



KOÇ
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÖRGÜT KÜLTÜRÜNÜN AMELİYATHANE
HEMŞİRELERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

HAYRUNNİSA TUNCEL

HEMŞİRELİK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2017



KOÇ
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÖRGÜT KÜLTÜRÜNÜN AMELİYATHANE
HEMŞİRELERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

HEMŞİRELİK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAYRUNNİSA TUNCEL

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
Prof. Dr. AyiŖe KARADAĞ

Bu çalışma, aşağıda yer alan jüri üyelerimiz tarafından Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Prof. Dr. Mehmet Y. Yahyagil



Üye Doç. Dr. Emine Türkmen



Üye (Danışman) Prof. Dr. Ayişe Karadağ



ONAY

Bu tez çalışması, 22/12/2017 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. YASEMİN GÜRSOY ÖZDEMİR
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde 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 davranışım olmadığını beyan ederim.

İmza : 
Adı Soyadı: Hayrunnisa TUNCEL



TEŞEKKÜR

Çalışmamı hazırlamamda, engin bilgi ve tecrübesi ışığında bana yol gösteren kıymetli tez danıőmanım Prof. Dr. Ayıőe Karadağ' a,

Tez çalışmasının öneri aőamasında önerileri ile katkıda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Ayőe Beőer ve Doç. Dr. Emine Türkmen'e,

Ameliyathanede çalışan ve araştırmaya gönüllü katılan tüm kıymetli meslektaőlarıma,

Desteğini benden esirgemeyen ve her koőulda yanımda olan kıymetli aileme,

Çalışmam boyunca bana destek olan tüm dostlarıma teşekkür ederim.

ÖZET

Örgüt Kültürünün Ameliyathane Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Üzerine Etkisi

Bu çalışma, örgüt kültürünün ameliyathane hemşirelerinde hasta güvenliği üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ilişkisel nitelikte yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini İstanbul İli'nde bulunan akredite olmuş bir özel hastane, akredite olmamış bir özel hastane, bir üniversite hastanesi, bir eğitim, araştırma hastanesi ve bir devlet hastanesinin ameliyathanesinde çalışan hemşireler (n=220), örneklemini ise seçilen kurumlardaki birimlerde en az bir yıl ameliyathane tecrübesi bulunan ve araştırmaya katılmaya kabul eden hemşireler (n=190) oluşturmuştur. Verilerin toplanmasına başlanmadan önce Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan ve ilgili kurumlardan yazılı, hemşirelerden sözel izin alınmıştır. Verilerin toplanmasında, Tanıtıcı Özellikler Formu (9 soru), Denison Örgüt Kültürü Ölçeği ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği kullanılmıştır. Veri toplama formları hemşireler tarafından doldurulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde Bartlett test, ANOVA, Sidak testi ve Spearman's Korelasyon Katsayısından yararlanılmıştır.

Örgüt Kültürünün Ameliyathane Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Üzerine Etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ilişkisel nitelikte yapılmış olan bu çalışmada örgüt kültürünün hasta güvenliği kültürünü pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Denison Örgüt Kültürü Ölçeğinin ortalaması $\bar{x} = 3.11 \pm 0.57$ iken, HGKÖ $\bar{x} = 2.88 \pm 0.48$ değerini almıştır.

Bu sonuçlara dayanarak, hasta güvenliğinin örgüt kültürünün önemli bir parçası olmasını sağlayacak planlamaların yapılması ve uygulanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Örgüt Kültürü, Hasta Güvenliği, Hemşire, Ameliyathane

ABSTRACT

The Effect of Organizational Culture of Operating Room Nurses on Patient Safety

This study is conducted in a descriptive relational character to determine the effect of organizational culture of operating room nurses regarding patient safety.

The universe of the research is composed of nurses (n = 220) actively working in operating rooms of an accredited private hospital, a non-accredited private hospital, a university hospital, a training and research hospital, and a state hospital all operating in Istanbul, and the sample is composed of nurses (n = 190) who have at least one-year operating room experience in the selected institutions, and who volunteered to participate in the research. Before collecting the necessary data, written consent was obtained from Social Sciences Researches Ethics Committee of Koç University and related institutions, and verbal consent from the nurses. Introductory Characteristics Form (9 questions), Denison Organization Culture Scale, and Patient Safety Culture Scale were used in the collection of data. Data collection forms were filled by nurses. Bartlett test, ANOVA, Sidak test, and Spearman's correlation coefficient were used in the evaluation of the data.

In this study, which is conducted in a descriptive relational character to determine the effect of organizational culture of operating room nurses regarding patient safety, it is determined that organizational culture has a positive effect on patient safety culture. The average of Denison Organizational Culture Scale is $\bar{x}=3.11\pm0.57$, while Patient Safety Culture Scale is (PSCS) $\bar{x}=2.88\pm0.48$.

Depending on these results, it is suggested that planning should be done in order for patient safety to be a part of organizational culture.

Key Words: Organizational Culture, Patient Safety, Operating Room

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
ŞEKİLLER.....	X
KISALTMALAR.....	XI
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	8
1.3.Araştırma Soruları.....	8
2. GENEL BİLGİLER.....	9
2.1. Örgüt ve Örgüt Kültürünün Tanımı.....	9
2.2.Denison Örgüt Kültürü Modeli.....	9
2.3.Örgüt Kültürünün Özellikleri.....	11
2.3.1. Örgüt Kültürünün Görünen özellikleri.....	11
2.3.2.Örgüt Kültürünün Görünmeyen Özellikler.....	12
2.4.Örgüt Kültürünün Diğer kavramlar ile İlişkisi.....	12
2.4.1.Örgüt kültürü ve Örgüt iklimi.....	12
2.4.2.Örgüt Kültürü ve Örgütsel Toplumsallaşma.....	13
2.4.3.Örgüt Kültürü ve Örgütsel İmge.....	13
2.4.4.Örgüt Kültürü ve Örgüt Kimliği.....	13
2.5.Örgüt Kültürünün Yararları.....	13
2.6.Örgüt Kültürünün Oluşturulması ve Sürdürülmesi.....	14
2.7.Örgüt Kültürünün Değiştirilmesi.....	15
2.8.Sağlık Bakım Hizmetlerinde Örgüt Kültürü Ve Hemşirenin Rolü.....	16

2.9.Hasta Güvenliği.....	18
2.9.1 Hasta Güvenliği'nin Tanımı.....	18
2.9.2 Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Durumlar : Tıbbi Hatalar.....	18
2.9.3. Akreditasyon alışmaları	29
2.9.4. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırmanın Tipi.....	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	36
3.4. Araştırmanın Uygulanması.....	37
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	37
3.4.2. Verilerin Toplanması.....	39
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
4. BULGULAR.....	42
5. TARTIşMA.....	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
6.1. Sonuçlar.....	60
6.2. Öneriler.....	62
7. KAYNAKLAR.....	63
8. EKLER.....	68
EK-1.Onam Formu.....	68
EK-2 Tanıtıcı Özellikler Formu.....	69
EK-3Denison Örgüt Kültürü Ölçeği.....	70
EK-4.. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği.....	73
EK-5. Koç Üniversitesi Etik Kurul Onayı.....	77
EK-6. Bakırköy Kamu Hastaneler Birliği Onayı.....	78
ÖZGEçMİş.....	79

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Tıbbi Hata Nedenlerinin Sınıflandırılması

Tablo 2.2. Beklenmedik Olaylar

Tablo 2.3. En Sık Bildirimi Yapılan On Hasta Güvenliği Hatası

Tablo 2.4. En Sık Bildirimi Yapılan On Cerrahi Süreç Hatası

Tablo 2.5. Hasta Güvenliği Sınıflandırma Sistemi Hatalarının Meslek Grubuna Göre Dağılımı

Tablo 2.6. Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi Hatalarının Meslek Grubuna Göre Dağılımı

Tablo 2.7. Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi Hatalarının Gerçekleştiği Yere Göre Dağılımı

Tablo 2.8. Hasta Güvenliği Sınıflandırma Sistemi Hatalarının Süreç/Ana Kategori Dağılımı

Tablo 2.9. Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi Hatalarının Süreç/Ana Kategori Dağılımı

Tablo 2.10. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

Tablo 3.1. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumlar

Tablo 3.2. Güç Analizi

Tablo 3.3. Temel Kavramsal Boyutların Güvenilirlik Katsayıları ve Alt Kavramsal Boyutlara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.2. Hemşirelerin Denison Örgüt Kültürü Ölçeği ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 4.3. Hemşirelerin Denison Örgüt Kültürü Ölçeği Puan Ortalaması ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

Tablo 4.4. Örgüt Kültürü Alt Ölçek Puanları ile Hasta Güvenliği Kültürü Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.5. Denison Örgüt Kültürü Ölçeğinin Kaise-Meyer-Olkin Değeri ve Bartlett Testi Sonucu

Tablo 4.6. Denison Örgüt Kültürü Ölçeğinin Alt-Kavramsal Boyutlarının Faktör Analizi Sonuçları

Tablo 4.7. Denison Örgüt Kültürü Ölçeğinin Alt-Kavramsal Boyutlarının Puan Ortalamaları

Tablo 4.8. Denison Örgüt Kültürü Ölçeği Katılım Alt-Kavramsal Boyutunun Puan Ortalaması Grafiği

Tablo 4.9. Denison Örgüt Kültürü Ölçeği Tutarlılık Alt-Kavramsal Boyutunun Puan Ortalaması Grafiği

Tablo 4.10. Denison Örgüt Kültürü Ölçeği Uyarlama Alt-Kavramsal Boyutunun Puan Ortalaması Grafiği

Tablo 4.11. Denison Örgüt Kültürü Ölçeği Vizyon Alt-Kavramsal Boyutunun Puan Ortalaması Grafiği

Tablo 4.12. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumların Denison Örgüt Kültürü Ölçeği Puan Ortamasına Etkisi

Tablo 4.13. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumların Örgüt Kültürü Düzeyleri

Tablo 4.14. Hemşirelerin Mesleki Deneyim, Çalıştıkları Kurumdaki Deneyim ve Çalıştıkları Birimdeki Deneyim Sürelerinin Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği Puan Ortamasına Etkisi

Tablo 4.15. Hemşirelerin Mezun Oldukları Programların Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği Puan Ortamasına Etkisi

Tablo 4.16. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumların Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği Puan Ortamasına Etkisi

Tablo 4.17. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumların Hasta Güvenliği Kültürü Düzeyleri

ŞEKİLLER

Şekil 2.1. Denison Örgüt Kültürü Modeli



KISALTMALAR DİZİNİ

Bu çalışmada kullanılmış bazı kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda verilmiştir.

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACS	American Collage of Surgeons (Amerikan Cerrahlar Birliği)
JCAHO	Joint Commission on Accreditaion of Healthcare Organizations (Hastane Akreditasyonu Ortak Komisyonu)
JCI	Joint Commission International (Uluslararası Ortak Komisyonu)
NPSF	National Patience Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı)
ICN	The International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
GRS	Güvenli Raporlama Sistemi
CHSS	Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi
HGSS	Hasta Güvenliği Sınıflandırma Sistemi
HGHSS	Hasta Güvenliği Hata Sınıflandırma Sistemi
GCKL	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (Safe Surgery Checklist)
HGKÖ	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Örgüt kültürü, örgütsel yaşamın temel anlam ve özelliğinin anlaşılması için önemli bir araç olarak kabul edilmektedir (Tatar Baykal, Ercan Türkmen, 2014). Örgüt Kültürünü anlayabilmek için bu kavramın günümüze kadar nasıl olgunlaştığının bilinmesi gerekmektedir. Örgüt kavramı, şirketlerde verimliliği arttırmak için çalışanlar üzerinde yapılan araştırmalar ile birlikte gün yüzüne çıkmıştır.1920'lerin sonunda Avustralyalı bir psikolog olan Elton Mayo Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) Hawthorne şehrindeki bir elektrik şirketindeki verimliliği arttırmak için yaptığı çalışma ile öncü olmuştur (Mayo, 1945). II. Dünya Savaşı'nın (1939 – 1945) başlamasıyla bütün dünyayı etkileyen bir ekonomik kriz dalgasıyla yüz yüze gelinmiştir. Şirketler ekonomik kriz ile baş etmek için çözüm yolları arayışı içerisine girmişlerdir. 1940' larda ABD'de bir iş adamı olan Chester Irving Barnard şirketlerde verimliliği ve etkinliği arttırmak için, işbirliği kuramı ve karar kuramını geliştirmiştir (Barnard, 1938). Bunu 1960'larda ABD'de Harvard Üniversitesi'nde İşletme Fakültesinde profesör olan Douglas McGregor'un X ve Y teorisi takip etmiştir. Şirketlerde verimliliği arttırmak için iletişim, ekip çalışması, motivasyon ve yöneticilerin çalışanlara karşı tutumları üzerinde durmuştur (McGregor, 2003). 1960'larda öne çıkan bir diğer isim ise "İhtiyaçlar Teorisi" kuramcısı psikolog Abraham Maslow dur. Abraham Maslow bir örgütü oluşturan bireylerin verimliliği ve motivasyonunun yanı sıra kişilerin temel gereksinimleri üzerine yoğunlaşmıştır ve bunu motivasyonun en önemli kaynağı olduğunu tespit etmiştir (Maslow, 1954). İşletme Profesörü Wiliam G. Ouchi yazmış olduğu "Teori Z: Amerikan İş Dünyası Japon Mücadelesini Nasıl Karşılabilir - Theory Z: How American Business Can Meet The Japanese Challenge -1981" kitabı ile insanların verimli çalışabilmeleri için nasıl yönetilmeleri gerektiği konusunu ele almıştır. 1980'lerde bir kurumu oluşturan örgütlerin, içinde doğup büyüüp yetiştikleri çevrelerin örgüt yapısını etkilediği saptanmaya başlanmıştır. Oxford Üniversitesi Ticaret Fakültesi Profesörü olan Andrew Pettigrew 'un yazmış olduğu "Örgüt Kültürlerini İncelemek Üzerine - On Studying Organizational Cultures - 1979" isimli

makalesi ile Terrence E. Deal ve Allan A. Kennedy ‘nin yazmış olduğu “Kurum Kùltürleri: Kurumsal Yaşamın Ritüelleri - Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life -1982”, Stanford Üniversitesi’nden İsviçreli bir psikolog olan Edgar Schein’ın yazmış olduğu “Örgüt Kùltürü ve Liderlik - Organizational Culture and Leadership – 1985” ve Thomas J. Peters ve Robert H. Waterman ‘ın yazmış olduğu “Mükemmeli Arayış: Amerika'nın En İyi Şirketlerinden Dersler - In Search of Excellence: Lessons from America’s Best-Run Companies – 1987” kitapları ile örgüt ve kùltür kavramları birlikte kullanılmaya başlanmıştır.

Örgüt Kùltürünü tanımlamak için Örgüt ve Kùltür kavramlarını bilmek gerekir. Türk Dil Kurumu (TDK) Örgüt Kavramını ortak bir amacı veya işi gerçekleştirmek için bir araya gelmiş kurumların veya kişilerin oluşturduğu birlik, teşekkül, teşkilat olarak açıklamaktadır. TDK Kùltür kavramını ise tarihsel, toplumsal gelişme süreci içerisinde 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, bireyin kazandığı bilgi olarak açıklamaktadır.

Örgüt kùltürü, örgütü oluşturan bireyleri aynı amaç doğrultusunda bir araya toplamaktadır. Örgüt kùltürü bir kurumu başarıya ulaştıran en önemli etkidir. Bir kurumda örgüt kùltürü ne kadar güçlü ise o kurumun hedeflerine ulaşması ve başarılı olmasında o derece etkilidir. Günümüzde artan rekabet piyasası ve çeşitlilik, kurumların varlıklarını sürdürebilmeleri için güncellemelerini, değişik stratejiler oluşturmalarını ve oluşturdukları stratejilerini uygulamaya geçirmelerini zorunlu hale getirmiştir (Kantek, 2014).

Bir kurumda örgüt kùltürünün oluşturulması ve sürdürülebilmesi için etkin bir liderlik ve yönlendirme gerekmektedir. Çalışanlar kendilerinden beklenen işi açıkça bilmeli, o iş için gerekli bilgi ve donanımına sahip olmalıdırlar. Bir kurumun yer aldığı fiziksel çevre, o kurumdaki liderlik, kurumun kendini ifade etmek için kullandığı semboller, o kurum için oluşturulan sloganlar, kurumda ortak bir dil oluşturma, çalışanların seçilmesi, eğitimleri, denetlenmeleri ve ödüllendirilmeleri örgüt kùltürünü oluşturan halkanın parçalarıdır (Köse, Tetik, Ercan, 2001). Kurumda örgüt kùltürünü oluşturmak ve sürdürmek için tepe yönetiminden alt kadroya kadar herkes

birlikte çalışmalıdır (Eren, 2014). Sağlam bir örgüt kültürü, çalışanları pozitif yönde etkiler, yapılacak olan işi standardize eder, verimliliği artırır, takım çalışmasına teşvik eder, çatışmaları azaltır, denetim mekanizması olmazsa bile işin aynı şekilde devam etmesini sağlar ve yeni yöneticilerin yetişmesine olanak sağlar (Erbaşlar, 2015). Örgüt kültürü kavramı pek çok kurumda olduğu gibi sağlık bakım sektöründe de büyük bir önem taşımaktadır. Sağlık bakım hizmeti veren kurumların başında da toplum için vazgeçilmez hizmet veren hastaneler gelmektedir.

Çok boyutlu olan örgüt kültürünün içindeki güvenlik kültürü kavramı dikkat çekmektedir. Sağlık sektöründe yapılacak olan bir hatanın geri dönüşsüz olması, insan yaşamının zedelenmesi veya kayıplar gibi ciddi zararlara yol açması, bununla birlikte büyük mali kayıpları beraberinde getirmesi hasta güvenliği kavramını sağlık sektöründe önemli kılmıştır (Tatar Baykal, Ercan Türkmen, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-World Health Organization-WHO) hasta güvenliğini hastalara verilen sağlık hizmetindeki hataların önlenmesi olarak tanımlamaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında "Hasta ve Çalışan Güvenliğine Dair Yönetmelik" te hasta ve çalışan güvenliğini sağlık hizmeti sunumunda hasta ve çalışanların zarar görmesine yol açabilecek her türlü işlem ve süreçler ile ilgili alınacak tedbir ve iyileştirme uygulamalarına yönelik faaliyetler olarak tanımlar.

Hasta Güvenliğini tehdit eden ekonomik, politik ve toplumsal yapının değişmesi gibi pek çok nedenleri vardır. Hasta güvenliğini tehdit eden en önemli nedenlerden biri tıbbi hatalardır. DSÖ'nün 2017 yılında yayınladığı "Hasta Güvenliği: Sağlık bakımının daha güvenli hale getirilmesi - Patient Safety: Making health care safer" broşürde tıbbi hataların ABD'de meydana gelen ölümlerin nedenleri arasında üçüncü sırada yer aldığı, hastanede yatan her on hastadan birinin tıbbi hatalara maruz kaldığı ve bu hataların %50 sinin önlenbilir olduğunu bildirilmiştir. Bu broşürdeki diğer önemli veriler de şunlardır; tıbbi hataların yaklaşık 2/3'ünün düşük gelirli ve Ortadoğu ülkelerinde görüldüğü tesbit edilmiştir. Her yıl dünyada 421 Milyon kişinin hastaneye yattığı ve bu sürede yaklaşık 42.7 Milyon tıbbi hata meydana geldiği tahmin edilmektedir. Tıbbi hatalara maruz kalan hastaların ve yakınlarının maliyetlerinin her yıl yaklaşık bir Milyar \$ olduğu tahmin edilmektedir. Ölçülebilen maddi kaybın yanı sıra, kişinin kaybı, ailenin sevdiği

birinin kaybıyla baş etmesi veya kalıcı sakatlanma ile yüzleşilmesi gibi ölçülemeyen psikolojik sonuçlar da mevcuttur. Avrupa'daki hastane giderlerinin %15' i tıbbi hatalardan kaynaklanan sağlık kazalarının tedavisinde kullanılmaktadır. Ancak, oluşabilecek hataların önlenme maliyeti yol açtığı kayıplarla kıyaslanmayacak kadar düşüktür. 2010–2015 yılları arasında ABD'de hasta güvenliği iyileştirme çalışmaları tek başına 28 Milyar \$ tasarruf sağlamıştır. En sık görülen tıbbi hataların başında cerrahi işlemler (%27), ilaç hataları (%18.3) ve hastane enfeksiyonları (%18.2) yer alır. Bununla birlikte pek çok yerde tıbbi hataların bildirilmesi ile ilgili duyulan korku ilerlemeyi, iyileştirmeyi ve oluşacak tıbbi hatayı önlemeyi engellemektedir.

Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği ile ilgili çalışma sonuçları Türkiyede'de bu alanın iyileştirilmesine ve bu alandaki çalışmalara da ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Hastanın güvenli bir ortamda ihmal ve her türlü zarar verici uygulamadan korunarak bakım görmesi temel hasta haklarından biridir. Hemşireler bakımın her alanında hasta güvenliği ile iç içedirler. Bu noktada hastanın ve diğer tüm sağlık profesyonellerinin hasta güvenliğine ait riskler ve risklerin azaltılması konusunda bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi en temel gerekliliklerdir. (Çırpı, Doğan Merih, Yaşar Kocabay, 2009).

Ünsalatan ve ark. 2013 yılında bir Üniversite Hastanesi'nde hasta güvenliği kültürünü incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada (n=148) hemşirelerin %83,1' inin son 12 ayda birimlerinde olay raporunun hiç yazılmadığını, %8,1'i tıbbi hata /olayların raporlamasından korktuklarını ve genelde yapılmadığını, %5,5'i ise hata/olay raporlamanın işleyen bir sistem olmadığını ifade etmişlerdir. Yapılan başka bir çalışma en sık görülen tıbbi hataların hastane enfeksiyonları ve cerrahi süreç komplikasyonları olduğunu bildirmiştir (Özata, Altuncan, 2010). Bir diğer çalışma ise tıbbi hataya en sık maruz kalınan kurumların %57 oranıyla devlet, %26 oranıyla üniversite ve %14 oranıyla özel hastaneler olduğunu ortaya koymuştur (Saygın, Keklik, 2014).

Tıbbi hatalardaki artışlar hasta güvenliğini sağlamak amacıyla akreditasyon süreçlerinin başlatmıştır. Amerikan Cerrahlar Birliği (American Collage of Surgeons–ACS) giderek artan sayıdaki hastanelerin akreditasyon sürecindeki masrafları karşılamak için sağlık bakımı ile ilgilenen birkaç kuruluşla biraraya gelerek Hastane

Akreditasyonu Ortak Komisyonu'nu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO, 1951) oluşturmuştur. Ülkemizde akreditasyon çalışmalarındaki en gözde kuruluş Uluslararası Birleşik Komisyonu (Joint Commission International-JCI)'dir. JCI'nın 2008'de yayınlamış olduğu uluslararası hasta güvenliği hedefleri ülkemizdeki hastanelere yol göstermiştir. Bu konuda T.C. Sağlık Bakanlığı 29 Nisan 2009 da yayınladığı “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” ile sağlık hizmeti sunan kurumlara hasta ve çalışan güvenliğinin önemini vurgulamış ve onlara yol gösterici olmuştur. 2011 yılında ise , “Hasta Ve Çalışan Güvenliğine Dair Yönetmelik” yayımlanmıştır.

Hastanede çalışanlar arasındaki en büyük rakamı hemşireler oluşturmaktadır. Hemşireler hastanelerde hasta bakımının verildiği her alanda çalışmaktadırlar. 2007 yılında değişiklik yapılan Hemşirelik Kanunu'na (26510-2.5.2007) dayanılarak hazırlanan Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği'nde (Kanun no:27515-8.2.2010 / RG:27910-19.4.2011) hemşirelerin rolleri bakım verme, tedavi planına katılma, işbirliği yapma, iletişim, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma olarak belirtilmiştir. Hemşireler bakım verdikleri hastaların doğrudan ya da dolaylı yoldan zarar görmelerini önlemekle yükümlüdürler. Bu yükümlülük hem ilgili yasal düzenlemelerde hem de hemşirelerin meslek etik kodlarında açıktır. Etik kodlar hemşirelerin mesleki uygulamalarını gerçekleştirirken etik ilkelere uymalarını sağlamak ve hizmet verdiği, işbirliği yaptığı kişileri ve toplumu sorumlulukları konusunda bilgilendirmek amacı ile Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin (The International Council of Nurses-ICN) yayınladığı etik kodlar ışığında oluşturulmuştur (THD, 2009).

Hastane içerisinde ameliyathaneler hem işlevleri hem de hastaların son derece korumasız ve zarar görmeye hassas olmaları nedeni ile önemli birimlerdir. Hastanede yer alan bölümlerdeki tıbbi hataların görülme sıklıkları incelendiğinde cerrahi kliniklerin özellikle ameliyathanelerin başta olduğu görülmektedir (Beuzekom, Boer, Akerboom, Hudson, 2012). Bu bağlamda ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve uygulamaları yaşamsal önem taşımaktadır.

T.C. Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nün ortak olarak başlattıkları Güvenli Raporlama Sistemi (GRS™) 2016 yılı İstatistik ve Analiz raporuna göre 74.383 hata bildirimini gerçekleştirilmiştir. Bu hatalar arasında Ameliyathane ile ilişkili hatalar önemli yer tutmaktadır.

Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi'nde (CHSS) hataların gerçekleştiği yere göre dağılımına bakıldığında, bildirimlerin %40.88 (n=473)'inin cerrahi kliniklerden, %25,67 (n=297)'sinin ise ameliyathaneden yapıldığı bildirilmiştir (GRS, 2016).

GRS'de en sık bildirim yapılan ilk on "Cerrahi Süreç" hatasına bakıldığında, ameliyatın yapılacağı tarafın işaretlenmemesi (n=346), hasta kimliği ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması (n=130), makyaj protez ve değerli eşyalarının çıkarıldığı teyit edilmemesi (n=104), ameliyat bölgesinin tıraşının yapılmamış olması (n=54), hasta transferine sağlık çalışanının eşlik etmemesi (n=52), hasta rızasının kontrol edilmemesi (n=50), ameliyat bölgesinin/tarafının kontrol edilmemesi (n=45), hasta rızasının alınmaması (n=38), ameliyat bölgesinin/tarafının işaretlenmesinin kontrol edilmemesi (n=32), ameliyat öncesi açlık gerekliliğinin teyit edilmemesi (n=27) olarak yer almaktadır (GRS, 2016).

DSÖ'nün yayınladığı 2017 verilerine göre her 25 hastadan biri her yıl ameliyat olmaktadır. Ameliyat olan hastaların ¼ ünde ameliyattan kaynaklanan komplikasyonlar görülmektedir. 2008 de hasta güvenliğini tehdit eden ikinci küresel sorunun yanlış hasta, yanlış cerrahi ve yanlış taraf olduğu bildirilmiştir. Bunun üzerine "Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır" sloganı ile "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" oluşturulmuş ve uygulanması zorunlu hale getirilmiştir. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulanması morbidite ve mortalite görünme oranını %36 civarında azaltmıştır. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi artık tüm dünyada cerrahi hizmet veren her alanda kullanılmaya başlanmıştır. DSÖ'nün Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Türkiye'ye özgü Türkçe olarak uyarlanmış ve kullanılması zorunlu hale getirilmiştir. Bunun amacı oluşabilecek hataları gerçekleşmeden önlemek ya da gerçekleşen hataların hangi adımdaki eksiklikten dolayı gerçekleştiğini tespit etmektir. İstanbul'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin ameliyathanesinde çalışan hemşire, cerrah ve anestezi hekimlerine (n=150) GCKL'nin etkinliğinin araştırılması için yapılan çalışmada katılımcıların %85.9'unun GCKL'yi hasta güvenliği için

yararlı bulunduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %77.3'ü GCKL'yi kullanmanın yanlış taraf cerrahisini önlediğini,%70.7'si kimlik doğrulama sürecinde etkin olduğunu, %69.3'ü hastanın alerjisinin tesbitinde fayda sağladığını bildirmişlerdir. Bunun yanısıra katılımcıların %72 si GCKL'yi uygulamakta zorluk çektiklerini; bunun nedeninin ise personel sayısının yetersizliği ve hasta yoğunluğunun fazla olması olduğunu ifade etmişlerdir. Araştırmada hemşirelerin hekimlere göre daha çok hasta güvenliği eğitimi aldıkları GCKL'nin kullanımının tıbbi hataları önlediğini düşündüklerini bildirmiştir (Şengül, Katırcı Fener, Kahraman, Değirmenci, 2014).

Yukarıda açıklanan ilgili literatür ameliyathane hemşirelerinde örgüt kültürü, hasta güvenliği ve bu iki kavram arasındaki ilişkinin önemine dikkat çekmektedir. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçlar ilgili literatüre ve ülkemizde ameliyathane hemşirelerine yönelik örgüt kültürü ve hasta güvenliğine ilişkin planlamalara, eğitimlere katkı sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, örgüt kültürünün ameliyathane hemşirelerinde hasta güvenliği üzerine etkisini belirlemektir.

1.3.Araştırma Soruları

1. Ameliyathane hemşirelerinin örgüt kültürü puan ortalamaları nedir?
2. Ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü puan ortalamaları nedir?
3. Örgüt kültürü ölçek puanı ortalaması ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü ölçek puanını ortalamasını etkiliyor mu?
4. Deneyim süresinin ameliyathane hemşirelerinin örgüt kültürü ölçek puan ortalamalarına etkisi var mı?
5. Hastaneler arası farkın ameliyathane hemşirelerinin örgüt kültürü ölçek puan ortalamalarına etkisi var mı?
6. Deneyim süresinin ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü ölçek puan ortalamalarına etkisi var mı?
7. Alınan eğitimin ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü ölçek puan ortalamalarına etkisi var mı?
8. Hastaneler arası farkın ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü ölçek puan ortalamalarına etkisi var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Örgüt ve Örgüt Kültürünün Tanımı :

TDK Örgüt kavramını “Ortak bir amacı veya işi gerçekleştirmek için bir araya gelmiş kurumların veya kişilerin oluşturduğu birlik, teşekkül, teşkilat” olarak açıklamaktadır. Örgüt Kültürü kavramını ise “Çalışan personelin davranışlarını ve çalışılan yerin genel görüntüsünü şekillendiren, simgeler aracılığıyla öğrenilebilen ve öğretilen, kuşaktan kuşağa aktarılan, değişebilir nitelikteki değer, düşünce ve kurallar bütünü” olarak açıklamaktadır.

Denison örgüt kültürünü, belli bir grubun tüm üyelerinin faaliyet gösterdiği davranışlar, inançlar, alışkanlıklar ve varsayımlardan oluştuğunu belirtmiştir.

Her bir örgüt kentine has bir kültür yaratır. Ufak bir belde faaliyet gösteren bir aile şirketinden büyük bir küresel şirkete kadar her organizasyonun farklı bir kimliği vardır. Aileler, takımlar, kabileler ve şirketler yıllar içerisinde gelişen karmaşık ve gelişen bir kimlik geliştirirler. Bir kültürün oluşması için o örgütü oluşturan bireylerin birlikte çalıştıkça, karşılaştıkları zorluklardan birlikte geldikçe ortak olarak edindikleri bilgi birikimi ile ortaya çıkar (Denison, 2017).

2.2. Denison Örgüt Kültürü Modeli:

Denison örgüt kültürü modeli Denison ve Mishra tarafından (1995) kurumlarda performansı arttırmak için o kuruma özgü bir kültürün oluşturulması ve kurumdaki liderliğin geliştirilmesini hedeflemektedir.

Model, her kurumda olan dört temel öge üzerinde durmaktadır.

Misyon:

Kurumun uzun dönemde ulaşmayı amaçladığı hedeflerdir. Performansı yüksek olan kurumlarda çalışanlar bir işi neden ve nasıl yapmaları gerektiğini açıkça bilmektedirler.

Tutarlılık:

Bir kurumu oluşturan kişilerin değerleri, yapılan işte uzlaşmayı ve kurumun amaçlarına ulaşabilmesi için alınacak olan tüm kararları kapsamaktadır.

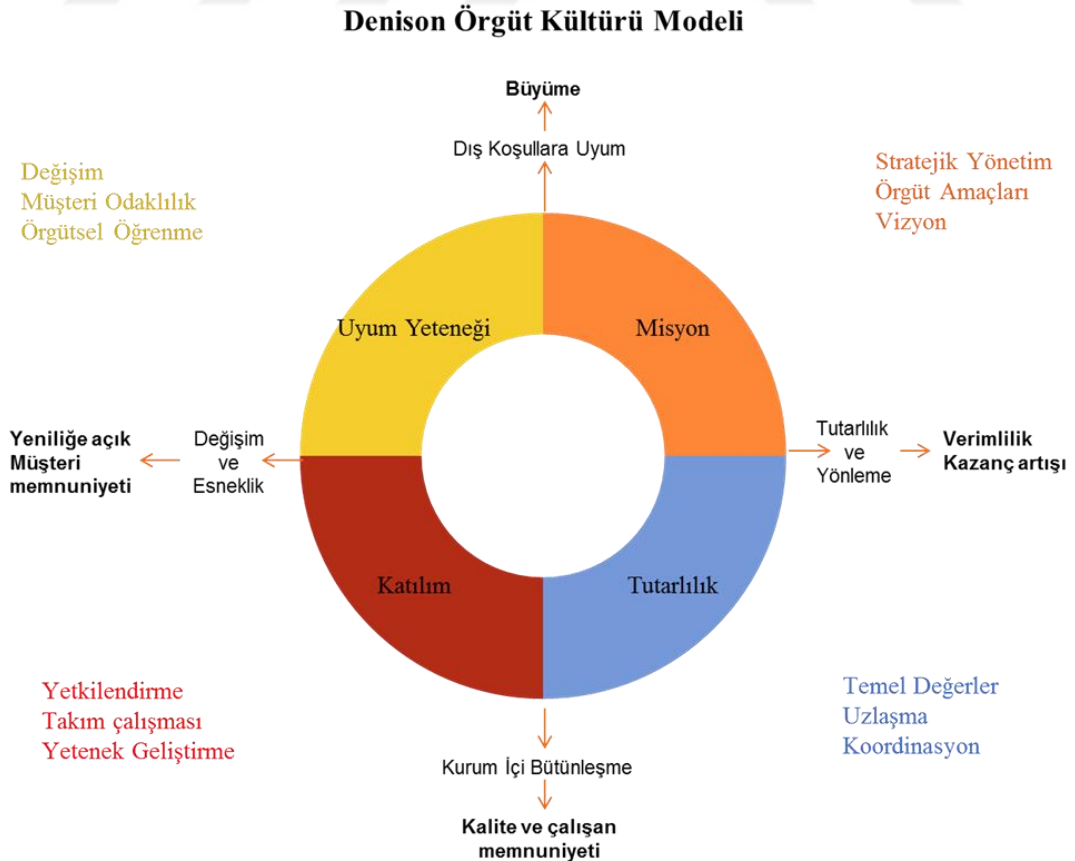
Katılım:

Çalışanlarda görev bilincini aşlamak için yetkilendirmeleri, onları takım çalışmasına teşvik etme ve çalışanların yaptıkları işte kendilerini geliştirebilmeleri için gerekli ortamın oluşturulmasını kapsamaktadır.

Uyarılama (Uyum yeteneği):

Kurumların değişen dış çevre koşullarını takip etme ve uyumları için gerekli stratejileri oluşturma, müşterilerinin mevcut ihtiyaç ve beklentilerini en üst düzeyde karşılanması, kurumun kendini her anlamda güncellemesi (bilgi ve teknoloji) unsurlarını kapsamaktadır (Denison 2017).

Şekil 2.1. Denison Örgüt Kültürü Modeli



2.3.Örgüt Kültürünün Özellikleri

Örgüt kültürü, çalışanlarını aynı amaç doğrultusunda bir araya toplar. Örgüt kültürü ne kadar güçlü ise o kurum okadar başarılı olur. Örgüt kültürünün özelliklerini iki ana başlık altında sıralayabiliriz.

2.3.1. Örgüt Kültürünün Görünen özellikleri:

Sembol kullanımı: güçlü bir örgüt kültürüne sahip kurumlar kendi amaçlarına ışık tutacak, çalışanına yön gösterecek, yeni bir çalışana yardımcı olarak ve çalışanların kendi içlerinde birbirlerini tanımaya yardımcı olacak semboller kullanırlar. Örneğin bir hastane içerisindeki çalışanların formaları. Hastane içerisinde her birim kendine ait renkte olan formayı giyer. Bu durum hem çalışanların birbirlerini ayırt etmesine yardımcı olur hem de hastaların çalışanları tanımalarını sağlar. Sembol kullanımı güçlü bir örgüt kültürünün oluşturulmasında önemli bir rol oynar (Eren, 2014).

1. Fiziksel çevre: fiziksel çevre o yapıyı oluşturan somut nesnelere. Bir kurumda kullanılan cihazlar, yazılımlar, binanın fiziksel yapısı, iç döşemesi, kullanılan dokümanların hepsi fiziksel çevreye birer örnektir (Eren, 2014).
2. Etkin liderlik: örgütsel kültürünün oluşmasındaki en büyük özelliklerden birisi çalışanları aynı hedefe yönlendirmektedir. Bu da etkin bir liderlik ile olur. Liderler çoğunlukla daha önce o kültür içerisinde yetişmiş ve kendini ispat etmiş kişiler arasından seçilir. Bir örgütteki liderlik ne kadar etkin ve başarılı ise o kurum o kadar başarılı olur (Köse, Tetik, Ercan, 2001).
3. Slogan kullanımı: örgüt üyelerinin aynı hedef doğrultusunda çalışmalarına yardımcı olacak ve onları motive edecek bir diğer madde ise o kurumda kullanılan sloganlardır. Sloganlar çalışanları pozitif yönde başarıya ulaşmada güdülerler (Köse, Tetik, Ercan, 2001).
4. Ödüllendirme: örgüt kültürünün oluşturulmasındaki en önemli faktörlerden biri de o örgüte kusursuz hizmet etmiş kişilerin ödüllendirilmeleridir. Ödüllendirme diğer çalışanların gözü önünde yapılır. Verilecek olan ödül, kurum tarafından planlanır. Ödüllendirme hem kişiyi motive eder hem de diğer çalışanları aynı amaç doğrultusunda güdüler (Eren, 2014).

2.3.2.Örgüt Kültürünün Görünmeyen Özellikler:

Bu özellikler bir kişi o kurumda çalışmaya başladıktan bir süre sonra (en az 3 ay) açığa çıkar (Erbaşlar, 2015).

1. Çalışanların o kurumun oluşturduğu kurallara uymasının beklenmesi(Erbaşlar, 2015) .
2. Çalışanların bir süre sonra ortak bir dil oluşturmaları (Erbaşlar, 2015).
3. Bir işin yapılma biçimi ile geliştirilen standartların (normların) oluşması. Normlar, genellikle kurumlarda ödül ve ceza sistemi kontrol altında tutulmaktadır (Eren, 2014).

2.4.Örgüt Kültürünün Diğer kavramlar ile İlişkisi

Örgüt kültürü bir kurumun başarıya ulaşmasındaki en önemli etkidir. Günümüzdeki rekabet piyasası kurumların değişik stratejiler oluşturma ve uygulama durumunda bırakılmaktadırlar. Kurumlar kendilerine koydukları hedeflere ulaşmada çalışanları ile ortak çalışmak durumundadırlar. Bu da etkin bir yönlendirme ile olmaktadır. Güçlü bir kültüre sahip olan kurumlarda çalışanlar hangi uygulamayı nasıl yapması gerektiğini ve hangi durumda ne şekilde davranması gerektiğini bilir. Ancak zayıf bir kültüre sahip olan kurumlarda çalışanların işi yapma ve davranış biçimlerinde bir standart olmaz.

Örgüt kültürü kavramı pek çok kavramı da beraberinde getirir. Örgüt kültürünün karıştırıldığı ve ilişkili olduğu kavramları şu şekilde sıralayabiliriz.

2.4.1.Örgüt kültürü ve Örgüt iklimi:

Örgüt iklimi, bir kurumun amaçları için oluşturduğu politikalar, uygulamalar ve prosedürlerdir. İklim bir örgütte kültürün oluşması için temel basamağı oluşturur. Sağlam bir örgüt iklimi oluşturulan kurumlarda ödüllendirmeler, beklenen ve desteklenen davranışların pekiştirilmesi (aynı işi aynı şekilde uygulama, kuralların her çalışan tarafından aynı şekilde algılanması, ortak bir dil oluşturma) o kurumda örgüt kültürünün oluşturulmasında rol oynar (Reichers, Schneider, 1990) .

2.4.2.Örgüt Kültürü ve Örgütsel Toplumsallaşma

Bir kişinin bir kuruma girdiğinde o kişinin o kurumun kurallarını ve işleyişini öğrenme süreci olarak tanımlanabilir. Öğrenme süreci çoğu zaman o kurum tarafından planlı bir şekilde yürütülürken bazen çalışan kişileri taklit yolu ile de öğrenilmektedir. Oryantasyon programları ve eğitim-gelişim programları kişinin bu süreci daha kolay öğrenmesine yardımcı olmaktadır.

2.4.3.Örgüt Kültürü ve Örgütsel İmge

Örgütsel imge bir kişinin o kurum hakkındaki düşüncelerini kapsar. Örgütsel imgenin oluşmasında o kurumun yapmış olduğu reklamlar, aldığı başarılar ve deneyimler etkili olmaktadır. Örgütsel imgenin güçlü olduğu bir kurum örgüt kültürünün daha sağlam oluşmasında önemli bir rol oynar.

2.4.4.Örgüt Kültürü ve Örgüt Kimliği

Örgüt kimliği bir örgütü diğer örgütlerden ayıran özelliklerdir. Örgüt kimliği iyi olan kurumlar çalışanlar tarafından daha çok benimsenir.

2.5.Örgüt Kültürünün Yararları

1. Çalışanlarda belirli normlar ve değerlerin oluşmasına yardımcı olur. Bu da çalışanları beklentilerin karşılanması konusunda pozitif yönde etkiler.
2. Örgüt kültürü bir çalışanın o işi yapma biçimini de standardize ederek o kurumdaki verimliliğin artmasına yardımcı olur.
3. Yeni yöneticilerin kendilerini geliştirmelerine olanak sağlar.
4. Takım çalışmasına teşvik eder ve biz duygusunun gelişmesini sağlar.
5. Örgütte oluşan çatışmaların azaltılmasına yardımcı olur.
6. Örgüt kültürü sağlam olan örgütlerde yönetici ölse bile kurum aynı şekilde çalışmaya devam eder.
7. Örgüt kültürü bir kurum hakkında bize tanıtıcı bilgiler var (Erbaşlar, 2015).

2.6.Örgüt Kültürünün Oluşturulması ve Sürdürülmesi

Örgüt kültürünün bir kurumda oluşması için önce varsayımların açık ve net bir dille oluşturulması gerekmektedir. Bir sonraki adım ise kurumun misyon vizyonunu oluşturma basamağıdır. Bu kurumun değerlerini, hedeflerini ve bunlara sahip olması için atması gereken adımları net olarak görmesini sağlar. Misyon ve vizyona sahip olan kurumlarda çalışanlar da ortak bir amaç için bir araya gelirler. Bir örgütün kurucuları örgüt kültürünün oluşmasında baş rolü üstlenirler. Örgüt kurucuları kendileri ile aynı inanca, görüşe ve değerlere sahip kişileri işe alırlar. Bir kurum başarıya ulaşırsa oluşturulmuş olan örgüt kültürü başarılı demektir. Oluşturulan örgüt kültürünün korunması ve sürdürülmesi gerekir.

Örgüt kültürünün sürdürülmesi için en büyük adım bunu tüm çalışanlara aktarmaktır. Aktarma şeklini her kurum kendisi belirler. Ancak en yaygın şekilleri oryantasyon programları, hizmet içi eğitimler, rehberlik, yazılı (prosedür, talimat, vs.) kaynaklardır.

Örgüt kültürünün sürdürülmesi için o kurumun işe alım kriterlerinin oluşturulması gerekir. Kurum bir çalışandan ne istediğini ve hangi özellikleri aradığını bilir ve ona göre çalışan seçer. Bir çalışan işe alındıktan sonra tek başına eğitmekten ziyade o grubun bir parçası olarak eğitim görür. İşe yeni alınan bireylere somut hedefler ve bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için belli bir zaman vermek gerekir. Hedeflerin ne kadarının gerçekleştirildiği denetlenmeli ve geri bildirim verilmelidir. Mevcut çalışanlar için de çalıştıkları mevkiye ve yaptıkları işe göre performans değerlendirme kriterleri oluşturulur. Çalışanlar ulaşmaları gereken hedefleri görürler ve bunun için çaba gösterirler. Performans değerlendirme sonucu yüksek olan çalışanlar o kurumun belirlediği ödüllendirme sistemi ile örgüt içerisinde ödüllendirilirler. Bu da diğer çalışanları başarı yolunda güdüler. Kuru yöneticilerin gelişmesine ve kendilerini geliştirmesi zemin hazırlamalıdır. Yetişen yöneticiler örgüt üyeleri için kurum içerisinde rol model olurlar. Üst yönetimin tutum ve davranışları da örgüt kültürünün gelişmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Üst yönetim her çalışana eşit davranmalı, çalışanlara ulaşılabilir hedef koymalı, onları ödüllendirmeli, düzenli geri bildirim vermeli ve örgütsel toplumsallaşmaya ışık tutmalıdır (Kantek, 2014).

2.7.Örgüt Kültürünün Değiştirilmesi

Değişen i ve dış evre koşulları kurumlarda mevcut kültürün değişmesi gerektiği sinyalinı vermektedir.

Schein'e göre aynı yaşam döngüsü gibi bir kurumunda doğuş, büyüme, olgunluk ve kş dönemi bulunur.

- ✓ Kurum kş dönemine girmiş ise değişim gereklidir.
- ✓ Kurumun değişen dünyaya ayak uydurması için hedeflerinde değişiklik yapması gerekiyorsa değişim gereklidir.
- ✓ Kurumun çevreden gelen bir kriz yaşaması ya da çalışanların değişimi başlatabilecek güce sahip olmaları da örgüt kültüründe bir değişime gidilmesi gerektiğinin sinyallerini verir (Schein, 2004).

Bir kurumda örgüt kültürünün değişmesi gerektiği kararı alınmış ise şu maddelerin farkında olunmalıdır.

- ✓ Değişim süreci zor, riskli ve zaman alan bir süreçtir ve bunun farkında olunmalıdır.
- ✓ Değişim için daima güçlü bir liderin olması gereklidir.
- ✓ Değişime başlamadan önce var olan kültür değerlendirilmelidir. Değerlendirildikten sonra konulan hedefler doğrultusunda değişimin gerektiği noktalar tespit edilmelidir.
- ✓ Değişim daima st kademededen alt kademeye doğru olmalıdır.
- ✓ çalışanların değişim sürecine katılımları sağlanmalıdır. Bu da ulaşılabilir somut hedefler koyma ve ödüllendirmeden geçmektedir.
- ✓ Değişim sürecinde daha önce bu süreci yaşamış ve başarılı olmuş çalışanları işe almak her zaman süreci kolaylaştırmaktadır.
- ✓ Değişim sırasında direnç oluşabilecek noktalar tespit edilmesi ve önlemler alınmalıdır (Kantek, 2014).
- ✓ Değişim hedefleri her zaman yazılı ve tüm çalışanlar tarafından anlaşılabilir olmalıdır.

2.8.Sağlık Bakım Hizmetlerinde Örgüt Kültürü Ve Hemşirenin Rolü

Örgüt kültürü kavramı, önce sanayide kullanılmaya başlansa da son dönemlerde sağlık bakım kurumlarında da istenilen hedeflere ve kaliteye ulaşmak için kullanılmaya başlanmıştır.

Sağlık bakım hizmetlerinin en büyük kısmını hastaneler oluşturmaktadır. Rekabet piyasasında bir hastanenin ayakta kalması ve hedeflediği noktaya ulaşması sağlam bir örgütlenme ile temellenir. Hastaneler pek çok sağlık meslek grubunu içinde barındıran kurumlardır. Tüm çalışanlara eşit davranma, doğru bilgi aktarımı, kişisel gelişim imkanı, yeni işe alınan çalışana işe adapte etme süreci, ücret politikası, ödüllendirme, performans değerlendirme olumlu bir örgüt kültürü oluşumunun temelini oluşturur (Kantek, 2014).

Hastanede çalışan meslek grupları arasında en büyük yüzdeyi hemşireler oluşturmaktadır. Hemşireler hastanede hasta bakımının verildiği her alanda çalışmaktadırlar. Hastanede çalışan diğer meslek grupları ile çalışmak zorunda oldukları gibi kendi meslek grupları içinde de uyum içinde çalışmalıdırlar. Hemşireler hem hastane örgüt yapısının bir üyesi hem de hemşirelik hizmetlerini oluşturan örgüt yapısının bir parçasıdır (Kantek, 2014).

Hemşirelikle örgüt kültürünü etkileyen çeşitli iç ve dış etmenler bulunmaktadır. Hemşirelerin yetiştikleri şehir, aldıkları eğitim, din, dil, daha önceki mesleki deneyimleri, aldıkları eğitim gibi pek çok neden örgüt kültürünü etkilemektedir. Hemşirelik kadrosu oluşturulurken kişilerde aranan kriterler kurumun hedefleri ile örtüşmelidir ve kadro buna göre planlanmalıdır (Kantek, 2014).

Sağlam bir örgüt kültürü oluşmasında yönetici hemşirelere büyük bir rol düşmektedir. Yönetici hemşireler çoğu zaman çalıştıkları kurumda kendilerini ispat etmiş ve yeterli deneyim süresine sahip kişilerden oluşur. Yönetici hemşire kadrosu oluştururken şu becerilerin olmasına dikkat edilmelidir (Yıldırım, 2013).

Kavramsal beceriler: Kurumu bir bütün olarak görür. Kurumun örgüt kültürünü benimser, kurumun misyon ve vizyonu doğrultusunda ekibi ile birlikte çalışır ve onlara rol model olur (Kantek, 2014).

Teknik beceriler: Hemşirelik yönetim ve uygulamalara ilişkin teknik bilgiye sahip olması gerekmektedir (hemşirelik uygulamaları, cihaz kullanımı, bilgisayar kullanma, vs.) (Kantek, 2014).

İletişim becerileri: İletişim çift yönlüdür. Birincisi, üstünden gelen bilgiyi ekibine doğru bir biçimde aktarır. İkincisi ise, hastanede çalışan diğer meslek grupları, hasta ve hasta yakınları ile olan iletişimidir. Yönetici hemşirede bu ikisinin de iyi olması beklenir (Yıldırım, 2013).

Analitik beceri: Bir problem ile karşılaştığında çözüm yolları üretme ve sorunların üstesinden gelme becerisidir. Analitik beceri terfi aldıkça daha büyük bir öneme sahip olur (Yıldırım 2013).

Karar verme becerisi: Kadroyu planlama, onları örgütleme, ekibi yöneltme ve onları denetleme için sahip olunması gereken bir özelliktir.

Yönetici hemşire kadrosu oluşturulduktan sonra sağlam bir örgüt kültürü oluşturulması için kendisinden şunlar beklenir (Yıldırım, 2013).

- ✓ Hemşirelik kadrosu oluşturulurken ekibini kurum hedefleri ile örtüşecek kişilerden oluşturabilme ve seçebilme.
- ✓ Yeni geleni bireysellikten çok ekibe dahil etme ve takım çalışmasına teşvik etme.
- ✓ Günü planlama.
- ✓ Zamanını etkin kullanma.
- ✓ Kurum misyon ve vizyonu doğrultusunda ekibine rol model olma.
- ✓ Ekibini kurum amaçları doğrultusunda yönlendirme.
- ✓ Ekibine hedefler koyma ve değerlendirme.
- ✓ Ekibini motive etme.
- ✓ Ödüllendirme.
- ✓ İyi bir iletişim.
- ✓ Doğru ve düzenli bilgi aktarımı yapma.
- ✓ Ekibi için eğitim programları düzenleme ve denetleme.

- ✓ Kişisel gelişim için ekibine destek olma ve kaynakları kullanma (Yıldırım, 2013)

2.9.Hasta Güvenliği

2.9.1 Hasta Güvenliği'nin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-World Health Organization) Hasta Güvenliğini hastalara verilen sağlık hizmetindeki hataların önlenmesi olarak tanımlamaktadır. Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında "Hasta ve Çalışan Güvenliğine Dair Yönetmelik" te hasta ve çalışan güvenliğini sağlık hizmeti sunumunda hasta ve çalışanların zarar görmesine yol açabilecek her türlü işlem ve süreçler ile ilgili alınacak tedbir ve iyileştirme uygulamalarına yönelik faaliyetler olarak tanımlamaktadır. Hasta Güvenliği artık büyük bir küresel önem taşımaktadır.

2.9.2 Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Durumlar : Tıbbi Hatalar

Hasta Güvenliğini tehdit eden ekonomik, politik ve toplumsal yapının değişmesi gibi pek çok nedeni vardır. Hasta güvenliğini tehdit eden en önemli nedenlerden biri tıbbi hatalardır. DSÖ'nün 2017 yılında yayınlamış olduğu Hasta Güvenliği Broşürüne göre tıbbi hatalar Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) meydana gelen ölümlerin üçüncü nedenidir ve hastanede yatan 10 hastanın biri tıbbi hatalara maruz kalmakta ve bunların %50 sinin önlenbilir olduğu bildirilmiştir.

Tıbbi hataların yaklaşık 2/3 ünün düşük gelirli ve Ortadoğu ülkelerinde görüldüğü tesbit edilmiştir. Tıbbi hataların görülme sıklığının ve önlemesine ilişkin yapılan bir çalışmada 26 düşük ve orta gelirli ülkede tıbbi hata görülme oranı %8 civarında olup, bunların %83'ünün önlenbilir olduğu ve %30'nun ölümle sonuçlandığı bildirilmiştir. Her yıl dünyada 421 Milyon kişinin hastaneye yattığı ve bu sürede yaklaşık 42.7 Milyon tıbbi hata meydana geldiği tahmin edilmektedir. Tıbbi hatalara maruz kalan hastaların ve yakınlarının maliyetlerinin her yıl yaklaşık Bir Milyar \$ olduğu tahmin edilmektedir. Ölçülebilen maddi kaybın yanı sıra, kişinin kaybı, ailenin sevdiği birinin kaybıyla baş etmesi veya kalıcı sakatlanma ile yüzleşmesi gibi ölçülemeyen psikolojik kısmı da mevcuttur. Avrupa'daki hastane giderlerinin %15' i tıbbi hatalardan kaynaklanan sağlık kazalarının tedavisinde

kullanılmaktadır. Tıbbi hatalara maruz kalan hastaların ve yakınlarının verimlilik kaybı her yıl trilyonlarca USD'ye mal olmaktadır. Ancak, oluşabilecek hataların önlenme maliyeti bu meblağ yanında önemsiz kalmaktadır. 2010–2015 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde Hasta Güvenliği iyileştirme çalışmaları tek başına 28 Milyar Dolar tasarruf sağlamıştır. En sık görülen tıbbi hataların başında cerrahi işlemler (%27), ilaç hataları (%18.3) ve hastane enfeksiyonlarıdır (%18.2). Bununla birlikte pek çok yerde tıbbi hataların bildirilmesi ile ilgili duyulan korku ilerlemeyi, iyileştirmeyi ve oluşacak tıbbi hatayı önlemeyi engellemektedir. Ünsalatan ve Ark. 2013 yılında bir üniversite hastanesinde Hasta Güvenliği kültürünü incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada (n=148) hemşirelerin %83,1'inin son 12 ayda birimlerinde olay raporunun hiç yazılmadığını, %8,1'i tıbbi hata/olayların raporlamasından korktuklarını ve genelde yapılmadığını, %5,5'i ise hata/olay raporlamanın işleyen bir sistem olmadığını ifade etmişlerdir.

Hastanelerde çalışan örgüt üyelerinin arasındaki en büyük yüzdeyi hemşireler oluşturmaktadır. Hemşireler hastanelerde hasta bakımının verildiği her alanda çalışmaktadırlar. Hemşireler sunulan hizmetin en önemli parçasıdır. Hastanın hastaneye kabulünden, taburcu edilmesine ve takibine kadar olan süreçte önemli bir rol almaktadırlar. 2007 yılında güncellenmiş olan Hemşirelik Kanunu'nun yürürlüğe girmesinin ardından Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmuş bir komisyon ile Hemşirelik Yönetmeliği ile ilgili çalışmalar başlamıştır. Türk Hemşireler Derneği'nin Hemşirelik Yönetmeliği'nin oluşturulması ve yürürlüğe sokulmasında payı büyüktür. Yönetmelik 8 Mart 2010 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanmıştır. Yönetmeliğin 2. Bölümünde hemşirelerin rolleri açıkça ifade edilmektedir. Bunlar; bakım verme, tedavi planına katılma, işbirliği yapma, iletişim, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma olarak belirtilmiştir. Hemşireler bakım verdikleri hastaların doğrudan ya da dolaylı yoldan zarar görmelerini önlemekle yükümlüdürler. Hastanın güvenli bir ortamda ihmal ve her türlü zarar verici uygulamadan korunarak bakım görmesi temel hasta haklarından biridir. Hemşireler bakımın her alanında hasta güvenliği ile iç içedirler. Bu noktada hastanın ve diğer tüm sağlık profesyonellerinin hasta güvenliğine ait riskler ve risklerin azaltılması konusunda bilgilendirilmesi, hasta güvenliğinin savunulması ve istenmeyen olayların rapor edilmesi de hemşirelerin görevleri

arasındadır (Çırpı, Doğan Merih, Yaşar Kocabey, 2009) . Hasta Güvenliği Derneği Sağlık Bakanlığı ile işbirliği yaparak hemşirelerin Hasta Güvenliği konusunda kendilerini güncellemelerini ve eksik noktalarını öğrenmeleri için hemşirelere yol gösterici olmuştur. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation-NPSF) ve DSÖ hataların önlenmesi ve yapılan hataların tekrarlanmaması için raporlamanın gerekliliği üzerinde durmuşlardır. Raporlamanın önemi ve gerekliliği kalite kavramını da beraberinde getirmiştir. Hastanelerde kalite departmanları kurulmuştur. Kalite departmanları hastanelerdeki diğer birimlerle işbirliği içerisinde çalışmaktadırlar. Süreçlerin oluşturulması, iyileştirilmesi, düzeltici faaliyetler olay bildirimini ve raporlama sisteminin oluşturulması ve denetlenmesinde büyük bir role sahiptirler

Cerrahi hata süreçlerine bakıldığında; ameliyat bölgesinin/tafaının hekim tarafından işaretlenmemesi, makyaj protez ve değerli eşyaların çıkarıldığının teyit edilmemesi, hasta kimliği/ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması, ameliyat bölgesinin tıraşının yapılmamış olması sırasıyla bildirilmiştir (GRS, 2016).

Tıbbi Hata Sebepleri:

Tablo 2.1 . Tıbbi Hata Nedenlerinin Sınıflandırılması

SORUN KAYNAĞI		İdari Personel	Tıbbi Personel
İdari Sorunlar	Dış Çevre	Çevresel Koşullar	Sağlık Politikaları, Ekonomik Baskı, Tıp eğitimindeki eksiklikler, vb.
	Kuruluş	Fiziksel koşullar, bakım onarım eksiklikleri, finansal ve idari yapılanma, tıbbi personelin çalışma saati düzeni, personel planlamasında hata, verilerin depolanması ve kopyalanması sırasında oluşan aksaklıklar.	Uzun çalışma saatleri, sağlık meslek mensuplarının görev dışı işler yapma durumunda kalmaları, iletişim eksikliği, bilgi aktarımındaki aksaklıklar, yöneticilerden memnun olunmayışı.
	Altyapı	Cihaz, oda, yatak, ilaç, vb. yetersizliği.	Hekim ve hemşire sayısının azlığı, eğitim eksikliği, mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin olmayışı.
Tıbbi Sorunlar	Kuruluş	Dökümantasyon hataları, yazılım yetersizliği, yemekhane hataları, temizlik hataları, hatalı satın alma işlemleri.	Hasta güvenliği ile ilgili girişimlerin eksikliği.
	Bireysel	Görevin kötüye kullanılması, ihmal.	İhmal, terk etme, yetki sınırlarının aşılması, dikkatsizlik, ilaç hatası, yanlış karar, sanatta yetersizlik, tecrübesizlik, fiziksel yorgunluk, özen eksikliği.

(Saygın, Keklik, 2014)

Yukarıdaki tabloda sorunun kaynağı ve hatanın hangi sürece ait olduğu ile ilgili bilgiler verilmiştir

İdari süreçte yaşanan sorunlar o ülkenin sağlık sistemi ile ilgili oluşan sorunların yanısıra kurumun kendi içerisinde yaşadığı yönetsel, maddi ve fiziki durumlardan da kaynaklanabilmektedir. Yaşanan problemlerin temelinde yeterli deneyim ve eğitim eksikliği olan personelin işe alınması, uzun çalışma saatleri, personel sayısının azlığı, ekibe görevlerinin dışında işler yüklemek ve yaptırmak ve yöneticiden memnun olmamak oluşturmaktadır. Ayrıca kurumun fiziki koşullarının sağlık hizmeti vermeye elverişli olmayışı, hizmeti vermek için gerekli ekipmanın sağlanmaması, yaşanan finansal problemler de idari kaynaklı sorunlardır (Saygın, Keklik, 2014) .

Yaşanan tıbbi sorunlar ise kullanılan dökümanların yetersizliği ya da oluşturulmamış olması, alınan personelin görevini suiistimal etmesi ya da kötüye kullanması, personelin yaptığı işi bilmemesi ya da yanlış yapmasından kaynaklanmaktadır (Saygın, Keklik, 2014).

Tıbbi Hata görülme sıklığı :

T.C. Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nün ortak olarak başlattıkları Güvenli Raporlama Sistemi (GRStm) 2016 yılı İstatistik ve Analiz raporuna göre 74.383 hata bildirimini gerçekleştirilmiştir.

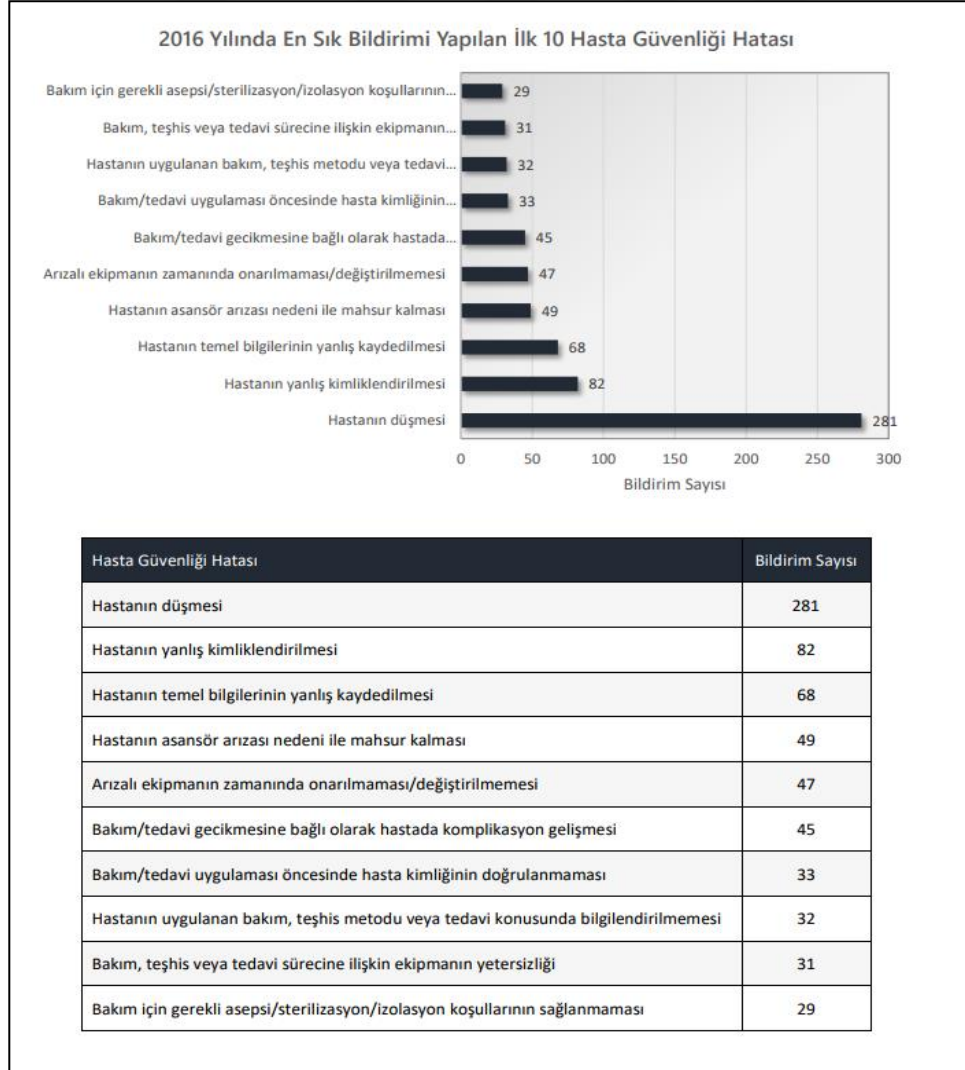
Tablo 2.2. Beklenmedik Olaylar

Olay Türü	Tanımı
Cerrahi Olaylar	Yanlış taraf cerrahisi Yanlış hasta üzerinde cerrahi işlemlerin gerçekleşmesi Yanlış hasta üzerinde yanlış cerrahi işlem gerçekleşmesi İşlem/müdahale sonrası hastada alet unutulması Cerrahi işlem sırasında ya da hemen sonrasında hasta ölümü Anestezi ile ilgili olaylar
Cihaza Bağlı Olaylar	Hasta ölümü veya ciddi sakatlığa sebep olan, kurum tarafından sağlanan kontamine olmuş malzeme, alet, ilaç kullanımı Amacı dışında ilaç kullanımı Cihazın ya da medikal malzemenin çalışmaması ya da bozulması
Hasta Güvenliğine Yönelik Olaylar	Hastanede bebek kaybolması ya da bebeğin yanlış aileye verilmesi Hasta intiharı, ciddi sakatlıkla sonuçlanan intihar teşebbüsü veya kasıtlı kendine zarar verme Personelin bilgisi dışında hastanın hastaneyi terk etmesi
Bakım Ortamına Yönelik Olaylar	Hastaya toksik maddelerin kontaminasyonu veya yanlış gaz verilmesi Hastanın ölümü veya fonksiyon kaybına yol açan nazokomiyal enfeksiyon veya hastalık Aşağıdakiler ile bağlantılı olarak hastanın tedavisi sırasında ortaya çıkan hasta ölümü veya fonksiyon kaybı; **Herhangi bir sebepten kaynaklanan yanık **Düşme **Elektrik şoku **Kısıtlama uygulaması
Hasta Bakımı Sırasında Oluşan Olaylar	Yanlış kan transfüzyonu İlaçların yanlış yönetiminden kaynaklanan hasta ölümü veya fonksiyon kaybı Hastanın tedavisi ile ilgili olmayan beklenmeyen ölümü ya da ortaya çıkan büyük fonksiyon kayıpları (beklenen komplikasyonlar hariç tutulmalıdır) Tedavi sırasında ortaya çıkan ciddi ilaç etkileşimleri ve intoksikasyonlar
Saldırı Olayları	Personel, başka hasta, ziyaretçi veya başkaları tarafından hastaya kasıtlı zarar verilmesi Hastanın kaçırılması Tecavüz

(Alcan, Tekin, Özbucak Cival, 2012)

En sık bildirim yapılan ilk on “Hasta Güvenliği” hatasına bakıldığında; hastanın düşmesi (n=281), hastanın yanlış kimliklendirilmesi (n=82), hastanın temel bilgilerinin yanlış kaydedilmesi (n=68), hastanın asansör arızası nedeni ile mahsur kalması (n=49), arızalı ekipmanın zamanında onarılmaması/değiştirilmemesi (n=47), bakım/televi gecikmesine bağlı olarak hastada komplikasyon gelişmesi (n=45), bakım/televi uygulaması öncesinde hasta kimliğinin doğrulanmaması (n=33), hastanın uygulanan bakım, teğhis veya tedavi sürecine ilişkin ekipmanın yetersizliği (n=31), bakım için gerekli asepsi/sterilizasyon/izolasyon koşullarının sağlanmaması (n=29) bildirilmiştir (Tablo 2.3) (GRS, 2016).

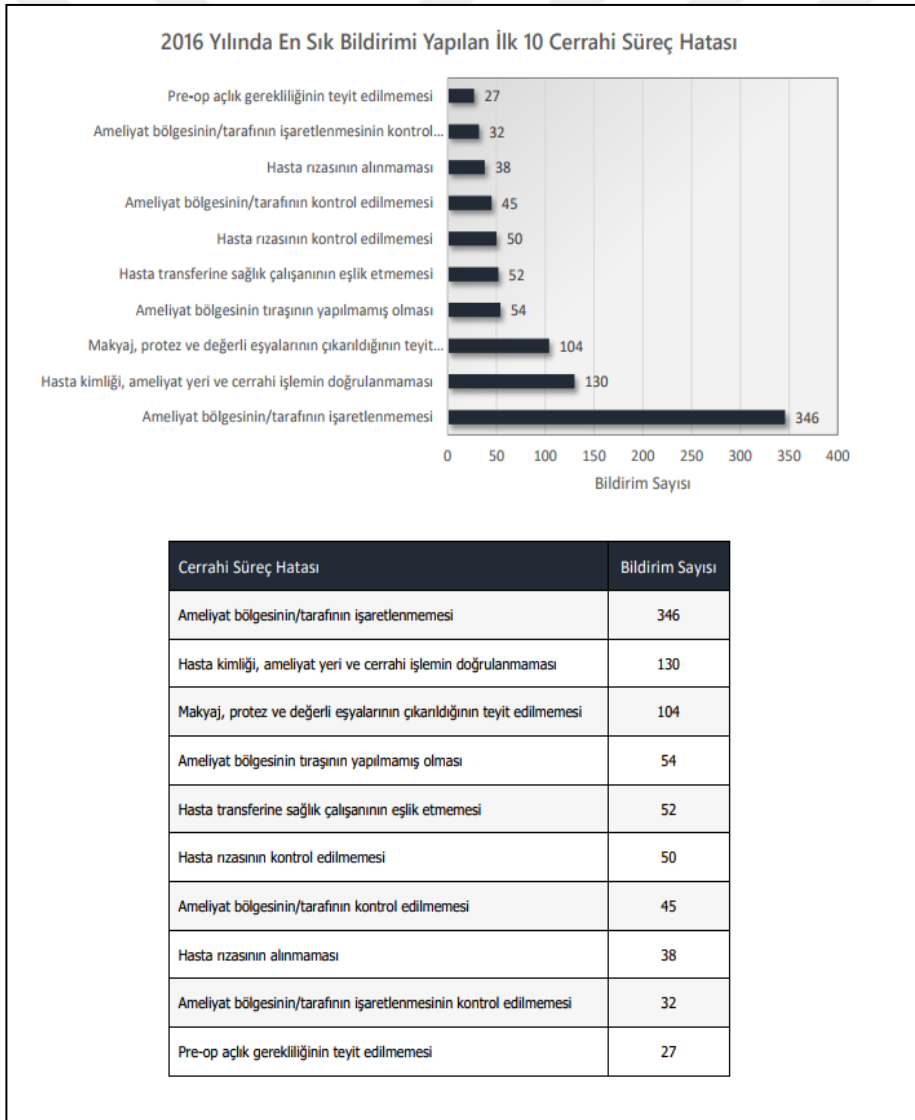
Tablo 2.3.En Sık Bildirimi Yapılan On Hasta Güvenliği Hatası



(GRS, 2016)

En sık bildirim yapılan ilk on “Cerrahi Süreç” hatasına bakıldığında, ameliyat bölgesinin tarafının işaretlenmemesi (n=346), hasta kimliği ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması (n=130), makyaj protez ve değerli eşyalarının çıkarıldığıнын teyit edilmemesi (n=104), ameliyat bölgesinin tıraşının yapılmamış olması (n=54), hasta transferine sağlık çalışanının eşlik etmemesi (n=52), hasta rızasının kontrol edilmemesi (n=50), ameliyat bölgesinin/tarafının kontrol edilmemesi (n=45), hasta rızasının alınmaması (n=38), ameliyat bölgesinin/tarafının işaretlenmesinin kontrol edilmemesi (n=32), pre-op açlık gerekliliğinin teyit edilmemesi (n=27) olarak yer almaktadır (Tablo 2.4) (GRS, 2016).

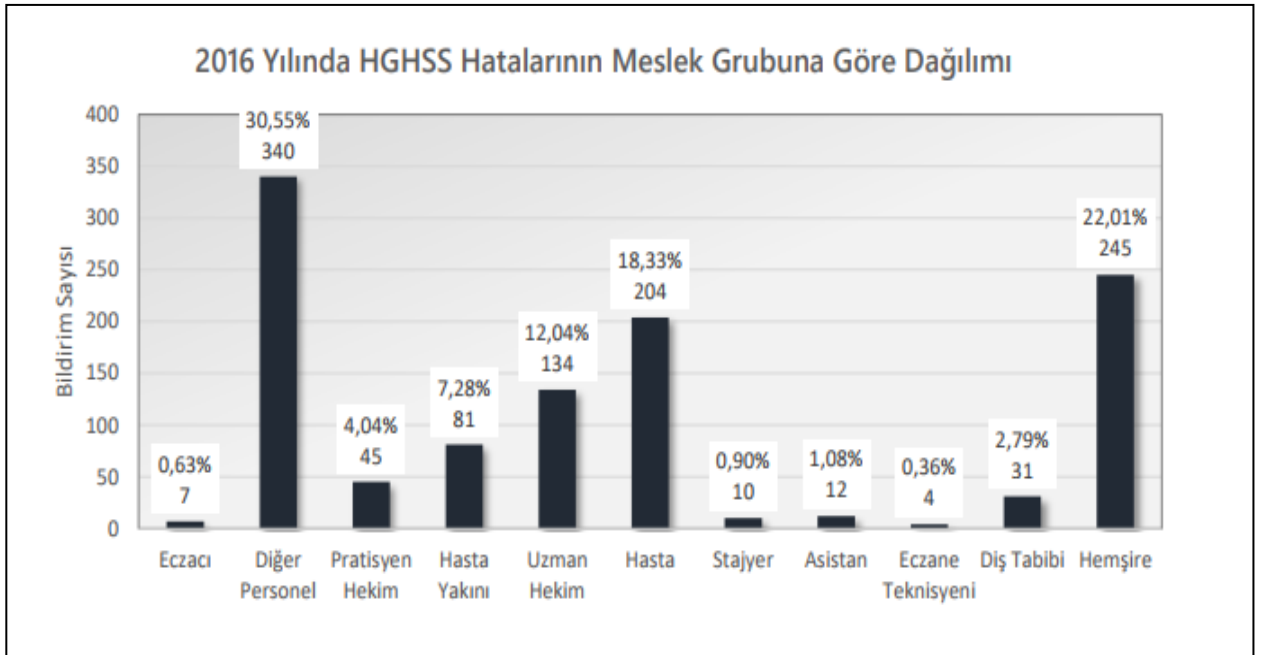
Tablo 2.4. En Sık Bildirimi Yapılan İlk On Cerrahi Süreç Hatası



(GRS, 2016)

Hasta Güvenliği Hata Sınıflandırma Sistemi (HGSS) Hatalarının meslek gruplarına göre dağılımına bakıldığında ilk sırada %30,55 (n=340) ile diğer personel, %22,01 (n=245) ile hemşire grubunun yer aldığı bildirilmiştir. Sağlık çalışanları arasındaki en büyük yüzdeyi hemşirelerin oluşturması, hemşirelerin sağlık bakım süreçlerinin tamamında aktif rol alması ve hata bildirim konusunda diğer meslek gruplarına göre farkındalıklarının daha yüksek olmasıdır (Tablo 2.5) (GRS, 2016).

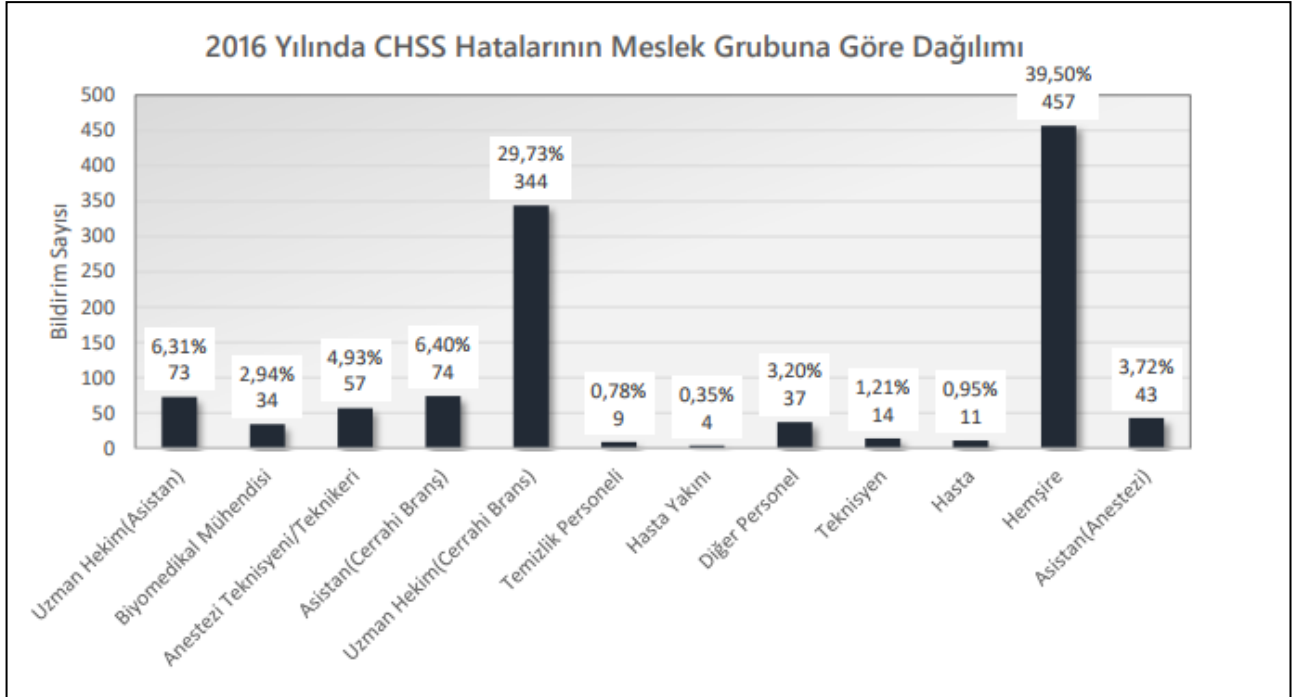
Tablo 2.5 .HGSS Hatalarının Meslek Grubuna Göre Dağılımı



(GRS, 2016)

Cerrahi Hata Sınıflandırma Sisteminin (CHSS) meslek gruplarına göre dağılımına bakıldığında ilk sırada %39,50 (n=457) ile hemşire grubunun , %29,73 (n=344) ile uzman hekimlerin yer aldığı bildirilmiştir. CHSS en sık hata yapan meslek grubunun Hemşire olduğu görülmüştür (Tablo 2.6) (GRS, 2016).

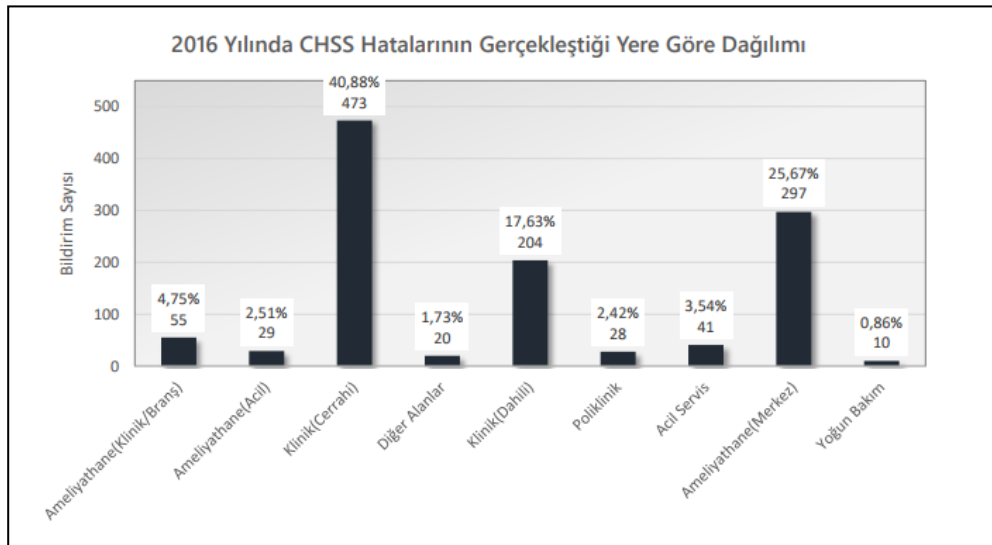
Tablo 2.6 .CHSS Hatalarının Meslek Grubuna Göre Dağılımı



(GRS, 2016)

CHSS hataların gerçekleştiği yere göre dağılımına bakıldığında bildirimlerin %40.88 (n=473)'ünün cerrahi kliniklerden, %25,67 (n=297)'sinin ise ameliyathaneden yapıldığı bildirilmiştir (Tablo 2.7) (GRS, 2016).

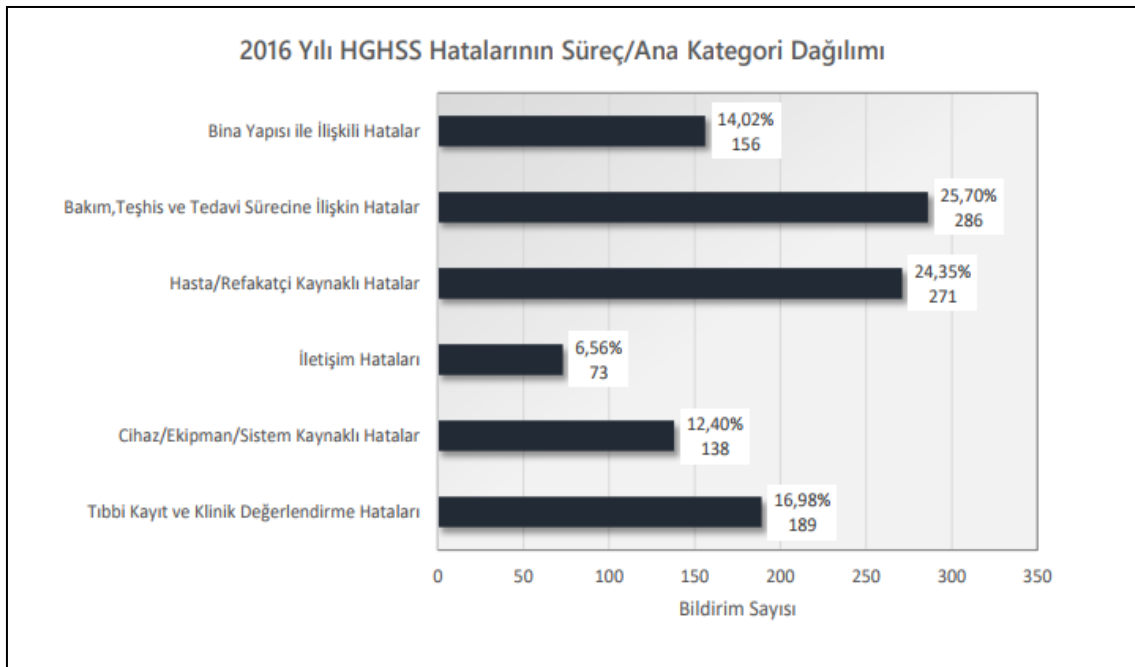
Tablo 2.7.CHSS Hatalarının Gerçekleştiği Yere Göre Dağılımı



(GRS, 2016)

HGHSS Hatalarının Süreç/Ana Kategori Dağılımına bakıldığında, ilk sırada %25,70 (n=286) ile Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine ilişkin hususlar,%24,35 (n=271) ile Hasta/Refakatçi kaynaklı hatalar, %16,98 (n=189) ile Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme hataları, %14,02 (n=156) ile Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar, %12,40 (n=138) ile Cihaz/ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar ve %6,56 (n=73) ile İletişim Hataları yer almaktadır (Tablo 2.8) (GRS, 2016).

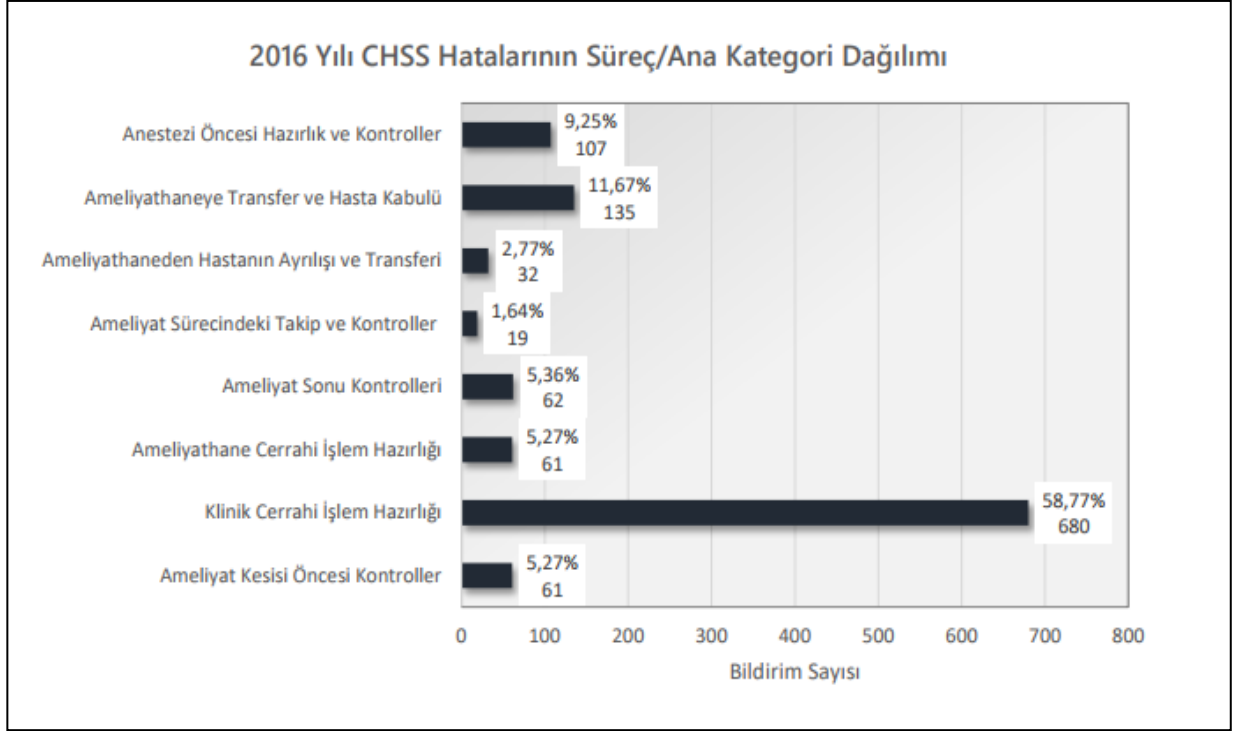
Tablo 2.8.HGHSS Hatalarının Süreç/Ana Kategori Dağılımı



(GRS, 2016)

CHSS hatalarının süreç/ana kategori dağılımına bakıldığında, ilk sırada %58,77 (n=680) ile klinik cerrahi işlem hazırlığı, %11,67 (n=135) ile ameliyathaneye transfer ve hasta kabulü, %9,25 (n=107) ile anestezi öncesi hazırlık ve kontroller, %5,36 (n=62) ile ameliyat sonu kontrolleri, %5,27 (n=61) ile ameliyathane cerrahi işlem hazırlığı, %2,27 (n=61) ile ameliyat kesisi öncesi kontroller, %2,77 (n=32) ile ameliyathaneden hastanın ayrılışı ve transferi, %1,64 (n=19) ile ameliyat sürecindeki takip ve kontroller yer almaktadır (Tablo 2.9) (GRS, 2016).

Tablo 2.9 CHSS Hatalarının Süreç/Ana Kategori Dağılımı



(GRS, 2016)

2.9.3. Akreditasyon Çalışmaları :


Tıbbi hatalardaki artışlar Hasta Güvenliğini sağlamak amacıyla akreditasyon süreçlerinin başlamasını sağlamıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı sunumuna göre, Akreditasyon çalışmaları büyüyen sağlık hizmetini karşılamak için 1913 yılında Amerika’da başlamıştır. 1917 yılında Amerikan Cerrahlar Birliği (American College Of Surgeons) hastaneler için standartizasyon programını devreye sokmuştur. Amerikan Cerrahlar Birliği giderek artan sayıdaki hastanelerin akreditasyon sürecindeki masrafı karşılamak için sağlık bakımı ile ilgilenen birkaç kuruluşla biraraya gelerek 1951 yılında Hastane Akreditasyonu Ortak Komisyonu’nu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO) oluşturmuştur. Ülkemizde akreditasyon çalışmalarındaki en gözde kuruluş Uluslararası Ortak Komisyonu (Join Commission International-JCI)’dir. JCI’nın 2008’de yayınlamış olduğu uluslararası hasta güvenliği hedefleri ülkemizdeki hastanelere yol göstermiştir. Bu konuda Sağlık Bakanlığı 29 Nisan 2009 da yayınladığı “ Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve

Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına ilişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” ile sağlık hizmeti sunan kurumlara hasta ve çalışan güvenliğinin önemini vurgulamış ve onlara yol gösterici olmuştur. 2011 yılında ise , “Hasta Ve Çalışan Güvenliğine Dair Yönetmelik” devreye girmiştir.

2.9.4. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi :

Hastanede yer alan bölümlerdeki tıbbi hataların görülme sıklıkları incelendiğinde cerrahi kliniklerin özellikle ameliyathanelerin başta olduğu görülmektedir (Beuzekom, Boer, Akerboom, Hudson, 2012). JCI’ın uluslararası hasta güvenliği hedeflerinden 4. Doğru taraf, doğru prosedür ve doğru hasta cerrahisinin sağlanmasıdır. Hastanın ameliyathaneye kabul sürecinden servise teslim sürecine kadar tüm sorumluluk ameliyathane ekibine aittir. 2016 dan beri yürürlükte olan Küresel Sağlık Bakanları Zirvesi ,DSÖ ile Hasta Güvenliğini iyileştirme, bunun için sistemler geliştirmek, hastaların zarar görmesini önlemek için riskleri yönetmek üzere işbirliği yapmaktadır. Tıbbi hataların en sık görüldüğü ameliyathanelerde çalışan ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliği konusunda önemli sorumlulukları vardır. DSÖ’nün yayınladığı 2017 verilerine göre her 25 hastadan biri her yıl ameliyat olmaktadır. Ameliyat olan hastaların ¼ ünde operasyondan kaynaklanan komplikasyonlar görülmektedir. 2008 de hasta güvenliğini tehdit eden 2. Küresel sorunun yanlış hasta, yanlış cerrahi ve yanlış taraf olduğu bildirilmiştir. Bunun üzerine “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” sloganı ile “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL)” oluşturulmuş ve uygulanması zorunlu hale getirilmiştir (Tablo2.9). GCKL’nin uygulanması morbidite ve mortalite görünme oranını %36 civarında azaltmıştır. GCKL artık tüm dünyada cerrahi hizmet veren her alanda kullanılmaya başlanmıştır. DSÖ ‘nün GCKL Türkiye’ye özgü Türkçe olarak uyarlanmış ve kullanılması zorunlu hale getirilmiştir. Bunun amacı oluşabilecek hataları gerçekleşmeden önlemek ya da gerçekleşen hataların hangi adımdaki eksiklikten dolayı gerçekleştiğini tespit etmektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Tablo 2.9. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

 GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ*		Hastanın Adı Soyadı Ameliyat/Bölge Ameliyat Tarihi		
I. Klinden Aynmadan Önce	1. Hastanın: <input type="checkbox"/> Enkik bacağı <input type="checkbox"/> Ameliyat <input type="checkbox"/> Anestezi bölgesi doğrudur. 2. Hastanın nazal kontrol edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet 3. Hasta aç mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 4. Ameliyat bölgesi temiz yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 5. Hastada materyal/obje, protez, değeri eşya var mı? <input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır 6. Hastanın köyü/ülke/kümüyle çıkışta ameliyat önleği ve binesi güncel mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 7. Ameliyat öncesi gerekli işlemler var mı? <input type="checkbox"/> İmmün <input type="checkbox"/> Meme Kalsiyum <input type="checkbox"/> Vaz. Çarabı <input type="checkbox"/> Üret. Tedavi problemleri <input type="checkbox"/> Dişler <input type="checkbox"/> Hayır 8. Ameliyat için gerekli olacak özel materyal, implant, kan veya kan ürünü hazır mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji testleri mevcut mu? <input type="checkbox"/> Evet	10. Hastanın kendisinden <input type="checkbox"/> Kırık bacağı <input type="checkbox"/> Ameliyat <input type="checkbox"/> Anestezi bölgesi <input type="checkbox"/> Hastanın ameliyat ile ilgili nazal doğrudur. 11. Ameliyat bölgesinde izleme var mı? <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İzlenim uygulanmaz 12. Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlanmış mı? <input type="checkbox"/> Evet 13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu? <input type="checkbox"/> Evet 14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı? Hastanın Risk Değerlendirmesi <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var 15. Gerekli görülmeye shtazan var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var 16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var; uygun donör yata enjeksi ve uygulanmış.	17. Ekipteki kişiler kendilerini adı, soyadı ve görevleri ile tanıttı mı? <input type="checkbox"/> Evet 18. Bütünler bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi? <input type="checkbox"/> Evet 19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi? <input type="checkbox"/> Kırın ameliyat süresi <input type="checkbox"/> Beklenen kan kaybı <input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında gerçekleştirilecek beklenmedik olaylar <input type="checkbox"/> Olası anestezi shtazan <input type="checkbox"/> Hastanın pozisyonu 20. Profilaktik antibiyotik uygulandı mı? <input type="checkbox"/> Kodden önceki son 48 dakika içerisinde uygulanmış <input type="checkbox"/> Kullanılmadı 21. Kullanılacak materyaller hazır mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 22. Materyal sterilizasyonu uygun mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 24. Antikoagülan kullanımı var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 25. Deltin Van Trombozu profilaktikisi gerekli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza
II. Anestezi Verilmmeden Önce	26. Gerçekleştirilen ameliyat için statü olarak <input type="checkbox"/> Hasta, <input type="checkbox"/> Yatan ameliyat, <input type="checkbox"/> Anestezi bölgesi, teyit edildi. 27. Alet, sponç/kompres ve iğne sayımını yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet/Daim <input type="checkbox"/> Hayır 28. Hastadan alınan numune etkiliğinde <input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazdı <input type="checkbox"/> Numaranın alındığı bölge yazdı 29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi? <input type="checkbox"/> Anestezi önlemleri: <input type="checkbox"/> Cerrahin önlemleri: 30. Hastanın ameliyat sonrası gıda/ceği bölüm teyit edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet	Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza		
III. Ameliyat Kesiminden Önce	26. Gerçekleştirilen ameliyat için statü olarak <input type="checkbox"/> Hasta, <input type="checkbox"/> Yatan ameliyat, <input type="checkbox"/> Anestezi bölgesi, teyit edildi. 27. Alet, sponç/kompres ve iğne sayımını yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet/Daim <input type="checkbox"/> Hayır 28. Hastadan alınan numune etkiliğinde <input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazdı <input type="checkbox"/> Numaranın alındığı bölge yazdı 29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi? <input type="checkbox"/> Anestezi önlemleri: <input type="checkbox"/> Cerrahin önlemleri: 30. Hastanın ameliyat sonrası gıda/ceği bölüm teyit edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet	Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza		
IV. Ameliyattan Çıkımdan Önce	26. Gerçekleştirilen ameliyat için statü olarak <input type="checkbox"/> Hasta, <input type="checkbox"/> Yatan ameliyat, <input type="checkbox"/> Anestezi bölgesi, teyit edildi. 27. Alet, sponç/kompres ve iğne sayımını yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet/Daim <input type="checkbox"/> Hayır 28. Hastadan alınan numune etkiliğinde <input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazdı <input type="checkbox"/> Numaranın alındığı bölge yazdı 29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi? <input type="checkbox"/> Anestezi önlemleri: <input type="checkbox"/> Cerrahin önlemleri: 30. Hastanın ameliyat sonrası gıda/ceği bölüm teyit edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet	Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza		

* Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek izleme yapılmıştır.

Güvenli Cerrahi ; ameliyat olacak hastanın servise kabulünden ameliyatın bitimine ve tekrar servise kabulüne kadar geçen tüm süreyi kapsamaktadır.GCKL ile ilgili süreç dört aşamada ele alınmaktadır.

1. Klinikten ayrılmadan önce :

Hasta yatmış olduğu servisten ayrılmadan önce bu bölüm hasta ve ameliyatı yapacak hekim ile birlikte sesli olarak doldurulur.Bu bölümde aşağıdaki maddeler yer alır.

- Hastanın kimlik bilgileri, ameliyatı ve ameliyat bölgesinin doğrulanması,
- Hastanın ameliyatı için rızasının teyit edilmesi,
- Hastanın ameliyatı için gereken açlık süresinin teyiti,
- Ameliyat bölgesinin eğer gerekiyorsa tıraşının yapılıp yapılmadığı,
- Hastanın makyaj, oje, protez ve değerli eşyasının olup olmadığı ve çıkarıldığından emin olunması.Şayet çıkarılamıyorsa cerrahi ekibin bilgilendirilmesi,
- Hastanın ameliyathaneye uygun olarak giydirildiğinden emin olunması (Ameliyat önlüğü ve bone),
- Ameliyat öncesi serviste hastaya uygulanması gereken bir işlem olup olmadığı,
- Ameliyat esnasında gerekli olacak özel malzemelerin hazırlığının teyit edilmesi,
- Eğer var ise, hastanın labaratuvar ve radyalojik tetkiklerinin dosyasına konulması gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

2. Anestezi verilmeden önce

- Bu bölüm hastaya anestezi verilmeden önce hasta ve anesteziden sorumlu bir kişi ile doldurulmalıdır.Bu bölümde aşağıdaki bilgiler teyit edilir:
- Hastanın kimlik bilgileri, ameliyatı, ameliyat bölgesi ve hastanın ameliyatı için rızasının olup olmadığı,
- Ameliyat bölgesinin işaretlendiğinin teyiti,
- Anestezinin kendi kontrol listesinin tamamlanıp tamamlanmadığı,
- Pulse Oksimetrenin çalışıp çalışmadığının teyiti,

- Hastanın alerjisi,
- Ameliyatta kullanılacak gerekli görüntüleme cihazlarının varlığı,
- Hastanın kanama riski olup olmadığı belirlenir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

3. Ameliyat kesisinden önce:

Bu bölüm ameliyat kesisinden önce ameliyatı yapacak hekim,anestezi doktoru ya da teknisyeni, hemşire tarafından sesli olarak doldurulmalıdır.Bu bölümde aşağıdaki bilgiler teyit edilir :

- Ekipteki kişilerin kendilerini ve görevlerini sesli olarak tanıtmaları,
- Ekipteki bir kişinin sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı ve ameliyat bölgesini teyit etmesi,
- Kritik olayların gözden geçirilmesi,
- Profilaktik antibiyotiğin sorgulanması,
- Ameliyatta kullanılacak malzemelerin hazır olup olmadığı,
- Ameliyatta kullanılacak malzemelerin sterilizasyonunun uygun olup olmadığı,
- Hastada kan şekeri kontrolünün gerekli olup olmadığı,
- Hastanın antikoagülan kullanıp kullanmadığı,
- Derin ven trombozu profilaksisinin gerekip gerekmediği (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

4. Ameliyattan çıkmadan önce:

- Hasta ameliyattan çıkmadan önce aşağıdaki bilgiler teyit edilmelidir:
- Gerçekleştirilen ameliyatın sözlü olarak doğru hastaya doğru ameliyatın doğru bölgesine yapıldığının teyit edilmesi,
- Alet, spanç/kompres ve iğne sayımlarının yapıp yapılmadığı,
- Hastadan şayet numune alındı ise, numunenin etiketlendiğinden emin olunması (Hastanın barkodu ve numunenin alındığı bölge),
- Ameliyat sonrasında anestezi ya da cerrahi önerilerin gözden geçirilmesi,
- Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölümün teyit edilmesidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Sağlıkta kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan ve yayınlanan Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini kurumlar mevcut bilgilerin eksiksiz bulunması şartı ile eklemeler yapabilirler. GCKL'nin kullanım amacı ekip çalışmasına teşvik etmek, ekip arası iletişimi iyileştirmek, her ameliyatta Hasta Güvenliği'nin düşünülmesini teşvik etmek ve kontrol mekanizmasını devreye sokmaktır. Bu formun düzenli kullanılması bir kurumda Hasta Güvenliği kültürünün geliştirilmesi için önemli bir adımdır. GCKL'nin tutarlı bir şekilde kullanılması ekibin Hasta Güvenliğinin önemi konusunda bilinçlendirilmesi, eğitilmesi başta yöneticiler olmak üzere bütün cerrahi ekibin aynı bilinçle hareket etmesi gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ilişkisel nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma akredite olmuş bir özel hastane, akredite olmamış bir özel hastane, bir üniversite hastanesi, bir eğitim, araştırma hastanesi ve bir devlet hastanesinin ameliyathanelerinde gerçekleştirilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumlar ve Ameliyathanede Çalışan Hemşire Sayıları

Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumlar	Ameliyathanede Çalışan Hemşire Sayısı	Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire Sayısı	Kurumların Sahip Olduğu Akreditasyon Belgeleri
Akredite Olmuş Özel Hastane	27	23	JCI (2002, 2005,2008,2011,2014) ISO 15189 (2011) ISO 9001 (2000)
Akredite Olmamış Özel Hastane	31	29	
Üniversite Hastanesi	42	20	JCI (2013)
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	64	62	
Devlet Hastanesi	56	56	
Toplam	220	190	

Akredite Olmuş Özel Hastane: 252 yatak kapasitesi, 4 Yoğun Bakım Ünitesi ve 13 ameliyathanesi mevcuttur. Hastanede çalışan hemşireler Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne bağlı olarak çalışmaktadırlar. Hastanede hasta güvenliği ile ilgili oryantasyon eğitimi verilmektedir. Hasta güvenliği eğitimi almayan personelin ilk bir sene içerisinde hasta güvenliği eğitimi alması zorunlu tutulmuştur. Hastanede çalışan birimlere özel eğitimler de verilmektedir. Ameliyathanede 27 hemşire çalışmaktadır. İki hemşire araştırmaya katılmayı kabul etmemiş, iki hemşire ise deneyim süreleri bir senenin altında olduğu için araştırmaya dahil edilmemiştir.

Akredite Olmamış Özel Hastane: 94 yatak kapasitesi, 4 Yoğun Bakım Ünitesi ve 10 ameliyathanesi mevcuttur. Hastanede çalışan hemşireler Hemşirelik

Hizmetleri M¼d¼rl¼g¼'ne bağlı olarak çalışmaktadırlar. Hastanede hasta g¼venlięi ile ilgili oryantasyon eğitimi verilmektedir. Ameliyathanede 31 hemşire çalışmaktadır. İki hemşire, deneyim s¼releri bir senenin altında olduğu için araştırmaya dahil edilmemiştir.

¼niversite Hastanesi: 515 yatak kapasiteli, 4 Yoğun Bakım ¼nitesi ve 25 ameliyathanesi mevcuttur. Hastanede alışan hemşireler Hemşirelik Hizmetleri M¼d¼rl¼g¼'ne bağlı olarak çalışmaktadırlar. Hastanede hasta g¼venlięi ile ilgili oryantasyon eğitimi verilmektedir. Hastanede birimlere ¼zel hasta g¼venlięi eğitimi verilmektedir. Ameliyathanede toplam 42 hemşire çalışmaktadır.hemşirelerden 16'sı araştırmaya katışmayı kabul etmezken, altı hemşire ise deneyim s¼releri bir senenin altında olduğu için araştırmaya dahil edilmemiştir.

Eğitim ve Araştırma Hastanesi: 1000 yatak kapasiteli, 4 Yoğun Bakım ¼nitesi, 26 ameliyathanesi mevcuttur. Hastanede alışan hemşireler Sağlık Bakım Hizmetleri M¼d¼r'¼ne bağlı olarak çalışmaktadırlar. Hastane y¼netimi kadrosu hekimlerde oluşmaktadır. Hemşirelere hasta g¼venlięi eğitimi verilmektedir. Ameliyathanede toplam 64 hemşire çalışmaktadır. Bazı b¼l¼mler ve ameliyathaneleri farklı binalarda yer almaktadır. İki hemşire araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir.

Devlet Hastanesi: 438 yatak kapasitesi, 4 Yoğun Bakım ¼nitesi, 21 ameliyathanesi mevcuttur. Hastanede alışan hemşireler Sağlık Bakım Hizmetleri M¼d¼r'¼ne bağlı olarak çalışmaktadırlar. Hastane y¼netimi kadrosu hekimlerde oluşmaktadır. Hemşirelere hasta g¼venlięi eğitimi verilmektedir. Ameliyathanede toplam 56 hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve ¼rneklemi

Araştırma akredite olmuş bir ¼zel hastane, akredite olmamış bir ¼zel hastane, bir ¼niversite hastanesi, bir eğitim, araştırma hastanesi ve bir devlet hastanesinin ameliyathanelerinde çalışan hemşireler ile gerçekleştirilmiştir. Hastaneler İstanbul İli içerisinde yer almasına, sahip oldukları kalite belgelerine ve ameliyathanede çalışan hemşire sayısının fazlalığına g¼re seçilmiştir. Araştırmanın verilerinin toplandığı d¼nemde bu hastanelerin ameliyathanelerinde çalışan hemşire sayısı 220 dir.

Araştırmada ameliyathanelerde çalışan tüm hemşirelere ulaşılması amaçlanmıştır. Yapılan güç analizinde 139 sayısı yeterli bulunmuştur (Tablo 3.2). Aynı kurumun ameliyathanesinde bir yıldan daha az çalışan hemşireler araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma 190 hemşire ile tamamlanmıştır.

Tablo 3.2. Güç Analizi

Anakütle büyüklüğü biliniyorsa; $n = \frac{(Nt^2 pq)}{(d^2 (N-1) + t^2 pq)}$	
N: Anakütle büyüklüğü	
n: Örneklem büyüklüğü	
p: İlgilenilen olayın görülme olasılığı	
q: 1-p (veya ilgilenilen olayın görülmemeye olasılığı)	
d: kabul edilen \pm örnekleme hata oranı	
$t_{(\alpha, sd)}$: α anlamlılık düzeyinde, serbestlik derecesine göre t tablosu kritik değeri	
Anakütle:	220
t değeri:	1.96
Olayın Görünme Olasılığı:	0.44
Olayın Görünmeme Olasılığı:	0.56
Hata Oranı:	0.05
Örneklem Sayısı:	139

3.4. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmanın verileri hemşirelere özel hazırlanan “Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” ve “Denison Örgüt Kültürü Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Tanıtıcı Özellikler Formu: Bu form, ilgili literatüre dayanılarak hazırlanmıştır (Çırpı, Doğan Merih, Yaşar Kocabey, 2009; Gündoğdu, Bahçecik, 2012; Ünsalatan, Dönmez, Taşçı, Duran, 2013; Pehlivan, Lafçı, Demiray, Yaman, 2015; Erdağı, Özer, 2015). Formda, hemşirelere ilişkin özellikleri sorgulayan sekiz soru (yaş, cinsiyet, çalışılan kurum, mesleki deneyim süresi, kurumdaki deneyim süresi, birimdeki deneyim süresi ve hasta güvenliği eğitimine katılma durumu) ve bir açık uçlu (Kurum Kültürüne Hasta Güvenliğinin yerleştirilmesine ilişkin öneriniz nelerdir?) soru olmak üzere toplam dokuz soru bulunmaktadır (Ek 1).

Denison Örgüt Kültürü Ölçeği: Denison ve Misha'nın (1995), örgüt kültürü kavramına ölçülebilir nitelik kazandırmak amacı ile örgüt kültürü ölçeği geliştirmişlerdir. Ölçek 60 sorudan oluşan bir soru formudur. Ölçeği ülkemizde Gökşen (2001), İçin (2002) yılında uygulamışlardır. Bu çalışmada Yahyagil tarafından 2004 yılında Türkçe'ye uyarlanan Denison Örgüt Kültürü ölçeği kullanılacaktır. Ölçek, dört temel ve 12 alt kavramsal boyuttan oluşmaktadır (Tablo3.3).

Tablo 3.3. Temel kavramsal boyutların güvenirlik katsayıları ve alt-kavramsal boyutlara ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Kavramsal Boyutlar	Madde Adedi	Güvenirlik Katsayısı (alpha)	Ortalama	Standart Ayrılış
Denison Örgüt Kültürü Ölçeği	36	0.89		
1.temel boyut Katılım	9	0.67		
Yetkileendirme	3		3.49	0.87
Takım çalışması	3		3.49	0.89
Kapasite geliştirme	3		3.53	0.94
2.temel boyut Tutarlılık	9	0.76		
Temel değerler	3		3.48	1.01
Uzlaşma	3		3.47	0.89
Koordinasyon	3		3.36	0.98
3.temel boyut Uyum yapma	9	0.61		
Değişim	3		3.84	0.86
Müşteri odaklılık	3		3.90	0.87
Örgütsel öğrenme	3		3.59	0.92
4.temel boyut Vizyon	9	0.82		
Stratejik yönelim	3		3.54	1.13
Örgüt amaçları	3		3.74	0.74
Vizyon oluşturma	3		3.77	0.85

*p<.00

Ölçek toplamda 36 maddeden oluşmakta olup, 5'li Likert (hiç katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, çok katılıyorum) tipi soru formunun güvenirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur (Yahyagil, 2004) (Ek-2).

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ): Türkmen ve arkadaşları tarafından (2011) geliştirilen ölçek “Yönetim ve Liderlik”, “Çalışanların Eğitimi”, “Beklenmedik Olay ver Hata Raporlama”, “Bakım Ortamı”, “Çalışan Davranışı” olmak üzere beş ana bölümden ve 51 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyonlarının $r=.46-.75$ arasında ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<.001$). Yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi yapılmış olup tüm maddelerin kendi boyutu ile olan faktör yüklerine denk düşen yol katsayıları .43 ile .82 arasında bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test korelasyon katsayısı yüksek olup ($r= .47$), t-testinde farkın anlamsız olduğu saptanmıştır. Ölçeğin toplam Cronbach's Alfa güvenirlik katsayısı .97, alt boyutların ise .83–.92 arasında değiştiği bulunmuştur. Çalışma sonucunda “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği”nin hemşirelik grubu için geçerli–güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir (Türkmen, Baykal, Seren, Altuntaş, 2011) (EK-3).

2.4.2. Verilerin Toplanması

Denison Örgüt Kültürü Ölçeği ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin kullanımı için yazarlardan yazılı izin alınmıştır (Yahyagil, 2004; Türkmen, Baykal, Seren, Altuntaş, 2011) (ek..) Araştırmanın yapılabilmesi için Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 26.07.2016 tarih ve 2016.183.IRB3.073 sayılı izni alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı kurumların yönetimlerinden yazılı izin alınmıştır. Veri formlarının doldurulması hastanelerin ameliyathane sorumlu hemşireleri ile görüşülerek organize edilmiş ve hemşirelerin mesai saatleri içerisinde onlardan sözel izin alınarak birebir doldurularak toplanmıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler, SPSS 22 (Statistical Package for Social Sciences, IBM Corp.) paket programı ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın yorumlanmasında anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir. $p<0.05$ gruplar

arasında anlamlı bir farklılığın olduğunu, $p>0.05$ ise gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını göstermektedir.

Denison örgüt kültürü ölçeğinin faktör analizi için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri ve Bartlett testi kullanılmıştır.

Hemşirelerin Denison Örgüt Kültürü Ölçeği puan ortalaması ile HGKÖ Puan ortalaması arasındaki ilişki Spearman's Korelasyon Katsayısı ile analiz edilmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre örgüt kültürünün değişiklik gösterip göstermediği ANOVA Testi ile analiz edilmiştir. Kurumların ikili karşılaştırmalarında Sidak Testi kullanılmıştır.

Hemşirelerin mesleki deneyim, çalıştıkları kurumdaki deneyim ve çalıştıkları birimdeki deneyim sürelerinin HGKÖ puan ortalaması ile ilişkisinin analizinde Korelasyon Katsayısından yararlanılmıştır.

Hemşirelerin mezun oldukları programın HGKÖ puan ortalamasına etkisi ANOVA testi ile analiz edilmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre Hasta Güvenliği Kültürünün değişiklik gösterip göstermediği ANOVA Testi ile analiz edilmiştir. Kurumların ikili karşılaştırmalarında Sidak Testi kullanılmıştır.

Hemşirelerin Denison Örgüt Kültürü Ölçeği puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları ile HGKÖ puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin analizinde Korelasyon Katsayısından yararlanılmıştır.

“Kurum Kültürüne Hasta Güvenliğinin yerleştirilmesine ilişkin öneriniz nelerdir?” sorusuna verilen cevaplar araştırmacı tarafından gruplandırılmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Hemşirelerin çalıştıkları kurumdaki örgüt kültürünün hasta güvenliği üzerine etkisi sadece o kurumların ameliyathaneleri için geçerlidir. Araştırma; bir akredite olmuş özel hastane, bir akredite olmamış özel hastane, bir niversite hastanesi, bir eğitim, araştırma hastanesi ve bir devlet hastanesinde uygulanmıştır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar yalnızca araştırmanın yapıldığı hastanelerin ameliyathaneleri için genellenebilir.

Aynı kurumda bir seneyi doldurmamış ameliyathane hemşireleri araştırmaya dahil edilmemiştir.



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
<= 25	41	21.58
26 - 30	72	37.89
31 - 35	29	15.26
36+	48	25.26
Cinsiyet		
kadın	156	82.11
erkek	34	17.89
Hemşirelerin çalıştıkları kurumlar		
akredite olmamış özel hastane	29	15.26
akredite olmuş özel hastane	23	12.11
üniversite hastanesi	20	10.53
eğitim ve araştırma hastanesi	62	32.63
devlet hastanesi	56	29.47
En son tamamlanan hemşirelik programı		
sağlık meslek lisesi	11	5.79
ön lisans	29	15.26
lisans	136	71.58
yüksek lisans	14	7.37
doktora	0	0
Çalıştıkları kurumda Hasta Güvenliği ile ilgili bir eğitime katılma durumu		
evet	176	92.63
hayır	14	7.37
Mesleki deneyim süresi (yıl)		
<= 1	21	11.05
2 - 3	35	18.42
4 - 5	23	12.11
6 - 7	28	14.74
8+	83	43.68
Çalışılan kurumdaki deneyim süresi (yıl)		
<= 1	33	17.37
2 - 3	50	26.32
4 - 5	33	17.37
6 - 7	25	13.16
8+	49	25.79
Çalışılan birimdeki deneyim süresi (yıl)		
<= 1	33	17.37
2 - 3	53	27.89
4 - 5	37	19.47
6 - 7	24	12.63
8+	43	22.63
TOPLAM	190	100

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Katılımcıların %38’i 26-30 yaş aralığında, %25’i ise 36 ve üstü yaş aralığındadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %82.1’i kadın, %18’i ise erkektir. Hemşirelerin %33’ü eğitim ve araştırma hastanesi, %29’u devlet hastanesi, %15’i akredite olmamış özel hastane, %12’si akredite olmuş özel hastane, %11’i ise üniversite hastanesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %72’si lisans mezunu iken, %15’i ön lisans mezunudur. Hemşirelerin %93’ü hasta güvenliği ile ilgili bir eğitime katılmışlardır. Hemşirelerin %44’ü 8 yıl ve üstü deneyime, %18’i 2-3 yıl deneyime, %15’i ise 6-7 yıl deneyime sahiptir. Hemşirelerin kurumdaki deneyim süreleri; %26’sı 8 yıl ve üstü, %26’sı 2-3 yıl, %17’si ise 4-5 yıldır. Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki deneyim süreleri; %28’i 2-3 yıl, %23’ü 8 yıl ve üstü, %19’u 4-5 yıldır.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Denison Örgüt Kültürü Ölçeği ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamaları

Değişkenler	n	Min.	Max.	$\bar{x} \pm SS$
Denison Örgüt Kültürü Ölçeği	190	1.53	4.72	3.11±0.57
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	190	1.57	4.00	2.88±0.48

Tablo 4.2’de hemşirelerin Denison Örgüt Kültürü Ölçeği ve HGKÖ puan ortalamaları verilmiştir. 190 ameliyathane hemşiresi ile yapılan araştırma sonucunda Denison Örgüt Kültürü Ölçeğinin ortalaması $\bar{x}=3.11\pm0.57$ iken, HGKÖ $\bar{x}=2.88\pm0.48$ değerini almıştır.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Denison Örgüt Kültürü Ölçeği Puan Ortalaması ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

Korelasyon Katsayısı	0.70
p değeri	0,001*
Sayı	190

Tablo 4.3.'te hemşirelerin Denison Örgüt Kültürü Ölçeği puan ortalaması ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puan ortalaması Arasındaki İlişki verilmiştir. Örgüt kültürü ve hasta güvenliği kültürü arasında yapılan spearman korelasyon analizi sonuçlarına göre iki kültür arasında %70 kuvvetinde bir ilişki vardır ve ilişkinin yönü doğru yönlüdür.

Bulunan katsayı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Tablo 4.4. Örgüt Kültürü Alt Ölçek Puanları ile Hasta Güvenliği Kültürü Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		Örgüt Kültürü Ölçeği	Katılım (1. Alt Boyut)	Tutarlılık (2. Alt Boyut)	Uyum (3. Alt Boyut)	Vizyon (4. Alt Boyut)
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	Pearson Correlation	.713**	.612**	.686**	.638**	.643**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
	n	190	190	190	190	190
Yönetim ve Liderlik (1. Alt Boyut)	Pearson Correlation	.694**	.601**	.678**	.600**	.630**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
	n	190	190	190	190	190
Çalışan Davranışı (2. Alt Boyut)	Pearson Correlation	.682**	.587**	.635**	.630**	.616**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
	n	190	190	190	190	190
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama (3. Alt Boyut)	Pearson Correlation	.605**	.525**	.576**	.545**	.543**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
	n	190	190	190	190	190
Çalışanların Eğitimi (4. Alt Boyut)	Pearson Correlation	.613**	.493**	.611**	.551**	.569**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
	n	190	190	190	190	190
Bakım Ortamı (5. Alt Boyut)	Pearson Correlation	.619**	.542**	.594**	.562**	.538**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
	n	190	190	190	190	190

Tablo 4.4.'te Örgüt kültürü alt ölçek puanları ile hasta güvenliği kültürü alt ölçek puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Örgüt kültürü alt ölçek puan ortalamaları ile hasta güvenliği kültürü alt ölçek puan ortalamaları arasında doğru yönlü kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Denison Örgüt Kültürü Ölçeğinin Kaise-Meyer-Olkin Değeri ve Bartlett Testi Sonucu

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,899
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	5118,553
	df	630
	Sig.	,000

Tablo 4.5'te Denison Örgüt Kültürü Ölçeği'nin Kaise-Meyer-Olkin (KMO) değeri ve Bartlett testi sonucu verilmiştir. Yapılan faktör analizinde örgüt kültürünü oluşturan (36) değişkenin yapısı incelenmiş ve KMO (0,899) yüksek düzeyde tatmin edici bulunmuştur. Bartlett Test değeri de (0,000) olup çok yüksek derecede istatistiksel anlamlılığı ifade etmekte olup, çalışmada kullanılan verilerin faktör analizi için uygun olduğunu işaret etmektedir.

Tablo 4.6. Denison Örgüt Kültürü Ölçeğinin Alt-Kavramsal Boyutlarının Faktör Analizi Sonuçları

Kavramsal Boyutlar	Madde No	Madde İsmi	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6	Faktör 7
1. temel boyut: Katılım									
Yetkilendirme	1	İşle bütünleşme		.674					
	2	Bilgiye ulaşım	.476	.578					
	3	Karara katılım					.537		
Takım çalışması	4	Bölmelerin işbirliği						.495	
	5	Takım çalışması		.734					
	6	İş ve amaç ilişkisi		.830					
Kapasite gelişimi	7	İş ve yetki	.516	.456			.421		
	8	İşin gelişimi		.732					
	9	Becerilerin gelişimi		.719					
2. temel boyut: Tutarlılık									
Temel değerler	10	Yönetici sözü	.540	.424					
	11	Değerler sistemi	.482	.674					
	12	Etik değerler						.857	
Uzlaşma	13	Tatminkar çözüm	.597						
	14	İşletme kültürü	.586	.432					
	15	Görüş birliği	.500	.619					
Koordinasyon	16	Bölmeler ortak	.741	.410					
	17	Koordinasyon	.508	.483					
	18	Bölmeler farkı			.787				
3. temel boyut: Uyarılama (yeniliğe açık olma)									
Değişim	19	Değişime açık							.861
	20	Değişim stratejisi	.736						
	21	Yenilikçi yönetim	.772						
Müşteri odaklılık	22	Müşteri istemi					.625		
	23	Müşteri istemi izlenir	.756						
	24	Müşteri istemi, faaliyet				.865			
Örgütsel öğrenme	25	Başarısızlık, öğrenme	.544						
	26	Riske ödül	.518		.601				
	27	Öğrenme amacı	.651						
4. temel boyut: Vizyon									
Stratejik yönelim	28	Uzun dönem planı	.753						
	29	İşletme misyonu	.633	.406					
	30	Stratejik plan							
Örgüt amaçları	31	Faaliyette uzlaşım	.673						
	32	Planın izlenmesi	.765						
	33	Planı bilmek	.572	.460					
Vizyon oluşturma	34	Vizyona ödün yok			.518	.691			
	35	Geleceğe bakış	.728						
	36	Vizyona ödün yok	.702						

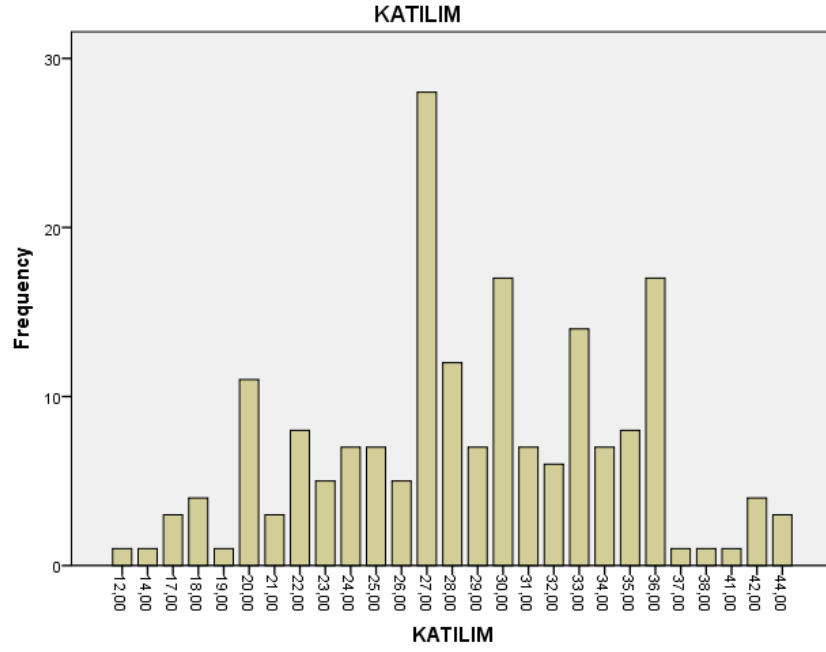
Tablo 4.6’da Denison Örgüt Kültürü Ölçeği’nin alt-kavramsal boyutlarının faktör analizi sonuçları verilmiştir. Faktör analizi 7 faktör çıkarmakla birlikte, değişkenlerin faktör yükleri dikkate alınarak bunlardan ilk üç faktör incelenmiştir. Tablo 4.6’da görüleceği üzere **1. faktör** beklenenin dışında toplam 14 değişkeni içermektedir. Bu değişkenler örgüt kültürü kavramı alt-boyutlarından (vizyon, tutarlılık ve katılım) üçüne aittir. Faktördeki eleman sayısı dikkate alındığında **1.Faktörü “Vizyon/Tutarlılık”** olarak adlandırmak uygun olacaktır. **2.Faktör** net olarak **“Katılım”** boyutunu; **3. Faktör** de **“Uyarılama”** (yeniliğe açık olma) alt boyutunu işaret etmektedir.

Tablo 4.7. Denison Örgüt Kültürü Ölçeğinin Alt-Kavramsal Boyutlarının Puan Ortalamaları

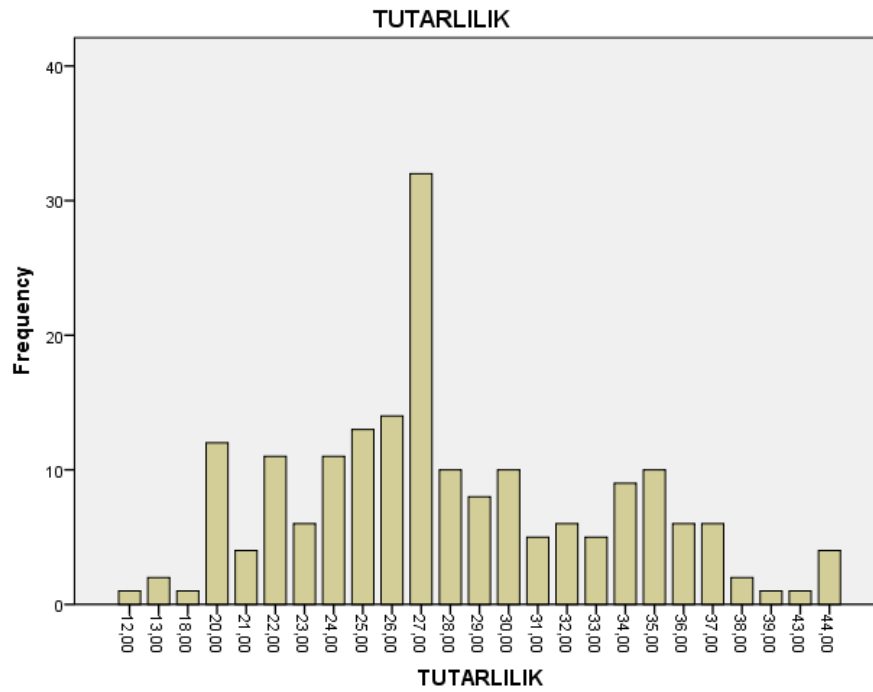
Değişkenler		KATILIM	TUTARLILIK	UYARLAMA	VIZYON
N	Valid	189	190	190	190
	Missing	1	0	0	0
	Mean	28,7672	28,0474	27,0053	27,9842
	Median	28,0000	27,0000	27,0000	27,0000
	Std. Deviation	6,05373	5,75725	4,99576	5,33381

Tablo 4.7’ de Denison Örgüt kültürü ölçeğinin alt-kavramsal boyutlarının puan ortalamaları verilmiştir. Katılım alt boyutunun değeri $\bar{x}=28.7672 \pm 6,05373$, tutarlılık alt boyutunun değeri $\bar{x}=28,0474 \pm 5,75725$, uyarılama alt boyutunun değeri $\bar{x}= 27,0053 \pm 4,99576$ ve vizyon alt boyutunun değeri is $\bar{x}=27,9842 \pm 5,33381$ olarak bulunmuştur.

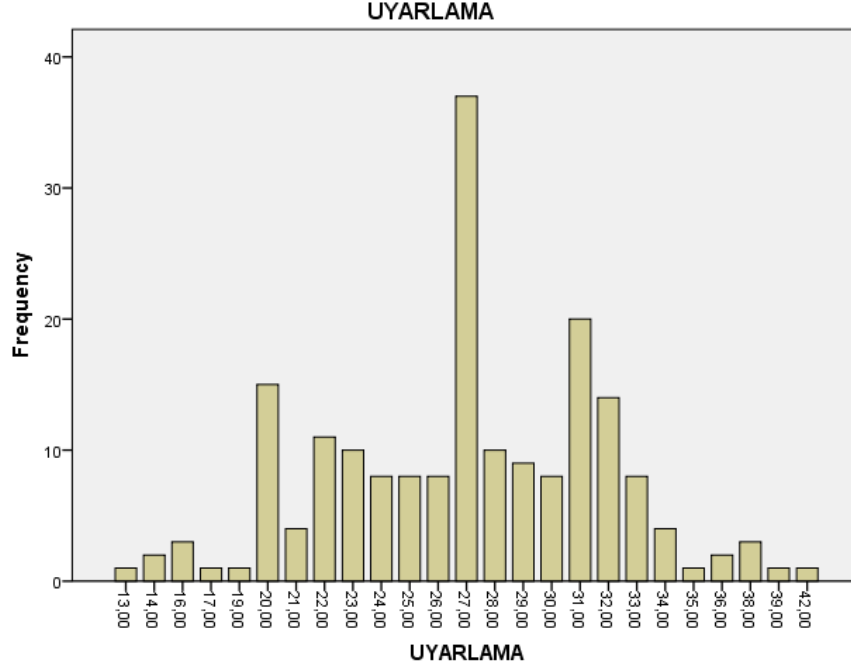
Tablo 4.8. Denison Örgüt Kültürü Ölçeği Katılım Alt-Kavramsal Boyutunun Puan Ortalaması Grafiği



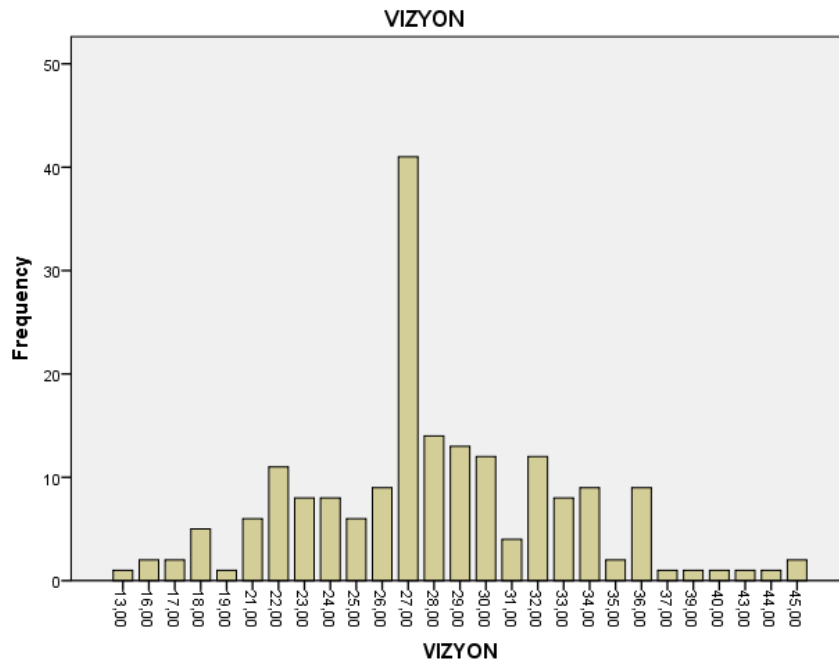
Tablo 4.9. Denison Örgüt Kültürü Ölçeği Tutarlılık Alt-Kavramsal Boyutunun Puan Ortalaması Grafiği



Tablo 4.10. Denison Örgüt Kültürü Ölçeği Uyarlama Alt-Kavramsal Boyutunun Puan Ortalaması Grafiği



Tablo 4.11. Denison Örgüt Kültürü Ölçeği Vizyon Alt-Kavramsal Boyutunun Puan Ortalaması Grafiği



Tablo 4.12. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumların Denison Örgüt Kültürü Puan Ortalamasına Etkisi

ANOVA	Kareler Toplamı	Kısıt	Ortalama Kare	F testi	p
Gruplar Arası	19.76	4.00	4.94	21.91	0,000*
Grup İçi	41.71	185.00	0.23		
Toplam	61.47	189.00			

Tablo 4.12’de hemşirelerin çalıştıkları kurumların Denison Örgüt Kültürü Ölçek puan ortalamasına etkisi verilmiştir. Hemşirelerinin çalıştıkları kurumların Denison Örgüt Kültürü Puan Ortalamasını etkilediği tespit edilmiştir. Yapılan analizin sonucuna göre kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 4.13. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumların Örgüt Kültürü Düzeyleri

Çalışılan Kurumlar		Ortalamalar Arası Fark	p
Akredite olmamış özel hastane	Akredite olmuş özel hastane	- 0.12	0.99
	Üniversite hastanesi	0.30	0.29
	Eğitim ve araştırma hastanesi	0.50	0,000*
	Devlet hastanesi	0.78	0,000*
Akredite olmuş hastane	Akredite olmamış özel hastane	0.12	0.99
	Üniversite hastanesi	0.41	0.05
	Eğitim ve araştırma hastanesi	0.62	0,000*
	Devlet hastanesi	0.90	0,000*
Üniversite Hastanesi	Akredite olmamış özel hastane	- 0.30	0.29
	Akredite olmuş özel hastane	- 0.41	0.05
	Eğitim ve araştırma hastanesi	0.20	0.64
	Devlet hastanesi	0.49	0,000*
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Akredite olmamış özel hastane	- 0.50	0,000*
	Akredite olmuş özel hastane	- 0.62	0,000*
	Üniversite hastanesi	- 0.20	0.64
	Devlet hastanesi	0.28	0,02*
Devlet Hastanesi	Akredite olmamış özel hastane	- 0.78	0,000*
	Akredite olmuş özel hastane	- 0.90	0,000*
	Üniversite hastanesi	- 0.49	0,000*
	Eğitim ve araştırma hastanesi	- 0.28	0,02*

Tablo 4.13’de hemşirelerin çalıştıkları kurumların rgt Kültürü düzeyi arasındaki farklar verilmiştir. Kurumlar arası farkların incelendiği ikili karşılaştırma Sidak testi sonuçlarına göre akredite olmamış özel hastane ile eğitim ve araştırma hastanesi ve devlet hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre akredite olmamış özel hastanelerde çalışan hemşirelerin örgüt kültür düzeyi eğitim ve araştırma hastanesi ile devlet hastanesi çalışanlarına göre daha yüksektir.

Akredite olmuş özel hastane ile eğitim ve araştırma hastanesi ve devlet hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre akredite olmuş özel hastanelerde çalışan hemşirelerin örgüt kültür düzeyi eğitim ve araştırma hastanesi ile devlet hastanesi çalışanlarına göre daha yüksektir. Akredite olmuş özel hastane ve akredite olmamış özel hastane arasındaki örgüt kültürü düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Üniversite hastanesi ile devlet hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre niversite hastanesinde çalışan hemşirelerin örgüt kültür düzeyi devlet hastanesi çalışanlarına göre daha yüksektir. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin örgüt kültürü düzeyleri ile akredite olmamış özel hastane, akredite olmuş özel hastane ve eğitim ve araştırma hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin örgüt kültürü düzeyleri ile akredite olmamış özel hastane, akredite olmuş özel hastane ve devlet hastanesi’nde çalışan hemşirelerin örgüt kültürü düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin örgüt kültürü düzeyleri ile eğitim ve araştırma hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan bireylerin örgüt kültür düzeyi devlet hastanesi çalışanlarına göre daha yüksektir.

Tablo 4.14. Hemşirelerin Mesleki Deneyim, Çalıştıkları Kurumdaki Deneyim ve Çalıştıkları Birimdeki Deneyim Süresinin Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği Puan Ortalaması ile İlişkisi

Özellikler		HGKÖ Puan Ortalaması
Mesleki Deneyim	Korelasyon Katsayısı	0.03
	p değeri	0.64
	Sayı	190
Çalışılan Kurumdaki Deneyim	Korelasyon Katsayısı	- 0.10
	p değeri	0.17
	Sayı	190
Çalışılan Birimdeki Deneyim	Korelasyon Katsayısı	- 0.06
	p değeri	0.45
	Sayı	190

Tablo 4.14’de hemşirelerin mesleki deneyim, çalıştıkları kurumdaki deneyim ve çalıştıkları birimdeki deneyim sürelerinin HGKÖ puan ortalaması ile ilişkisi verilmiştir. Hemşirelerin mesleki deneyim sürelerinin, kurumdaki deneyim sürelerinin ve birimdeki deneyim sürelerinin HGKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.15. Hemşirelerin Mezun Oldukları Programların Hasta Güvenliği Kültür Ölçeği Puan Ortalamasına Etkisi

Özellikler	HGKÖ Puan Ortalaması
Hemşirelik Programı	$\bar{x} \pm SS$
Sağlık Meslek Lisesi	2.89±0.32
Ön Lisans	3.00±0.53
Lisans	2.85± 0.47
Yüksek Lisans	2.90± 0.55

Tablo 4.15’de hemşirelerin mezun oldukları programların Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek puan ortalamasına etkisi verilmiştir. Hemşirelerin mezun oldukları programlara göre HGKÖ puan ortalamasının değişiklik gösterip göstermediğini analiz etmek için ANOVA testi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre hemşirelerin mezun oldukları programlar ile HGKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Tüm eğitim düzeylerinin hastane güvenliği kültür düzeyi 3 puan civarında olup benzerlik göstermektedir.

Tablo 4.16. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumların HGKÖ Puan Ortalamasına Etkisi

ANOVA	Kareler Toplamı	Kısıt	Ortalama Kare	F testi	p
Gruplar Arası	11.88	4.00	2.97	17.62	0,000*
Grup İçi	31.19	185.00	0.17		
Toplam	43.07	189.00			

Tablo 4.16’da hemşirelerin çalıştıkları kurumların Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek puan ortalamasına etkisi verilmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları kurumların HGKÖ puan ortalamasına etkisini analiz etmek için ANOVA testi uygulanmıştır. Analiz sonucuna göre hemşirelerin çalıştıkları kurumların HGKÖ Puan Ortalamasını etkilediği tespit edilmiştir. Kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 4.17. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumların Hasta Güvenliği Düzeyleri

Çalışılan Kurumlar		Ortalamalar Arası Fark	p değeri
Akredite olmamış özel hastane	Akredite olmuş özel hastane	- 0.15	0.86
	Üniversite Hastanesi	0.14	0.93
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	0.26	0.05
	Devlet hastanesi	0.58	0,00*
Akredite olmuş özel hastane	Akredite olmamış özel hastane	0.15	0.86
	Üniversite Hastanesi	0.30	0.17
	Eğitim ve araştırma hastanesi	0.42	0,00*
	Devlet Hastanesi	0.73	0,00*
Üniversite Hastanesi	Akredite olmamış özel hastane	- 0.14	0.93
	Akredite olmuş özel hastane	- 0.30	0.17
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	0.12	0.95
	Devlet Hastanesi	0.44	0,00*
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Akredite olmamış özel hastane	- 0.26	0.05
	Akredite olmuş özel hastane	- 0.42	0,00*
	Üniversite Hastanesi	- 0.12	0.95
	Devlet Hastanesi	0.32	0,00*
Devlet Hastanesi	Akredite olmamış özel hastane	- 0.58	0,00*
	Akredite olmuş özel hastane	- 0.73	0,00*
	Üniversite Hastanesi	- 0.44	0,00*
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	- 0.32	0,00*

Tablo 4.17’de hemşirelerin çalıştıkları kurumların Hasta Güvenliği Kültürü düzeyi arasındaki farklar verilmiştir. Kurumlar arası farkların incelendiği ikili karşılaştırma sidak testi sonuçlarına göre akredite olmamış özel hastane ile devlet hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Akredite olmuş özel hastane ile eğitim ve araştırma hastanesi ve devlet hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre akredite olmuş özel hastanelerde çalışan bireylerin hasta güvenliği kültür düzeyi eğitim ve araştırma hastanesi ile devlet hastanesi çalışanlarına göre daha yüksektir.

Üniversite hastanesi ile devlet hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre üniversite hastanesinde çalışan bireylerin hasta güvenliği kültür düzeyi devlet hastanesi çalışanlarına göre daha yüksektir.

Eğitim ve araştırma hastanesi ile akredite olmuş özel hastane ve devlet hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile akredite olmamış özel hastane, akredite olmuş özel hastane, üniversite hastanesi ve eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültür düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

5.TARTIŞMA

Bu çalışma örgüt kültürünün ameliyathane hemşirelerinde (n=190) hasta güvenliği üzerine etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı ilişkisel olarak yapılmıştır.

Hemşirelere uygulanan Denison Örgüt Kültürü Ölçeği ve HGKÖ arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum, örgüt kültürünün benimsendiği ve yüksek olduğu kurumlarda hasta güvenliği kültürünün de yüksek olduğunu göstermektedir (Tablo 4.3).

Yapılmış olan bu çalışmada verilerin farklı örgütlerden toplandığı dikkate alınacak olursa ortak bir sonuca varmak açısından 4 alt-boyutun da ortalamasının biraz üstünde ($\bar{x} = 28.0$) olması, örgüt kültürünün araştırmaya katılan ameliyathane hemşireleri tarafından benimsenmediğini göstermektedir. Özellikle 1.faktörün yapısı çalışanlar tarafından kültürel değerlerin ortalamasının üstünde paylaşıldığını ve benimsendiğini göstermektedir (Tablo 4.7).

Kurumların örgüt kültürüne etkisine bakıldığında; hemşirelerin çalıştıkları kurumların örgüt kültürünü etkilediği tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.12). Kurumlar arasındaki farklar incelendiğinde; özel hastanelerde çalışan hemşirelerin örgüt kültür düzeylerinin diğer hastanelerde çalışan hemşirelere göre daha yüksektir (Tablo 4.13). Ameliyathane hemşirelerinde çalıştıkları kurumun örgüt kültürü düzeylerine etkisini belirleyen bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, sonuçlar Seren ve Baykal'ın 2007 yılında yapmış oldukları çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Seren ve Baykal 570 sağlık personeli üzerinde yapmış oldukları çalışmada, akredite olmuş özel hastanelerdeki işbirliğinin kamu hastanelerine göre daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Bunun nedenini ise; hastanelerin örgüt kültürlerinin farklı olması, özel hastane yapısının merkezi ve bürokratik olmaması, ekip çalışması, hasta memnuniyeti, çalışan memnuniyeti ve çalışanlar arasındaki iletişime verilen önemin olduğu şeklinde açıklamışlardır.

Hemşirelerin deneyim sürelerinin hasta güvenliği üzerine etkisine bakıldığında; bu çalışmada mesleki deneyim, kurumdaki deneyim ve birimdeki deneyim sürelerinin hasta güvenliğini etkilemediği tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.14). Çalışma populasyonları benzer olmamakla birlikte Türkiye’de yapılmış sınırlı sayıdaki çalışmaların sonuçları da bu konuda tutarlılık göstermemektedir. Özel bir hastanede 181 sağlık personeli üzerinde Hasta Güvenliği Kültürü’nü ölçek amacı ile yapılan bir çalışmada, kurumda ve birimde deneyim süresi bir yıldan az olan sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algısı yüksek bulunmuştur (Dursun, Bayram, Aytaç, 2010). Erdağı ve Özer’in cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler ($n=308$) üzerine yaptıkları çalışmada, mesleki çalışma süresinin HGKÖ puan ortalamasını etkilemediği bildirilmiştir. Riyad’da bir Eğitim Hastanesi’nde çalışan ($n=2572$) personele Hasta Güvenliği Kültürünü ölçmek için yapılan çalışmada kurumdaki deneyim süresi fazla olan çalışanlarda hasta güvenliği kültürünün yüksek olduğu saptanmıştır (El-Jardali, Sheikh, Garcia, Jamal, Abdo, 2014). Sonuçlar arasındaki farklılığın nedenlerinin kurumların örgüt kültürleri, iş memnuniyeti, personel sayısı, kurumun yer aldığı şehir, hizmet içi eğitimler ve kurumlar arasındaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları kurumların hasta güvenliğini etkilediği tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.16). Özel hastanelerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün diğer kurumlarda çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.17). Bu konudaki bulgularımız farklı örneklem arasında çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Erzurum’da bir üniversite hastanesi, bir eğitim, araştırma hastanesi ve bir devlet hastanesinin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşireler ($n=308$) üzerinde yapılan çalışmada, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin HGKÖ puan ortalamalarının eğitim, araştırma hastanesi ve devlet hastanesinde çalışan hemşirelere göre düşük olduğu belirtilmiştir (Erdağı, Özer, 2015). Gündoğdu ve Bahçecik’in İstanbul’da yer alan iki özel hastane ve iki eğitim, araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerde ($n=475$) hasta güvenliği algısını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği puan ortalamaları ile özel hastanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Kurumların

hemşirelerde hasta güvenliğini etkilemesinin nedenlerinin; kurumlardaki örgüt kültürünün farklı olması, çalışan ve hasta memnuniyeti, iletişim, hizmet içi eğitimler, personel sayısı, niteliği ve iş yükünden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada; hemşirelerin mezun oldukları programların hasta güvenliğini etkilemediği bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.15). Benzer şekilde Araştırma sonuçları yapılmış benzer çalışmaların sonuçlarından farklıdır. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler (n=308) üzerine yapılan bir çalışmada; lisansüstü mezunu hemşirelerin HGKÖ puan ortalamalarının düşük olduğu bildirilmiştir (Erdağı, Özer, 2015).

Hasta güvenliği toplumun sağlığını güvence altına almak ve hemşirelik bakımının kalitesini göstermek açısından kurumlarda mutlaka yerleştirilmesi gereken örgüt kültürünün önemli bir parçasıdır. Bu konu ile ilişkili olarak hemşirelere kurum kültürüne hasta güvenliğinin yerleştirilmesi için sorulmuş olan açık uçlu soruya şu cevaplar verilmiştir: hasta güvenliğine ilişkin eğitimler daha sık verilmeli, eğitim için gerekli ortam ve araç-gereçler sağlanmalı, oryantasyon programlarına hasta güvenliği entegre edilmeli, güvenli bakım vermek için personel sayısı artırılmalı, hemşirelerin iş yoğunluğu azaltılmalı, hemşirelerin kendi işleri dışındaki işler için görevlendirilmemeli, olay bildirimini için cesaretlendirilmeli ve cezalandırıcı yaklaşımlardan uzaklaşılmalı. Benzer şekilde Kabu ve Ark.'nın 2004-2014 arasında 5649 çalışmayı inceleyerek kriterlere uyan on makale derlemesinde: ameliyathanede iletişim eksikliğinin, bilgi eksikliğinin, artan iş yükünün, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesinin, yetersiz personel sayısının, çalışanlar arasındaki rekabete bağlı çatışmanın hasta güvenliğini etkilediğini bildirmişlerdir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuclar :

Örgüt Kültürünün ameliyathane hemşirelerinde hasta güvenliği üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ilişkisel olarak yapılan (n=190) bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

1. Araştırmaya katılan hemşirelerin %38'inin 26-30 yaş aralığında, %82.1'inin ise kadın olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların %33'ü eğitim ve araştırma hastanesi, %29'u devlet hastanesi, %15'i akredite olmamış özel hastane, %12'si akredite olmuş özel hastane ve %11'i ise üniversite hastanesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %72'si lisans mezunudur ve %93'ü hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim programına katılmıştır. Hemşirelerin %44'ü 8 yıl ve üstü, %18'i 2-3 yıl, %15'i ise 6-7 yıl deneyime sahiptir. Hemşirelerin kurumdaki deneyim süreleri; %26'sı 8 yıl ve üstü, %26'sı 2-3 yıl, %17'si ise 4-5 yıldır. Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki deneyim süreleri; %28'i 2-3 yıl, %23'ü 8 yıl ve üstü, %19'u 4-5 yıldır (Tablo 4.1).
2. Denison Örgüt Kültürü Ölçeğinin ortalaması $\bar{x}=3.11\pm0.57$ 'dir (Tablo 4.2).
3. HGKÖ $\bar{x}=2.88\pm0.48$ değerini almıştır (Tablo 4.2).
4. Denison Örgüt Kültürü Ölçeği puan ortalaması ve HGKÖ puan ortalaması arasında %70 pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Örgüt Kültürü yükseldikçe Hasta Güvenliği Kültürü yükselme eğilimi gösterecektir (Tablo 4.3).
5. Örgüt kültürü alt ölçek puan ortalamaları ile hasta güvenliği kültürü alt ölçek puan ortalamaları arasında doğru yönlü kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).
6. Yapılan faktör analizinde örgüt kültürünü oluşturan (36) değişkenin yapısı incelenmiş ve KMO değeri 0,899 ve Bartlett Test değeri de 0,000 olarak bulunmuştur (Tablo4.5).
7. Faktör analizi sonucunda 7 faktör tespit edilmiştir. Değişkenlerin faktör yükleri dikkate alınarak bunlardan ilk üç faktör incelenmiştir. 1.Faktörü "Vizyon/Tutarlılık" olarak adlandırmak uygun olacaktır. 2.Faktör net olarak "Katılım" boyutunu; 3. Faktör de "Uyarlama" (yeniliğe açık olma) alt boyutunu işaret etmektedir (Tablo 4.6).

8. Denison örgüt kültürü katılım alt boyutunun değeri $\bar{x}=28.7672 \pm 6,05373$, tutarlılık alt boyutunun değeri $\bar{x}=28,0474 \pm 5,75725$, uyarılama alt boyutunun değeri $\bar{x}=27,0053 \pm 4,99576$ ve vizyon alt boyutunun değeri ise $\bar{x}=27,9842 \pm 5,33381$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.7).
9. Hemşirelerin çalıştıkları kurumların Denison Örgüt Kültürü Ölçek puan ortalamasını etkilediği tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.12).
10. Akredite olmamış özel hastane ile eğitim, araştırma hastanesi ve devlet hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Akredite olmuş özel hastane ile eğitim, araştırma hastanesi ve devlet hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Üniversite hastanesi ile devlet hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim ve araştırma hastanesi ile akredite olmuş özel hastane, akredite olmamış özel hastane ve devlet hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Devlet hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.13).
11. Hemşirelerin mesleki deneyim, kurumdaki deneyim ve birimdeki deneyim sürelerinin HGKÖ puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.14).
12. Hemşirelerin mezun oldukları programların HGKÖ puan ortalamasını etkilemediği tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.15).
13. Hemşirelerin çalıştıkları kurumların HGKÖ puan ortalamasını etkilediği tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.16).
14. Akredite olmamış özel hastane ile devlet hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Akredite olmuş özel hastane ile eğitim, araştırma hastanesi ve devlet hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Üniversite hastanesi ile devlet hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim, araştırma hastanesi ile akredite olmuş özel hastane ve devlet hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Devlet hastanesi ile akredite olmamış özel hastane, akredite olmuş özel hastane ve eğitim, araştırma hastanesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.17)

6.2. Öneriler :

Bu çalışmada, örgüt kültürünün ameliyathane hemşirelerinde hasta güvenliği kültürünü etkilediği tespit edilmiştir.

Bu nedenle;

1. Hasta güvenliğinin kurumlarda örgüt kültürünün önemli bir parçası olmasına yönelik kurumsal stratejilerin belirlenmesi.
2. Hemşirelerin hasta güvenliğini sağlayacak bakım hizmetini yürütebilmeleri için yeterli personel, ekipman ve ortamın sağlanması.
3. Hemşirelik oryantasyon eğitim programlarında ve sürekli eğitim programlarında hasta güvenliği ve örgüt kültürünü geliştirmeye yönelik eğitimlerin yapılması.
4. Bu çalışmanın daha geniş örneklem gruplarında tekrarlanması.

7.KAYNAKÇA

Abraham Maslow, motivation and personality, 1954. (2003). In S. Crainer, *The ultimate business library*, wiley. Hoboken, NJ: Wiley.

< [\[search.credoreference.com.libunix.ku.edu.tr/content/entry/wileyultbuslib/abraham_maslow_motivation_and_personality_1954/0?institutionId=6490\]\(http://0-search.credoreference.com.libunix.ku.edu.tr/content/entry/wileyultbuslib/abraham_maslow_motivation_and_personality_1954/0?institutionId=6490\)> \(2017\)](http://0-</p></div><div data-bbox=)

Alcan, Z. ve Tekin, D. E. ve Civil, S. Ö. (2012). *Hasta güvenliği-beklenmedik olaylarda hemşirenin rolü*. İstanbul:Nobel.

Barnard, Chester I. (1938), *The Functions of Executive*, Harvard University Press, Boston.

Beuzekom, M. ve Boer F. ve Akerboom, S. ve Hudson, P. (2012). Patient safety in the operating room: an intervention study on latent risk factors BMC Surgery 12(10). 2-11.

Çırpı, F. ve Doğan Merih, Y. ve Yaşar Kocabey, M. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi Maltepe üniversitesi hemşirelik bilim ve sanatı dergisi, 2(3). 26-34

Demirel, Y. ve Öz, B. F. ve Yıldırım, G. (2014, Nisan). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin kurumlarına bağlılıklarının değerlendirilmesi Van tıp dergisi, 21(2). 92-100.

Denison, D.R.< <https://www.denisonconsulting.com/>>(2017)

Dursun, S. ve Bayram, N. ve Aytaç, S. (2010). Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama sosyal bilimler, 8(1). 1-14.

Erbaşlar, G. (2015). *Örgütsel davranış*. Ankara:Nobel.

Eren, E. (2014). *Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi*. İstanbul:Beta.

Erdağı, S. ve 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.

El-Jardali, F. ve Sheikh, F. ve Garcia, A. N. ve Abdo, A. (2014). Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement *BMC health services research*, 14(122). 1-15.

Gündoğdu, S. ve Bahçecik, N. (2012, Haziran). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 15(2). 119-128.

JCI

<<https://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>> (2017)

Kabu, F. ve Gök, F. ve Özbayır, T. (2016). Ameliyathanede hasta güvenliği: sistematik inceleme *Pamukkale tıp dergisi*, 9(1). 87-98.

Kantek, F. (2014). Örgüt Kültürü. Tatar Baykal, Ü. ve Ercan Türkmen, E. (Ed), *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi* (s. 680-714). İstanbul:Akademi

Kim, Y. I. ve Geun, H. ve Choi, S. ve Lee, Y. S. (2017). The impact of organizational commitment and nursing organizational culture on job satisfaction in Korean American registered nurses *Journal of transcultural nursing*, 28(6). 580-597.

Köse, S. ve Tetik, S. ve Ercan, C. (2001). Örgüt kültürünü oluşturan faktörler Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 7(1).119-242.

Mayo, Elton. (1945). *Social problems of an industrial civilization*.
<<https://archive.org/details/socialproblemsof00mayo>> (2017)

Mcgregor, Douglas. (2003). In Capstone Press, *Capstone encyclopedia of business*. Hoboken, NJ: Wiley.
<http://0-search.credoreference.com.libunix.ku.edu.tr/content/entry/capstonebus/mcgregor_douglas/0?institutionId=6490> (2017)

Ouchi, W. (2011). Theory Z. In J. Law, *Business: the ultimate resource* (3rd ed.). London, UK: A&C Black.
<http://0-search.credoreference.com.libunix.ku.edu.tr/content/entry/ultimatebusiness/theory_z/0?institutionId=6490> (2017)

Özata, M. ve Altunkan, H. (2010). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi:Konya örneği Tıp araştırmaları dergisi, 8(2). 100-111.

Pehlivan, S. ve Lafçı, D. ve Demiray, G. ve Yaman, M. (2015, Mayıs). Cerrahi kliniğinde çalışan hemşirelerin örgüt kültürü algıları Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi, 1(2). 11-24.

Reichers, A.E. ve Schneider, B. (1990), “*Climate and Culture: An Evolution of Constructs*.” B. Schneider (Ed.) *Organizational Climate and Culture* (s.5-39). Jossey-Bass Publishers

Rızalar, S. ve Büyük, E. T. ve Şahin, R. ve As, T. ve Uzunkaya, G. (2016). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler Dokuz Eylül üniversitesi hemşirelik fakültesi elektronik dergisi, 9(1). 9-15.

Saygın, T. ve Keklik, B. (2014). Tıbbi hata nedenleri üzerine bir araştırma:İsparta ili örneği Hacettepe sağlık idaresi dergisi, 17(2). 99-118.

Seren, Ş. ve Baykal, Ü. (2007). Kalite belgesi alan hastanelerde örgüt kültürü ve değişime karşı tutumun incelenmesi Atatürk üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi, 10(2). 1-11.

Schein, E. H. Organizational culture and leadership (3rd ed.). USA:HB

Sur, H. ve Palteki, T. (2013). *Hastane yönetimi*. İstanbul:Nobel.

Şengül, H. ve Katırcı Fener, S. ve Kahraman, B. ve Değirmenci, S. (2014). Güvenli cerrahi kontrol listesinin incelenmesi
< <http://www.das.org.tr/dosya/SAD2014-kitap.pdf>>(2017)

Tatar Baykal, Ü. ve Ercan Türkmen, E. (2014). *Hemşirelik hizmetleri yönetimi*. İstanbul:Akademi.

T.C. Sağlık Bakanlığı.
< <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>> (2017)

T.C. Sağlık Bakanlığı.
<<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.13830&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hem%C5%9Firelik%20y>> (2017)

T.C. Sağlık Bakanlığı GRS. 2017 <<http://grs.saglik.gov.tr/Stats.aspx>
<<http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3747,0901guvenlicerrahipdf.pdf?0>>
(2017)

TDK.

<http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a1b1ce76a87e7.23017768> (2017)

TDK.

<http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a1b1cebac54d9.90351432> (2017)

THD. 2009

<<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/files/tr/thd/meslegi-etigi/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar/hemsire%20brosur.pdf>> (2017)

Türkmen, E. ve Baykal, Ü. ve Seren, Ş. ve Altuntaş, S. (2011, Ekim). Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin geliştirilmesi Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi, 14(4). 38-46.

Ünsalatan, Ş. ve Dönmez, S. ve Taşçı Duran, E. (2013, Ağustos). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün incelenmesi Florance nightingale hemşirelik dergisi, 21(3). 172-180.

WHO.

<<http://www.who.int/patientsafety/publications/patient-safety-making-health-care-safer/en/>> (2017)

Yahyagil, M. Y. (2004, Şubat). Denison örgüt kültürü ölçme aracının geçerlik ve güvenilirlik çalışması: ampirik bir uygulama Yönetim 47. 53-76.

Yıldırım, A. (2013). Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi. Sur, H. ve Palteki, T. (Ed), Hastane Yönetimi (s. 807-830). İstanbul:Nobel

8.EKLER

EK:1

ONAM FORMU

İyi günler, ben Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisiyim.' Örgüt Kültürünün Ameliyathane Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Üzerine Etkisi' ile ilgili bir çalışma yapıyorum. Sizinle 15-20 dakikalık bir soru formu doldurmak istiyorum, çalışmamı en az 1 yıl aynı kurumda ameliyathane tecrübesi olan ameliyathane hemşireleri üzerinde yapacağım. Vereceğiniz cevaplar sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, şahsınıza ait bilgiler üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmanızın size getireceği bir risk bulunmamaktadır; herhangi bir etki altında kalmadan gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim.

Hayrunnisa Tuncel

Koç Üniversitesi SBE, YL öğrencisi

Araştırmanın Yürütücüsü: Prof. Dr. Ayişe Karadağ

Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Tel: +90 212 3112601

EK.2 :
|_|_|_|_|

Örnek No:

Tarih:

TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:.....
3. Çalıştığınız kurum
 - a) Akredite olmamış özel hastane
 - b) Akredite olmuş özel hastane
 - c) Üniversite hastanesi
 - d) Eğitim ve araştırma hastanesi
 - e) Devlet hastanesi
4. En son tamamladığınız hemşirelik programı nedir?
 - a) Sağlık Meslek Lisesi
 - b) Ön Lisans
 - c) Lisans
 - d) Yüksek Lisans
 - e) Doktora
5. Mesleki deneyim süreniz:.....
6. Çalıştığınız kurumdaki deneyim süreniz:.....
7. Çalıştığınız birimdeki deneyim süreniz:.....
8. Son beş yılda Hasta Güvenliği ile ilgili bir eğitime katıldınız mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
9. *Kurum Kültürüne Hasta Güvenliğinin* yerleştirilmesine ilişkin öneriniz nelerdir?

EK-3: DENISON ÖRGÜT KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ

- Çalışmakta olduğum bu iş yerinde,

1. Çalışanların çoğunluğu yaptıkları işle bütünleşmişlerdir.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

2. Çalışanlar arasında yeterli ölçüde bilgi paylaşımı olduğundan, gerektiğinde herkes istenilen bilgiye ulaşabilmektedir.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

3. İş planları yapılırken, tüm çalışanlar karar verme sürecine belli ölçüde dahil edilmektedir.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

4. Farklı bölümler (departmanlar) arasında işbirliği yapılamamaktadır.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

5. Takım çalışması yapılması, bütün iş faaliyetlerinde esas alınmaktadır.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

6. Tüm çalışanlar kendi görevleri ile işletmenin amaçları arasındaki ilişkiyi kavramıştır.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

7. Çalışanlara kendi işlerini planlamaları için gerekli yetki verilmektedir.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

8. Çalışanlarımızın iş-görme kapasiteleri sürekli bir gelişim göstermektedir.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

9. Çalışanların iş-görme becerilerini artırmak için gereken her şey yapılmaktadır.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

10. Yöneticiler söylediklerini uygulamaktadırlar.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

11. İş-görme yöntemlerimize yol gösteren net ve tutarlı bir değerler sistemimiz vardır.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

12. İşlerin yürütülmesinde davranışlarımızı yönlendiren ve doğru ile yanlışın ayırt edilmesini sağlayan (*etik*) değerler yoktur.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

13. İş faaliyetlerinde bir anlaşmazlık meydana geldiğinde, her bir çalışan tatmin edici bir çözüm bulmak için çok gayret göstermektedir.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

14. Bu iş yerinde güçlü bir işletme kültürü vardır.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

15. Problematik konularda dahi kolayca bir görüş birliği sağlanabilmektedir.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

16. Çalışanlarımız işletmenin farklı bölümlerinde de olsalar iş faaliyetleri açısından ortak bir bakış açısını paylaşabilmektedir.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

17. İşletmenin farklı bölümleri tarafından yürütülen projeler kolayca koordine edilmektedir.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

18. Başka bölümden bir kişiyle çalışmak, adeta farklı bir işletmeden birisiyle çalışmak gibidir.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

19. İş-görme tarzımız oldukça esnek ve değişime açıktır.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

20. Rakip firmaların faaliyetleri ve iş alanındaki değişimlere bağlı olarak yönetim, uygun stratejiler geliştirilebilmektedir.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

21. İş alanımızdaki yenilik ve gelişimler, yönetim tarafından izlenmekte ve uygulanmaktadır.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

22. Müşterilerin istek ve önerileri, iş faaliyetlerinde sıklıkla değişiklikler yapılmasına yol açabilmektedir.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

23. Tüm çalışanlar, müşterilerimizin istek ve ihtiyaçlarını anlamağa özen göstermektedir.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

24. Müşteri istemleri (talepleri) iş faaliyetlerimizde genellikle dikkate alınmamaktadır.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

25. Herhangi bir başarısızlıkla karşılaşıldığında bu, yönetim tarafından, gelişim ve öğrenme için bir fırsat olarak değerlendirilir.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

26. Yenilikçilik ve yapılan işlerde risk almak, yönetimce istenmekte ve ödüllendirilmektedir.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

27. Çalışanların işleriyle ilgili olarak öğrenmeleri (yeni bilgiler edinmesi) önemli bir amaçtır.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

28. Uzun-dönemli bir iş programı ve belli bir gelişim planımız mevcuttur.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

29. Çalışanların yaptıkları işlere yön verebilecek net, açık bir işletme misyonumuz vardır.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

30. İşletmenin geleceğine yönelik olarak belirlenmiş stratejik bir iş-planlaması yoktur.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

31. İşletmenin faaliyet amaçlarına ilişkin olarak çalışanlar arasında tam bir uzlaşma vardır.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

32. Yöneticiler, işletmemizin temel hedefleri doğrultusunda hareket edebilmektedirler.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

33. Çalışanlar, uzun dönemde işletmenin başarılı olabilmesi için yapılması gerekenleri bilmektedir.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

34. Çalışanlar, geleceğe yönelik olarak belirlenmiş olan işletme vizyonunu paylaşmaktan uzaktır.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

35. Yöneticilerimiz uzun-dönemli bir bakış açısına sahiptirler.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

36. Kısa-dönemli iş-talepleri, vizyonumuzdan ödün vermeden karşılaşılabilmektedir.

Hiç Katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Çok katılıyorum ()

EK-4: HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ

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

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

Madde No	Hasta Güvenliği Kriterleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
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
Madde No	Hasta Güvenliği Kriterleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
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



EK-5:

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



SOSYAL BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	26.07.2016
Karar No:	2016.183.IRB3.122
Sorumlu Araştırmacı:	Hayrunnisa Tuncel
Araştırma Başlığı:	Örgüt Kültürünün Ameliyathane Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Üzerine Etkisi
Başlangıç tarihi:	01.08.2016
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, "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Sekreteryası" tarafından değerlendirilmiş ve Üniversite Akademik Kurulu'nun 05.04.2012 tarih ve 04 Nolu kararıyla birinci düzey inceleme yapılmasına karar verilmiştir. Yapılan inceleme sonucunda etik ve bilimsel açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesi uygun bulunmuştur.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.
- Araştırmaya katılan kurum dışı merkezlerden ayrıca idari izin alınması gerekmektedir.

Saygılarımla,


Hakan S. Orer
Başkan

Koç Üniversitesi Etik Kurulun Sekreteryası T: 0212 338 11 54 chr@ku.edu.tr

EK-6:



İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
BAKIRKÖY İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
63-11.2016.07.34 - 95273397 - 772.02 - E.24903



0002733832

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397/772.02
Konu : Araştırma İzni Hk. (Hayrunnisa
TUNCEL)

KOÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Rumelifeneri Yolu, 34450 Sarıyer/İstanbul)

İlgi : 05/09/2016 tarihli ve 81917885-302.14-605.99-76 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Hayrunnisa TUNCEL'in, "**Örgüt Kültürünün Ameliyathane Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Üzerine Etkisi**" başlıklı çalışmasını, Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulama talebi, başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, 11.10.2016 tarihinde gerçekleştirilen 2016/7 sayılı Bilimsel Araştırmalar Komisyonu Toplantısında araştırmanın; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemleri, yürürlükte bulunan "İyi Klinik Uygulama Kılavuzu" dikkate alınarak incelenmiş olup araştırmanın yürütülmesinde sakınca olmadığına karar verilmiştir.

İş bu konuda adı geçenin yapacağı çalışmasının bitiminde bir nüshasının Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Dr. Celal ŞAHİN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tefik Sağlam Cad. 25/2 Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
A★ tılı bilgi için: Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve Ar-Ge Birimi 0212
4091600-4162

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9de833fb-a79f-4402-a9e5-47b914148e9a kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7:**Kişisel Bilgiler**

Soyadı, Adı : TUNCEL Hayrunnisa
Uyruğu : T.C.
Medeni Hali : Bekar
Telefon : 0 (532) 4902742
e-posta : hayrunnisatuncel@gmail.com

**EĞİTİM BİLGİLERİ**

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programı -**2015-2017**

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu -**2003-2007**

Coşkun Koleji -**2002**

İŞ TECRÜBELERİ

2013-2017 Ameliyathane Sorumlu Hemşireliği

2012-2013 Ameliyathane Eğitim Hemşireliği

2010-2012 Ameliyathane Ekip Liderliği

2008-2010 Ameliyathane Hemşireliği

2007-2008 Acil Servis Hemşireliği

BİLGİSAYAR BİLGİSİ

Microsoft Office (Word, Excel, Powerpoint)

Microsoft Windows