönetim ve liderlik alt boyut puanları ile Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinin toplam ve beş alt boyutun puanları arasında güçlü düzeyde olmak üzere pozitif yönde ve çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (p<.001) bulunmuştur (Tablo 4.12).

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin çalışan davranışı alt boyut puanları ile Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinin toplam ve dört alt boyutun (ekip yapısı, durum izlemi, karşılıklı destek, iletişim) puanları arasında güçlü düzeyde, liderlik alt boyut puanları arasında ise orta düzeyde olmak üzere pozitif yönde ve çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.12).

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyut puanları ile Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinin toplam puanları arasında güçlü düzeyde, beş alt boyutun puanları arasında ise orta düzeyde olmak üzere pozitif yönde ve çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<.001$) saptanmıştır (Tablo 4.12).

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin eğitim alt boyut puanları ile Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinin toplam puanları arasında güçlü düzeyde, beş alt boyutun puanları arasında ise orta düzeyde olmak üzere pozitif yönde ve çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<.001$) bulunmuştur (Tablo 4.12).

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin bakım ve teknoloji alt boyut puanları ile Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinin toplam puanları, alt boyutlardan durum izlemi ve iletişim puanları arasında güçlü düzeyde; ekip yapısı, liderlik ve karşılıklı destek alt boyut puanları arasında ise orta düzeyde olmak üzere pozitif yönde ve çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.12).

Hemşirelerin Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinden aldığı puanlar arttıkça Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları da artmaktadır.

4.5. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puanlarına Bağımsız Değişkenlerin Etkisinin Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü toplam ve alt boyut puanları üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen bağımsız değişkenlerin etkisi bir arada değerlendirilmek üzere çoklu regresyon analizi (backward yöntemi) yapılmıştır. Bağımsız değişkenlerden kurmda çalışma süresi ile birimde çalışma süresi arasında ($r: .95$, $p<.001$, kurumda süre için Tolerans değeri: $.093$, VIF: 10.770 , birimde süre

için tolerans değeri: .097, VIF: 10.258) multicollinearity istatistiklerine göre yüksek düzeyde ilişki (otokorelasyon) olduğu bulunmuştur. Hasta güvenliği kültürü puanlarına etkisi primer analizlerde daha güçlü olan birimde çalışma/deneyim süresi regresyon modeline alınmış, kurumda çalışma süresi regresyon modelinden çıkarılmıştır. Ayrıca bağımsız değişkenlerden Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinin toplam puanları ile beş alt boyut puanları arasında (r: .86 ile .89 arası, $p < .001$, toplam puan tolerans değeri: .000, VIF: hesaplanamadı) ve beş alt boyutun kendi arasında (r: .64 ile .74 arasında, $p < .001$, Tolerans değeri: .310 ile .393 arası, VIF: 2.544 ile 3.224 arası) multicollinearity istatistiklerine göre yüksek düzeyde ilişki (otokorelasyon) olduğu bulunmuştur. Arasında otokorelasyon sorunu olan Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği puanlarından hasta güvenliği kültürü puanına etkisi primer analizlerde daha güçlü olan toplam puan regresyon modeline alınmış, ölçek alt boyutları tüm regresyon analizlerinde modelden çıkarılmıştır. Hemşirelerin çalıştığı birime göre yapılan primer analiz sonuçlarına göre yönetim/egitim birimi ile diğer birimler arasında fark bulunduğu (diğer birimler-klinikler arasında fark yok) için görev değişkeni (servis hemşiresi ve yönetici/egitim hemşiresi) ile gruplar eşleştiği için regresyon modeline görev türü olarak alınmıştır.

Tablo 4.13. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n: 391)

Bağımsız Değişkenler	B	S.Hata	β	T	P	B için 95% Güven Aralığı		Collinearity istatistikleri	
								Tolerance	VIF
(Sabit)	.20	.18		1.151	.251	-.15	.55		
EÇTÖ Toplam	.022	.001	.61	16.053	.000***	.02	.03	.958	1.044
Çalıştığı kurum	.14	.04	.14	3.664	.000***	.07	.22	.984	1.016
Görevi	.19	.06	.12	3.192	.002**	.07	.31	.914	1.094
Yaş grubu	.09	.03	.10	2.494	.013*	.02	.16	.909	1.100
İş doyum düzeyi	.10	.05	.08	2.065	.040*	.01	.19	.963	1.039

R: .69 Adjusted R²: .46
F: 68.51 p: .000
Durbin Watson: 1.80

EÇTÖ: Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği Toplam Puanı

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin toplam puanı üzerine etkisi olduğu belirlenen sekiz bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için yapılan çoklu regresyon analizinde; birimde deneyim süresi, meslekten ayrılmayı düşünme ve çalışma şekli/vardiya olmak üzere üç bağımsız değişken yeterli etkiye sahip olmadığı için regresyon modelinden çıkarılmıştır (p>.05). Modelde kalan beş değişkenin etkisini gösteren regresyon sonuçları Tablo 4.13’de verilmiştir.

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü toplam puanına anlamlı düzeyde etkili olan değişkenler β katsayısına göre en çok önemliden en az önemliye doğru; ekip çalışması tutumları toplam puanı, çalıştığı kurum türü (p<.001), görevi (p<.01), yaş grubu ve iş doyum düzeyi (p<.05) olarak sıralandığı belirlenmiştir. Beş bağımsız değişken hemşirelerde hasta güvenliği kültürü toplam puanına ait değişimi (varyansı) %46 oranında açıkladığı saptanmıştır. Başka bir deyişle hasta güvenliği

kültürü toplam puanı %46 oranında söz konusu beş değişikenden etkilenmekte, %54 oranında ise başka değişiklerden etkilenmektedir (Tablo 4.13).

Regresyon analizine göre, hemşirelerin ekip çalışması tutumları toplam puanlarındaki 1 puanlık artışın hasta güvenliği kültürü toplam puanını .02 puan artırdığı, devlet hastanesi ve özel hastanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü toplam puanının niversite hastanesinde çalışanlara göre .14 puan fazla olduğu, yönetici ve eğitim hemşiresi olarak çalışanların hasta güvenliği kültürü toplam puanının servis hemşiresi olarak çalışanlara göre .19 puan yüksek olduğu, yaşı 25'ten büyük olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü toplam puanının yaşı 25 ve daha küçük olanlara göre .09 puan arttığı belirlenmiştir. İş doyumuna orta ve yüksek düzeyde (*doyum puanı 5 puan ve üzerinde*) olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü toplam puanının iş doyumuna düşük (*doyum puanı 5 puandan az*) olanlara göre .10 puan arttığı bulunmuştur (Tablo 4.13).

5. TARTIŞMA

Toplamda dört hastaneyi kapsayan bu çalışmada, hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve bazı mesleki özellikleri ile ekip çalışması tutumunun hasta güvenliği kültürü algılarına etkisi incelenmiştir.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinden alınan puan ortalamasının 4'e doğru yükselmesi, olumlu hasta güvenliği kültürünü, 1'e doğru azalması olumsuz hasta güvenliği kültürünün varlığını göstermektedir (Türkmen ve ark., 2011). Bu çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı ortalama 3.38 ± 0.45 puan olarak yüksek bulunmuştur. Alt boyutlarından ise bakım ve teknoloji puanı 3.44 ± 0.49 olarak en yüksek, beklenmedik olay ve hata raporlama puanı 3.31 ± 0.56 olarak en düşük puanı almıştır. Dirik (2014) yaptığı çalışmada, hasta güvenliği kültürü puan ortalaması 2.52 ± 0.39 olarak bulmuştur. Ölçek alt boyutlarında en düşük puan 'beklenmedik olay ve hata raporlama' 2.45 ± 0.50 , en yüksek 'çalışan davranışı' 2.59 ± 0.43 alt boyutundan alınmıştır. Rızalar, Büyük, Şahin, Tülin'in (2016) yapmış olduğu çalışmanın en düşük hasta güvenliği alt boyutu 'olay ve hata raporlama', en yüksek alt boyutları ise 'çalışan davranışı' ve 'yönetim/liderlik'tir. Karaca ve Arslan (2014) yaptığı çalışmada da hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları en düşük puan ortalaması "Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama" alt boyutunda (2.94 ± 0.584), en yüksek puan ortalaması ise "Eğitim" alt boyutunda (3.04 ± 0.609) bulunmuştur. Çalışmamızın sonucunda da beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutunun en düşük puanı alması literatürle benzerlik göstermektedir. Bu çalışmaların aksine Türk, Akgül, Seçkin, Tekingündüz, Zekioğlu'nun (2018) çalışmasında, en yüksek hasta güvenliği alt boyutu 'olay ve hata raporlama', en düşük boyutları ise 'çalışan davranışı' ve 'yönetim/liderlik'tir. Olumlu hasta güvenliği kültüründe, beklenmedik olayların raporlanmasında artış olmaktadır, en düşük puanın bu alt boyutta olması, henüz güvenlik kültürünün hastanelerde tam da oturmadığını göstermesi açısından önemli bir sonuçtur.

Yardımcı ve arkadaşlarının 2012'de geliştirdikleri Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinden alınan puanın 130'a doğru yükselmesi ekip çalışması tutumlarını yüksek, 26'ya doğru azalması ekip çalışması tutumlarının düşük olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada, hemşirelerin ekip çalışması tutumları puanı 112.25 ± 12.40 olarak yüksek bulunmuştur. Alt boyutlarından ise liderlik 26.08 ± 3.17

en yüksek alt boyut puanını, karşılıklı destek olarak 12.94 ± 1.71 en düşük alt boyut puanını oluşturmaktadır. Çelik (2016) yaptığı çalışmada, ekip çalışması tutumları puanı 110.67 ± 18.78 bulunurken, liderlik alt boyutu 24.91 ± 5.31 puanıyla en yüksek ve karşılıklı destek alt boyutu 17.66 ± 4.08 puanıyla en düşük puanı almıştır. Düzgün ve ark.nın (2019) yaptığı çalışmada da, ekip çalışması tutumları ölçeği toplam puan ortalaması 110.05 ± 10.08 , alt boyutlarından en düşük karşılıklı destek 16.94 ± 2.71 , en yüksek liderlik 25.10 ± 3.05 olarak bulunmuştur. Yılmaz ve Yıldırım'ın (2018) yaptığı çalışma da çalışmamızla benzerlik göstermiş olup Ekip Çalışması Tutum Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında en yüksek puanı "liderlik" alt boyutundan (25.28 ± 2.98) en düşük puanı ise "karşılıklı destek" alt boyutundan (16.67 ± 5.14) aldıkları saptanmıştır. Bu çalışmadaki sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmanın sonucuna göre, cinsiyetin hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısına anlamlı düzeyde etkisinin olmadığı bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalar da cinsiyetin hasta güvenliği kültürüne etkisi olmadığını göstermektedir (Türk ve ark., 2018; Erdağı ve Özer 2015; Aydemir, 2015; Çevik, 2018). Çalışmamızın sonucu literatürle benzerlik göstermektedir.

Yirmibeş yaş üzerinde olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı ölçek toplamı ile bakım ve teknoloji, yönetim ve liderlik, beklenmedik olay ve hata raporlama ve eğitim alt boyutlarında diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. İlave olarak, regresyon analizinde yaş değişkeni modelde kalmış ve 25 yaşından büyük olma hasta güvenliği kültürü algısını olumlu etkilemiştir. Çevik (2018) yaptığı çalışmada hasta güvenliği kültürü algısı yönetim ve liderlik, bakım ve teknoloji ve çalışan davranışı alt boyutlarında diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. Durmaz (2016) yaptığı çalışmada ise yaş ile çalışan davranışı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf güçte bir ilişki saptanmıştır. Bunun tersi olarak Çelen'in (2011), Türk ve ark. (2018), Erdağı ve Özer (2015), Karaca ve Arslan (2014) çalışmalarında yaşa göre hasta güvenliği kültürü algısının değişmediği belirlenmiştir. Bu durum, çalışmalarda yer alan katılımcıların yaşlarıyla birlikte aynı kurumda çalışma yıllarının farklılığından kaynaklanabilir. Ayrıca, bir kurumda daha uzun süreli çalışma, kurumun felsefesini, kurallarını ve kültürünü benimsemeye önemli bir unsurdur, bu nedenle kurumlarda çalışan devir hızı düşük tutulmaya çalışılmaktadır (RNO, 2013). Bu

çalışmaya katılan hemşirelerin çok genç, mesleki ve çalıştıkları kurum deneyim ortalama süresinin çok düşük olduğu dikkate alındığında, yaşı fazla olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü daha olumlu algılamalarının deneyimleri ile açıklanabilir.

Hemşirelerin medeni durumuna göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde, evli olanların puan ortalamasının eğitim alt boyutunda bekarlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, bakım ve teknoloji, beklenmedik olay ve hata raporlama puan ortalamaları arasında fark ise anlamlı düzeyde bulunmamıştır. Bununla beraber Türk ve ark. (2018) yaptığı çalışmada medeni durumun hasta güvenliği kültürü algısını değiştirdiğini bulurken, Erdağı (2013), Durmaz (2016), Çevik (2018) yaptıkları çalışmalarda ise medeni durumun hasta güvenliği kültürü algısını değiştirmediğini bulmuştur. Çalışmada yer alan hastaneler farklı olsa da bir kurumda çalışan evli ve bekar hemşirelerin koşulları farklılık göstermemektedir. Eğitim alt boyutundaki farklılığın nedeni çalışmaya katılan evli hemşire sayısının hastanelere göre farklı dağılım göstermesinden veya çalışmaya katılan evli hemşirelerin yaş ortalamasının daha yüksek olması nedeniyle deneyim süresinin daha uzun olmasından kaynaklanabilir. Nitekim regresyon analizinde, cinsiyet modelde anlamlı olmadığından modelden çıkarılmıştır. Eğitim alt boyutundaki farklılığın bir diğer nedeni bu hemşirelerin hizmet içi eğitimlere daha fazla katılması da olabilir.

Hemşirelerin eğitim düzeyine göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde, hasta güvenliği kültürü algısı lisans ve lisansüstü mezunu olanların bakım ve teknoloji alt boyutunda diğerlerine göre yüksek belirlenmiştir. Durmaz'ın (2016) yaptığı çalışmada lisansüstü mezunlarının ölçek toplamı ile yönetim ve liderlik, çalışan davranışı alt boyutlarında hasta güvenliği algısı yüksek bulunmuştur. Çevik'in (2018) çalışmasında ise yüksek lisans mezunlarının çalışan davranışı alt boyutunda hasta güvenliği algısı yüksek bulunmuştur. Bir diğer çalışma olarak Erdağı ve Özer'in (2015) çalışmasında lisansüstü mezunların eğitim alt boyutunda hasta güvenliği algısı düşük bulunmuştur. Bu çalışmaların aksine Karaca ve Arslan'ın (2014) yaptığı çalışmada eğitim düzeyinin hasta güvenliği kültürü algısını etkilemediği belirlenmiştir. Hemşirelerin lisans ve lisansüstü programlarda aldıkları eğitimi tutuma dönüştürmeleri hasta güvenliği kültürünü olumlu algılamalarına neden olabilir. Bu çalışmada bakım ve teknoloji alt

boyutunda hasta güvenliğinin yüksek algılanması hastanelerin bakım ve teknolojiye verdikleri önemden kaynaklanabilir. Sağlık kurumlarının hasta güvenliği kültürünün yerleşmesini sağlaması için son teknolojiyi takip etmeleri gerekmektedir (Güven, 2014).

Hemşirelerin çalıştıkları hastanelere göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde, üniversite hastanelerinde çalışanların yönetim ve liderlik, eğitim, beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutunda devlet hastanesi ve özel hastanede çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca, regresyon analizinde modelde kalan bağımsız değişkenlerden biri de çalışılan kurum olmuştur. Gündoğdu ve Bahçecik'in (2012) yaptığı çalışmada üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin, özel hastanede çalışan hemşirelere göre hasta güvenliği kültürü algıları yüksek bulunmuştur. Erdağı ve Özer'in (2015) yaptığı çalışmada da çalışmamıza benzer biçimde üniversite hastanesinde çalışanların beş alt boyutta hasta güvenliği kültürü algısının yüksek olduğu belirlenmiştir. Karaca ve Arslan (2014) yaptığı çalışmada özel hastaneler arasında eğitim ve teknoloji alt boyutunda hasta güvenliği kültürü algısının değiştiği bulunmuştur. Bu sonuçlar, daha ileri düzeyde tedavi ve bakım uygulamalarının yapıldığı üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği açısından yönetsel olarak daha olumlu bir ortamda bulduklarını ve kendilerini daha güvende hissederek konuşabildiklerini ya da raporlama yapabildiklerini düşündürmektedir.

Yönetim ve eğitim biriminde görev alan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı diğer birimlerde görev alan veya servis hemşiresi olarak görev yapan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. İlave olarak regresyon analizinde, yönetim ve eğitim birimlerinde çalışma modelde kalmış ve hasta güvenliği kültürü algısını olumlu etkilemiştir. Türk ve ark. (2018) ile Çevik'in (2018) yaptığı çalışmada ise özellikli birimlerde çalışan hemşirelerin yönetim ve liderlik alt boyutunda yataklı servislerde çalışan hemşirelere göre hasta güvenliği kültürü algısının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun tersi olarak Filiz (2009), Behlül ve Bayraktar (2017), Erdağı ve Özer (2015), Karaca ve Arslan (2014) yaptığı çalışmalarda, çalışılan bölümlerin hasta güvenliği kültür algısını değiştirmedikleri bulunmuştur. Yine benzer biçimde Rızalar ve ark. (2016) ile Karaca ve Arslan'ın (2014) yaptığı çalışmalarda görev türünün hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısını etkilemediği belirlenmiştir. Bu durum, çalışmaya katılan

ve yönetim-eğitim birimlerinde çalışan hemşirelerin üstlendikleri rol gereği hasta bakım kalitesini artırmak üzere süreçlere daha hakim olmaları ve bu konuda katılım sağlamaya çalışmaları ile açıklanabilir.

Hemşirelerin meslekte deneyim süresine göre hasta güvenliği kültürü algısının değişiklik göstermediği bulunmuştur. Karaca ve Arslan (2014), Erdağı ve Özer (2015), Türk ve ark. (2018), Karaca ve Arslan (2014), Durmaz'ın (2016) yaptığı çalışmalarda da meslekte deneyim süresinin hasta güvenliği kültürü algısını değiştirmedeği bulunmuştur. Çalışma sonuçları literatürle benzerlik göstermiş olup, hasta güvenliği kültürü çalışmaları kuruma ait bir gösterge olduğundan bu durum beklenen bir sonuçtur.

Kurumdaki ve bölümdeki deneyim süresi üç yıldan az olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı kurum deneyimi üç yıl ve daha fazla olanlara göre yönetim ve liderlik ile bakım-teknoloji alt boyutlarında hasta güvenliği kültürü algısının yüksek olduğu belirlenmiştir. Durmaz'ın (2016) yaptığı çalışmada çalışan davranışı alt boyutunda deneyimi az olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı yüksek bulunmuştur. Türk ve ark., (2018), Karaca ve Arslan (2014) yaptığı çalışmada ise kurumdaki deneyim süresinin hasta güvenliği kültürü algısını etkilemediği bulunmuştur. Bu durum, mesleki açıdan deneyimi fazla olan hemşirelerin kurumdaki ve bölümdeki süreçlere daha hakim olmaları ve hasta güvenliği ile ilgili prosedür ve politikalara daha fazla bağlı çalışmaları ile açıklanabilir.

Hemşirelerin gece ve gündüz çalışma şekline göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puanları incelendiğinde, gündüz çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının gece ve gündüz karma çalışan hemşirelere göre yüksek olduğu bulunmuştur. Türk ve ark.'nın (2018) yaptığı çalışmada eğitim alt boyutunda, Çevik'in (2018) yaptığı çalışmada yönetim ve liderlik ile çalışan davranışı ve çalışan eğitimi alt boyutunda hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının yüksek bulunmuştur. Erdağı ve Özer (2015) yaptığı çalışmada ise çalışma şeklinin hasta güvenliği kültürü algısını değiştirmedeği belirlenmiştir. Gece-gündüz karma ve düzensiz çalışma şekli hemşirelerin daha çok yorulmasına ve mesleki açıdan yıpranmasına neden olmaktadır. Türk Hemşireler Derneği'nin hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili düzenlediği raporda vardiyalı/uzun süreli ve değişken saatlerde

çalışmanın, hemşire üzerinde fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik etkileri olduğu gibi, hizmeti alan açısından da pek çok olumsuz etkisi olduğu belirtilmiştir (<http://turkhemsirelerdernegei.org.tr/tr/yayinlar/thd-yayinlari/brosurler-ve-raporlar/turkiyede-hemsirelerin-calisma-kosullari.aspx>). Hemşirelerin bu düzensiz biçimde çalışmalarını hastanedeki eğitim ve gelişim faaliyetlerine katılmalarını ve hastane süreçleri ile posedürlerini geliştirme faaliyetlerine katılmalarını olumsuz etkilemiş olabilir.

Hemşirelerin aldıkları hasta güvenliği eğitim süresinin hasta güvenliği kültürü algısını etkilediği belirlenmiştir. Üç saatten fazla hasta güvenliği eğitimi alan hemşirelerin üç saatten az alanlara ya da hiç almayanlara göre yönetim ve liderlik alt boyutunda hasta güvenliği algısının yüksek olduğu bulunmuştur. Dilmen'in (2016) yaptığı çalışmada da eğitim süresinin fazla olması hasta güvenliği kültürü algısını yükselttiği bulunmuştur. Rızalar ve ark.nın (2016) yaptığı çalışmada eğitim alan hemşirelerin eğitim almayanlara göre hasta güvenliği kültürü algısı yüksek olduğu belirlenmiştir. Karaca ve Arslan (2014) yaptığı çalışmada ise hasta güvenliği eğitimi alan hemşirelerin bakım ve teknoloji haricindeki tüm alt boyutlarda hasta güvenliği algısı yüksek bulunmuştur. Hasta güvenliği eğitiminin çalışanların hasta güvenliği algısını olumlu etkilemesi istenen ve beklenen bir durumdur.

İş doyumu düzeyini orta ya da yüksek olduğunu ifade eden hemşirelerin düşük olduğunu belirtenlere göre hasta güvenliği kültürü algısı yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya benzer biçimde Çevik'in (2018) çalışmasında iş doyum düzeyi arttıkça hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının arttığı belirlenmiştir. Ayrıca iş doyumu düzeyi, regresyon analizinde modelde kalan değişkenlerden birisi olmuştur. İşinden memnun olmak, motive biçimde çalışma ve hastanedeki kurumsal hedeflere ve süreçlere sahip çıkmayı olumlu etkilemektedir. Özşaker ve Tehçi (2015) yaptığı çalışmada hemşirelerin işinden memnun olma durumları karşılaştırıldığında, işinden memnun olanların hasta güvenliği kültürü algısı yüksek bulunmuştur. Bu bağlamda çalışanları hasta güvenliği hedeflerine odaklanmasını sağlamada iş doyum düzeyini artırmak önemli bir strateji olabilir.

İşinden ayrılmayı düşünmenin hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısını etkilemediği bulunmuştur. İlave olarak meslekten ayrılmayı düşünen hemşirelerin

hasta güvenliği kültür algısı diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur. Ancak ileri analiz olarak yapılan regresyon analizinde değişkenin anlamlı etki göstermediği ve modelde yer almadığı bulunmuştur. Bu durum, hemşirelerin işten ya da meslekten ayrılmayı düşünseler dahi işlerine zen gösterdiklerini ve hastanedeki süreçlere sahip çıktıklarını düşündürmektedir. Bu çalışmada hemşirelerin ekip tutumları arttıkça hasta güvenliği kültürü algılarının arttığı bulunmuştur. Ekip alışması hemşireler arasında güveni, anlayışı, paylaşmayı sağladığı için hasta güvenliği kültürünü olumlu etkilemesinden söz edilebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, İstanbul ili sınırları içinde yer alan bir devlet hastanesi, bir eğitim ve araştırma hastanesi, bir vakıf üniversitesi hastanesi ve bir özel hastane olmak üzere dört hastanede görev yapan hemşirelerle gerçekleştirilmiştir. Çalışma, hemşirelerin ekip çalışması tutumu ve bazı mesleki özelliklerinin hasta güvenliği kültürüne etkisini araştırmak amacıyla gerçekleştirilmiş tanımlayıcı bir çalışmadır.

Çalışmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı yüksek düzeyde bulunmuştur. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; 25 yaş ve üzerinde olanlar ile evli olanların hasta güvenliği kültürü algısı diğerlerine göre anlamlılık gösterirken cinsiyet açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yine hemşirelerin mesleki özellikleri incelendiğinde; üniversite hastanesinde çalışan, yönetim ve eğitim birimlerinde görev alan, kurumda ve birimde deneyim süresi üç yıl ve üzerinde olan, gündüz vardiyasında çalışan, üç saatten fazla hasta güvenliği eğitimi alan ve iş doyumuna orta ve yüksek düzeyde olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin mesleki özelliklerinden eğitim düzeyinin, meslekte deneyim süresinin ve işten ayrılma niyetinde olmanın ise hasta güvenliği kültürü algısını anlamlı düzeyde etkilemediği görülmüştür. Ayrıca hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı ile ekip çalışması tutumları arasında güçlü düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizinde; ekip çalışması tutumları ile üniversite hastanesinde çalışma, eğitim-yönetim pozisyonunda olma, 25 yaş ve üzerinde olma ve iş doyumunun yüksek olmasının hasta güvenliği kültürü algısını olumlu etkilediği bulunmuştur. Bu beş bağımsız değişkenin hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısına yönelik toplam puana ait değişimi %46 oranında açıkladığı belirlenmiştir.

Sağlık kurumlarının daha iyi hizmet verebilmesi için hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü davranışlarını geliştirmeleri sağlık çıktılarına iyileştirme açısından önemlidir. Bu davranışları geliştirmede ise hemşirelik hizmetleri yöneticilerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu bağlamda yöneticilerin ve çalışan hemşirelerin hasta güvenliği

kültürü davranışlarının geliştirilmesine yönelik stratejiler geliştirilmesi önerilir. Yine hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri göz önünde bulundurulduğunda; yöneticilerin 25 yaş altı hemşirelerin, bekar olanların, kurumda ve birimde üç yıldan az deneyime sahip olan, gece-gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını geliştirmeye yönelik stratejiler geliştirmelidir. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürünü oluşturmak için hemşirelerin ekip çalışması tutumlarının geliştirilmesi ve iş doyum düzeyinin artırılmasına ihtiyaç vardır. Ayrıca eğitim ve yönetim pozisyonlarında çalışan hemşireler gibi diğer hemşirelere de daha fazla sorumluluk verilmesi ve yönetime katılmalarının sağlanması hasta güvenliği kültürünün yerleşmesine katkı sağlayabilir.



KAYNAKÇA

- Acai, A., McQueen, S.A., McKinnon, V., Sonnadara, R. R. (2017). Using art for the development of teamwork and communication skills among health professionals: a literature review, *Arts & Health*, 9(1), 60-72. <https://doi.org/10.1080/17533015.2016.1182565>.
- A complimentary publication of The Joint Commission Issue 57. (2017). The essential role of leadership in developing a safety culture. Retrieved from https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_57_Safety_Culture_Leadership_0317.pdf.
- Adıgüzel, O. (2015). Hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanları tarafından algılanmasına yönelik bir araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 28(1). Retrieved from <http://dergipark.org.tr/dpusbe/issue/4770/65636>.
- Akdağ, R. (2015). The progress so far: health transformation in Turkey. <https://doi.org/10.1080/23288604.2014.956017>.
- Akman, A. B. (2010). *Hasta güvenliği kültürü ve bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile ilgili algılarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesine yönelik bir araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (257973).
- Alp, F. Y., Ardahan, M. (2015). Hemşirelik ve kurum kültürü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(4), 258-262.
- Alp, F.Y. (2011). *Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürünün incelenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (301385).
- Altındış, S., Kurt, M. (2010). Bilgi yönetim uygulamalarının hasta güvenliğine etkisine ilişkin bir araştırma: Afyonkarahisar ilinde bir uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 24(1), 46-61.
- Ammouri, A. A., Tailakh, A. K., Geethakrishnan, R., Al Kindi, S. N. (2015). Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review*, 62(1), 102–110. <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12159>.
- Aslan, Ş. (2004). Hastanelerde örgütsel çatışma: Teori ve örnek bir uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(1), 599-617.

- Aydemir, A. (2015). *Acil serviste çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve tutumunu etkileyen faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (437613).
- Aydemir, İ. (2017). Sağlık kurumlarında sistem kaynaklı tıbbi hataların analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(4), 665-681. <http://dx.doi.org/10.16953/deuosbil.281328>.
- Balanuye, B. (2014). *Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yükünün hasta güvenliğine etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (366177).
- Behlül, S., Bayraktar, Ö. (2017). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesi: üniversite hastanesi örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(3), 202-206.
- Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., Smáradóttir, S. B., Jónsdóttir, H. H. (2016). The psychometric testing of the Nursing Teamwork Survey in Iceland. *International Journal of Nursing Practice*, 22(1), 267–274.
- Bulun, M. (2007). Birinci Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi. <http://www.milliyet.com.tr/pembenar/hasta-guvenligi-kongresi-sona-erdi-539677>
- Campione, J., Famolaro, T. (2018). Promising practices for improving hospital patient safety culture. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(1), 23-32.
- Canlı, F. (2010). *Sağlık çalışanlarının ekip çalışmasına ilişkin görüşleri*. (Yüksek Lisans) Tezi. Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (267703).
- Carlson, E. A. (2012). Improving patient safety through improved communication and teamwork. *Orthopaedic Nursing*, 31(3), 190-192.
- Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. Patient safety system. (2016). (https://www.jointcommission.org/assets/1/18/PSC_for_Web.pdf).
- Cox, S. J., & Cheyne, A. J. T. (2000). Assessing safety culture in offshore environments. *Safety Science*, 34(1-3), 111-129. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00009-6](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00009-6).
- Cross, S. (2017). Negative aspects of teamwork. (<https://bizfluent.com/info-7749596-negative-aspects-teamwork.html>).

- Çelen, Ö. (2011). *Ekip çalışması etkinliğinin iş tatmini ve hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi: Gülhane askeri tıp fakültesi eğitim hastanesinde bir uygulama.* (Doktora Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (311447).
- Çelik, A. (2016). *Hemşirelerdeki motivasyon düzeyinin ekip çalışması üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi.* (Yüksek Lisans Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (458454).
- Çevik, G.(2018). *Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve tutumunun hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi.* (Yüksek Lisans Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (528221).
- Çıraklı, Ü., Çelik, Y., Beylik, U. (2015). Etkili ekip çalışmasının sağlıktaki önemi ve faydaları: Bir literatür çalışması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(3), 140-146.
- Çırpı, F., Merih, Y. D., Kocabey, M.Y. (2009). Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 26-34.
- Çiçek, A. (2012). *Hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik görüş ve tutumlarının incelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (326369).
- Çögenli, M.Z., Meltem Ö. (2017). İş kazalarını önlemede güvenlik kültürü. *International Congress on Political, Economic and Social Studies (ICPESS)*, 58-70. <http://www.registericpess.org/index.php/ICPESS/article/view/1263>.
- Demirtaş, İ., Şencan, İ. (2012). Sağlıkta kalite değerlendirmeleri. Retrieved from <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4430,degkitabipdf.pdf?0>.
- Dilmen, B. (2016). *Hemşirelik öğrencileri ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algulamalarının değerlendirilmesi.* (Doktora Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (437423).
- Dirik, F. H. (2014). *Çalışma ortamı ve güçlendirmesinin hasta güvenliği kültürüne etkisi.* (Yüksek Lisans Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (386488).

- Durmaz, G. (2016). *Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (437493)
- Dursun, S., Bayram, N., Aytaç, S. (2010). Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(1),1-14.
- Düzgün, F., Yılmaz, D. U., Karaman, D., Çınar, H. G, Dikmen, Y., Yılmaz, D. (2019). Yoğun bakım hemşirelerinin ekip çalışması tutumlarının incelenmesi. *J Contemp Med*, 9(1),32-36. DOI: 10.16899/gopctd.511231.
- Emanuel, L. L., Taylor, L., Hain, A., Combes, J.R., Hatlie, M.J., Karsh, B., Lau D.T., Shalowitz, J., Shaw, T., Walton, M. (2011). Module 5: Organization and Culture: Essential to patient safety. Retrieved From <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/PatientSafetyEducationProgram/PatientSafetyEducationCurriculum/Documents/Module%2005%20-%20Organization%20and%20Culture.pdf#targetText=An%20exploration%20of%20patient%20safety,policies%20and%20procedures%20be%20aligned>.
- Erdağı, S. (2013). *Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (334357).
- Erdağı, S., Özer, N. (2015). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2), 94-106.
- Eroğlu, E. K. (2011). *Bir eğitim ve araştırma hastanesinde iş yükünün hasta güvenliği üzerindeki etkisinin belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (277384).
- Ersoy, Y. N. (1995). Aydınlatılmış onam öğretisinin gelişimi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 3(1), 1-5.
- Filiz, E. (2009). *Hastanede hasta güvenliği kültürü algılamasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunun belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (247249).

- Fleeming, M., Wentzell, N. (2008). Patient safety culture improvement tool development and guidelines for use. *Healthcare Quarterly*, 11(1), 10-14.
- Frankel, A., Haraden, C., Federico, F., Lenoci-Edwards, J. (2017). A framework for safe, reliable, and effective care. White paper. Cambridge, MA, Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare.
- Gedük, E. A. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *HSP*, 5 (2), 253-258. <https://doi.org/10.17681/hsp.358458>.
- Goosen, S. (2015). The importance of teamwork in nursing. *Prof Nurs Today*, 19(3), 4-6.
- Gökdoğan, F., Yorgun, S. (2010). Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 53-59.
- Grover, E., Porter, J.E., Morphet, J. (2017). An exploration of emergency nurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(1), 92–97.
- Gündoğdu, S., Bahçecik, N. (2012). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 119-128.
- Güven, M. (2014). *Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği ihlali ve tıbbi hata tanıklıkları*. (Yüksek Lisans Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (365763).
- Güven, R. (2007). Dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarında hasta güvenliği kavramı. Retrieved from <http://das.org.tr/kitaplar/kitap2007/yazi/rabia.guven-das-2007-yazi.pdf>.
- Henry, B. W., McCarthy, D. M., Nannicelli, A. P., Seivertve, N. P., Vozenilek, J. A. (2013). Patients' views of teamwork in the emergency department offer insights about team performance. *Health Expectations*, 19(3), 702-15. <https://doi.org/10.1111/hex.12148>.
- Holden, R. J., Carayon, P., Gurses, A. P., Hoonakker, P., Hundt, A. S., Ozok, A. A., Rivera-Rodriguez, A. J.(2013). SEIPS 2.0: a human factors framework for studying and improving the work of healthcare professionals and patients. *Ergonomics*, 6(11), 1669–1686. <http://dx.doi.org/10.1080/00140139.2013.838643>.

- Hughes, G. R. (2008). Chapter 44. Tools and strategies for quality improvement and patient safety. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, 3(1), 3-39.
- Hwang, J., Ahn, J. (2015). Teamwork and clinical error reporting among nurses in korean hospitals. *Asian Nursing Research*, 9(1), 14-20.
- International Council of Nurses. (2019). Patient safety. <https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities/patient-safety>.
- Joint Commission International. (2019). History of the joint commission. https://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx
- Karaca, A., Arslan, H. (2014). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1), 9-18. <http://dx.doi.org/10.5222.SHYD.2014.009>.
- Karahan, A. (2008). Hastanelerde liderlik ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), 145-162
- Korkmaz, O. (2012). Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilerin tutumunu algılayışı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(4), 91-112. <http://hdl.handle.net/20.500.12397/5703>.
- Körner, M., Bütof, S., Müller, C., Zimmermann, L., Becker, S., Bengel, J. (2016). Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *Journal of Interprofessional*, 30(1), 15–28.
- Kumcağız, H.1, Yılmaz, Y., Çelik, S .B., Avcı, İ. A. (2011). Hemşirelerin iletişim becerileri:Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 49-56.
- Lafçı D, Pehlivan S, Demiray G. (2016). Cerrahi kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(2), 55-64.
- Lark, M. E., Kirkpatrick, K., & Chung, K. C. (2018). Patient safety movement: history and future directions. *The Journal of Hand Surgery*, 43(2), 174-178. <https://doi.org/110.1016/j.jhsa.2017.11.006>.
- Madhavanpraphakaran, G. K. (2012). Patient safety and nursing education. *International Journal of Nursing Education*, 4(2), 92-96.

- Manser, T.(2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*, 53(1), 143-151. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>.
- Mcnamara, S.A. (2010). PatientsSafety requires a team approach. *AORN Journal*, 92(4), 466-468.
- Miller, L. A. (2005).Patient safety and teamwork in perinatal care. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 19(1),46-51.
- Morello, R., Lowthian, J., Barker, A. L., McGinnes, R. A., Dunt, D., Brand, C. (2012). Strategies for improving patient safety culture in hospitals: A systematic review. (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs2011-00582>).
- Öğüt, A., Kaya, D. (2011). Sağlık kurumlarında ekip çalışması. *Selçuk Üniversitesi Kadınhanı Faik İçil Meslek Yüksekokulu Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 88-95.
- Önler, E. (2010). *Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi*. (Doktora Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (281775).
- Özbay, E. M., Arslan, H. (2007). Günümüz yönetim anlayışında takım oyununun önemi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(1), 293-304.
- Özdemir, F. K., Şahin, Z. A. (2015). Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları: Kars ili örneği. *ODÜ Tıp Dergisi*, 2(1), 139-144.
- Özsayın, F. S. (2015). *Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliği tutumları*. (Yüksek Lisans Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (431935).
- Özşaker, E., Tehçi, H. (2016). *Cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin görüşlerinin incelenmesi*. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, 1(2),71-78.
- Pestotnik, S. (2018). Healthcare safety culture: A seven-step success framework. *Health Catalyst*. https://www.healthcatalyst.com/wp-content/uploads/2018/10/Healthcare-Safety-Culture-Seven-Step-Success-Framework_white-paper.pdf.
- Pizzi, L. T., Goldfarb, N. I., Nash, D. B. (2002). Chapter 40. promoting a culture of safety. *Thomas Jefferson University School of Medicine and Office of Health Policy & Clinical Outcomes*, 1(1), 1-14.

- Rafferty, A. M., Ball, J., Aiken, H. L. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care?. *Quality in Health Care*, 10(2), 32–37.
- Reis, C. T., Paiva, S.G., Sousa, P. (2018). The patient safety culture: A aystematic review by characterictics of hospital survey on patient safety culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(9), 660-677.
- Resmi Gazete. (Sayı: 27897, 6 Nisan 2011). Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair yönetmelik. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>.
- Resmi Gazete. (Sayı: 229399, 27 Haziran 2015). Sağlıkta kalitenin geliştirilmesi ve değerlendirilmesine dair yönetmelik. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28352,saglikta-kalitenin-gelistirilmesi-ve-degerlendirilmesine-dair-yonetmelikpdf.pdf?0>.
- Rızalar, S., Büyük, E. T., Şahin, R., Tülin, A., Uzunkaya G. (2016). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 9-15.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2016). Sağlıkta kalite standartları, hastane, SKS-hastane (Versiyon-5; revizyon-01). Retrieved from <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0>.
- Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156–165.
- Stavrianopoulos, T. (2012). The Development of Patient Safety Culture. *Health Science Journal*, 6(2), 201-211.
- T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Teftiş Kurulu Başkanlığı. (2007). Retrieved from <https://docplayer.biz.tr/23314031-T-c-calisma-ve-sosyal-guvenlik-bakanligi-is-teftis-kurulu-baskanligi.html>
- T.C. Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu. Türk Dil Kurumu. (1932). Retrieved from

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=214144.

The Joint Commission: Over a century of quality and safety. Retrieved from [https://jntcm.ae-](https://jntcm.ae-admin.com/assets/1/6/TJC_history_timeline_through_2018.pdf)

[admin.com/assets/1/6/TJC_history_timeline_through_2018.pdf](https://jntcm.ae-admin.com/assets/1/6/TJC_history_timeline_through_2018.pdf).

Tutar, H., Nam, Selçuk., Nam, Dilek. (2019). İş kazalarının önlenmesinde güvenlik kültürünün belirleyicileri: Gemi inşa sanayi üzerine bir araştırma. *International European Journal of Managerial Research Dergisi (EUJMR)*, 3(4), 99-118.

Türk Hemşireler Derneği. (2007). Hemşirelik kanunu. (Kanun no:6283). <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yasa/hemsirelik> kanunu.aspx.

Türk Hemşireler Derneği. (2010). (<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/8-mart-2010-hemsirelik-yonetmeliği.aspx>).

Türk Hemşireler Derneği. (2011). Türkiye’de hemşirelerin çalışma koşulları. <http://turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yayinlar/thd-yayinlari/brosurler-ve-raporlar/turkiyede-hemsirelerin-calisma-kosullari.aspx>).

Türk, I., Akgül, S., Seçkin, M., Tekingündüz, S., Zekioglu, A. (2018). Hasta güvenliği kültürü üzerine bir araştırma:Eğitim ve araştırma hastanesi örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 25-34.

Türkmen, E., Baykal, Ü., Seren, Ş., Altuntaş, S. (2011). Hasta güvenliği ölçeğinin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(4), 38-46.

Tütüncü, Ö., Küçükusta, D., Yağcı, K., (2007). Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği kültürü ve bir ölçme aracı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 519-533.

Ulusoy, H., Tokgöz, D. M. (2009). Hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin görüşleri. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2(2), 55-61.

Vural, F., Çiftçi, S., Fil, Ş., Aydın, A., Vural, B. (2014). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi alguları ve tıbbi hataların raporlanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2),152-157.

Watson, M. L. (2015). Does feeling part of the team affect other characteristics of nursing teamwork?.*Canadian Oncology Nursing Journal*, 1(25), 99-102.

- World Health Organization. (2004). World alliance for patient safety: forward programme 2005. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43072>.
- World Health Organization. Patient safety. <https://www.who.int/patientsafety/en/>.
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2015). Regional strategy for patient safety in the WHO South-East Asia Region (2016-2025). WHO Regional Office for South-East Asia. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205839>.
- White, L. (2017, March 3). 10 steps for improving your hospital's safety culture. [Healthcare Treatments & Outcomes]. Retrieved from <https://www.healthcarebusinesstech.com/improve-safety-culture/>.
- Yardımcı, F., Başbakkal, Z., Muslu, G., Ersun, A., Beytut, D. (2012) Ekip çalışması tutumları ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 131-137.
- Yanchus, N. J., Ohler, L., Crowe, E., Teclaw, R., Osatuke, K. (2017). 'You just can't do it all': a secondary analysis of nurses' perceptions of teamwork, staffing and workload. *Journal of Research in Nursing*, 22(4), 313–325.
- Yetginlioğlu, Ö. (2009). *Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanmasında kalite ve akreditasyon çalışmalarının önemi: Ankara ilindeki iki hastanede hasta güvenliği çalışmalarının değerlendirilmesine yönelik mukayeseli bir uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi). Retrieved from Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. (249700).
- Yılmaz, A. T., Yıldırım, A. (2018). Hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(67), 40-52. <http://dx.doi.org/10.16992/ASOS.13441>.
- Yılmaz, M. (2001). Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. *Cumhuriyet üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (2), 69-74.
- Yuswardi, Y., Boonyoung, N.(2012). Patient safety in nursing administration: A literature review. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/315794842>.

EKLER

Ek-1

HEMŞİRELERİN EKİP ÇALIŞMASI TUTUMU VE BAZI MESLEKİ ÖZELLİKLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE ETKİSİ

Değerli Meslektaşım,

Bu anket çalışması Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans programının tez çalışmasının uygulanmasına ilişkin olarak düzenlenmiştir. Çalışmanın amacı, hemşirelerin ekip çalışması tutumları ve bazı mesleki özelliklerinin hasta güvenliği kültürüne etkisini incelemektir. Anketi yanıtlarken kurumunuzdaki çalışma ortamınızı düşünerek bu sorulara içtenlikle yanıt vermeniz bizim için çok önemlidir.

Bu çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Anket Formu ile veriler toplanacak olup, formun doldurulması 10 dakika sürecektir. Anket formunda katılımcının kişisel bilgilerini ortaya çıkaracak soru bulunmamaktadır. Araştırmaya verdiğiniz yanıtlar, kesinlikle gizli tutulacak ve tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Sorularda lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

() Katılıyorum

() Katılmıyorum

Çalışmamıza verdiğiniz katkılardan dolayı çok teşekkür ederiz.

Bahar ERCAN
Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi
e-posta:bercan16@ku.edu.tr

Yrd. Doç. Dr. Emine TÜRKMEN
Koç Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik
Tez Danışmanı

Anket üç bölümden oluşmaktadır:

Sosyo-demografik özellikler

Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

1.BÖLÜM - SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.Yaşınız:.....

2.Cinsiyetiniz

- a) Kadın b) Erkek

3. Medeni durumunuz

- a)Evli b) Bekar

4. Eğitim düzeyiniz

- a)Lise b) Ön lisans c) Lisans d)Yükseklisans e)Doktora

5. Çalıştığınız kurum

- a) Özel Hastane b) Devlet Hastanesi c) Üniversite Hastanesi

6. Çalıştığınız birim.....

7. Göreviniz/Bulduğunuz pozisyon

- a)Yönetici hemşire b) Eğitim hemşiresi c)Yatakbaşı hemşiresi
d) Diğer.....

8. Deneyim süreniz (Lütfen üç soruya yanıt veriniz)

- a) Toplam deneyim süreniz...../yıl
b) Kurumdaki deneyim süreniz...../yıl
c) Bölümdeki deneyim süreniz...../yıl

9. Çalıştığınız vardiya tipi:

- a) Sadece gündüz çalışanlar
b) Gece-gündüz vardiyalı çalışanlar

10. Hasta güvenliğine yönelik eğitim aldınız mı?

- a) Evet (Lütfen kaç saatlik bir eğitim aldığınızı yazınız):.....(saat)
b) Hayır

11. Şuan çalıştığınız bölümdeki iş doyumunu düzeyiniz: (iş doyumunuzu 1 ile 10 arasında puanlayınız)

Az _____ Çok
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. İşinizden ayrılmayı düşünüyor musunuz?

- a) Evet, düşünüyorum
- b) Kararsızım
- c) Hayır

13. Mesleğinizden ayrılmayı düşünüyor musunuz?

- a) Evet, düşünüyorum
- b) Kararsızım
- c) Hayır

Lütfen arka sayfaya geçiniz

2. BÖLÜM -EKİP ÇALIŞMASI TUTUMLARI ÖLÇEĞİ

Ekip çalışması tutumlarına yönelik oluşturulan aşağıdaki ifadeleri, **ÇALIŞTIĞINIZ BÖLÜMDEKİ VE/VEYA KURUMUNUZDAKİ** genel uygulamaları dikkate alarak değerlendiriniz ve size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

İfadeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Hasta ve ailelerinden hasta bakımı ile ilgili geribildirim istemek önemlidir.	1	2	3	4	5
2. Hastalar bakım ekibinin önemli bir parçasıdır.	1	2	3	4	5
3. Bu kurumun yönetimi doğrudan bakım ekiplerinin başarısını etkiler.	1	2	3	4	5
4. Ekibin amacı ekip üyelerinin amaçlarından daha önemlidir.	1	2	3	4	5
5. Başarılı ekip üyeleri, diğer ekip üyelerinin ihtiyaçlarını önceden tahmin edebilir.	1	2	3	4	5
6. Sağlık bakımında başarılı ekipler diğer sektörlerdeki başarılı ekipler ile ortak özellikleri paylaşmaktadır.	1	2	3	4	5
7. Liderler için ekip üyeleri ile bilgi paylaşımı önemlidir.	1	2	3	4	5
8. Liderler ekip üyeleri arasında bilgi paylaşımı için fırsatlar yaratmalıdırlar.	1	2	3	4	5
9. Başarılı liderler dürüstlikle ifade edilen hataları bir öğrenme fırsatı olarak görürler.	1	2	3	4	5
10. Uygun ekip davranış modeli oluşturulması bir lider sorumluluğudur.	1	2	3	4	5
11. Hasta için planlamada liderlerin ekip üyeleri ile görüşmek için zaman ayırmaları önemlidir.	1	2	3	4	5
12. Ekip liderleri gerektiğinde ekip üyelerinin birbirlerine yardım etmelerini sağlamalıdır.	1	2	3	4	5
13. Bireylere önemli durumsal ipuçları için nasıl çevre taraması yapılacağı öğretilir.	1	2	3	4	5
14. Hastaların takibi başarılı ekip performansına önemli bir katkı sağlar.	1	2	3	4	5
15. Doğrudan bakım ekibinin bir parçası olmasa	1	2	3	4	5

bile bireyler hastanın durumundaki değişiklikleri tarama ve rapor için teşvik edilmelidir.					
16. Diğer ekip üyelerinin duygusal ve fiziksel durumlarının kontrol edilmesi önemlidir.	1	2	3	4	5
17. Bir ekip üyesinin çok yorgun veya işi yapamayacak kadar baskı altında olan diğer ekip üyesine yardım önermesi uygundur.	1	2	3	4	5
18. Çalışma sırasında kendi duygusal ve fiziki durumlarını kontrol eden ekip üyeleri daha başarılıdırlar.	1	2	3	4	5
19. Başarılı olabilmek için, ekip üyeleri diğer ekip üyesi arkadaşlarının işlerini anlamalıdırlar.	1	2	3	4	5
20. Ekip arkadaşına işi ile ilgili yardım önermek ekip performansını arttırmak için etkin bir yöntemdir.	1	2	3	4	5
21. Anlaşıldığından emin oluncaya kadar hasta güvenliği ile ilgili bir konuda ısrarı sürdürmek uygundur.	1	2	3	4	5
22. Etkili iletişimi olmayan ekiplerin hata yapma riskleri önemli ölçüde artar.	1	2	3	4	5
23. Bildirilen hataların en yaygın sebebi yetersiz iletişimdir.	1	2	3	4	5
24. Hastalar ve aileleri ile bilgi alışverişinin sürdürülmesi yoluyla olumsuz olaylar azaltılabilir.	1	2	3	4	5
25. Verdiğim bilgiler hakkında soru soracak ekip üyeleri ile çalışmayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
26. Hasta teslim edildiğinde bilgi paylaşımı için standart bir yöntemin olması önemlidir.	1	2	3	4	5

Lütfen arka sayfaya geçiniz.

3. BÖLÜM-HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ

Hasta güvenliği kültürüne yönelik oluşturulan aşağıdaki ifadeleri, **ÇALIŞTIĞINIZ BÖLÜMDEKİ VE/VEYA KURUMUNUZDAKİ** genel uygulamaları dikkate alarak değerlendiriniz ve size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

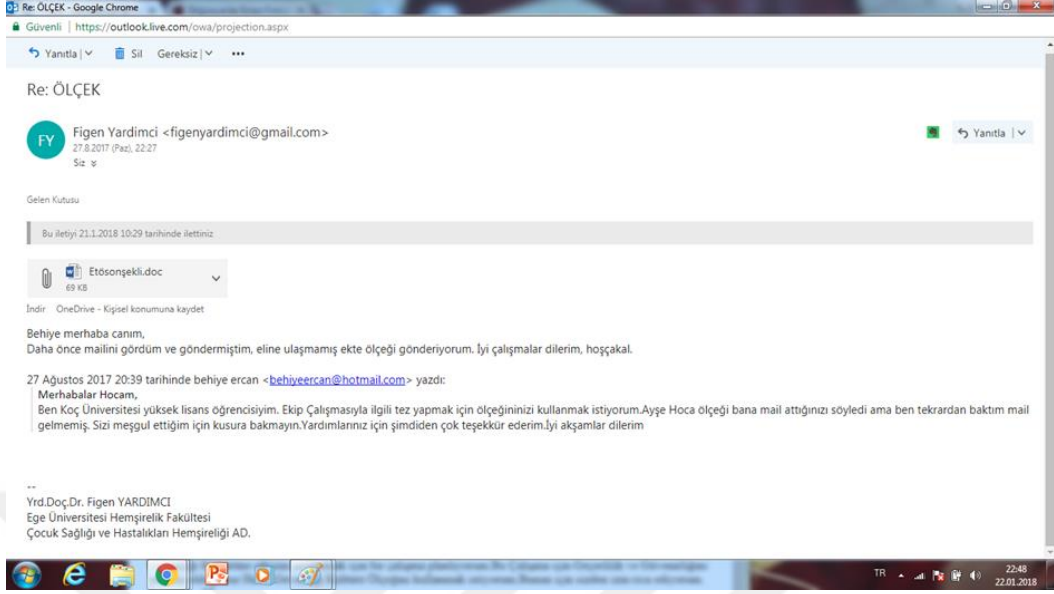
Madde No	Hasta Güvenliği Kriterleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.	1	2	3	4
2	Sunulan tüm hizmetler, hasta güvenliği açısından değerlendirilir.	1	2	3	4
3	Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır.	1	2	3	4
4	Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır.	1	2	3	4
5	İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (isim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır.	1	2	3	4
6	Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır.	1	2	3	4
7	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömoni oranları, düşmeler vb göstergelerden yararlanır.	1	2	3	4
8	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb göstergelerden yararlanır.	1	2	3	4
9	Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir.	1	2	3	4
10	Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate alınır.	1	2	3	4
11	Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.	1	2	3	4
12	Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme) çalışılır.	1	2	3	4
13	Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.	1	2	3	4
14	Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk	1	2	3	4

	değerlendirme süreci kullanılır.				
15	Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.	1	2	3	4
16	Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.	1	2	3	4
17	Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.	1	2	3	4
18	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir.	1	2	3	4
19	Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder.	1	2	3	4
20	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandırmada meslektaşları tarafından cesaretlendirilir.	1	2	3	4
21	Çalışanlar, hatalar oluştuğunda hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır.	1	2	3	4
22	Çalışanlar, hasta güvenliği konusundaki kurumsal hedefleri bilir.	1	2	3	4
23	Çalışanlar, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır.	1	2	3	4
24	Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır.	1	2	3	4
25	Çalışanlar, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır.	1	2	3	4
26	Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır.	1	2	3	4
27	Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır.	1	2	3	4
28	Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır.	1	2	3	4
29	Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır.	1	2	3	4
30	Tüm çalışanlar (tüm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (risk ve güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme vb) katılır.	1	2	3	4
31	Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.	1	2	3	4
32	Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.	1	2	3	4

33	Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.	1	2	3	4
34	Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.	1	2	3	4
35	Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.	1	2	3	4
36	Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.	1	2	3	4
37	Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir.	1	2	3	4
38	Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır.	1	2	3	4
39	Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.	1	2	3	4
40	Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay-hataları tanımlama ve raporlama süreçleri, vb) eğitimler düzenli olarak verilir.	1	2	3	4
41	Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.	1	2	3	4
42	Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.	1	2	3	4
43	Hasta güvenliği eğitim programlarında, isim vermeden gerçek olay raporlarından yararlanır.	1	2	3	4
44	Kurumumuzun fiziksel yapısı, hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.	1	2	3	4
45	Mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde, hasta güvenliği kriterleri göz önüne alınır.	1	2	3	4
46	Kurumumuzun tümünde kullanılan malzeme, cihaz ve teknolojiler standardize edilmiştir.	1	2	3	4
47	Kurumumuzda tüm tıbbi kayıtlar elektronik ortamda tutulur.	1	2	3	4
48	Tıbbi malzeme ve ilaçlar için barkodlama sistemleri kullanılır.	1	2	3	4
49	Kurumumuzda kullanılan tüm alet ve ekipmanın bakımı (kalibrasyonu, ayarı) düzenli olarak yapılır.	1	2	3	4
50	Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır	1	2	3	4
51	Kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınır.	1	2	3	4

Anket bitti, teşekkür ederiz.

Ek 2: Ekip Tutumları Ölçeği İzin Yazısı



Ek 3: Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği İzin Yazısı



Emine Türkmen <EMTURKMEN@ku.edu.tr>

Bugün, 10:24

Siz; 'ulkubay@yahoo.com'; 'serap342002@yahoo.com'; 'seydaseren@gmail.com' v



Yanıtla

Sayın Ercan,

Hasta Güvenliği kùltürü Ölçeği'ni kaynak göstermek koşulu ile tezinizde kullanabilirsiniz. Kolaylıklar diliyorum.

Yazarlar adına,

Emine Türkmen

From: behiye ercan [mailto:behiyeercan@hotmail.com]

Sent: Monday, January 22, 2018 10:11 AM

To: Emine Türkmen <EMTURKMEN@ku.edu.tr>

Subject: İlt: Ölçek izni

Gönderen: behiye ercan <behiyeercan@hotmail.com>

Gönderildi: 20 Ocak 2018 Cumartesi 16:31:52

Kime: EMTURKMEN@ku.edu.tr

Bilgi: Emine Türkmen

Konu: Ölçek iznini

Merhabalar Hocam, Koç Üniversitesi yüksek lisans öğrencisiyim.Hemşirelerin Ekip Çalışması Tutumlarının Hasta Güvenliği Kùltürüne etki araştırmak için bir çalışma planlıyorum.Bu Çalışma için Geçerlilik ve Güvenirliliđini yapmış olduğunuz Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeğini kullanmak istiyorum.Bunun için sizden izin rica ediyorum.
İyi günler diliyorum.



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**

ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	01.02.2018
Karar No:	2018.040.IRB3.030
Sorumlu Araştırmacı:	Bahar Ercan
Araştırma Başlığı:	Hemşirelerin Ekip Çalışması Tutumu ve Bazı Mesleki Özelliklerinin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi
Başlangıç tarihi:	10.02.2018
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz "**Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu**" tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin 6 aydan daha fazla gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu çalışmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Etik bakımdan sorun çıkması ya da şüpheli bir olay/beklenmeyen etki görülmesi durumunda derhal etik kurul bilgilendirilmelidir.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.

Saygılarımla,

Hakan S. Orer

Hakan S. Orer
Başkan

Ek 5: hastane İzin Yazıları



Moment Eğitim Araştırma
Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş.
Merkez Adres: Güzelbahçe Sokak, No:20
Nispetiye, 34385 İstanbul / Türkiye
Telefon: 444 2 777
Faks: 0 (212) 311 21 50
Web site: www.amerikanhastanesi.org
e-posta: info@amerikanhastanesi.org
Vergi Dairesi: Etiler Mükellefler
Vergi No: 0690783441
Ticaret Sicil Numarası:
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü/625533

Sayı : HHM 01032018-140
Konu : Araştırma İzni

01.03.2018

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı'nda öğrenim gören Bahar Ercan HSGN 599 kodlu Yüksek Lisans Tez Dersi kapsamında "Hemşirelerin Ekip Çalışması Tutumu ve Bazı Mesleki Özelliklerinin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi" başlıklı araştırmayı Amerikan Hastanesi'nde yapabilemesi hususundaki izin isteğiniz uygun görülmüştür.

Saygılarımızla,

Ülkü BURGESS
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
18.05.2018 13:44 - 16867222 - 604.01.01 - E.1635



Sayı : 16867222/604.01.01
Konu : Bahar Behiye ERCAN'ın
Araştırma İzni Hk.

KOÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
(Rumelifeneri Yolu 34450 Sarıyer, İstanbul)

İlgi : 02/04/2018 tarihli ve 71211201-116 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınız ile Üniversitesiniz, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı HSGN 599 numara ile kayıtlı öğrencisi Bahar Behiye ERCAN'ın, Yrd. Doç. Dr. Emine TÜRKMEN'in danışmanlığında yürütülen; "**Hemşirelerin Ekip Çalışması Tutumu ve Bazı Mesleki Özelliklerinin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi**" konulu tez çalışmasını kurumumuza bağlı Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, hastane tarafından uygun görülmüş olup, konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

e-İmzalıdır.
Uz. Dr. Yusuf AKDOĞAN
Müdür a.
Başkan Yardımcısı V.

EKLER:

1- Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi EAH
(Görüş Yazısı 1 Sayfa)

ELEKTRONİK İMZALI
21.05.2018
Permin GÖRECEK
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
Müdürüğü
Başkan Yardımcısı

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Faks No:

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

Unvan: FIRMA

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 36dfd50d-1965-4050-91e8-fbc77a455760 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



**KOÇ ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ**

Sayı : HHM 16022018-50
Konu :Hemşirelikte Araştırma

05.03.2018

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Koç Üniversitesi Hastanesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programında öğrenim gören Bahar Behiye Ercan'ın 599 nolu Yüksek Lisans Tez Dersi kapsamında Yrd. Doç. Dr. Emine Türkmen'in danışmanı olduğu "Hemşirelerin Ekip Çalışması Tutumu ve Bazı Mesleki Özelliklerinin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi" konulu projesinin Koç Üniversitesi Hastanesinde yapılabilmesi konusunda tarafımıza iletilen izin isteği uygun görülmüştür.

Saygılarımla,

Doç. Dr. Şeyda Özcan
VKV Sağlık Kuruluşları Hemşirelik Hizmetleri Direktörü



T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı :53891476-302.08.01-
Konu :Bahar Behiye ERCAN

KOÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Rumelifeneri Mah. Rumelifeneri Yolu
34450 - Sarıyer / İSTANBUL

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programında öğrenim gören Bahar Behiye ERCAN'ın Yrd. Doç. Dr. Emine TÜRKMEN'in danışmanlığında yürütülecek HSGN 599 nolu Yüksek Lisans Tez Dersi kapsamında "Hemşirelerin Ekip Çalışması Tutumu ve Bazı Mesleki Özelliklerinin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi" başlıklı araştırma projesini Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde yapmasında sakınca olmadığı hakkında adı geçen Fakülte Dekanlığından alınan 16.03.2018 tarihli 103036 sayılı yazı ve eki ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Recep GÜLOĞLU
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EK :
Yazı ve eki (2 sayfa)

BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR
26/03/2018

Doğrulamak için:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BENDZY36D>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Safnaz İNCE Dahili : 10159

İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü 34452 Beyazıt/İstanbul

Tel : 0212 440 00 00 Faks : 0212 440 00 43

e-posta : oidb@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : <http://ogrenci.istanbul.edu.tr>



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa Göre Güvenli E-İmzalıdır.
Doğrulamak için : <http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BENDZY36D>

Ek 6: Aydınlatılmış Onam

Değerli Meslektaşım,

Bu anket çalışması Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans programının tez çalışmasının uygulanmasına ilişkin olarak düzenlenmiştir. Çalışmanın amacı, hemşirelerin ekip çalışması tutumları ve bazı mesleki özelliklerinin hasta güvenliği kültürüne etkisini incelemektir. Anketi yanıtlarken kurumunuzdaki çalışma ortamınızı düşünerek bu sorulara içtenlikle yanıt vermeniz bizim için çok önemlidir.

Bu çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Anket Formu ile veriler toplanacak olup, formun doldurulması 10 dakika sürecektir. Anket formunda katılımcının kişisel bilgilerini ortaya çıkaracak soru bulunmamaktadır. Araştırmaya verdiğiniz yanıtlar, kesinlikle gizli tutulacak ve tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Sorularda lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

() Katılıyorum

() Katılmıyorum

Çalışmamıza verdiğiniz katkılardan dolayı çok teşekkür ederiz.

Bahar ERCAN
TÜRKMEN

Yrd. Doç. Dr. Emine

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Fakültesi

Koç Üniversitesi Hemşirelik

Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi
Danışmanı

Tez

E-posta:bercan16@ku.edu.tr

Ek 10. Özgeçmiş Formu

Bahar ERCAN

Şişli – İSTANBUL

0 545 839 43 85

bercan16@ku.edu.tr

KİŞİSEL BİLGİLER

Doğum tarihi: 10.1.1993

Doğum yeri: Mardin

Uyruk: TC

Medeni durum: Bekâr

Sürücü belgesi: B

EĞİTİM

2016 – 2018: Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programı

2010 – 2014: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

2006 – 2010: Midyat IMKB Lisesi

İŞ DENEYİMİ

Amerikan Hastanesi, Kardiyoloji Servisi (2014 – halen)

BECERİLER

Yabancı dil: İngilizce – Orta düzey

Bilgisayar: Microsoft Office programları – Orta düzey, SPSS – Orta düzeyde



