



T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDA TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ**

GAMZE YILDIZ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

SIVAS-2019

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDA TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ**

GAMZE YILDIZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. MERYEM YILMAZ

SİVAS-2019

“Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Tutumlarının Belirlenmesi” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Doç. Dr. Meryem YILMAZ

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Seçil TAYLAN

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Hesna GÜRLER

ONAY

Bu tez çalışması, 26.07.2019 Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca teorik ve pratik anlamda kendisinden çok Şey öğrendiğim, tezimin her aşamasında göstermiŐ olduğu titizlik ve özverili çalışması, desteği ve yardımıyla hep yanımda olan değerli danıŐmanım Sayın Doç. Dr. Meryem Yılmaz'a,

Tez çalıŐmamı uygulayabilmem için yardımcı olan ve izinleri ile olanak sağlayan Sivas İl Sağlık Müdürlüğüne ve Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Beni yetiŐtiren, attığım her adımda yanımda olan, sevgisini ve emeğini hiçbir zaman esirgemeyen aileme ve

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hemşire meslektaŐlarıma,

Sonsuz teşekkür ediyorum.

ÖZET

CERRAHİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDA TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Gamze YILDIZ

Yüksek Lisans Tezi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Meryem YILMAZ

2019, 76 – xiv sayfa

Çalışma, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği konusunda tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırma Sivas Numune Hastanesi ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi cerrahi kliniklerinde yapıldı. Çalışmaya cerrahi kliniklerde çalışan 223 hemşire katıldı. Araştırmada veriler, literatür doğrultusunda hazırlanan Anket Formu ve Sexton ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen, Baykal ve arkadaşları (2010) tarafından Türkçe 'ye uyarlanan Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (HGTÖ) ile toplandı. Veriler SPSS 22.0 programı ile değerlendirildi. İstatistiksel analizler; yüzde, ortalama, standart sapma, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis testi ve Pearson korelasyon testleri kullanılarak yapıldı.

Çalışmada hemşirelerin %20.6'sının hasta taşınması sırasındaki dikkatsizlikleri, %12.1'inin sekiz doğru ilkeye dikkat etmemesi, %1.8'inin güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulanmasındaki eksiklikleri, %2.7'sinin hastalara gereksiz tetkik yapılmasını ve %3.1'inin hemşirelik bakım kayıtlarının tutulmamasını hasta güvenliği için önemli sorun olarak gördüğü belirlendi. Hemşirelerin %20.6'sının hasta ve çalışanlarla iletişimin güçlendirilmesinin hasta güvenliğini geliştirmek için gerekli olduğunu ifade ettikleri saptandı.

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları 149.382 ± 28.023 , orta düzeyde bulundu. Hemşirelerin ölçeğin ekip çalışması' alt

boyutundan en yüksek, 'stresi tanımlama' alt boyutundan en düşük puanı aldığı belirlendi

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam puanı ile hemşirelerin çalıştığı shift (08-16) arasında farkın anlamlı ($p<0.05$), demografik ve çalışma özellikleri arasında anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$). Bekar ve 20-24 yaş grubunda, çalışma süresi 0-5 yıl arası olan hemşirelerin 'stresi tanımlama ortalama puanı daha yüksekti. Stresi tanımlama ve ekip çalışması alt boyut ortalama puanı ameliyathanede çalışan hemşirelerde düşüktü. İş doyumu, ekip çalışması, yönetim anlayışı ortalama puanı 08-16 çalışan hemşirelerin ortalama puanının anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi.

Sonuç olarak, hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının orta düzeyde olduğu ve geliştirilmesi gerektiği sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Cerrahi Klinikler, Hasta Güvenliği

ABSTRACT

DETERMINING THE ATTITUDES OF NURSES WORKING IN SURGICAL CLINICS ON PATIENT SAFETY

Gamze YILDIZ

Master's Thesis

Department of Surgical Nursing

Advisor: Doç. Dr. Meryem YILMAZ

2019, 76 – xiv pages

This study was conducted for determining knowledge and attitudes of nurses working in surgical clinics on patient safety. The study was conducted in surgical clinics of both Numune Hospital and Cumhuriyet University Hospital located in the city of Sivas. 223 nurses were attended to the study. Data of study were collected via Patient Safety Attitude Questionnaire (PSAQ) which was developed by Sexton et. al. (2006) and adapted to Turkish by Baykal et. al. (2010). The data were analysed via SPSS 22.0 software. Statistical analysis was conducted using percentages, means, standard deviations, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test and Pearson correlation test.

It was determined in the study that carelessness in patient handling is an important issue for 20.6%; inattention eight correct principles for 12.1%; implementation gaps of surgical control list for 1.8%; unnecessary examination of patients for 2.7%; and failure to maintain nursing care records for 3.1% of nurses. It was also found that 20.6% of the nurses stated that strengthening communication with patients and employees is necessary to improve patient safety.

Total average Patient Safety Attitude Questionnaire scores of nurses was determined as mid-level (149.382±28.023). It was also determined that nurses

took maximum score in ‘team work’ sub-dimension and minimum score in “defining stress” sub-dimension of the scale.

Statistically significant difference was determined between Total Patient Safety Attitude Questionnaire scores and shifts (08-16) of nurses; there was no statistically difference in terms of demographics and working characteristics. Participants who are single; range in 20-24 age group; and 5-year employee had higher average score of ‘defining stress’. Average scores of ‘job satisfaction’ and ‘team work’ sub-dimensions were higher among nurses serve in operating room. Average scores of ‘job satisfaction’, ‘team work’ and ‘manner of rule’ sub-dimensions are significantly higher among nurses serve in the 08-16 shift.

As a result, it was concluded that nurses' knowledge and attitudes towards patient safety were moderate and needed to be improved.

Key words: Nursing, Surgical Clinics, Patient Safety.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLOLAR DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
KISALTMALAR/SİMGELER DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Hasta Güvenliği	6
2.2. Hasta Güvenliği İle İlişkili Ulusal ve Uluslararası Düzenlemeler	8
2.3. Hasta Güvenlik Kültürü.....	11
2.4. Hasta Güvenlik İklimi	13
2.5. Tıbbi Hatalar.....	15
2.6. Hasta Güvenliği ve Hemşirelik	17
2.7. Hemşirelerin Hata Yapmasına Neden Olan Faktörler.....	18
2.8. Cerrahi Kliniklerde Hasta Güvenliği ve Önemi	19
2.9. Cerrahi Birimlerde Hasta Güvenliğinin Sağlanması, Sürdürülmesi ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Yeri ve Sorumlulukları.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	21
3.5. Veri Toplama Araçları.....	22
3.6. Anket Formu.....	22
3.7. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (HGTÖ).....	22
3.8. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	23

3.9. Verilerin Toplanması.....	23
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.11. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
6.1. Sonuçlar.....	50
6.2. Öneriler.....	53
7. KAYNAKÇA.....	55
8. EKLER	64
Ek-1. Anket Formu.....	64
Ek-2. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği.....	66
Ek-3. Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Karar Formu	69
Ek-4. Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığı Karar Formu.....	71
Ek-5. İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu.....	73
Ek-6. Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği İzin Formu.....	74
ÖZGEÇMİŞ.....	75

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	25
Tablo 2. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı.....	26
Tablo 3. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Dikkat Etmedikleri Noktalara İlişkin Görüşleri	28
Tablo 4. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğini Sağlamak İçin Önerileri.....	30
Tablo 5. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	32
Tablo 6. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Cinsiyetine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	33
Tablo 7. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Medeni Durumuna Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	34
Tablo 8. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Eğitim Düzeyine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	35
Tablo 9. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	36
Tablo 10. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Birimlerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	37
Tablo 11. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Pozisyonuna Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	38
Tablo 12. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çalıştığı Şifte Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	39
Tablo 13. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	40
Tablo 14. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Günlük Bakım Verdiği Hasta Sayısına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	41

Tablo 15. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği İle İlişkili Eğitim Alma Durumuna Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	42
Tablo 16. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	43
Tablo 17. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Pearson Korelasyon.....	44



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Hasta Güvenlik Kültürü ve Hasta Güvenlik İklimi Boyutları 14



KISALTMALAR/SİMGELER DİZİNİ

ABD	(United States of America)Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ/WHO	(World Health Organization)Dünya Sağlık Örgütü
HGTÖ	Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği
ICN	(International Council of Nurses)Uluslararası Hemşireler Konseyi
IOM	(The Institute of Medicine)Tıp Enstitüsü
JCAHO	(Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organization) Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu
JCI	(Joint Comission International)Uluslararası Akreditasyon Komisyonu
NPSA	(National Patient Safety Agency)Uluslararası Hasta Güvenliği Ajansı
NPSF	(National Patient Safety Foundation)Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hasta güvenliği, temel bileşenleri çeşitli somut yaklaşımlar içermekle birlikte soyut bir kavram olan sağlık bakım kalitesi hareketinden ortaya çıkmıştır. Bu nedenle çoğunlukla bu iki kavram aynı şemsiye altında incelenir. Hasta güvenliği, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, “sağlık hizmetleri ile ilişkili zarar riskinin kabul edilebilir en asgari düzeye indirgeme” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2018). İlaç enstitüsü (Institute of Medicine- IOM) hasta güvenliğini “hastalara zararın önlenmesi” şeklinde ifade etmiştir (Alsalem, Bowie & Jillian, 2018). Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses-ICN) ve Uluslararası Akreditasyon Komisyonu (Joint Commission International-JCI) ise, hasta güvenliği kavramını, “profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitiminin devamı, performanslarının iyileştirilmesi, meslekte tutulması, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, infeksiyon ile mücadele, sağlıklı bakım ortamının sağlanması, sağlıklı klinik uygulamalar, hasta güvenliği konusunda odaklanmış bilimsel bilgi ve liderlik gelişmesini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütün halinde birleştirilmesi” şeklinde tanımlamıştır (Rızalar, Tural, Şahin, As & Uzunkaya, 2016).

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu ortamdaki hatalar 1990'lı yıllarda kamuoyunun dikkatini çekmeye başlamıştır. 'İnsan hatalıdır', hasta güvenliğinin önemli bir konusuna yönelik tartışmayı tetiklemiştir. Bunun sonucunda, prosedürler ve uygulamaların kötü tasarlandığı sistemlerde çalışan insan faktörleri hataların temel nedeni olarak görülüp, uzun zaman bu insan hatalarının sonuçları tartışılmıştır (Lawati, Dennis, Short & Abdülhadi, 2018). Bu durumu düzeltmek için, dünyadaki tüm sağlık hizmetleri, hastaları zarar verme riskine sokan koşulları belirlemek ve daha sonra bu riskleri önlemek ya da kontrol etmek için harekete geçip, stratejik olarak hasta güvenliği ve kaliteli bakım programlarının uygulanmasına dikkat çekilmiştir (Johnstone & Kanitsaki, 2006). Daha sonra IOM tarafından 1999 yılında tüm dünyanın hasta güvenliği konusuna bakış açısını değiştirdiği "To Err is Human" adlı rapor sağlık kuruluşlarında bir güvenlik kültürü oluşturma gereksinimi vurgulanmıştır. Bu rapora göre, sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan hatalar sıklıkla

sistem ile ilişkilidir. Böylece bireyleri suçlamak yerine sağlık hizmetlerini iyileştirme gereksinimini ortaya koymuştur (Alsalem et al., 2018; Costa, Ramos, Gabriel & Bernardes, 2018; Lawati et al., 2018). Bunun sonucunda, dünya genelinde hükümetler ve sağlık kuruluşları, hasta güvenliği kültürünün oluşturulması yolu ile hastaların bakım ve güvenlik kalitesini arttırmaya çalışmıştır (Khater, Akhu-Zaheya, Al-Mahasneh & Khater, 2015). Bununla birlikte, son 15 yılda güvenlik önlemleri - yüksek gelirli ortamlarda dahil - sınırlı ya da değişken bir etkiye sahip olmuştur ve çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde uygulamalara uyarlanamadığı için önemli bir değişiklik elde edilememiştir. Bu nedenle günümüzde hastalar önlenebilir zarar ve standart altı bakımdan dolayı hala acı çekmeye devam etmektedir. Bunun nedeninin sağlık hizmeti sunum sistemlerinin tasarım açısından karmaşık olmasından dolayı hatalara açık olduğu ve bu bağlamda uluslararası alanda hastanelerin olması gerektiği kadar güvenli olmadığı kabul görmüştür (Johnstone & Kanitsaki, 2006).

Sağlık hizmetlerinin amacı bireylere zarar vermek değildir. Ancak, hizmetin sunumu sırasında ortaya çıkabilecek riskler nedeni ile zarar oluşabilmektedir. Çünkü yeni tedaviler, teknolojiler ve bakım modelleri terapötik potansiyele sahip olmakla birlikte, aynı zamanda güvenli bakım için yeni tehditler oluşturabilmektedir. Bu nedenle hasta güvenliği günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleri kapsayan, dünya genelinde tüm sağlık hizmetlerinde hastaları etkileyen küresel bir sağlık sorundur (Motamedzadeh, Mahmoudi, Nehrir & Ebadi, 2017). Bu konudaki kanıtlara göre yaralanmalar ve güvenli olmayan uygulamaların sağlık sistemlerine maliyetinin %5-10 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Johnstone & Kanitsaki, 2006). Bir çalışmada (Hosseini, Kazemi & Akbari, 2014) hastalarda meydana gelen zararlı olayların %70'inin sağlık bakım çalışanlarının ihmalinden kaynaklandığı ve bunların %90'ının önlenebilir olduğu belirlenmiştir. Hasta güvenliği, görevdeki ihmal ya da eylemlerden kaynaklanan hatalardan ortaya çıkan kayıpları önlemeyi içermekte olup, sağlık hizmetleri ile ilişkili istenmeyen olayların/tıbbi hata riskini azaltır (Saber, Tehrani, Kabootarkhani, Sabagh & Bagheri, 2015).

Sağlık hizmetinin sunumu sırasında bilgisizlik, deneyimsizlik, hastaya olan ilgide azalma ve kullanılan teknolojiye bağlı oluşabilecek hatalar sonucunda güvensiz tıbbi uygulama, tedavide gecikme, yaralanma, sakatlık ve hatta ölüm gibi durumlar görülmektedir ve bu durumlar tıbbi hata olarak değerlendirilmektedir

(Lawati et al., 2018; Dikmen, Yorgun & Yeşilçam, 2014). Hasta güvenliğini tehdit eden hatalar içinde; ilaç hataları, sağlıkla ilişkili enfeksiyonlar, güvenli olmayan cerrahi bakım, güvenli olmayan enjeksiyon uygulamaları, tanı hataları, güvensiz nakil uygulamaları, radyasyon hataları, sepsis, venöz tromboembolizm, akıl sağlığı ortamlarındaki güvensiz bakım yer almaktadır (WHO, 2018).

Literatürde, tıbbi hataların hasta güvenliği ile ilişkili kültürün zayıf olmasından kaynaklandığı bildirilmektedir (Vifladt, Simonsen, Lydersen & Farup, 2016). Kültür, insanların sağlık ve sağlık bakımı konusundaki algılarını ve deneyimlerini şekillendirmede önemli bir etkiye sahiptir (Johnstone & Kanitsaki, 2006). Bu nedenle tüm sağlık bakım personelinin hasta güvenliğini benimsediği (Ardahan & Yetkin Alp, 2015; Karaca & Arslan, 2014) güvenlik kültürünün oluşturulması gerekmektedir (Costa et al., 2018).

Nükleer enerji endüstrisinden türemiş ve sağlık alanına aktarılmış (Kapaki & Souliotis, 2017) olan güvenlik kültürü kavramı, bakım sağlama süreçlerinden kaynaklanabilecek hastalara verilen zararı en aza indirmeyi amaçlayan, organizasyon üyeleri arasında neyin önemli olduğu hakkında paylaşılan değerler, organizasyonda işlerin nasıl yürüdüğü hakkındaki inançları ve bunların iş birimi ve organizasyon yapıları ile etkileşimi ve organizasyonda davranış normları üreten sistemler olarak tanımlanmaktadır (Vifladt et al., 2016). Güvenlik kültürü örgütsel kültürden ayrı veya ek olarak değil, bu kültürün bütünleşik bir parçası olarak görülmeli ve çeşitli çalışma gruplarının işyerinde güvenliği ve sağlığı farklı şekillerde görebilecekleri kabul edilmelidir. Bir çalışmada (Zohar, 1980) güvenlik ile ilişkili davranışların grup normları ve uygulamalarından derinden etkilendiği gösterilmiştir. Ayrıca güvenlik kültürü tıbbi hataları rapor etmeyi, analiz etmeyi ve öğrenmeyi teşvik eden cezalandırıcı olmayan özelliğe sahip olmalıdır (Ali et al., 2018). Çünkü hasta güvenlik kültüründe yaşanan aksaklıklar nedeniyle, hastanın hastanede yatış süresinin uzamasına, yaralanma ve ölümlere yol açabilir ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olabilir (Durgun & Kaya, 2017; Ammouri, Tailakh, Muliira, Geethakrishnan & Al Kindi, 2015).

Güvenlik kültürü oluşturmak için güvenlik iklimi oluşturmak da gerekmektedir (Lin, Lin & Lou, 2018). Örgütsel iklimin belirli yönleri (örneğin, katı liderlik stilleri ve zayıf iletişim kanalları) düşük iş moral düzeyi, yüksek iş stresi,

daha yüksek kaza oranları, daha yüksek tükenme oranları ile ilişkilidir. Güvenlik iklimi güvenlik kültürünün mevcut durumunun yansıması, kültürün görülebilir yüzeysel özelliği olup, çalışanların belirli bir zamanda ne yaşadıklarına dayanan bir kuruluşun “havası” olarak düşünülebilir. Güvenlik iklimi, güvenliğin anlık bir görüntüsü olduğu için, günlük ya da haftalık olarak hızlı şekilde değişebilir (El-Jardali, Sheikh, Garcia, Jamal & Abdo, 2014).

Günümüz sağlık sisteminde hasta bakım kalitesini artırmak için bir öncelik olarak kabul edilen doğal bir sağlık bakım kalitesi unsuru olan hasta güvenliği ve bakım kalitesi (Laal et al., 2014) için küresel gereksinim, ilk kez 2002’de Dünya Sağlık Meclisinde (World Health Assembly) ortaya konulmuştur (WHO, 2018).

Bilindiği gibi doğrudan ve sürekli hasta bakımından sorumlu olan hemşireler bakım kalitesi ve hasta güvenliğinde önemli rol oynamaktadır (Khater et al., 2015). Bu nedenle hemşirelerin yapacağı hatalardan ve yanlış uygulamalardan hastalar direkt olarak etkilenerek olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda hemşirelikte hasta güvenliği; hemşirelik eğitimi, klinikler ve hemşirelik yönetimi gibi birçok alanda hemşirelik uygulamalarını içeren önemli bir konudur (Rashvand & Ebadi, 2014).

Cerrahi klinikler, cerrahi yoğun bakım ve ameliyathaneler; gelişmiş donanıma sahip, karmaşık yapıda, çalışanların özel bilgi ve becerisini gerektiren, yoğun ve stresli çalışma ortamları olup, iletişim ve ekip çalışmasının oldukça önemli olduğu birimlerdir (Wang & Tao, 2017). Çalışanların bu nedenle sürekli olarak dikkatli olması gerekmektedir (Rızalar & Topçu, 2017; Çınar & Karadakovan, 2016; Erdağı & Özer, 2015). Ayrıca bu kliniklerde aşırı iş yükü, hasta sayısı ve sirkülasyonunun fazla, hemşire sayısının az olması, çalışanlar arasında iletişim sorunları yaşanmasına ve dolayısıyla hasta güvenliğinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (Ongün & İntepeler, 2017). Tıbbi hataların %50’sinin cerrahi birimlerde yaşandığı ve bu hataların %50’sinin güvenli cerrahi uygulamaları ile önlenildiği vurgulanmaktadır (Wang & Tao, 2017). Bu bağlamda DSÖ (2008), “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” kampanyası ile cerrahi alanda hasta güvenliğinin önemini bildirmektedir (Wang & Tao, 2017). Güvenli cerrahinin sağlanabilmesi için etkili ekip çalışması ve iletişim ile hastaların cerrahi bakım ve tedavinin her aşamasında - ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası- işbirliği içinde çalışması

önemlidir (Carvalho, Göttems, Pires & Olivera, 2015). Böylece cerrahi kliniklerinde oluşturulan hasta güvenlik kültürü ile hataların gelişimi önlenir (Bahar, 2018). Bu bağlamda cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki bilgi ve becerilerinin yanı sıra hasta güvenliğine yönelik olumlu tutum geliştirmeleri önemli ve gereklidir (Durgun & Kaya 2017; Erdağı & Özer, 2015).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği konusunda tutumlarının belirlenmesi amacı ile yapıldı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Güvenliği

Latince 'den geçen “Primum non nocere” olarak bilinen hasta güvenliği kavramı “Öncelikle zarar verme” şeklinde Türkçeye evrilmiştir. Florence Nightingale hasta güvenliğinden “Garip gelebilir ama bir hastanenin öncelikle hastaya zarar vermemesi gerekiyor. Bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop samaktır.” şeklinde bahsetmiştir. Geçmişte de önemini koruyan ve 19. yy itibaren daha çok tartişılmaya başlanan bu kavram günümüzde de önemli bir konu olarak önemini sürdürmektedir (Gülay, 2016).

Literatürde hasta güvenliği ile ilgili birçok tanım yapılmıştır. Son dönemlerde ise, hasta güvenliği kavramının yanı sıra sağlık hakkı ve hasta odaklı sağlık hizmetleri gibi yeni kavramlarda kullanılmaktadır (evik, 2018). Sağlık bakım kalitesinin arttırmak için pek çok kuruluş hasta güvenliği kavramı üzerinde durmuş ve bununla ilgili çeşitli tanımlar yapmışlardır;

Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses-ICN) ve Uluslararası Akreditasyon Komisyonu (Joint Comission International-JCI) hasta güvenliği kavramını, “profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi, meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamının sağlanması, hasta güvenliği konusunda odaklaşmış bilimsel bilgi ve liderlik gelişmesini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütün halinde birleştirilmesi” şeklinde tanımlamışlardır (Rızalar ve ark., 2016). İlaç Enstitüsü (IOM, 2003) hasta güvenliği kavramını, “hastalara olan zararın önlenmesi” şeklinde tanımlamıştır. Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency-NPSA) hasta güvenliği kavramını, “hastanelerde risk değerlendirme, hasta ile ilişkili risklerin yönetimi ve tanımlanması, yinelenen risklerin azaltılması için raporlanması ve analizi, geliştirilen çözümlerin uygulanması sonucu hastaya daha güvenli bakım verme süreci” şeklinde tanımlamıştır (Gözlü & Kaya, 2016). DSÖ hasta güvenliği kavramını, “sağlık hizmeti sürecince bir hastaya önlenebilir zararın verilmemesi” şeklinde tanımlamıştır (Bassuni & Bayoumi, 2015).

IOM, 1999 yılında yayınlamış olduğu raporda, kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak için hasta güvenliğinin sağlanması ve geliştirilmesinin önemini vurgulamıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) neredeyse her yıl 44.000-98.000 arasında kişi tıbbi hatalardan kaynaklı olarak hayatından olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bağlı olduğu hatalar, bireysel hatalardan çok sistemden kaynaklı hatalar oluşturmaktadır. Bu hataların 7.000'ini ilaç hataları oluşturmaktadır. Hastalara verilen bakım ve tedavi sırasında hata görülme olasılığının % 2.9-% 3.7 olduğu bildirilmiştir (Elsous, Akbarisari, Rashidian, Aljeesh, Radwan & Zaydeh, 2017; Özdemir & Şahin, 2015).

Hastanede yatarak tedavi edilen hastaların %9.2'sinde istenmeyen olay yaşandığı, bu olayların, %7.4'ünün ölümcül, %14'ünün kalıcı sakatlığa, %20'sinin ise geçici sakatlığa neden olduğu ve %43.5'inin önlenemez hatalar olduğu bildirilmektedir (Elsous et al., 2016). DSÖ, Dünya'da yaklaşık olarak 10 milyon kişinin önlenemez tıbbi hatalar nedeni ile sakat kaldığı ya da hayatını kaybettiği bildirmiştir (DSÖ, 2007). Dünya genelinde sağlık hizmeti alan her 300 hastadan bir hasta zarar görmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise, her 10 hastadan bir hastanın sağlık hizmeti sırasında hatalara maruz kaldığı bildirilmiştir (Rızalar ve ark., 2016; Candaş & Gürsoy, 2015). Bu görülen hataların ise, yarısından fazlasının (%51-62) cerrahi birimlerde görüldüğü ve hatta önlenemez olduğu belirtilmiştir (Wang & Tao, 2017).

Hasta güvenliğinde önemli olan noktalar arasında, oluşabilecek hataların hastaya zarar verecek biçimde olmasını engellemek, hataların hasta bireye ulaşmadan önce belirlenmesi, raporlanması ve oluşan hataların düzeltilmesi için önlemlerin alınması yer almaktadır (Durgun & Kaya, 2017).

Hasta güvenliğinde sorunlara neden olan iletişim, liderlik ve ekip çalışmasında yaşanan sıkıntılar, raporlama sistemlerinde görülen eksiklikler, çalışanların raporlama sistemini bilmemelerine bağlı rapor edilen hata sayısının az olması gibi durumlar yer almaktadır. Bu sorunların yaşanması ise, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit etmektedir (Ammouri et al., 2015).

Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization-JCAHO) 2015 yılında "Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri" 'ni belirlemiştir. Bu hedefler;

1. Hastaların doğru kimliklendirilmesi: Hastaya yapılacak herhangi bir girişim, işlem, tedavi ve tanı yönteminin öncesinde hastanın doğru tanımlanması gerekir.
2. Ekip içinde etkin iletişimin sağlanması: İletişimin artırılması için gerekli prosedürün oluşturulması gerekir. Sözel ya da telefonla doktor istemleri için prosedürlerin geliştirilmesi gerekir.
3. İlaç güvenliğinin sağlanması: Potasyum gibi yüksek riskli ilaçların kolay ulaşılabilen hasta bakım bölümlerinden çıkarılması ve kullanımı ile ilgili düzenlemelerin yapılması gerekir.
4. Yanlış taraf cerrahisinin önlenmesi: Doğru hasta, doğru bölge ve doğru yöntem ile cerrahinin sağlanabilmesi için kontrol listelerinin geliştirilmesi, hastanın doğru tanımlanması, ameliyat bölgesinin işaretlenmesi, malzeme ve cihaz kontrolünün sağlanması gerekir.
5. Enfeksiyonların önlenmesi: Hijyenin sağlanması ve enfeksiyon kontrolleri için önlemlerin alınması gerekir.
6. Hasta güvenliğinde oluşabilecek risklerin erken belirlenmesi ve önlemin alınması: Hasta ve tedavinin özelliklerinden kaynaklı düşme risklerinin değerlendirilmesi ve gereken önlemlerin alınması gerekir. Şeklinde sıralamıştır (Çınar & Karadakovan, 2016; Özdemir, 2014).

2.2. Hasta Güvenliği İle İlişkili Ulusal ve Uluslararası Düzenlemeler

1986 yılında Çernobil nükleer santralinde yaşanan patlama sonucunda “Uluslararası Atom Enerji Ajansı” tarafından hazırlanan rapor ile güvenlik kültürü gündeme gelmiştir (Ertem, Oksel & Akbıyık, 2009). “Nükleer Tesislerin Güvenliği Danışma Komitesi” tarafından yapılan tanım şu şekildedir; “kurumun sağlık ile güvenlik programlarının yeterliliğine ve uygulamadaki sürekliliğine karar veren birey ve grupların değer, algı, tutum, düşünce alışkanlıkları, yetkinlik ve davranış örüntüleri” şeklindedir (Dilmen, 2016).

Türkiye’de ise, hasta güvenliğine yönelik ilk belgeler Osmanlı İmparatorluğu dönemindeki tıbbi kayıtlarda görülmüştür. “1861 tarihli Beledi İspençiyarlık Sanatının İcrasına Dair Nizamname”nin 18. maddesinde “reçete ile eczacı dükkânından yapıp verilen ilaçların ağzı mühürlü olup üzerinde filan kimse için şöyle isti’mal olunacaktır diye tahrir olunmuş yaftası ile verilecektir ve dahilen

isti'mal olunan ilaçların yaftası beyaz ve haricen isti'mal olunan ilaçların yaftası turuncu olacaktır” ifadesiyle günümüzdeki hasta güvenliğini tehdit eden sorunlardan biri olan ilaç hatalarının önlenmesi ile ilişkili yazılı hükümler yer almaktadır (Tokaç, 2008). Daha sonra Türkiye’de Hasta Güvenliği Derneği (2006)’nin kurulması ile birlikte hasta güvenliği konusunda çalışmalara başlanmıştır. Bu dernek sağlık çalışanlarının, kurum ve kuruluşların, hastaların başvurduğu bir kaynak olarak görev yapmaktadır (Dilmen, 2016). TC Sağlık Bakanlığı tarafından 29 Nisan 2009 tarihinde yayımlanan “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” ile ilişkili düzenlemeler yasal güvence altına alınmıştır. Bu tebliğ ile kimlik doğrulamasının yapılması, sağlık çalışanları arasında iletişimin güçlendirilmesi, ilaç güvenliğinin sağlanması, hasta düşmelerinde dikkatli olmak, infeksiyon riskinin azaltılması, güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması, personel güvenliğinin sağlanması için tedbirlerin alınması gibi durumlar söz konusu olmuştur (Dilmen, 2016).

Hasta güvenliğini tehdit eden faktörlerin en başında ilaç hataları yer almaktadır (Şen, Er & Sevil, 2009). IOM’un yayınladığı rapordan sonra ilaç hataların önüne geçmek için alınması gereken önlemler olduğu ve strateji geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılması gerektiği üzerinde durulmuştur. IOM yayınladığı bu raporda dört ana başlığa dikkat çekmiştir. Bunlar;

1. Ulusal Hasta Güvenliği Merkezinin kurulması: Hasta güvenliği ile ilgili yapılacak çalışmalarda amaçların belirlenmesi, araştırmalarda yer alması gerekmektedir.
2. İsteğe bağlı veya zorunlu olarak ilaç hata bildirim sisteminin kurulması,
3. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği hususunda iyileştirme yapan kurumlara öncelik tanınması ve
4. Sağlık hizmeti sağlayan kurumlarda hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasıdır (Akalin, 2004).

DSÖ, “Dünya Hasta Güvenliği İttifakı ve İşbirliği Merkezi” de hasta güvenliği ile ilgili ilaç hatalarının azaltılması için yayımlamış olduğu çözüm paketi ile önemli adımlar atmıştır. Bu çözümler şu şekildedir (WHO, 2018);

1. Okunuşları ve ambalajları birbirine benzeyen ilaçların ayrıştırılması,
2. Hasta kimliklerinin doğru okunması,
3. Nöbet değişimleri sırasında iletişimin sağlanması,
4. Yapılacak işlemlerin doğru hastaya yapılması,
5. Yoğun olan elektrolitlerin kontrolü,
6. Hasta nakillerinde gerçekleştirilen işlemlerin doğru yapılması,
7. Kateter ve tüplerin yanlış hatalı bağlantılarından kaçınılması,
8. Enjeksiyon için kullanılan malzemelerin tek kullanımlık olması,
9. Enfeksiyonun önlenmesi için el hijyeninin sağlanması.

Hastalarda güvenliği sağlamaya yönelik yapılan çalışmalar gün geçtikçe artış göstermektedir. TC Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan düzenlemeler aşağıdaki gibidir (Çevik, 2018);

- Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi: 01.09.2008 tarihinde yürürlüğe giren yönergede, hasta ve çalışan güvenliği konularına geniş yer verilmiştir.
- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi: Güvenli cerrahi uygulama protokollerinin yaygınlaştırılması amacı ile DSÖ Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi için Uygulama Kılavuzu'nu sağlık hizmeti veren kurumlarının kullanımına sunmuştur.
- Hizmet Kalite Standartları Rehberi: Hasta güvenliğinin sağlanması için çalışmalarda bulunmak, güvenlikten sorumlu bir ekip oluşturulması ve görülebilecek eksiklikler ve hatalar üzerinde iyileştirmeler yapılması gerektiğini vurgulamaktadır.
- Örnek Uygulamalar Rehberi: 2008 yılında hizmette kalite standartları ile ilgili çalışmalarda örnek kaynak olarak yayınlanmıştır. Rehberde hastane uygulamalarından örnekler yer almaktadır ve çalışanlara bilgi vermek amacı ile yayınlanmıştır.
- Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ: Bu tebliğ, TC Sağlık Bakanlığı ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün katılımı ile hazırlanmış olup 29 Nisan 2009 tarihinde yayınlanmıştır. Sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarını genel olarak göstermektedir.
- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik: Sağlık bakanlığı tarafından 2011'de hazırlanan 27897 sayılı hasta ve çalışan güvenliğinin

sağlanmasına dair yönetmelik resmi gazetede yayınlaması ile yürürlüğe girmiştir. 3 bölümden ve 12 maddeden oluşan bu yönetmelik hasta güvenliğine ilişkin bu güne kadar hazırlanmış en kapsamlı çalışmadır.

2.3. Hasta Güvenlik Kültürü

Güvenlik kültürü” tanımı, nükleer enerji endüstrisinden türemiştir ve sağlık alanına aktarılmıştır (Kapaki & Souliotis, 2017). Güvenlik kültürü; hastaya bakım verme sürecinde gelişebilecek her türlü zararı en aza indirmek için, kurum tarafından paylaşılan inanç, değer, tutum ve algıyı içeren bireysel ve organizasyonel davranışlar bütünüdür (Charani et al., 2017). Hastalarda görülebilecek zararların en aza indirilmesi için önleyici tedbirlerin başlıca unsuru ise güvenlik kültürüdür. Güvenlik kültürü, bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimine bağlılığını belirleyen tutumlar, algılar ile davranış kalıpları olarak tanımlanmaktadır (Alsalem et al., 2018; Campione & Famolaro, 2018).

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasındaki ilk adım güvenli sağlık bakım hizmeti sunumudur (Costa et al., 2018). Güvenli sağlık bakım hizmetinin sunumu için ise, etkili iletişim ve ekip çalışması, liderlik, çevre güvenliği, hasta güvenliğine yönelik eğitimler ve ilaç/tıbbi hataların belirtilmesi gerekmektedir (Ammouri et al., 2015; Karaca & Arslan, 2014). Bunun için hasta güvenliği kültüründe önemli olan nokta, ekip üyeleri arasında bilginin nasıl paylaşıldığıdır (Bahar, 2018).

Hasta güvenlik kültürünün oluşturulabilmesi için sağlık hizmeti sunumunun risk haritası oluşturulup, hangi konularda hataların yapılabileceği belirlenmelidir. Belirlenen hata kaynaklarının önlenmesi için gerekli önlemler alınmalıdır. Çalışanların korkmadan yaptıkları hataları ifade etmeleri sağlanmalıdır. Hataların analiz edilmesi, aynı hataların tekrarlanmasını önleyecektir. Riskli uygulamalarda, gerekli çözümlerin üretilebileceği çevre koşulları sağlanmalıdır. Ayrıca hastane yönetimi, hasta güvenliği için kaynak ayırmalıdır. Hasta güvenliğinin kalıcı olması için önderlik yapılmalı ve hasta güvenliği için her çalışan aktif olarak görev almalıdır. Ekip üyelerinin tümünün hasta güvenliği uygulamalarına katılmaması güvenlikte sorun yaşanmasına neden olacaktır. Bunun yanı sıra hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasının çalışanlara katkısı da paylaşılmalıdır. Böylece sorunun

nedenleri ve çözümlerinin belirlenmesinde kolaylık sağlanmış olacaktır (Elmontsri, Almashrafi & Majeed, 2017; Güven, 2014).

Sağlık hizmetinde oluşabilecek risk faktörlerini en aza indirerek, tıbbi hatalarla karşılaşma olasılıklarını önlemek için, güvenlik kültürünün geliştirilmesi önemlidir. Hasta güvenlik kültürü oluşturulurken dikkat edilmesi gereken noktalar aşağıdaki şekilde gerçekleştirilebilir;

- Riski yüksek olan ve hata yapılabilecek durumlar göz önünde bulundurulmalıdır.
- Tıbbi hataların korkmadan bildirildiği ve kişilerin cezalandırılmadığı bir ortam oluşturulmalıdır.
- Risk oluşturabilecek durumlarda kolaylıkla çözüm sağlanabilen ortam oluşturulmalıdır.
- Hasta güvenliği ile ilgili çalışmalara yeterli kaynak ayrılmalıdır.
- Hasta güvenliği kültürünü oluşturmak ve kalıcı olmasını sağlamak için önderlik yapılmalıdır (Güven, 2014).

Hataların ve sistemle ilgili görülebilecek durumların belirtilmesi ve cezalandırma olmadan ortaya konduğu ortam oluşturulması ve yapılan çalışmaların sürekliliği hasta güvenliği kültürünü olumlu yönde etkilemektedir (Yardımcı, Başbakkal, Beytut, Muslu & Ersun, 2014). Hasta güvenlik kültüründe yenilenme ve gelişmenin devamlılığının sağlanmasında sağlık çalışanları aktif rol almalıdır. Sağlık çalışanlarının görevleri arasında hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi, eksik olan noktaların belirlenmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması yer almaktadır. Hastanelerde kurum içi ve kurumlar arası değerlendirmeler yapılmalıdır. Bu değerlendirmeler sonucunda da gerekli olan düzenlemelerin yapılması gerekmektedir (Çevik, 2018).

Hasta güvenlik kültürünün sağlanması ve geliştirilmesi için çalışanların eğitimi de önemlidir. Hasta güvenliğinde önemli sorumlulukları olan hemşireler için verilmesi gereken eğitim konuları arasında; yaşananların açıkça belirtilmesi, sağlık hizmetinde hatalarda önleyici yaklaşım, hataların belirlenmesi ve izlenmesi, hatalardan bir şeyler öğrenme, personel sayısı ve dağılımı, ilaç hataları, hasta güvenliğine yönelik hastaların eğitimleri yer almaktadır (Tansüyer, 2015).

Güvenlik kültürü hasta sonuçlarının iyileştirilmesi üzerinde olumlu yönde etkilidir (Alsalem et al., 2018). Bu nedenle hasta güvenlik kültürünün oluşturulmasında hasta ve hasta yakınlarının eğitime katılmaları gerekmektedir. Böylece hasta güvenlik kültürü; hastalar ve yakınları tarafından da benimsenmiş olacaktır.

2.4. Hasta Güvenlik İklimi

Güvenlik kültürünün önemli öğelerinden birisi olan güvenlik iklimi, sağlık personellerinin güvenliğe ve sistemden kaynaklı oluşabilecek hatalarının erken belirlenmesine ne kadar inandıklarını ifade etmektedir (Kaya & Balcı, 2018). Güvenlik iklimi terimi ilk olarak 1980’de akademik literatürde ortaya çıkmış ve Zohar’ın (1980) kaza oranlarının yüksek olduğu işletmelerde işçilerin iş güvenliği konusundaki çeşitli algılarını ölçtüğü görülmüştür. Güvenlik ortamı, çalışanların çalışma ortamları hakkında güvenlik ile ilişkili paylaştığı birincil algıların özeti olarak tanımlanmaktadır (Lin et al., 2017; Schwatka, Hecker & Goldenhar, 2016). Zohar, güvenlik ortamından, mesleki davranışlar üzerinde “çalışan algıları” olarak söz etmektedir ve güvenlik sonuçları temel olarak çalışanlar için iş güvenliği ile ilişkilidir (Lin et al., 2017).

Sağlık sektöründe “güvenlik kültürü” ve “güvenlik iklimi” ifadelerinin net bir farkı olmadığı belirtilmektedir. Bu nedenle, güvenlik kültürü tanımının yapılmasının ya da evrensel bir modelin oluşturulmasının kolay olmadığı söylenebilir. Güvenlik iklimi genellikle güvenlik kültürü ile birbirinin yerine kullanılır ve “güvenlik kültürünün ölçülebilir bileşenleri” olarak algılanabilir. Güvenlik iklimi, dış olaylara ve baskılara yanıt olarak değişimler için geçici bir ruh hali olarak tanımlanmaktadır (Alsalem et al., 2018). Bazı bilim insanları güvenlik ikliminin, güvenlik kültürünün bir alt boyutu olduğunu ve kültür kavramı yerine kullanılmaması gerektiğini, iklimin kültürü yansıtmadığını savunsalar da ancak bu iki kavram iç içe geçmiş kavramlardır.

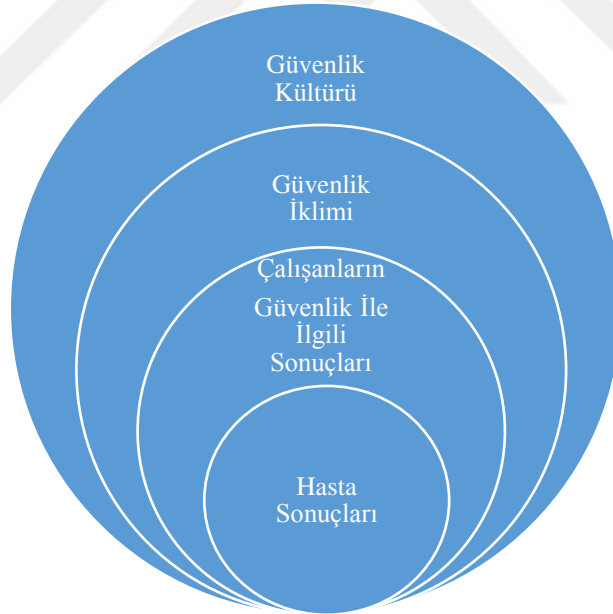
Güvenlik iklimine dikkat etme yönünden, sağlık sektörü endüstriyel sektörden aşağıdaki özellikler açısından farklılık göstermektedir:

- Sağlık sektörü hasta güvenliği sonuçlarına vurgu yapar.
- Çalışma ortamında yüksek derecede karmaşıklık vardır.

- Çalışanların güvenlik davranışlarını etkileyen diğer sağlık uzmanları ve
- Bir güvenlik ortamını sürdürmek için, sağlık hizmeti sağlayıcılarının iş prosedürleri hakkında bilgi sahibi olmaları ve işlerine aşina olmaları ve bireysel yargı prosedürlerine profesyonel yargı uygularken bilgileri kullanmaları gerekir.

Bu nedenle sağlık sektörü, güvenlik ortamını değerlendirirken hasta sonuçlarına daha fazla önem vermektedir ve çalışanların bakış açısı ile daha az ilgilenmektedir (Naghavi, 2015; Lin et al., 2017).

Güvenlik iklimi, çalışma ortamında güvenlik değerlerine ilişkin bireysel algıları açıklayan bir iklim şeklidir. Çalışmalarda iki kavramın gelişimi izlenmiş, kültürün iklimden daha yüksek bir düzeyde olduğu ve iklimin kültürün bir oluşumu olduğu sonucuna varılmıştır. Başka bir ifade ile, güvenlik kültürü daha geniş bir örgütsel özellik iken, güvenlik iklimi güvenlik kültürünün alt kümesidir (Şekil 1) (Alsalem et al., 2018).



Şekil 1. Hasta Güvenlik Kültürü ve Hasta Güvenlik İklimi Boyutları

Güvenlik iklimi ile çalışan davranışlarını inceleyen çalışmalarda, fiziksel ortam ve özellikle, çalışanların organizasyondaki güvenlik eğilimleri ile ilgili algıları güvenlik iklimini etkilediği bulunmuştur. Güvenlik iklimi ile güvenli davranış

arasındaki ilişki kısmen iş tatmini ve yönetim kararlılığı ile desteklenmektedir. Güvenlik iklimi ile iş kazaları arasındaki ilişki ise, hem genel sağlık ve hem de güvenli davranış ile desteklenmektedir. Çalışan güvenliği kültürünün geliştirilmesi için devlete, işverene, çalışana ve meslek gruplarına çeşitli görevler düşmektedir (Kaya & Balcı, 2018).

22 hastaneden 2287 hemşire ile güvenlik ikliminin çalışan güvenliğini ne derece etkilediğinin araştırıldığı bir çalışmada (Clarke, Aiken, Sloane, Sochalski & Silber, 2002) artan iş yükü ve zayıf güvenlik iklimi altında çalışan hemşirelerin delici kesici alet yaralanması, hata oranlarını diğer görülebilecek hatalara oranla %50 ve %200 daha fazla yaşadıkları saptanmıştır. Sağlık hizmetlerinde güvenlik kültürü ve iklimi ile ilgili tartışmaları çözmek ve ilgili tutarsızlıkları belirlemek için araştırma yapılması gerekmektedir (Alsalem et al., 2018).

2.5. Tıbbi Hatalar

Sağlık hizmetleri doğrudan insan yaşamını etkilediği için sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta güvenliğinin sağlanması gerekir. Bunun için, sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışma prosedürleri geliştirilmelidir. Sağlık çalışanlarının eğitilmesi bu konuda önem taşımaktadır. Sağlık hizmetleri sunumu sırasında birçok hata oluşabileceğinden hastaya yapılan herhangi bir işlem sırasında ve işlemden sonra hasta yakından izlenmelidir. Bu nedenle tıbbi hataların yaşanmaması için hasta güvenliğinden ödün vermemek gerekir (Çevik, 2018). Hastane bakım ortamlarında tıbbi hatalar ve hasta güvenliği sorunları birkaç yıldır daha fazla ele alınmaktadır (Bonvedik, Hofoss, Hansen & Deilkas, 2014). JCAHO tıbbi hata kavramını; sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz olması ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesi şeklinde tanımlamaktadır (Güneş, 2011). Başka bir tanıma göre ise, sonuca bakılmaksızın, hizmet sunumu sırasında, herhangi bir sağlık bakım personeli tarafından yapılan, herhangi bir yanlışlıktır. Latince de “kötü, hatalı uygulama” anlamına gelen “malpraktis”te denilmektedir. Tıbbi malpraktis terimi sağlık çalışanlarının hatalı uygulamaları için kullanılmaktadır (Özcan, 2018).

Sağlık bakım personelinin hastalara bakım ve tedavileri sırasında mesleğinin etiğine uygun olmayan davranışta bulunması, bilgi ve beceri yetersizliği sonucu hastaların zarar görmesine neden olması tıbbi hatadır. Tıbbi hatalar, uzuv kaybı, yanlış organ ameliyatı gibi geri dönüşü olmayan ciddi zararlara ve ölümlere neden olmaktadır (Güven, 2014). Literatürde hasta güvenliğine dikkat edilmemesi veya tıbbi hataların sonuçları olarak; ölüm ve hastalık oranında artış, hastanede kalma süresinde artış, hastaya ve yakınlarına verdiği rahatsızlık, hukuksal sorunlar olarak ele alınmaktadır. Ancak hasta güvenliği tıbbi hataları azaltmak anlamına gelmemektedir. Hasta güvenliği hastalara yardım ederken onlara zarar vermeden kaçınma, zarar vermeme demektir (Akgün, 2014).

Tıbbi hatalar;

- Hastaların kimlik bilgilerinin doğrulanması,
- Hasta ve yakınları ile etkin iletişimin sağlanması,
- İlaç uygulama hatası,
- Cerrahi hatalar,
 - ✓ Yanlış taraf cerrahisi
 - ✓ Yabancı cisim unutulması
- Hastane infeksiyonları,
- Hasta düşmeleri,
- Hasta transferi,
- Yanlış uygun olmayan malzeme kullanımı,
- Sağlık personeli iletişim eksikliği ve
- Kan transfüzyon hatalarıdır.

Tıbbi hataların önlenmesi için önlemler alınmalıdır. Hastalara hizmet verirken yapılan işlemler kayıt edilmelidir. Çalışanların istedikleri bilgiye ulaşabilecekleri bir sistemi oluşturulması ile hata yapma olasılığı düşecektir.

Tıbbi hataların önlenmesindeki önemli noktalardan biri hasta eğitimleridir. Hastalara tedavi ve bakım verme sürecinde gerekli bilgi verilmelidir. Bu da hasta ile sağlık çalışanları arasında etkin bir iletişimle olmaktadır. Hastaların risk

değerlendirmesini iyi yapması ve oluşabilecek durumların hasta ile paylaşılması tıbbi hata görülme sıklığını azaltmaktadır (Çınar & Karadakovan, 2016).

2.6. Hasta Güvenliği ve Hemşirelik

Hemşireler, hasta bakım ve tedavisinde doğrudan görev alan ve hastalarla en sık zaman geçiren sağlık çalışanlarıdır. Hasta güvenliği sürecinde hasta bakımının ve tıbbi uygulamaların büyük bir kısmında hemşireler vardır. Hemşirelerin sağlık çalışanları içerisinde sayıca fazla olmaları ve hasta ile daha fazla zaman geçirmeleri nedeni ile hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliği kültürünün sağlanması oldukça önemlidir. Hemşirelerin, bakımın her alanında hasta güvenliği ile iç içe bulunmasından dolayı bir kurumda hasta güvenliği kültüründen söz edebilmek için hasta güvenliği uygulamalarının hemşireler tarafından benimsenmesi ve sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle, özellikle hemşire yöneticiler tarafından, hasta güvenliği kültürüne yönelik ölçüm araçları ile hastanenin ve hemşirelik hizmetlerinin güvenlik kültürünün değerlendirilmesi, elde edilen sonuçlar doğrultusunda gerekli iyileştirmelerin yapılması ve eğitim programlarının düzenlenerek tüm çalışanların bilinçlendirilmesi gerekmektedir (Ongün & İntepeler, 2017; Karaca & Arslan, 2014).

Hemşireler toplumun ve bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve mevcut olan hastalık durumunun iyileştirilmesinden sorumludurlar. Bu nedenle hemşirelerin yapacağı hatalardan ve yanlış uygulamalardan hastalar direkt olarak etkilenmekte ve olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Bir çalışmada (Aiken, Clarke & Sloane, 2002) hemşirelik uygulamaları ve hasta ölümleri arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Hasta güvenliğini belirleyen etmenler arasında; sağlıklı ve güvenli uygulamalara olanak sağlayan sistemlerin bulunmaması, personel yetersizliği, mevcut personelin yeterli ölçüde motive edilmemesi, eğitim eksikliği ve becerilerin yetersizliği nedeni ile istenen performansın gösterilememesi, iletişim sorunları, ayrıca hastanelerin fiziki ortamları ve malzeme eksikliği bulunmaktadır. Bu durumda hastaların ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, risk yaratan durumlar karşısında korunması, istenmeyen olayların rapor edilmesi de hemşirelerin görevleri arasında

yer almaktadır (Candaş & Gürsoy, 2015). Sağlık çalışanlarının hataları rapor edebilmesi için hastane ortamının güvenli olması gerekir. Böylelikle hatalar üzerinde konuşulabilir, durum analizleri yapılabilir, düzeltilebilecek durumların düzeltilmesi kolaylaşır, iyileşme stratejileri geliştirilebilir (Costa et al., 2018).

2.7. Hemşirelerin Hata Yapmasına Neden Olan Faktörler

Hastanelerin karışık yapıda olması, klinikte çalışan personel sayısı, çalışma ortamı, hasta profili, ekip üyeleri arasındaki iletişim, algılanan iş yükü, hemşirelerin yaşadıkları yorgunluk, stres ve yönetsel faktörler nedeni ile hastalar ve hemşireler etkilenmektedir. Hata yapma riskini artıran durumlar arasında bakım, tedavi ve izlemlerin, uygulama kayıtlarının değerlendirmelerinin ve hasta güvenliği ile ilgili girişimlerin yetersiz olması bulunmaktadır. Bu hataların oluşmasında bilgi ve zaman yetersizliği, etkili olmayan iletişim gibi faktörler vardır. Yapılan bir çalışmada; gece vardiyasında çalışmak, sabahın erken saatlerinde çalışmak, mesleki deneyimi az olan personelle çalışmak, iş yükündeki artış ve personelin yorgun olması hata oluşumunu etkileyen faktörler olarak bulunmuştur (Durmaz, 2016).

Yorgunluk, iletişim sorunları, yetersiz zaman, yanlış kararlar alma, tartışmacı kişilik gibi insan kaynaklı sorunlar hemşirelerin hata yapmalarına neden olmaktadır. İşyeri yapısı, sağlık kurum politikaları, idari yapı, personelin yanlış dağılımı, sorunların çözümünde yetersizlik gibi nedenler kurumsal kaynaklı sorunları oluşturmaktadır (Karaca & Arslan, 2014). Yaşanılan bu olumsuz durumlar, hemşirelerin iş veriminin düşmesine, kurumun ekonomik kayıplar yaşamasına, kazaların artmasına, bakım verilen hastaların güvenliğinin tehdit altında kalmasına neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada; meslekte yeni olma, konu hakkında bilgi sahibi olma ve eğitim almış olmanın hemşirelerde hasta güvenliği üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır (Özdemir & Şahin, 2015).

Hemşirelerin yaptıkları hatalar; hekim istemine ya da mevcut protokollere uymama, ilaç kullanım hataları, yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hatalar, hastada yabancı cisim unutulması ile ilgili hatalar, hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hatalar, iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar ve hastanın düşmesi şeklinde sıralanabilir (Çevik, 2018).

2.8. Cerrahi Kliniklerde Hasta Güvenliği ve Önemi

Cerrahi klinikler, cerrahi yoğun bakım ve ameliyathaneler; karmaşık yapıda, gelişmiş donanıma sahip, çalışanların özel bilgi ve beceriye sahip olması gereken, yoğun ve stresli çalışma ortamlarının olduğu ve ekip çalışmasının önemli olduğu birimlerdir (Wang & Tao, 2017). Çalışanların bu nedenle sürekli olarak dikkatli olması gerekmektedir (Rızalar & Topçu, 2017; Çınar & Karadakovan, 2016; Erdağı & Özer, 2015).

“Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” kampanyası ile DSÖ, 2008 yılında cerrahide hasta güvenliğinin önemini vurgulamıştır. Tıbbi hataların %50’sinin cerrahi birimlerde yaşandığı ve bunların da %50’sinin güvenli cerrahi uygulamaları ile önlenildiği bilinmektedir (Wang & Tao, 2017). Güvenli cerrahinin sağlanması için etkili ekip çalışması ile hastaların ameliyat öncesinde, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrasında yani hastaya verilen cerrahi bakım ve tedavinin her aşamasında düzenli ve disiplinli çalışmak önemlidir (Carvalho et al., 2015).

Cerrahide yaşanabilecek durumlar içerisinde; yanlış taraf cerrahisi, transfüzyon ve ilaç hataları, cerrahi yanıklar, yabancı cisim unutulması, düşmeler, sağlık hizmetleri ile ilişkili infeksiyonlar, iğne ve kesici, delici alet yaralanmaları, kullanılan cihazlarla ilişkili sorunlar, pulmoner emboli ve derin ven trombozu yer almaktadır (Ciğerci, Özdemir & Kılıç, 2016; Candaş & Gürsoy 2015). Bu oluşabilecek durumlar doğrultusunda cerrahi birimlerde hasta güvenliğinin sağlanması, hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesi son derece önem taşımaktadır (Bahar, 2018).

2.9. Cerrahi Birimlerde Hasta Güvenliğinin Sağlanması, Sürdürülmesi ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Yeri ve Sorumlulukları

Toplum ve bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi, var olan hastalık durumlarının iyileştirilmesi, ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrasında hasta güvenliğinden sorumlu olan ve hastalara gerekli olan hizmeti sağlayan, diğer sağlık personelleri ile iş birliği içinde olan cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler güvenli ve kaliteli hasta bakımına katkı sağlayan sağlık profesyonelleridir (Karayurt, Damar, Bilik, Özdöker & Duran, 2017). Bu nedenle hasta güvenliğinin sağlanması

için önemli rollere sahiplerdir (Bahar, 2018). Ammouri ve arkadaşları (2015) tarafından aktarıldığına göre JCAHO hemşirelerin hasta takibinde önemli görevleri olduğunu vurgulamış, hemşire sayısının yetersiz olmasının, hastada görülebilecek sorunların fark edilememesi veya erken tanımlanamaması gibi riskleri arttırdığı bildirilmiştir. Atan, Dönmez & Duran (2013) tarafından aktarıldığına göre ICN, hasta güvenliğinin geliştirilmesi için hemşirelerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi, hizmet içi eğitimlerin yapılması, ilaçların güvenli kullanımının sağlanması, cihazların emniyetinin sağlanması, çevre güvenliğinin sağlanması, enfeksiyon ile mücadele edilmesi ve hasta güvenliğine ilişkin bilimsel araştırmaların artırılması gerektiğini vurgulamıştır.

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin stres düzeylerinin, hasta sayısının, enfeksiyon görülme riskinin ve yaşanan ekipman sorunlarının fazla olması nedenleri ile hata ile karşılaşma olasılığı daha yüksektir (Ciğerci ve ark., 2016). Cerrahi hemşirelerinin bu nedenle yerine getirmesi gereken birçok rolü bulunmaktadır. Bu rollerin dışında dikkat etmesi gereken hasta güvenliğini sağlamaya ve hastaları oluşabilecek zararlardan korumaya yönelik işlevleri de bulunmaktadır. Bunlar içinde kimlik doğrulama, ilaç hataları gibi tıbbi hataların önlenmesi, hasta düşmelerinin ve enfeksiyon gelişiminin önlenmesi, hastaların ameliyat sonrası eski işlevlerini tekrar kazanması yer almaktadır (Ciğerci ve ark., 2016; Candaş & Gürsoy, 2015). Bu bilgiler doğrultusunda, hasta güvenliği için hasta güvenliği uygulamalarının hemşireler tarafından benimsenmesi ve sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir. Hemşire yöneticilerin hemşireleri teşvik etmesi, hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik girişimlerde bulunması ve bu girişimlerin sonuçlarını takip etmesi son derece önem taşımaktadır (Kowalski & Anthony, 2017; Karaca & Arslan, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği konusunda tutumlarının belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Sivas ilinde yer alan Numune Hastanesi ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesinde 01.07.2018-01.10.2018 tarihleri arasında uygulandı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sivas Numune Hastanesi ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerinde 220, cerrahi yoğun bakımlarda 66 ve ameliyathanede 76 olmak üzere 362 hemşire oluşturdu. Araştırmanın örneklemini, cerrahi kliniklerde 164, yoğun bakımlarda 26 ve ameliyathanede 33 olmak üzere 223 hemşire oluşturdu. Çalışmanın gerçekleştirildiği tarihler arasında 38 hemşire izinli idi, 101 hemşire ise çalışmaya katılmak istemediği için çalışma 223 hemşire ile tamamlandı.

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

3.4.1. **Bağımlı değişkenler;** Hasta güvenliği tutum ölçeğine ait iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama, çalışma koşulları alt boyutları.

3.4.2. **Bağımsız değişkenler;** hemşirelerin özellikleri.

3.4.2.a. Sosyodemografik özellikler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi.

3.4.2.b. Mesleki özellikler; meslekte çalışma süreleri, çalışılan birimler, çalışma pozisyonları, çalıştıkları şiffler, haftalık çalışma saatleri, günlük bakım verilen hasta sayısı, hasta güvenliği ile ilişkili eğitim alma durumu.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak Anket Formu ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği kullanıldı.

3.6. Anket Formu

Anket formunda cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi, çalışma pozisyonu, çalıştığı şifti, haftalık ortalama çalışma saati, günlük bakım verdiği hasta sayısı, hasta güvenliği ile ilişkili olarak eğitim alma durumlarına yönelik 11 soru ve hasta güvenliğinde dikkat edilmeyen noktalar ile hemşirelerin bu konudaki önerilerini içeren 2 açık uçlu soru olmak üzere toplam 13 soru yer almaktadır (Ek-1). Bu form literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır (Bahar, 2018; Çiçek, 2018; Özcan, 2018; Smits et al., 2018; Elsous et al., 2017; Abdi, Delgoshaei, Ravaghi, Abbasi & Heyrani, 2015; Bonvedik et al., 2014; Özdemir, 2014).

3.7. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (HGTÖ)

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği, 2006 yılında Sexton ve ark. tarafından sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin yoğun bakım, kadın doğum, ameliyathane gibi farklı birimlerde uygulanabilecek versiyonları bulunmaktadır. Baykal ve ark. (2010)'ı tarafından Türkçe 'ye uyarlanarak, tüm birimlerde uygulanabilir yapıya dönüştürülmüştür. Ölçek 6 alt boyuttan, 46 maddeden oluşmaktadır ve 5'li Likert yapıdadır (Ek-2). Beşli Likert tipinde olan ölçek "5-tamamen katılıyorum", "4-katılıyorum", "3-kısmen katılıyorum", "2-katılmıyorum", "1-kesinlikle katılmıyorum" şeklinde puanlanmakta olup, ölçeğin bazı maddeleri negatif puanlanmaktadır. 21., 36., 37., 38., 39., 40., 41., 42., 43. ve 45. maddeler ters yönde puanlanmıştır. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça çalışanların hasta güvenliğine ilişkin tutumları daha olumlu olmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.93'tür. (Baykal, Şahin & Altuntaş, 2010). Bu çalışmada HGTÖ Cronbach's Alpha katsayısı .945 olarak belirlendi.

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alt boyutları şu şekilde sıralanmaktadır:

İş doyumu: İş doyumu alt boyutu 11 maddeden oluşmaktadır ve çalışanların kurum içindeki işlerinden duyduğu memnuniyetleri hakkında bilgi vermektedir.

Ekip çalışması: Ekip çalışması alt boyutu 12 maddeden oluşmaktadır ve çalışanlar arasındaki iletişimin ve işbirliğinin kalitesinin nasıl algılandığını belirtmektedir.

Güvenlik iklimi: Güvenlik iklimi alt boyutu 5 maddeden oluşmakta ve hastanede, hasta güvenliğine ilişkin kuralların ve yönergelerin dikkate alınması durumlarının, çalışanlar tarafından nasıl algılandığı konusunda bilgi vermektedir.

Stresi tanımlama: Stresi tanımlama alt boyutu 5 maddeden oluşmakta ve hastanın bakımı sırasında, çalışanların stres faktörlerinin iş performansını ne kadar etkilediği ve kendi stresleri ile ilgili tutumlarını belirlemektedir.

Çalışma koşulları: Çalışma koşulları alt boyutu 6 maddeden oluşmakta ve çalışanların çalışma ortamının kalitesine ilişkin algılarını ifade etmektedir.

Yönetim anlayışı: Yönetim anlayışı alt boyutu 7 maddeden oluşmakta ve çalışanların hasta güvenliği konusunda çalışma ve çabalarının, hastane yönetimi tarafından ne ölçüde desteklendiğini göstermektedir (Rigobello et al., 2017).

3.8. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Hemşire olmak
- Cerrahi birimlerde çalışıyor olmak

3.9. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasına, çalışmanın yapılacağı kurumların bağlı bulunduğu sağlık kuruluşundan çalışma izni alındıktan sonra başlandı. Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından cerrahi birimlerde çalışan ve araştırmaya gönüllü katılmak isteyen hemşirelere uygulanarak toplandı.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Anket uygulaması sonucunda elde edilen verilerin istatistik analizi, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 22.0 istatistik programı kullanılarak yapıldı. Ankette yer alan ifadeler (maddeler) ve boyut ortalamalarının değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (standart sapma, ortalama, sayı ve yüzde) kullanıldı.

Hasta güvenliği tutum ölçeğinde yer alan altı alt boyut (iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetime anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları) ile hemşirelerin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi) ve mesleki özellikleri (meslekte çalışma süresi, görev yapılan birim, çalıştıkları pozisyon, çalışılan şiffler, haftalık çalışma saati, günlük bakım verilen hasta sayısı, hasta güvenliği ile ilişkili eğitim alma durumu) karşılaştırıldı. Ölçek alt boyutlarının sınaması ile verilerin normal dağılımları için yapılan Kolmogorov-Smirnov testine göre veri setinin normal dağılımları sağlamamasından dolayı istatistiksel analizler nonparametrik testler ile analiz edildi. İş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutlarının analizleri; iki alt grubu olan bağımlı veya bağımsız değişkenin incelenmesi Mann Whitney U testi ile, ikiden fazla değişkenin olduğu durumlarda da Kruskal Wallis H testi ve ölçek alt boyutları arasındaki ilişkileri belirlemek için Pearson korelasyon testleri ile analizi yapıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi kabul edildi.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2018-01/20 no'lu izin alındı (Ek-3). Daha sonra Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden (Ek-4) ve araştırmanın uygulandığı Sivas Numune Hastanesi (Ek-5) ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi yönetiminden yazılı izinler (Ek-6) alındı.

4. BULGULAR

Tablo 1. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	n	%
Yaş		
20-24 yaş	42	18.8
25-29 yaş	83	37.2
30-35 yaş	61	27.4
36 ve üzeri yaş	37	16.6
Cinsiyet		
Kadın	170	76.2
Erkek	53	23.8
Medeni Durum		
Evli	114	51.1
Bekar	109	48.9
Eğitim Durumu		
Lise	67	30.0
Lisans	128	57.4
Yüksek Lisans ve üzeri	28	12.6

Tabloda 1’de cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin demografik özelliklerinin sayı ve yüzdelik dağılımları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hemşirelerin %37.2’si 25-29 yaş arasındadır ve %76.2’si kadınlardan oluşmaktadır. Hemşirelerin %51.1’i evlidir ve %57.4’ünün eğitim durumu lisans düzeyindedir.

Tablo 2. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
Meslekte çalışma süresi		
0-5 yıl arası	101	54.3
5 yıl üzeri	122	45.7
Çalıştığı Birim		
Cerrahi Klinik	164	73.5
Yoğun Bakım	26	11.7
Ameliyathane	33	14.8
Çalışma pozisyonu		
Servis hemşiresi	203	91.0
Sorumlu hemşire	20	9.0
Çalıştığı shift		
08-16	73	32.7
16-08	90	40.4
08-08	60	26.9
Haftalık çalışma süresi		
40 saat	73	32.7
40 saat üzeri	150	67.3
Günlük bakım verdiği hasta sayısı		
1-10 hasta	80	35.9
11-19 hasta	107	48.0
20 ve üzeri hasta	36	16.1
Hasta güvenliği ile ilişkili eğitim alma durumu		
Evet	199	89.2
Hayır	24	10.8

Tabloda 2’de cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki özelliklerinin sayı ve yüzdelerle dağılımları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hemşirelerin %45.7’inin 5 yıl üzeri çalıştığı, %73.5’inin cerrahi kliniklerde çalıştığı, %91.0’ının klinik hemşiresi olarak çalıştığı, %40.4’ünün 16-08 vardiyasında, %67.3’ünün haftalık 40 saat üzerinde çalıştığı, %48.0’ının günlük 11-19 arasında hastaya bakım verdiği, %89.2’sinin hasta güvenliği konusunda eğitim aldığı belirlendi.



Tablo 3. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Dikkat Etmedikleri Noktalara İlişkin Görüşleri

Dikkat edilmeyen noktalar	n	%
Hasta taşınması ve transferi sırasındaki dikkatsizlikler	46	20.6
8 doğru ilkeye dikkat edilmemesi	27	12.1
El hijyenine dikkat edilmemesi	25	11.2
Bakım ve tedavide aksaklıklar	22	9.9
Hastaya karşı yaklaşımda tutarsızlıklar ve iletişim eksikliği	20	9.0
Hekim order değişikliklerine dikkat etmemek	18	8.1
Nöbet tesliminde eksiklikler	18	8.1
Tıbbi uygulamalarda hatalar	16	7.2
İş yükünün fazla olması	16	7.2
Hemşire sayısının az olması	15	6.7
Malzeme eksikliği	14	6.3
Eğitimin düşük olması	13	5.8
Taraf işaretlemelerde hatalar	13	5.8
Ziyaret saatleri ve ziyaretçi sayılarına dikkat edilmemesi	13	5.8
Çalışma saatlerinin fazla olması	13	5.8
Hemşirelerin dikkatsizliği	11	4.9
Pansumanda steriliteye dikkat edilmemesi	10	4.5
Motivasyon düşüklüğü yaşanması	10	4.5
Bilgi gizliliğine dikkat edilmemesi	9	4.0
Hastaların onam belgelerinin tam olarak okumamaları	9	4.0
Hemşirelik bakım kayıtlarının tutulmaması	7	3.1
Gereksiz tetkik yapılması	6	2.7
Güvenli cerrahi kontrol listesi kontrolündeki eksiklikler	4	1.8

Tablo 3'te hemşirelerin hasta güvenliği konusunda dikkat etmedikleri noktalara ilişkin görüşlerinin dağılımları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, hemşirelerin %20.6'sının hasta taşınması ve transferi sırasındaki dikkatsizlikleri, %12.1'inin 8 doğru ilkeye dikkat edilmemesini, %9.0'ının iletişim eksikliğini,

%1.8'inin güvenli cerrahi kontrol listesi kontrolünde eksiklikleri, %2.7'sinin hastalara gereksiz tetkik yapılmasını, %3.1'inin hemşirelik bakım kayıtlarının tutulmamasını hasta güvenliği ile ilişkili sorun gördükleri belirlendi.



Tablo 4. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğini Sağlamak İçin Önerileri

Öneriler	n	%
Hasta ve çalışanlara iletişimin güçlendirilmesi	46	20.6
Hasta ve yakınlarına doğru ve eksiksiz bilgi verilmeli	39	17.5
Ameliyat öncesi ve sonrası hasta takibi düzenli yapılmalı	36	16.1
Enfeksiyon riskini azaltacak önlemler alınmalı	36	16.1
8 doğru ilkeye dikkat edilmeli	34	15.2
Hemşirelerin eğitim ve motivasyonu artırılmalı	33	14.8
Hemşire sayısı artırılmalı	30	13.5
İlaçların güvenli kullanımı sağlanmalı	28	12.6
Çalışma koşulları iyileştirilmeli	28	12.6
Hasta düşmelerine karşı gerekli önlemler alınmalı	25	11.2
Hastanın taşınması ve transferi sırasında dikkatli olunmalı	22	9.9
Hemşire gözlem formları eksiksiz doldurulmalı	21	9.4
Ziyaretçi sayısı ve ziyaret saatlerine dikkat edilmeli	21	9.4
Ekip ile işbirliği içinde çalışılmalı	20	9.0
Mahremiyete dikkat edilmeli	19	8.5
Nöbet teslimleri eksiksiz yapılmalı	18	8.1
Yeterli malzeme sağlanmalı	16	7.2
Cerrahi uygulanacak bölgeye uygun taraf işaretlenme yapılmalı	15	6.7
Yara bakımı ve pansumanlar dikkatli yapılmalı	13	5.8
Gereksiz tetkiklerden kaçınılmalı	9	4.0
Yaşanılan sorunlar raporlanmalı	6	2.7
Güvenli cerrahi kontrol listesi kontrolü tam yapılmalı	5	2.2

Tablo 4'te hemşirelerin hasta güvenliğini sağlamak için önerilerine ilişkin dağılımları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hemşirelerin %20.6'sının hasta ve çalışanlar ile iletişimin güçlendirilmesini, %17.5'inin hasta ve yakınlarına doğru ve eksiksiz bilgi verilmesini, %16.1'inin preoperatif ve postoperatif hasta takibinin düzenli yapılmasını ve %16.1'inin infeksiyon riskini azaltacak önlemler alınmasını, %15.2'sinin 8 doğru ilkeye dikkat edilmesini hasta güvenliği için gerektiği önerilerinde bulunduğu belirlendi. Bunun yanı sıra güvenli cerrahi kontrol listesi kontrolü tam yapılmalı (%2.2) nerisine ve yaşanılan sorunlar raporlanmalı (%2.7) nerisini en az düzeyde önerdikleri belirlendi.



Tablo 5. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

*HGTÖ Alt Boyutları	20-24 yaş (n=42)	25-29 yaş (n=83)	30-35 yaş (n=61)	36 yaş ve üzeri (n=37)	KW	P
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$		
İş doyumunu	32.02±10.43	33.32±10,03	33.96±9.30	35.59±8.22	2.668	0.446
Ekip çalışması	40.30±13.48	42.92±8.99	41.77±8.76	44.48±6.50	3.673	0.299
Güvenlik iklimi	15.95±5.85	17.92±5.09	18.16±4.03	18.62±4.25	5.007	0.171
Yönetim Anlayışı	23.35 ± 8.36	25.15±6.31	25.22±5.79	26.94±4.55	2.371	0.499
Stresi tanımlama	16.73±5.07	15.19±4.70	14.83±4.83	13.59±5.58	7.989	0.046
Çalışma koşulları	21.73±3.83	21.01±4.49	21.24±4.10	21.64±3.95	0.491	0.921
HGTÖ toplam	150.11±35.97	155.84±29.85	155.21±27.56	160.89±23.66	2.100	0.552

*HGTÖ=Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği, *Anlamlılık düzeyi: p<0.05*

Tablo 5’de cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin yaşına göre HGTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, yaşa göre HGTÖ iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ve çalışma koşulları alt boyut ve HGTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Stresi tanımlama alt boyutu %95 güven aralığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.046$; $p<0.05$). Bu farklılığın nedeni yaşın artmasıyla stresi tanımlama puanlarının azalmasıdır.

Tablo 6. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Cinsiyetine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

HGTÖ Alt boyutları	Kadın (n=170)	Erkek (n=53)	U	P
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$		
İş doyumu	33.69 ± 9.09	33.43±11.29	-1.147	0.251
Ekip çalışması	42.84±9.65	40.88±9.52	-0.428	0.669
Güvenlik iklimi	17.94±4.80	17.07±5,18	-0.040	0.968
Yönetim anlayışı	25.33±6.52	24.49±6.09	-0.215	0.830
Stresi tanımlama	15.18±5.04	14.92±4.98	-1.341	0.180
Çalışma koşulları	21.47±4.24	20.83±3.89	-0.078	0.938
HGTÖ toplam	156.64±4.24	151.63±28.95	-0.155	0.8770

U=Mann-Whitney U p<0.05

Tablo 6’da cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin cinsiyetine göre HGTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü kadınların HGTÖ alt boyut puan ortalamalarının erkeklerle göre daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin cinsiyete göre hasta güvenliği ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 7. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Medeni Durumuna Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

HGTÖ Alt Boyutlar	Evli (n=114) $\bar{x} \pm Ss$	Bekar (n=109) $\bar{x} \pm Ss$	U	P
İş doyumu	34.03±9.07	33.21±10.21	0.171	0.679
Ekip çalışması	42.63±7.79	42.11±11.27	0.002	0.961
Güvenlik iklimi	18.14±4.06	17.30±5.63	0.093	0.760
Yönetim anlayışı	25.50±2.35	24.74±7.38	0.000	0.985
Stresi tanımlama	14.17±4.87	16.12±4.99	7.386	0.07
Çalışma koşulları	21.48±3.79	21.14±4.53	0.008	0.929
HGTÖ toplam	155.98±24.41	154.84±34.29	0.040	0.841

U=Mann-Whitney U p<0.05

Tablo 7’ de cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin medeni durumuna göre HGTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi medeni duruma göre HGTÖ alt boyutları iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ve çalışma koşulları alt boyut ve HGTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Stresi tanımlama alt boyutu ise istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.007$; $p<0.05$). Bu farklılığın nedeni ise evli olan hemşirelerin stresi tanımlama düzeyleri, bekar olanlara göre daha düşük olmasıdır.

Tablo 8. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Eğitim Düzeyine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

HGTÖ Alt boyutları	Lise (n=67)	Lisans (n=128)	Yüksek lisans ve üzeri (n=28)	KW	P
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$		
İş doyumu	34.22±10.19	33.96±9.04	30.71±10.72	2.963	0.227
Ekip çalışması	41.76±9.66	43.15±9.56	40.28±9.80	1.009	0.604
Güvenlik iklimi	17.13±5.54	17.86±4.57	18.57±4.72	1.824	0.402
Yönetim Anlayışı	24.79±7.21	25.35±6.05	24.92±6.22	0.177	0.915
Stresi tanımlama	15.22±5.20	15.07±5.09	15.07±4.34	0.015	0.993
Çalışma Koşulları	21.53±4.30	21.33±4.20	20.71±3.74	0.973	0.615
HGTÖ toplam	154.67±31.03	156.96±29.02	150.28±28.89	0.581	0.560

KW= Kruskal-Wallis p<0.05

Tablo 8’de cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin eğitim düzeyine göre HGTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi eğitim düzeyine göre HGTÖ iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyut ve HGTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 9. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

HGTÖ Alt boyutlar	0-5 yıl (n=101)	5 yıl üzeri (n=122)	U	P
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$		
İş doyumu	33.05±9.98	34.10±9.35	0.680	0.410
Ekip çalışması	41.70±10.77	42.93±8.58	1.907	0.167
Güvenlik iklimi	17.15±5.31	18.21±4.50	1.684	0.194
Yönetim anlayışı	24.36±7.29	25.77±5.55	0.944	0.319
Stresi tanımlama	15.93±4.93	14.45±5.01	4.957	0.026
Çalışma koşulları	21.41±4.28	21.23±4.08	0.232	0.630
HGTÖ toplam	153.85±33.18	156.72±26.32	0.587	0.444

U=Mann-Whitney U p<0.05

Tablo 9’da cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre HGTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi meslekte çalışma sürelerine göre HGTÖ ölçek alt boyutları iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ve çalışma koşulları ve HGTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Stresi tanımlama alt boyutu ise istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.026$; $p<0.05$). Bu farklılığın nedeni, meslekte 0-5 yıl arası çalışan hemşirelerin stresi tanımlama düzeyi 5 yıl üzeri çalışanlara göre daha yüksek olmasıdır.

Tablo 10. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Birimlerine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

HGTÖ Alt Boyutları	Cerrahi servis (n=164)	Yoğun bakım (n=26)	Ameliyathane (n=33)	KW	P
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$		
İş doyumu	33.78±9.31	33.19±12.03	33.24±9.41	0.073	0.930
Ekip çalışması	43.20±8.96	37.92±13.35	41.75±8.68	3.532	0.031
Güvenlik iklimi	17.96±4.42	17.07±5.99	17.12±6.17	0.669	0.513
Yönetim anlayışı	25.51±5.81	25.50±6.92	22.96±8.42	2.224	0.111
Stresi tanımlama	15.47±5.20	15.46±3.63	13.12±4.70	3.135	0.045
Çalışma koşulları	21.54±4.07	21.15±3.47	20.30±5.00	1.254	0.288
HGTÖ toplam	157.64±28.01	150.30±35.54	148.51±31.39	1.761	0.174

KW= Kruskal-Wallis p<0.05

Tablo 10’da cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin çalışma birimlerine göre HGTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi çalışma birimlerine göre HGTÖ alt boyutları iş doyumu, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ve çalışma koşulları ve HGTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Ekip çalışması ($p=0.031$; $p<0.05$) ve stresi tanımlama ($p=0.045$; $p<0.05$) alt boyutları ise çalışılan birime göre, istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Yapılan analizde bu farklılığın nedeni ekip çalışması alt boyutunun cerrahi servisi hemşirelerinin yüksek puan almasıyken, stresi tanımlama alt boyutunda ameliyathane hemşirelerinin düşük puan almasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 11. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Pozisyonuna Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

HGTÖ Alt Boyutları	Servis hemşiresi (n=203)	Sorumlu hemşire (n=20)	U	P
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$		
İş doyumu	33.32±9.58	36.80±9.89	2.388	0.124
Ekip çalışması	42.17±9.58	44.45±10.20	1.017	0.314
Güvenlik iklimi	17.58±4.93	19.30±4.34	2.250	0.135
Yönetim anlayışı	24.91±6.46	27.35±5.61	2.633	0.106
Stresi tanımlama	15.04±4.98	15.90±5.47	0.527	0.469
Çalışma koşulları	21.20±4.11	22.45±4.65	1.625	0.204
HGTÖ toplam	154.35±29.13	166.25±32.58	2.969	0.086

U=Mann-Whitney U $p<0.05$

Tablo 11’de cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin çalışma pozisyonuna göre HGTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi sorumlu hemşirelerin HGTÖ alt boyut puan ortalamalarının servis hemşirelerine göre daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin çalışma pozisyonuna göre HGTÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 12. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çalıştığı Şifte Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

HGTÖ Alt boyutları	08-16 (n=73)	16-08 (n=90)	08-08 (n=60)	KW	P
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$		
İş doyumu	35.80±8.98	31.47±10.37	34.21±8.67	4.346	0.014
Ekip çalışması	44.58±10.22	39.82±10.19	43.51±6.89	5.740	0.004
Güvenlik iklimi	18.52±4.27	16.82±5.66	18.15±4.19	2.754	0.066
Yönetim anlayışı	26.24±6.09	23.73±6.91	25.88±5.71	3.733	0.025
Stresi tanımlama	15.69±5.41	14.63±4.76	15.15±4.90	0.908	0.405
Çalışma koşulları	22.08±3.95	20.67±4.33	21.35±4.07	2.319	0.101
HGTÖ toplam	162.94±29.95	147.16±30.16	158.72±25.18	6.550	0.002

KW= Kruskal-Wallis p<0.05

Tablo 12’de cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin çalıştıkları şifte göre hasta güvenliği tutum ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi çalışılan şifte göre HGTÖ güvenlik iklimi, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutunun çalışılan şifte göre HGTÖ alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. HGTÖ iş doyumu, ekip çalışması ve yönetim anlayışı alt boyut ve toplam HGTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Ölçeğin tamamına bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farklılığın nedeni 16-08 şiftinde çalışan hemşirelerin iş doyumu, ekip çalışması, yönetim anlayışı alt boyut ve ölçek toplam puanından düşük puan almasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 13. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatine Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

HGTÖ Alt boyutları	40 saat (n=73)	40 saat üzeri (n=150)	U	P
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$		
İş doyumu	34.32±9.08	33.29±9.90	0.566	0.453
Ekip çalışması	43.23±9.35	41.96±9.77	0.856	0.356
Güvenlik iklimi	18.38±4.21	17.42±5.18	1.904	0.169
Yönetim anlayışı	25.23±6.16	25.8±6.56	0.025	0.874
Stres tanımlama	15.28±5.11	15.04±4.27	0.118	0.731
Çalışma koşulları	22.00±3.87	20.98±4.27	2.929	0.088
HGTÖ toplam	158.48±29.45	153.93±29.61	1.148	0.285

U=Mann-Whitney U p<0.05

Tablo 13’de cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin haftalık çalışma saatine göre HGTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi 40 saat çalışanların HGTÖ alt boyut puan ortalamalarının 40 saat üzeri çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin haftalık çalışma süresinin HGTÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 14. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Günlük Bakım Verdiği Hasta Sayısına Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan

HGTÖ Alt boyutları	1-10 hasta (n=80)	11-19 hasta (n=107)	20 ve üzeri hasta (n=36)	KW	P
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$		
İş doyumu	33.57±9.97	33.60±9.18	33.83±10.46	0.010	0.991
Ekip çalışması	41.47±11.33	42.81±8.41	43.08±9.02	0.554	0.575
Güvenlik iklimi	17.15±5.77	18.01±4.30	18.19±4.44	0.906	0.406
Yönetim anlayışı	26.07±6.64	24.69±6.09	24.36±6.80	1.378	0.254
Stresi tanımlama	15.02±5.48	15.39±4.97	14.52±4.08	0.420	0.658
Çalışma koşulları	20.77±4.67	21.57±3.99	21.77±3.36	1.095	0.336
HGTÖ toplam	154.36±32.47	156.09±28.23	155.77±27.46	0.080	0.901

Ortalamaları

KW= Kruskal-Wallis $p<0.05$

Tablo 14’de cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin günlük bakım verdiği hasta sayısına göre HGTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi günlük bakım verilen hasta sayısına göre HGTÖ iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları ve HGTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 15. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği İle İlişkili Eğitim Alma Durumuna Göre Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

HGTÖ Alt boyutları	Hasta güvenliği ile ilişkili eğitim		U	P
	Alan (n=199)	Almayan (n=24)		
	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$		
İş doyumu	33.66±9.14	33.33±13.26	0.026	0.873
Ekip çalışması	42.44±9.51	41.79±10.81	0.099	0.754
Güvenlik iklimi	17.74±4.83	17.66±5.54	0.005	0.942
Yönetim anlayışı	25.27±6.20	24.00±8.08	0.839	0.361
Stresi tanımlama	15.03±4.91	15.83±5.90	0.539	0.463
Çalışma koşulları	21.20±4.14	22.29±4.31	1.470	0.227
HGTÖ toplam	155.48±28.69	154.91±36.75	0.008	0.929

U=Mann-Whitney U p<0.05

Tablo 15’de cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği ile ilişkili eğitim alma durumuna göre HGTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hemşirelerin hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumuna göre HGTÖ iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları ve HGTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 16. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

HGTÖ Alt boyutlar	Ort	Ss	Min	Max
İş doyumu	33.6323	9.638	11.00	55.00
Ekip çalışması	40.9686	9.488	12.00	60.00
Güvenlik iklimi	17.7354	4.903	5.00	25.00
Yönetim anlayışı	25.1345	6.422	7.00	35.00
Stres tanımlama	14.8514	4.999	5.00	25.00
Çalışma koşulları	17.0224	3.710	6.00	30.00
HGTÖ toplam	149.3829	28.023	46.00	230.00

Tablo 16’da cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin HGTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları görülmektedir. Tabloda incelendiğinde, HGTÖ toplam puan ortalamasının 149.382 ± 28.023 , “ekip çalışması” 40.9686 ± 9.488 alt boyut puan ortalamasının en yüksek, “stresi tanımlama” 14.8514 ± 4.999 puan ortalamasının en düşük olduğu belirlendi. Stresi tanımlama alt boyut puanının düşük olmasının nedeni beş maddeden oluşuyor olmasıdır, ekip çalışması alt boyut puanının yüksek olması ise on iki maddeden oluşuyor olmasıdır.

Tablo 17. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Pearson Korelasyon

HGTÖ Alt Boyutlar		İş doyumu	Ekip çalışması	Güvenlik iklimi	Yönetim anlayışı	Stresi tanımlama	Çalışma koşulları
İş doyumu	r	1					
	p						
Ekip çalışması	r	,687**	1				
	p	,000					
Güvenlik iklimi	r	,632**	,730**	1			
	p	,000	,000				
Yönetim anlayışı	r	,609**	,593**	,713**	1		
	p	,000	,000	,000			
Stresi tanımlama	r	,066	,014	,051	,115	1	
	p	,329	,833	,450	,088		
Çalışma koşulları	r	,043	,001	,042	,212**	,462**	1
	p	,519	,992	,531	,001	,000	

****** $p < 0.01$, Pearsonn korelasyon analizi uygulanmıştır.

Tablo 17’de HGTÖ alt boyutları arasındaki Pearson korelasyon sonuçları verilmiştir. Tablo incelendiğinde; iş doyumu ile ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı arasında; ekip çalışması ile güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı arasında ve güvenlik iklimi ile yönetim anlayışı arasında ve çalışma koşulları ile yönetim anlayışı ve stresi tanımlama arasında ileri derecede pozitif yönde ilişki olduğu belirlendi. Diğer boyutlar arasındaki ilişki anlamlı düzeyde değildi.

5. TARTIŞMA

Çalışma, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili tutumlarını belirlemek amacı ile yapıldı. Hasta güvenliği, bakım ve tedavi sırasında hastalara zarar verme riskinin en aza indirilmesini amaçlayan davranışları içeren yapılanmadır. Bu yapılanmada hemşireler önemli bir yere sahiptir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin HGTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının orta düzeyin üzerinde olduğu belirlendi. Yapılan diğer araştırmalarda da bu çalışmanın bulgusuna benzer şekilde hemşirelerin hasta güvenliği ile ilişkili tutumlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Rızalar & Topçu, 2017; Durgun & Kaya, 2017; Cığerci ve ark., 2016; Özdemir & Şahin, 2015; Erdağı & Özer, 2015). Bir başka çalışmada ise (Şahin, Ayhan & Kurşun, 2015), hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının orta düzeyin altında olduğu belirlenmiştir. Çalışmaların bu sonuçları hemşirelerin hasta güvenliği konusunda eğitime gereksinimleri olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada kadın, evli, 36 yaş ve üzeri, sorumlu pozisyonunda, 08-16 vardiyasında, cerrahi kliniklerinde, 5 yıl ve üzeri çalışan, hasta güvenliği ile ilişkili eğitim alan ve haftada 40 saat çalışan hemşirelerin toplam HGTÖ ortalama puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Birkaç çalışmada bu çalışmanın bulgusuna benzer şekilde sonuçlar belirlenmişken (Durgun & Kaya 2017; Ammouri et al., 2015; Karaca & Arslan, 2014), bazı çalışmalarda (Elsous et al. 2017; Şahin & ark., 2015; Hwang, 2015) çalışanların yaşı arttıkça hasta güvenliği tutumlarının olumlu yönde geliştiği belirlenmiştir. Bazı çalışmalarda hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre HGTÖ ortalama puanı arasında fark bulunmamış (Durgun & Kaya 2017; Karayurt ve ark., 2017; Karaca & Arslan, 2014), bazı çalışmalarda ise (Ongün & İntepeler, 2017; Şahin ve ark., 2015; Özdemir & Şahin, 2015, Hwang, 2015) mesleki deneyim arttıkça hasta güvenliğine ilişkin tutumların olumlu, haftalık 35-40 saatten fazla çalışmanın olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Elsous et al., 2017; Şahin ve ark., 2015). Literatürdeki bu çeşitlilik çalışmaların yapıldığı kurumların kurum kültürlerinin farklılığından kaynaklanıyor olmasıdır.

Ekip çalışması alt boyutu, çalışanlar arasındaki iletişimin ve işbirliğinin nasıl algılandığını ifade etmektedir (Rigobello et al., 2017). Bu çalışmada hemşirelerin

HGTÖ'nin “**ekip çalışması**” alt boyutu ortalama puanının diğer boyutlardan daha yüksek olduğu belirlendi (40.9689±9.488). Ekip çalışması alt boyutundan alınabilecek en yüksek puanın 60 olduğu düşünüldüğünde, cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ekip çalışmasında istenilen düzeye yakın oldukları ancak, eksikleri olduğu söylenebilir. Bu konuda son zamanlarda yapılan çalışmalarda (Smits et al., 2018; Elsous et al., 2016; Şahin ve ark., 2015; Wagner, Smits, Sorra & Huang, 2013) hemşirelerin ekip çalışması alt boyut ortalama puanının benzer şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Ekip çalışması iş doyumunu arttırarak hata yapma riskini azalttığı için hasta ve çalışan güvenliğinde önemlidir (Bahar, 2018; Ongün & İntepeler, 2017).

Çalışmada kadın, evli, 36 yaş ve üzeri, sorumlu pozisyonunda, 08-16 vardiyasında, cerrahi kliniklerinde, 5 yıl ve üzeri çalışan, hasta güvenliği ile ilişkili eğitim alan ve haftada 40 saat çalışan hemşirelerin ekip çalışması ortalama puanının daha yüksek olduğu belirlendi.

Yapılan çalışmalarda da (Yılmaz, Işık & Akça, 2017; Elsous et al., 2017; Fermo, Radünz, Rosa & Marinho, 2015; Raftopoulos & Palvakis, 2013) benzer şekilde hemşirelerin yaşı arttıkça ekip çalışması tutumlarının olumlu, medeni durumun ekip çalışmasını etkilemediği (Çevik, 2018), erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre ekip çalışması ortalama puanının yüksek olduğu (Bonvedik et al., 2014) belirlenmiştir. Ayrıca mesleki deneyim arttıkça ekip çalışması tutumlarının olumlu (Smits et al. , 2018; Elsous et al., 2017; Raftopoulos & Palvakis, 2013), bir başka çalışmada ise (Karayurt ve ark., 2017), mesleki deneyimi az olan sağlık çalışanlarının, ekip çalışması ortalama puanı, mesleki deneyimi fazla olanlara göre, ameliyathane hemşirelerinin puanının (Bahar, 2018) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

İyi bir ekip çalışması hasta güvenliğinin sağlanması için oldukça önemlidir. Literatürde, ekip çalışmasına dikkat edilen birimlerde, hasta bakım ve tedavi sonuçlarının daha iyi olduğu, ayrıca çalışanların daha az stres yaşadıkları ve iş doyumlarının daha fazla olduğu vurgulanmaktadır (Elsous et al., 2017; Raftopoulos & Pavlakis, 2013).

Çalışmada hemşirelerin HGTÖ'nün “**stresi tanımlama**” alt boyutundan en düşük puanı aldıkları, ancak alınan puanın (14.8514±4.999) orta düzeyin üzerinde olduğu görüldü. Stresi tanımlama alt boyutunda hastanın bakımı sırasında çalışanların stres faktörlerinin iş performansını ne kadar etkilediği ve kendi stresleri ile ilgili tutumları sorgulanmaktadır. Hemşirelerin stresi tanımlama puanı orta düzeyin üzerinde olmakla birlikte, hemşirelerin bireysel stres düzeyinin hasta bakımına yansımaması için gerekli önlemlerin alınması gerektiği söylenebilir. Bu konuda yapılan çalışmalarda da (Durgun & Kaya, 2017; Abdi ve ark., 2015) hemşirelerin HGTÖ stresi tanımlama alt boyutundan en düşük puanı aldıkları belirlenmiştir.

Çalışanların kendi davranışlarını değerlendirdikleri stresi tanımlama boyutu, hastanın bakım ve tedavisi sırasında çalışanların iş performansının nasıl etkilendiğini belirler (Rigobello et al., 2017). Bu alt boyuttan alınan puanlar azaldıkça çalışanların stres düzeyi artmaktadır (Baykal ve ark., 2010). Hemşirelerin iş yükünün fazla olması, stres düzeyini etkileyen en önemli faktör olarak belirlenmiştir (Önder, Aybas & Önder, 2014). Bu çalışmada cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin stresi tanımlama puanı diğer kliniklere göre en yüksekti. Bu sonucun, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta dışında hasta yakınları ile de iletişim kurmak zorunda olması, diğer birimlerle sürekli iletişim halinde olması, hasta sayısı, iş yükünden kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu çalışmada stresi tanımlama ortalama puanı genç yaş, kadın, bekar, 5 yıldan az, 08-16 vardiyasında, 40 saat, sorumlu pozisyonunda çalışan, hasta güvenliği eğitimi almayan stresi tanımlama ortalama puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Çalışmalarda erkekler ve çalışanların yaşları arttıkça stresi tanımlama alt boyutu puanlarının arttığı, yani stres ile daha iyi baş ettikleri (Özcan, 2018; Elsous et al., 2017), eğitim düzeyi (Özcan, 2018), çalışma saatleri (Elsous et al., 2017) ve yaşları arttıkça (Mosadeghrad, 2013) stresi tanımlama ortalama puanının arttığı, meslekte çalışma süreleri arttıkça azaldığı (Elsous et al., 2017; Raftopoulos & Pavlakis, 2013) belirlenmiştir.

Çalışmada HGTÖ “**iş doyumunu**” alt boyutu puan ortalamasınının 35 yaş ve üzeri, kadın, evli ve sorumlu pozisyonunda, 08-16 vardiyasında, cerrahi kliniklerinde çalışan, hasta güvenliği eğitimi alan hemşirelerin daha yüksek olduğu belirlendi. İş

doyumunu; kişinin işinden ve iş ile ilişkili faktörlerden duyduğu memnuniyeti ifade etmektedir (Rigobello et al., 2017). Bu konuda yapılan çalışmalarda, çalışanların yaş (Elsous et al., 2017; Yüksel Kaçan, Örsal & Köşgeroğlu, 2017; Fermo et al., 2015), cinsiyetin (Özcan 2018; Yılmaz ve ark., 2017) ve haftalık çalışma süresinin (Elsous et al., 2017; Tilev & Beydağ, 2014; Raftopoulos & Pavlakis, 2013) hemşirelerin iş doyumunu üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada 08-16 şiftinde çalışan hemşirelerin iş doyumunu ortalama puanın diğer şifte çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Bu sonuç, gündüz çalışmanın hemşirelerin düzenli çalışma saatlerine sahip olmalarından dolayı, düzenli sosyal ve aile yaşamından kaynaklanmış olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

HGTÖ'nin **“güvenlik iklimi”** alt boyutu, hastanede hasta güvenliğine ilişkin kuralların dikkate alınma durumları ve bu durumların çalışanlar tarafından nasıl algılandığı ile ilişkili bilgi vermektedir. Bilindiği gibi hasta güvenliği, çalışanların tutum ve memnuniyetlerinden büyük ölçüde etkilenmektedir (Rigobello et al., 2017).

Çalışmada güvenlik iklimi ortalama puanı ile hemşirelerin özelliklerine göre fark anlamlı bulunmadı. Ancak 35 yaş üzeri, kadın, evli, cerrahi kliniklerinde, 08-16 vardiyasında, 40 saat ve sorumlu pozisyonunda çalışan hemşirelerin ortalama puanı daha yüksekti. Yapılan çalışmalarda yaş (Smits et al., 2018; Özcan, 2018; Yılmaz ve ark., 2017; Elsous et al., 2017; Bonvedik et al., 2014), meslekte çalışma süresi (Elsous et al., 2017), gece vardiyasında çalışma ve haftalık çalışma süresinin (Özcan, 2018; Dağdelen, 2014) ve çalışılan kliniğin (Hwang, 2015) hemşirelerin güvenlik iklimi ortalama puanı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada HGTÖ'nin **“yönetim anlayışı”** boyutu ortalama puanı kadın, evli, 36 yaş ve üzeri, sorumlu pozisyonunda, 08-16 vardiyasında, cerrahi kliniklerinde, 5 yıl ve üzeri çalışan, hasta güvenliği ile ilişkili eğitim alan ve haftada 40 saatin üzerinde çalışanların yüksek olduğu belirlendi. Bu konuda yapılan çalışmalarda çalışılan vardiyanın (Özcan, 2018), cinsiyetin (Özcan, 2018; Bonvedik et al., 2014), yaşı ve meslekte çalışma süresinin (Yılmaz ve ark., 2017), çalışma pozisyonu (Elsous et al., 2017), medeni durum (Ertürk, Dönmez & Özmen, 2016), meslekte çalışma süresi (Dilmen (2016), mesleki deneyimin (Soh, Morello, Rifat, Brand &

Barker, 2017), çalışılan kliniğin (Vlayen et al.,2015) yönetim anlayışı üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. HGTÖ yönetim anlayışı boyutu, çalışanların hasta güvenliğine ilişkin uygulamasının bulunduğunu ve hastane yönetimi tarafından desteklendiğini göstermektedir (Abdi ve ark., 2015). Bu nedenle bir kurumda hasta güvenliği kültürünün oluşturulması için yöneticilerin öncülük etmesi, iyileştirme yapılacak alanları belirlemesi ve çalışanları desteklemesi gerektiği söylenebilir.

Çalışmada HGTÖ'nin “**çalışma koşulları**” ortalama puanı ile hemşirelerin özellikleri arasında farkın önemli olmadığı, genç yaş, kadın, evli, 40 saat, sorumlu pozisyonunda, 08-16 vardiyasında, cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ortalama puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Bu çalışmadan elde edilmiş bu sonuç iş yükü ağır olmayan çalışma koşullarından dolayı hemşirelerin puanlarının yüksek olduğu düşünülebilir. Bu konudaki çalışmalarda çalışanların yaşı (Özcan, 2018; Elsous et al., 2017; Bonvedik et al., 2014) ve mesleki deneyimi artıkça ve haftalık çalışma saatleri azaldıkça (Elsous et al., 2017) çalışma koşulları puanının arttığı belirlenmiştir. Çalışma koşulları, çalışanların çalışma ortamının kalitesine ilişkin algılarını ifade etmektedir (Rigobello et al., 2017). Bu nedenle bir çalışmada (Özcan, 2018) çalışma pozisyonu, haftalık çalışma saatleri ve meslekte çalışma süresi ile bir başka çalışmada da (Yılmaz ve ark.,2017) çalışma pozisyonu ve süresi ile çalışma koşulları alt boyut ortalama puanı anlamlı bulunmuştur.

Çalışmada ekip çalışması ile iş doyumunu, güvenlik iklimi ile iş doyumunu arasında, ekip çalışması ile yönetim anlayışı ile iş doyumunu arasında ve çalışma koşulları ile stresi tanımlama boyutu arasında ileri derecede pozitif yönde ilişki olduğu belirlendi. Çalışmanın bu sonucu hasta güvenliği için birbiri ile ilişkili alanlarını göstermesi açısından önemlidir. Yönetici ve eğitimcilerin sağlık bakım hizmeti sunan çalışanların bu alanlarını güçlendirmesi ve desteklemesi hasta güvenlik kültürünün oluşturulması için önemlidir.

Sonuç olarak bu çalışma ve diğer çalışma sonuçlarına göre hemşirelik eğitimi, uygulaması ve yönetiminde hasta güvenliği konusuna yeterince yer verilmediği ve kurumlarda hasta güvenliği kültürünün istendik düzeyde oluşturulmadığı düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Bu çalışmada cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin %37.2'sinin 25-29 yaş arasında olduğu ve %76.2'sinin kadın, %51.1'inin evli, %57.4'ünün eğitim durumu lisans düzeyi eğitime sahip olduğu belirlendi (**Tablo 1**).
2. Bu çalışmada cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin meslekte çalışma süreleri 5 yıl ve daha az olanlar (%45.3) ile 5 yıl üzeri (%45.7) çalışanlar hemen hemen birbirine eşit orandadır. Hemşirelerin %73.5'inin görev yaptığı birim cerrahi kliniklerdir ve hemşirelerin çalışma pozisyonu %91'lik oranla servis hemşiresidir. %40.4'ünün çalıştığı shift 16-08 arasında olduğu görülmektedir ve %67.3'ü haftalık 40 saat üzerinde çalışmaktadır. %48'i günlük 11-19 arasında hastaya bakım verirken %89.2'si hasta güvenliği konusunda eğitim aldığı belirlendi (**Tablo 2**).
3. Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda dikkat etmedikleri en önemli sorun %20.6 ile hasta taşınması ve transferi sırasındaki dikkatsizlik olarak belirlendi. Diğer dikkat edilmeyen noktalar ise önem sırasına göre, sekiz doğru ilkeye dikkat etmemek (%12.1), el hijyenine dikkat etmemek (%11.2), bakım ve tedavide aksaklıklar yaşanması (%9.9), hekim order değişikliklerine dikkat etmemek (%8.1) ve nöbet teslimindeki aksaklıklar yaşanması (%8,1) olarak belirlendi. Bunun yanı sıra güvenli cerrahi kontrol listesi kontrolünde eksiklik (%1.8), hastalara gereksiz tetkik yapılması (%2.7) ve hemşirelik bakım kayıtlarının tutulmaması (%3.1) sorunlarına da az önem verdikleri belirlendi (**Tablo 3**).
4. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğini sağlamak için önerileri arasında; hasta ve çalışanlarla iletişimin güçlendirilmesi (%20.6), hasta ve yakınlarına doğru ve eksiksiz bilgi verilmesi (%17.5), preoperatif ve postoperatif hasta takibinin düzenli yapılması (%16.1) ve enfeksiyon riskini azaltacak önlemler alınması (%16.1), sekiz doğru ilkeye dikkat edilmesi (%15.2) yer almaktadır. Bunun yanı sıra güvenli cerrahi kontrol listesi

kontrolü tam yapılmalı (%2.2) önerisine ve yaşanan sorunlar raporlanmalı (%2.7) önerisini en az düzeyde önerdikleri belirlendi (**Tablo 4**).

5. Bu çalışmada, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin yaşa göre HGTÖ iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ve çalışma koşulları alt boyut ve HGTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Stresi tanımlama alt boyutu %95 güven aralığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.046$; $p<0.05$). Bu farklılığın nedeni ise 20-24 yaş arasındaki katılımcıların stresi tanımlama konusunda, 36 ve üzerindeki yaşa sahip olan katılımcılara oranla daha iyi olmalarıdır (**Tablo 5**).
6. Bu çalışmada kadınların HGTÖ alt boyut puan ortalamalarının erkeklerle göre daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin cinsiyete göre hasta güvenliği ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 6**).
7. Bu çalışmada, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin medeni duruma göre HGTÖ alt boyutları iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ve çalışma koşulları alt boyut ve HGTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Stresi tanımlama alt boyutu ise istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.007$; $p<0.05$). Bu farklılığın nedeni ise evli olan hemşirelerin stresi tanımlama düzeyleri, bekar olanlara göre daha düşük olmasıdır (**Tablo 7**).
8. Bu çalışmada cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin eğitim düzeyine göre HGTÖ iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyut ve HGTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (**Tablo 8**).
9. Bu çalışmada, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre HGTÖ ölçek alt boyutları iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ve çalışma koşulları ve HGTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Stresi tanımlama alt boyutu ise istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.026$; $p<0.05$). Bu farklılığın nedeni, meslekte 0-5 yıl arası çalışan hemşirelerin

stresi tanımlama düzeyi 5 yıl üzeri çalışanlara göre daha yüksek olmasıdır **(Tablo 9)**.

10. Bu çalışmada, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma birimlerine göre HGTÖ alt boyutları iş doyumunu, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ve çalışma koşulları ve HGTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Ekip çalışması ($p=0.031$; $p<0.05$) ve stresi tanımlama ($p=0.045$; $p<0.05$) alt boyutları ise çalışılan birime göre, istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Bu farklılığın nedeni, cerrahi kliniklerde görev yapan hemşirelerin, ameliyathane de görev yapan hemşirelere göre ekip çalışmasının ve stresi tanımlama düzeyleri daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır **(Tablo 10)**.
11. Bu çalışmada, sorumlu hemşirelerin HGTÖ alt boyut puan ortalamalarının servis hemşirelerine göre daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin çalışma pozisyonuna göre HGTÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) **(Tablo 11)**.
12. Bu çalışmada, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışılan şifte göre HGTÖ iş doyumunu, ekip çalışması ve yönetim anlayışı alt boyut ve toplam HGTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Güvenlik iklimi, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutunun çalışılan şifte göre HGTÖ alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Ölçeğin tamamına bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) **(Tablo 12)**.
13. Bu çalışmada, 40 saat çalışanların HGTÖ alt boyut puan ortalamalarının 40 saat üzeri çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin haftalık çalışma süresinin HGTÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) **(Tablo 13)**.
14. Bu çalışmada, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin günlük bakım verdikleri hasta sayısına göre HGTÖ iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları ve HGTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) **(Tablo 14)**.

15. Bu çalışmada, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumuna göre HGTÖ iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları ve HGTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) **(Tablo 15)**.
16. Bu çalışmada, HGTÖ toplam puan ortalamasının 149.382 ± 28.023 , “ekip çalışması” 40.9686 ± 9.488 alt boyut puan ortalamasının en yüksek, “stresi tanımlama” 14.8514 ± 4.999 puan ortalamasının en düşük olduğu belirlendi **(Tablo 16)**.
17. Bu çalışmada; HGTÖ alt boyutları arasındaki Pearson korelasyon incelenmiştir. İş doyumunu ile ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı arasında; ekip çalışması ile güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı arasında ve güvenlik iklimi ile yönetim anlayışı arasında ve çalışma koşulları ile yönetim anlayışı ve stresi tanımlama arasında ileri derecede pozitif yönde ilişki olduğu belirlendi. Diğer boyutlar arasındaki ilişki anlamlı düzeyde değildi **(Tablo 17)**.

6.2. Öneriler

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Kurumlarda hasta güvenliğine ilişkin ölçümlerin ve düzenlemelerin yapılması,
2. Ölçümler sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda hasta güvenliği uygulamalarına yönelik hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu eğitimlere tüm çalışanların katılımının sağlanması,
3. Yöneticilerin hasta güvenliği kültürünü geliştirmeye yönelik inanç ve tutumlar geliştirmesi,
4. Hastane yönetimi tarafından hemşirelerin, iş doyumunu artırmak için, iş yükü azaltılması, çalışanlar arasında ekip çalışmasının ve çalışma ortamının iyileştirilmesinin yapılması,
5. Kurumda açık iletişimin teşvik edilmesi,
6. Daha büyük ve farklı birimleri ele alan örneklem gruplarında çalışmaların yapılması,

7. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için sağlık hizmeti sunumunun risk haritasının oluşturulması,
8. Daha geniş gruplarla çalışma sayısının artırılması önerilebilir.



7. KAYNAKÇA

- Abdi, Z., Delgoshaei, B., Ravaghi, H., Abbasi, M., Heyrani, A. (2015). The culture of patient safety in an Iranian intensive care. *Unit. Journal of Nursing Management*, 23(3):333-345.
- Aiken, L., Clarke S. P., Sloane, D. (2002). An international perspective on hospital nurses' work environments: *The case for reform*. 2(4):255-263.
- Akalın, E. (2004). Hasta güvenliği kültürü: Nasıl geliştirebiliriz?. *ANKEM Dergisi*, 18(Ek-2):12-13.
- Akgün, S., (2014). Hasta güvenliği, beklenmeyen ciddi tıbbi hatalar. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2):75-82.
- Ali, H., Ibrahim S.Z., Al Mudaf, B., Al Faladah, T., Jamal, D., El-Jardali F. (2018). Baseline assessment of patient safety culture in public hospitals in Kuwait. *BMC Health Services Research*, 18:158.
- Alsalem, G., Bowie P., Jillian M. (2018). Assessing safety climate in acute hospital settings: A systematic review of the adequacy of the psychometric properties of survey measurement tools. *BMC Health Services Research*, 18:353.
- Ammouri, A. A., Tailakh, A. K., Muliira J. K., Geethakrishnan, R., Al Kindi, S. N. (2015). Patient safety culture among nurses. *Int Nurs Rev*, 62(1):102-10.
- Ardahan, M., Yetkin Alp, F. (2015). Hasta güvenliği ve hasta güvenliğini sağlamada sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15(2):85-88.
- Atan, Ş.Ü., Dönmez, S., Duran, E.T. (2013). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 21(3):172-180.
- Bahar, S. (2018). Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü. Tekirdağ.

- Bassuni, E.M., Bayoumi, M.M. (2015). Improvement critical care patient safety: Using Nursing staff development strategies, at Saudi Arabia. *Global Journal of Health Science*, 7(2):335-343.
- Baykal, Ü., Şahin, H.N., Altuntaş, S. (2010). Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği 'nin Türkçeye uyarlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 7(1):39-46.
- Bondevik, G.T., Hofoss, D., Hansen, E.H., Deilkås, E.C.T. (2014). The safety attitudes questionnaire–ambulatory version: Psychometric properties of the norwegian translated version for the primary care setting. *BMC Health Services Research*, 14(1):139-149.
- Candaş, B., Gürsoy, A. (2015). Cerrahide hasta güvenliği: Güvenli cerrahi kontrol listesi. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1):40-50.
- Carvalho, P.A., Göttems, L.B.D., Pires, M.R.G.M., Oliveira, M.L.C.D. (2015). Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 23(6):1041-1048.
- Campione, J., Famolaro, T. (2018). Promising practices for improving hospital patient safety culture. the joint commission journal on quality and patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 44(1):23-32.
- Charani, E., Ahmad, R., Tarrant, C., Birgand, G., Leather, A., Mendelson, M., Sevdalis, N., Holmes, A. (2017). Opportunities for system level improvement in antibiotic use across the surgical pathway. *International Journal of Infectious Diseases*, 60:29-34.
- Ciğerci, Y., Özdemir, H., Kılıç, İ. (2016). The patient safety culture perception of surgery nurses and its relationship with sociodemographic characteristics. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3):149-153.
- Clarke, S.P., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Sochalski, J., Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, 288(16):1987-1993.

- Costa, D.B., Ramos D., Gabriel C.S., Bernardes, A. (2018). Patient safety culture: Evaluation by nursing professionals. *Texto Contexto Enferm*, 27(3), e2670016.
- Çevik, G. (2018). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumunun Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Isparta.
- Çınar, D., Karadakovan, A. (2016). Yoğun bakım ünitelerinde hasta ve çalışan güvenliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(2):116-22.
- Çiçek, A. (2018). Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi. İzmir.
- Dağdelen, Ü.A. (2014). Öğrenen Organizasyonlarda Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi. Isparta.
- Dikmen, Y.D., Yorgun, S., Yeşilçam, N. (2014). Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 44-56.
- Dilmen, B. (2016). Hemşirelik Öğrencileri ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılamalarının Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Durgun, H., Kaya, H. (2017). The attitudes of emergency department nurses towards patient safety. *International Emergency Nursing*, 40:29-32.
- Durmaz, G. (2016). Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Yeditepe Üniversitesi. İstanbul.
- El Jardali, F., Sheikh, F., A Garcia, N., Jamal, D., Abdo, (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.

- Elmontsri, M., Almashrafi, A., Majeed, A. (2017). Status of patient safety culture in arab countries: A systematic review. *BMJ Open* 7:e013487.
- Elsous, A., Akbarisari, A., Rashidian, A., Aljeesh, Y., Radwan, M., Zaydeh, H.A. (2017). Psychometric properties of an Arabic safety attitude questionnaire (short form 2006). *Oman Medical Journal*, 32(2):115.
- Elsous, A., Akbarisari, A., Rashidian, A., Aljeesh, Y., Radwan, M., Abuzaydeh, H. (2016). A cross-sectional study to assess the patient safety culture in the palestinian hospitals: A baseline assessment for quality improvement. *Jrsm Open*, 7(12):153.
- Erdağı, S., Özer, N. (2015). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 18(2):94-106.
- Ertem, G., Oksel, E., Akbıyık, A. (2009) Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, 84:1-10.
- Ertürk, C., Dönmez, P., Özmen, P., (2016). Manisa il merkezindeki hastanelerde görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(1):19-33.
- Fermo, V.C., Radünz, V., Rosa, L.M.D., Marinho, M.M. (2015). Patient safety culture in a bone marrow transplantation unit. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 68(6):1139-1146.
- Gözlü, K., Kaya, S. (2012). Patient safety culture as perceived by nurses in a joint commission international accredited hospital in turkey and its comparison with agency for healthcare research and quality data. *Patient Saf Qual Improv*, 4(4):441-449.
- Gülay, H. (2016). Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Bir Üniversite Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısıyla Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

- Güneş, A., (2011). Hemşirelerin İntravenöz Yoldan Potasyum Verilmesine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Hasta Güvenliği Yönünden Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Güven, M. (2014). Hasta Güvenliği Ve Tıbbi Hatalar Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği İhlali ve Tıbbi Hata Tanımlıkları. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. İstanbul.
- Hosseini, F., Kazemi, M., Akbari, A. (2014). The role of general health, in the occurrence of nursing errors among nurses in Rafsanjan University of Medical Sciences in 2012. *Rafsanjan Univ Med Sci J*, 7(4):27-35.
- Hwang, J.I. (2015). What are hospital nurses' strengths and weaknesses in patient safety competence? findings from three Korean hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(3):232-238.
- Institute Of Medicine. (2003). Patient Safety: Achieving a New Standard of Care. Washington, DC: National Academy Press.
- Johnstone, M.J., Kanitsaki, O. (2006). Culture, language, and patient safety: making the link. *Int J Qual Health Care*, 18(5):383-8.
- Karaca, A., Arslan, H. (2014). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1):9-18.
- Karayurt, Ö., Damar, T.H., Bilik, Ö., Özdöker, S., Duran, M. (2017). Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün ve güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının incelenmesi. *Acu Sağlık Bil Derg*, (1):16-23.
- Kapaki, V., Souliotis K. (2017). Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture (HSOPSC): Findings from Greece. *Vignettes in Patient Safety*. 2:171-189.

- Kaya, M., Balcı, İ. (2018). Güvenlik kültürü ve güvenlik iklimi. *Int Nurs Rev*, 43:67-96.
- Khater, W.A., Akhu-Zaheya, L.M., Al-Mahasneh, S.I., Khater, R. (2015). Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. *Int Nurs Rev*, 62(1):82-91.
- Kowalski, S.L., Anthony, M. (2017). Nursing's evolving role in patient safety. *The American Journal of Nursing*, 117(2):34-48.
- Laal, F., Pouyakian, M., Madvari, R.F., Mohammadi, M., Rezaee, M.A., Noorizadeh, N., Adineh, H.A. (2014). Survey of the patient safety culture in the clinics and hospitals of chabahar, Iran. *Patient Saf Qual Improv*, 5(3).
- Lawati M.H., Dennis, S., D. Short, S., Abdulhadi N.N. (2018). Patient safety and safety culture in primary health care: A systematic review. *BMC Family Practice*, 19:104-116.
- Lin, Y., Lin Y., Lou M. (2018). Concept analysis of safety climate in healthcare providers. *Journal of Clinical Nursing*, 26:1737–1747.
- Mosadegard, M. (2013). Healthcare service quality: Towards a broad definition, *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, 26(3):203-219.
- Motamedzadeh, M., Mahmoudi, H., Nehrir, B., Ebadi, A. (2017). Patient safety in nursing: A systematic review. *Int J Med Rev*, 4(2):52-57.
- Naghavi, W. (2015). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *Lancet*, 388:1459–544.
- Ongun, P., Intepeler, S.S. (2017). Operating room professionals' attitudes towards patient safety and the influencing factors. *Pak J Med Sci*, 33(5):1210-1214.
- Önder, G., Aybas, M., Önder, E. (2014). Hemşirelerin stres seviyesine etki eden faktörlerin öncelik sırasının çok kriterli karar verme tekniği ile belirlenmesi. *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 1(1):21-35.

- Özcan, T.H. (2018). Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki Bir Özel Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Ankara.
- Özdemir, H. (2014). Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar'da Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Afyon.
- Özdemir, F.K., Şahin, Z.A. (2015). Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları: Kars ili örneği. *ODÜ Tıp Dergisi/ODU Journal of Medicine*, 2:139-144.
- Raftopoulos, V., Pavlakis, A. (2013). Safety climate in 5 intensive care units: A nationwide hospital survey using the greek-cypriot version of the safety attitudes questionnaire. *Journal of Critical Care*, 28(1):51-61.
- Rashvand F, Ebadi A. 2014. Designing and validation of safe nursing care assessment tool: A sequential exploratory mixed -methods design. Tehran Tehran Medical University.
- Rızalar, S., Tural B.E., Şahin, R., As. T., Uzunkaya G. (2016). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1):9-15.
- Rızalar, S., Topcu, S.Y. (2017). The patient safety culture perception of turkish nurses who work in operating room and intensive care unit. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 33(2):374-380.
- Rigobello, M.C.G., Carvalho, R.E.F.L., Guerreiro, J.M., Motta, A.P.G., Atila, E., Gimenes, F.R.E. (2017). The perception of the patient safety climate by professionals of the emergency department. *International Emergency Nursing*, 33:1-6.
- Saber, M., Tehrani, H., Kabootarkhani, M.H., Sabagh, M.G., Bagheri, M. (2015). Acquaintance of kerman hospitals' staff about patient safety culture. *Journal of Health and Development*, (2):124-32.
- Schwatka, N., Hecker, S., Goldenhar, L.M. (2016). Defining and measuring safety climate: A review of the construction industry literature. *Published by Oxford*

University Press on Behalf of the British Occupational Hygiene Society, 60(5):537–550.

Smits, M., Keizera, E., Giesena, P., Catharina E., Deilkasc T., Hofosse, D., Bonvedik, T. (2018). Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the netherlands: A cross-sectional survey. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(1):28–35.

Soh, S.E., Morello, R., Rifat, S., Brand, C., Barker, A. (2017). Nurse perceptions of safety climate in Australian Acute Hospitals: A Cross-Sectional Survey. *Australian Health Review*. *Australian Health Review*, 42(2):203-209.

Şahin, A., Ayhan, F., Kurşun, Ş. (2015). Evaluation of surgical nurses' attitudes concerning patient safety. *Journal Of Human Sciences*, 12(1):1537-1546.

Şen, S., Er, S., Sevil, Ü. (2009). Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı 2, 19-21, 24-33.

Tansüyer, T., (2010), Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Tilev, S., Beydağ, K.D. (2014). Hemşirelerin iş doyum düzeyi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1):104-147.

Tokaç, M., (2008). Türk Tıp Tarihine Ait Belgelerde Hasta Güvenliği. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu.

Vifladt, A., Simonsen, B.O., Lydersen, S., Farup, P.G. (2016). Changes in patient safety culture after restructuring of intensive care units: Two cross-sectional studies. *Intensive and Critical Care Nursing*, 32:58-65.

Vlayen, A., Schrooten, W., Wami, W., Aerts, M., Barrado, L. G., Claes, N., Hellings, J. (2015). Variability of patient safety culture in belgian acute hospitals. *Journal Of Patient Safety*, 11(2):110-121.

- Yardımcı, F., Başbakkal, Z., Beytut, D., Muslu, G., Ersun, A. (2014). Bir devlet hastanesinde sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algısının incelenmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 8(4):173-179.
- Yılmaz, A., Işık, O., Akca, N. (2017). Hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumu algı düzeylerinin belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(1):69-80.
- Yüksel Kaçan, C., Örsal, Ö., Köşgeroğlu, N. (2017). Hemşirelerde iş doyumu düzeyinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 18(2-3):1-12.
- Wagner, C., Smits, M., Sorra, J., Huang C.C. (2013). Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *International Journal for Quality in Health Care*, (25)3:213–221.
- Wang, M., Tao, H. (2017). How does patient safety culture in the surgical departments compare to the rest of the county hospitals in xiaogan city of China?. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 14(10):11-23.
- World Health Organization, (2018). Patient Safety. Global Action on Patient Safety. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf.
- Zohar, D. (1980). Safety climate in industrial organizations: Theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology*, 65(1):96-102.

8. EKLER

Ek-1. Anket Formu

Değerli Meslektaşlarım;

Bu form, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen her bir soruyu dikkatli bir şekilde okuyarak, durumunuzu en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir soruyu boş bırakmamaya özen gösteriniz. Araştırma sonuçlarının gizliliği esastır, cevaplarınız kesinlikle kimseyle paylaşılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD

Yüksek Lisans Öğrencisi

Gamze YILDIZ

İletişim: gmz5.crkn@gmail.com

ANKET FORMU

1-Yaşınız:.....

2-Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek

3-Medeni Durumunuz: ()Evli ()Bekar

4-Eğitim Düzeyiniz: ()Lise ()Lisans ()Yüksek lisans ve Üzeri

5-Meslekte Çalışma Süreniz:

()0-5 yıl ()5 yıl üzeri

6-Çalıştığınız Birim: () Cerrahi Servis ()Yoğun Bakım ()Ameliyathane

7-Çalışma Pozisyonu: ()sorumlu hemşire ()servis hemşiresi

8-Genelde Hangi Şiftte Çalışıyorsunuz?

()08-16 ()16-08 ()08-08

9-Haftalık Ortalama Çalışma Saatiniz:

()40 saat ()40 saat üzeri

10- Günlük Bakım Verdiğiniz Hasta Sayısı:

()1-10 hasta ()11-19 hasta ()20 ve üzeri hasta

11- Çalışma Hayatınız Boyunca Hasta Güvenliği Hakkında Eğitim Aldınız mı?

()Evet ()Hayır

12-Cerrahi servislerde yapılan hemşirelik uygulamalarından hasta güvenliğine dikkat edilemeyen noktalar sizce nelerdir?

.....
.....

13- Cerrahi kliniklerinde cerrahi hasta güvenliğini sağlamak için sizce ne yapılmalıdır önerilerinizi yazınız

.....
.....

Ek-2. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Aşağıdaki hasta güvenliğine ilişkin ifadelerde düşünceinizi en iyi yansıtan seçeneğe X işareti koyunuz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.Performansım hakkında geribildirim alırım (bilgilendirilirim).					
2.Hastane yönetimi, işini iyi yapar.					
3.Bu hastane, çalışmak için iyi bir yerdir.					
4.Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.					
5.Bu hastanede, problemlili doktor ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenilir.					
6.Bu birimde, hemşirelerin fikirlerine değeri verilir.					
7.Bu hastanede çalışmaktan gurur duyarım.					
8.Bu birimdeki tıbbi ekipman - donanım yeterlidir.					
9.Bu birimdeki personelin düzeyi, hasta sayısını karşılamak için yeterlidir.					
10.Bu birimde karar verilirken, ilgili personelden elde edilen verilerden yararlanılır.					
11.Hastanede, işimi etkileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.					
12.Hastalara bakım verirken, ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardım eder.					
13.Bu birimde çalışanlar, anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.					
14.Bu birimde ahlaki (etik) değeri yüksekler.					
15.Acil durumlarda, diğer personelin ne yapacağını bilirim.					
16.Bu birimde, görüş farklılıkları hasta yararı (kimin haklı olduğundan çok hastalar için neyin iyi olduğuna gibi) dikkate alınarak çözülür.					
17.Gerçekten profesyonel olan çalışanlar, kişisel problemlerini işine yansıtmaz.					
18.Bu hastanede, çalışanlar arasında ekip çalışması ve işbirliği					

desteklenir.					
19. Hasta güvenliği ile ilgili bir sorun olduğunda, bunu rapor etmem konusunda meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.					
20. Bu birimde, diğerlerinin hatalarından öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.					
21. Diğer personelin hastaya zarar verebilecek hatalar yaptığını gördüm.					
22. Bu birimde, hasta güvenliğiyle ilgili soruları sormak için uygun yolları (kanalları) bilirim.					
23. Bu birimde, doktor ve hemşireler uyumlu bir ekip olarak çalışır.					
24. Bu birimde olay raporlarıyla ilgili bilgiler, hasta bakımının güvenliğini sağlamada kullanılır.					
25. Bu birimde, güvenli raporlama sistemlerinden, hasta güvenliğini geliştirmede yararlanılır.					
26. Bu birimde, hasta güvenliğiyle ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyulur.					
27. Bu birimde, gerektiğinde tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini bilirim.					
28. Hasta güvenliği, bu birimin önceliği olarak sürekli önemsenir.					
29. Bu birimde hasta olarak bulunmam durumunda kendimi güvende hissederim.					
30. Bu birimde, tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır.					
31. Bu hastanede yeni personelin işe oryantasyonu ve hizmet içi eğitimi iyi yapılır.					
32. Bu birimdeki tüm personel, hasta güvenliğiyle ilgili sorumluluk alır.					
33. Hastane yönetimi, hasta güvenliği ile ilgili konularda taviz vermez.					
34. Hastane yönetimi, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarımı eksiksiz yürütmemi destekler.					
35. Tanı ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.					
36. Acil durumlardaki yorgunluğum, performansımı olumsuz etkiler.					

37. Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yorgunluğum, performansımı olumsuz etkiler.					
38. Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres, performansımı olumsuz etkiler.					
39. Yorgun olduğumda, işimde daha az etkin olurum.					
40. Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersem, bunu dile getirmem zordur.					
41. Bu birimde, hizmetin aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır.					
42. Çalışanlar bu birimde oluşturulan kural veya prosedürleri (el yıkama, tedavi protokolleri/klinik yollar gibi) sıklıkla önemsemezler.					
43. İşimde hayal kırıklığı yaşıyorum.					
44. Bu birimdeki doktorlar dâhil tüm çalışanlar, işlerini iyi yapar.					
45. İşimde kendimi tükenmiş hissedirim.					
46. Bu birimde hemşirelik eğitimi alanlar (öğrenciler), uygun şekilde desteklenir.					

Ek-3. Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Karar Formu

	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
---	---

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOY ADI	Doç. Dr. Meryem Yılmaz		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:





CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018-01/20	Tarih: 17.01.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeç, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Engin Altunkaya	İç Hastalıklar	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

**Ek-4. Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Ana Bilim Dalı Başkanlığı Karar Formu**



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 88354726-050.02.04-E.288821
Konu : Kararlar

14/02/2018

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitü Yönetim Kurulumuzun almış olduğu 07.02.2018 tarih ve 05/10-13 sayılı kararları yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Zübeyda AKIN POLAT
Müdür

Ek:Y.K.K. (1 sayfa)

Adres: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Sivas
Telefon: 0 346 219 1151 Belgegeçer: 0 346 219 1151
e-Posta: saglikbilensst@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ: www.cumhuriyet.edu.tr

Bilgi için: Cennet ARAS
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU

TOPLANTI TARİHİ
07.02.2018

TOPLANTI SAYISI
05

KARAR SAYISI
10-13

Yönetim Kurulumuz Enstitü Müdürü Prof.Dr.Zübeyda AKIN POLAT başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almışlardır.

KARAR NO 10: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığının 06.02.2018 tarih ve 2018/04 sayılı yazısı ile ekleri görüşüldü. Enstitümüz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği programı yüksek lisans öğrencisi Sema HAZIRBULAN'ın "*Acil Serviste Hasta Memnuniyet Ölçeği'nin (Brief Emergency Department Patient Satisfaction Scale) Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması*" konulu yüksek lisans tezini hazırlamasına oybirliğiyle;

KARAR NO 11: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığının 06.02.2018 tarih ve 2018/02 sayılı yazısı ile ekleri görüşüldü. Enstitümüz Cerrahi Hemşireliği programı yüksek lisans öğrencisi Gamze YILDIZ'ın "*Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi Ve Tutumlarının Belirlenmesi*" konulu yüksek lisans tezini hazırlamasına oybirliğiyle;

KARAR NO 12: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığının 06.02.2018 tarih ve 2018/02 sayılı yazısı ile ekleri görüşüldü. Enstitümüz Cerrahi Hemşireliği programı yüksek lisans öğrencisi Seda AKUTAY'ın "*Göğüs Tüpü Takılmış Hastaların Ağrı Düzeyi ve Uyku Kalitesinin Belirlenmesi*" konulu yüksek lisans tezini hazırlamasına oybirliğiyle;

KARAR NO 13: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığının 06.02.2018 tarih ve 2018/05 sayılı yazısı ile ekleri görüşüldü. Enstitümüz Cerrahi Hemşireliği programı yüksek lisans öğrencisi Serdar ERDOĞAN'ın "*CHH 511 Hemşirelikte Farmakoloji*" dersini iki kez alıp başarısız olması nedeniyle yerine, "*İHH 5012 Kardiyoloji Hemşireliği*" dersini alıp 80 not ile başarılı olduğundan öğrencinin başarısız olduğu dersten muaf sayılarak başarılı olduğu dersin programına sayılmasına oybirliğiyle;

Karar verildi.

Prof.Dr.Zübeyda AKIN POLAT
Müdür
(İmza)

Yrd.Doç.Dr.Gülseren DAĞLAR
Müdür Yrd.
(İmza)

Yrd.Doç.Dr.Mustafa KARADEMİR
Müdür Yrd.
(İmza)

Doç.Dr.Nuran GÜLER
Üye
(İmza)

Doç.Dr.Murat YÜKSEL
Üye
(İmza)

Yrd.Doç.Dr.Mehmet ATAS
Üye
(İmza)

Aşlı Gökbulut
Metin MERT
Enstitü Sekreteri

Ek-5. İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu



TC Sağlık Bakanlığı

T.C
SIVAS VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 19448395-044
Konu : Anket Uygulama Talebi-Gamze
YILDIZ

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) Gamze YILDIZ 'ın 22/03/2018 tarihli Anket Çalışması İzin Talebi

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Gamze YILDIZ 'ın " Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi " konulu anket çalışması başvurusu İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilmiştir.

İlgi (a) tarih ve sayılı yazıda belirtilen çalışmanın sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi ve kişisel bilgilerin gizliliği ilkesi göz önünde bulundurularak, sonucun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi hususları dikkate alınarak Birliğimize bağlı Sivas Numune Hastanesinde yapılması Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Uzm.Dr.Fethullah Selçuk
MOĞULKOÇ
İl Sağlık Müdürü

EKLER:

- Anket Çalışması - Gamze YILDIZ
- Gamze YILDIZ Ön İzin Belgesi

Gereği:

- Gamze YILDIZ

Bilgi:

- Sivas Numune Hastanesi

Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadıburhanettin Mah.
Demiryolu Cad. No:7 SIVAS
Faks No:03462258088

e-Posta:aysegul.ozturk13@saglik.gov.tr İnt.Adresi: <http://sivas.khb.saglik.gov.tr/>

Bilgi için:Ayşe Gül ÖZTÜRK

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0346 225 80 80 /

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9d334ea1-c121-40a1-bb41-dd70f5235115 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-6. Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği İzin Formu



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

Sayı : 93596471-044-E.294114
Konu : Gamze YILDIZ Uygulama İzni

12/03/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 06/03/2018 tarihli ,88354726-293058 sayılı yazınız.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Gamze YILDIZ' ın, "Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını, 01 Nisan-30 Eylül 2018 tarihleri arasında hastanemiz cerrahi kliniklerinde yapması uygun görülmüştür.
Gereğini rica ederim

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Ahmet YILMAZ
Başhekim

Adres:Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas
Telefon:0 346 2581326 Belgegeçer:0 346 258 0024
e-Posta:hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ:www.cumhuriyet.edu.tr

Bilgi için: Medine TECER
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı	Gamze YILDIZ
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas-1993
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, 58140-Sivas
E-posta Adresi	gmz5.crkn@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Sivas Halil Rıfat Paşa Lisesi-2012
Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi-2016

İş Tecrübesi

Sağlık Bakanlığı	Hemşirelik 2017
------------------	-----------------