



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN MESLEĞE BAĞLILIK
DÜZEYLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

HAZIRLAYAN
ELİF BARLUK

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi DİLEK ÇEÇEN ÇAMLI

MANİSA-2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN MESLEĞE BAĞLILIK
DÜZEYLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

ELİF BARLUK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi DİLEK ÇEÇEN ÇAMLI

TEZ SINAV JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI	(Tez Danışmanı)
Doç. Dr. Dilek ÖZMEN	(Jüri Üyesi)
Dr. Öğr. Üyesi Rahşan ÇAM	(Jüri Üyesi)

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10302449
Yazar Adı / Soyadı	ELİF BARLUK
T.C.Kimlik No	29815174164
Telefon	5062142192
E-Posta	barluk_elif@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Cerrahi hemşirelerinin mesleğe bağlılık düzeylerinin hasta güvenliğine ilişkin bilgi,tutum ve davranışlarına etkisi
Tezin Tercümesi	The effect of professional commitment levels of surgical nurses on knowledge,attitude and behavior related to patient safety
Konu	Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	116
Tez Danışmanları	DR. ÖĞR. ÜYESİ DİLEK ÇEÇEN ÇAMLI
Dizin Terimleri	Hasta güvenliği=Patient safety ; Tutumlar=Attitudes
Önerilen Dizin Terimleri	Cerrahi hemşirelik=Surgical nursing/Mesleğe bağlılık=Professional commitment/

13.10.2019

İmza:.....

**Cerrahi Hemşirelerinin Mesleğe Bağlılık Düzeylerinin Hasta Güvenliğine İlişkin
Bilgi, Tutum Ve Davranışlarına Etkisi**

Öğrenci: Elif BARLUK

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI

Bu tez çalışması 11.10.2019 tarihinde jürimiz tarafından “Hemşirelik Anabilim Dalı/
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul
edilmiştir.

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI
MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye : Doç. Dr. Dilek ÖZMEN
MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Rahşan ÇAM
Adnan Menderes Ü. Hemşirelik Fakültesi

Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim
Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından başarılı
bulunmuştur.

11 / 10 / 2019

Prof. Dr. Ömer TETİK
Enstitü Müdürü

BEYAN

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

ELİF BARLUK



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince, çalışmaya motive edici yaklaşımı ile rehberlik ederek bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, insani ve ahlaki değerleri ile örnek edindiğim, öğrencisi olmaktan onur duyduğum, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim kıymetli hocam ve tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI' ya,

Ders aşamasında bilgi ve tecrübeleriyle değerli katkılar sağlayan, Sayın Doç. Dr. Emel YILMAZ ve Doç. Dr. Adalet KOCA KUTLU' ya,

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği' ni geliştiren ve araştırmamda kullanmama izin veren Sayın Prof. Dr. Ülkü BAYKAL ve Yrd. Doç. Dr. Emine TÜRKMEN' e,

Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği' nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan ve araştırmamda kullanmama izin veren Sayın Doç. Dr. Dilek ÖZMEN ve Dr. Öğr. Üyesi Aynur ÇETİNKAYA' ya,

İstatistiksel değerlendirme aşamasında katkılarını esirgemeyen Sayın Arş. Gör. Nurcan BİLGİN' e,

Çalışmam sırasında bana yardım ve desteklerini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan yoğun bakım sorumlu hemşiremiz Aziz BAYHAN başta olmak üzere diğer tüm doktor, hemşire ve personel çalışma arkadaşlarıma,

Çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen, çalışmaya katılma duyarlılığı gösteren değerli meslektaşlarıma,

Mesleki kimliğime yön veren bütün değerli hocalarıma,

Eğitim hayatım boyunca her türlü fedakârlık ve özveriyi gösteren, bugün bulunduğum noktaya gelmemi sağlayan, maddî ve manevî desteklerini esirgemeyen, hayatıma ortak olarak, her türlü sıkıntıda, mutluluğumda yanımda olan, sevgilerini her zaman hissettiğim, en değerli varlıklarım; canım annem Suna BARLUK, canım babam Hüseyin BARLUK ve canımın içi kardeşim Esra BARLUK' a, tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Elif BARLUK

Manisa/2019

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ	v
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	vi
1.ÖZET.....	1
2.ABSTRACT.....	2
3.GİRİŞ.....	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. MESLEK TANIMI.....	5
4.2. MESLEĞE BAĞLILIK KAVRAMI	5
4.3 MESLEKİ BAĞLILIĞIN BOYUTLARI	6
4.3.1. Mesleki Duygusal Bağlılık.....	7
4.3.2. Mesleki Devamlılık Bağlılığı	7
4.3.3. Mesleki Normatif Bağlılık	8
4.4. HASTA GÜVENLİĞİ KAVRAMI	9
4.5. HASTA GÜVENLİĞİ TUTUMU GELİŞTİRMEDE HEMŞİRENİN ROLLERİ	11
4.6. CERRAHİ BİRİMLERDE HASTA GÜVENLİĞİ VE ÖNEMİ.....	14
4.7. ÜLKEMİZDE HASTA GÜVENLİK MEVZUATI.....	15
4.8.HASTA GÜVENLİĞİ TEHDİDİ OLUŞTURAN HATALARI ÖNLEME	16
4.8.1.Hastaların Kimliklerinin Doğrulanması	17
4.8.2.İlaç Güvenliğinin Sağlanması.....	17
4.8.3.Ekip İçinde Etkin İletişimin Sağlanması	18
4.8.4.Doğru Taraf, Doğru Uygulama, Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması.....	18
4.8.5.Enfeksiyonların Önlenmesi	19
4.8.6. Düşmelerin Önlenmesi.....	20
5. GEREÇ ve YÖNTEM	21
5.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ	21
5.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ.....	21
5.3.ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	21
5.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	21
5.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	22
5.4.ARAŞTIRMA SORULARI.....	22
5.5.BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER.....	22
5.5.1.Bağımlı Değişkenler	22

5.5.2.Bağımsız Değişkenler	22
5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	22
5.7.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	24
5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	24
5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	24
5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	25
6. BULGULAR.....	26
6.1 Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hasta Güvenliği Uygulamalarını Değerlendirme Durumları.....	26
6.2 Hemşirelerin Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamaları Dağılımları	29
6.3 Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
6.4 Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hasta Güvenliği Uygulamalarını Değerlendirme Durumları ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
6.5 Hemşirelerin Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyonlar.....	58
7. TARTIŞMA.....	61
8.SONUÇ VE ÖNERİLER	73
9. KAYNAKLAR	75
10. EKLER	90
EK-1. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı	90
EK-2. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu Kararı	91
EK-3.Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Bilimsel Araştırma Çalışma İzni	92
EK-4.Turgutlu Devlet Hastanesi Bilimsel Araştırma Çalışma İzni	93
EK-5. T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Sağlık Bilimleri Etik Kurul Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	95
EK-6. Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği	97
EK-7. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği	98
Ek-8. Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği kullanım izni.	100
Ek-9.Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği kullanım izni.....	101
EK-10. Hemşire Tanıtım Formu ve Hemşire Tanıtım Formu ve Hasta Güvenliği Bilgi Formu	102
11.ÖZGEÇMİŞ	106

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri (n= 272).....	26
Tablo 2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarını Değerlendirme Durumları	28
Tablo 3. Hemşirelerin Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları/Ortalamaları Dağılımları	29
Tablo 4. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Bilgi Formuna Verdikleri Yanıtlar	31
Tablo 5. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 6. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarını Değerlendirme Durumları ile Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 7. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 8. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarını Değerlendirme Durumları ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 9. Hemşirelerin Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	58
Tablo 10. Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Basit Doğrusal Regresyon Modeli.....	60

III. KISALTMALAR VE SİMGELER

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AHRQ: Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı

HGBF: Hasta Güvenliği Bilgi Formu

HGTÖ: Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği

HMBÖ: Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği

IOM: Tıp Enstitüsü

ICN: Uluslararası Hemşireler Konseyi

JCAHO: Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu

JCI: Uluslararası Akreditasyon Komisyonu

NCCMERP: Ulusal İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi

NPSA: Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı

NPSF: Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı

OECD: Uluslararası Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü

TJC: Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu

WHO/DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

Cerrahi Hemşirelerinin Mesleğe Bağlılık Düzeylerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi

Öğrencinin Adı: Elif BARLUK

Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi DİLEK ÇEÇEN ÇAMLI

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı/ Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

1.ÖZET

Amaç: Araştırma, cerrahi hemşirelerinin mesleğe bağlılık düzeylerinin hasta güvenliğine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Mayıs-Haziran 2019 tarihleri arasında bir üniversite ve bir kamu hastanesi cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelerle (n= 272) yapıldı. Araştırma verileri, ‘Hemşire Tanıtım Formu ve ‘Hasta Güvenliği Bilgi Formu’, ‘Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği’(HMBÖ), ‘Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği’(HGTÖ) kullanılarak elde edildi. Verilerin analizinde, sayı yüzde dağılımı, normal dağılan verilerde student t testi, tek yönlü varyans analizi, normal dağılmayan verilerde ise Mann Whitney U testi ve Kruskall Wallis testi, iki ölçek ortalama puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Spearman korelasyon analizi ve basit doğrusal regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ortalaması 73,91±11,98, Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ortalaması 159,58±26,38 idi. Hemşirelerin yaş, eğitim durumu, çalışma yılı ile çaba gösterme istekliliği alt boyutu ve çalıştıkları kurum ile HMBÖ toplam ve alt boyutları arasında anlamlı fark saptandı. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile ekip çalışması, güvenlik iklimi, stresi tanılama alt boyutları ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Araştırmada, cerrahi hemşirelerinin mesleğe bağlılık algısı ile hasta güvenliği tutumu arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ilişki bulundu.

Sonuç: Bağımlı değişken olan hasta güvenliği tutumunu açıklamada “hemşirelikte mesleğe bağlılık” önemli bir faktör olarak saptandı.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi hemşirelik, mesleğe bağlılık, hasta güvenliği, tutum

The Effect of Professional Commitment Levels of Surgical Nurses on Knowledge, Attitude and Behavior Related to Patient Safety

Student Name: Elif BARLUK

Advisor: Lecturer PhD. Dilek ÇEÇEN ÇAMLI

Department: Department of Nursing/ Master's Program in Surgical Nursing

2.ABSTRACT

Aim: The aim of the study was to determine the effect of surgical nurses' level of commitment on knowledge, attitudes and behaviors related to patient safety.

Materials and Methods: The study was conducted with nurses (n = 272) working in surgical units of a university and a public hospital between May-June 2019. 'Nurse Promotion Form' and 'Patient Safety Information Form', 'Nursing Commitment Scale in Nursing' and 'Patient Safety Attitude Scale' were obtained. In the analysis of the data, number percentage distribution, normally distributed student t test, one-way analysis of variance, and non-normally etched Verde Mann-Whitney U test and Kruskall Wallis test, Spearman correlation analysis and simple leveling were used to evaluate the relationship between two-point mean scores.

Findings: The average of Nursing Commitment Scale in Nursing was 73.91 ± 11.98 , and the mean of Patient Safety Attitude Scale was 159.58 ± 26.38 . There was a significant difference between the nurses' age, educational status, working year and willingness to make effort, and the total and sub-dimensions of the institution and the NCS were determined. There was a significant difference between nurses' professional year and teamwork, safety climate, stress diagnostic sub-dimensions and total mean scores of PSAS. In the study, a positive and moderate relationship was found between surgical nurses' perception of commitment to profession and patient safety attitude.

Conclusion: Professional Commitment to the profession in nursing olarak was found to be an important factor in explaining the patient safety attitude, which was a dependent variable.

Key Words: Surgical Nursing, Professional Commitment, Patient Safety, Attitudes

3.GİRİŞ

Cerrahi hemşireleri, toplum ve birey sağlığının korunması, var olan hastalık durumunun sağaltılması, hastaların ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında güvenliğinden sorumlu olan sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle hasta güvenliği sağlanmasında son derece önemli role sahiptir (Olsson ve ark.2016; Alenius ve ark. 2016; Karayurt ve ark. 2017; Bahar 2018).

Hemşirelik, mesleki bağlılığın çok önemli olduğu bir meslek grubudur. Sadece maddi kazanç sağlama dışında da içten bağlılığın olması gereklidir. Gerektiğinde yoğun bakım ünitelerinde yatan kritik hastalarla ilgilenmeleri ve bazen bunlarla ilgili acil ve önemli kararlar almalarının gerekliliği, hemşirelik mesleğini diğer bazı mesleklere göre daha önemli hale getirmektedir (Bengligiray ve Sönmez 2011).

Mesleğe bağlılık, çalışanlar, kurumlar ve ülkenin gelişmişlik seviyesi yönünden oldukça önemlidir. Mesleki bağlılıkları yüksek olan hemşireler, işlerinde hasta yararı sağladıklarını düşünmekte ve daha motivasyonlu olmaktadır. Mesleğine bağlı olan hemşireler mesleki gelişmeleri destekleyen davranışlarda bulunarak meslek ve kurum yararına çalışmakta daha isteklidir (Kaya ve Zerenler 2014; Zedef 2017).

Kon ve arkadaşlarının yaptığı araştırma sonuçlarında hemşirelerin mesleki bağlılıklarının, hasta güvenliği ve algılanan hasta bakımı kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ifade edilmiştir. Hemşirelikte mesleki bağlılığı artırmak, profesyoneller, hizmet alıcılar ve örgüt için olduğu kadar sağlık bakım sistemi ve ekonomisi için de pek çok yarar sağlama potansiyeli taşır (Cohen 1998; Kon ve ark. 2016).

Hasta güvenliğinin geliştirilmesi için olası riskleri önlenmek amacıyla özenle hazırlanmış programlara gereksinim vardır. Oluşabilecek yan etkileri önlenmek, gerçekleşmesi durumunda ise erken fark edilmesi, hasta üzerindeki olumsuz etkilerin hızlı bir şekilde çözümlenmesi, diğer hastaların güvenliklerinin sürdürülmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması gereklidir. Hasta güvenliği tehdidi oluşturan risklerin tamamıyla ortadan kaldırılabilmesi için aşamalı olarak sağlık çalışanları, ekipler ve örgütsel düzeyde gerçekleştirilen sağlık sistemi değişimine gereksinim vardır (Sayek 2011).

Genel olarak sağlık kurumlarında mesleki bağlılık ve hasta güvenliği tutumuyla ilgili hemŖire algılarını belirleme amacı taŖıyan bu araŖtırmadan elde edilen sonuçlar, mesleki bağlılık düzeyleri ve hasta güvenliğine iliŖkin tutum ve davranıŖlar hakkında mevcut durumu cerrahi hemŖireleri açısından ortaya koyacaktır. HemŖirelerin hastalar ile yakın iliŖkide olması ve özellikle cerrahi birimlerde hasta güvenliğinin önemi göz önüne alındığında alıŖma sonuçlarının daha da önem kazanacağı dŖnlmektedir.

Literatürde mesleki bağlılık ve hasta güvenliği tutumu arasındaki iliŖki konusuna değinen ulusal düzeyde alıŖma ulaŖılamamıŖ ve uluslararası düzeyde sınırlı alıŖmaya ulaŖılmıŖtır. Özellikle cerrahi birim hemŖireleri ile yürütülen alıŖmaya literatürde rastlanmamıŖtır. Bu bilgiler doğrultusunda alıŖmanın literatür katkısının yanı sıra mesleki bağlılık ve hasta güvenliği konusunda hemŖire algılarını belirleyerek biliŖsel düzeyde mevcut durumun betimlenmesi ve sağlık kurumlarımız açısından alınması gerekli önlemlere iliŖkin de katkı sağlayacağı dŖnlmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. MESLEK TANIMI

Meslek, bireyin kimliğinin önemli kaynaklarından biri olup, etrafından saygı görmesi, başka bireylerle ilişki kurup, toplumda yer edinerek ve işe yaradığı duygusunu yaşamasına imkan sağlayan etkinlik alanıdır (Kuzgun 2009). Diğer bir tanıma göre de bireylerin yaşantılarını sürdürebilmek ve maddi kazanç elde etme amacıyla, uzun öğrenim sürecinden geçtikten sonra elde ettikleri, kendine özgü norm ve kuralları olan, bilgi ve beceriye dayalı etkinlikler bütünüdür (Lee ve ark. 2000; Dormann ve Zapf 2001; Çetin ve ark. 2012).

4.2. MESLEĞE BAĞLILIK KAVRAMI

Meslekleşme, bir işin meslek olabilme yolunda elde ettiği nitelikler bütünüyle kazandığı güçtür. Meslek statüsüne ulaşabilmek amacıyla işin yapısında meydana gelen bir dizi değişim meslekleşme sürecini oluşturur. Povalko (1971)' ya göre bir işi meslek sayabilmek için uyması gereken sekiz kriteri teorik bilgi, işin temel sosyal değerlere uygunluğu, eğitim süresi, motivasyon, özerklik, mesleki bağlılık, ekip bilinci ve mesleki ahlakı yasası olarak belirlemiştir (Eren ve Uyer 1993; Ulusoy ve Görgülü 2001). Yapılmış bir araştırmada da çalışanların sahip olması gereken nitelikler meslek bağlılığı ve işini severek yapma olarak ortaya konmuştur (OECD 1999). Fakat, yaptıkları işin üçüncü taraflarca kolaylıkla denetlenemediği ve hizmet sunulanlar adına hayati ve acil kararlar alınması zorunlu olan sağlık, eğitim ve askerlik gibi çalışma alanları için mesleki bağlılık büyük önem taşımaktadır (Benligiray ve Sönmez 2011; Çetinkaya ve ark. 2015).

Çalışmalar tarandığında mesleki bağlılık kavramının ilk defa Greenhaus (1971) tarafından 'bireylerin bir işi ya da kariyeri önemsemeleri' şeklinde ifade edilmiştir (Cihangiroğlu ve ark. 2015). Morrow (1983) ise, kişinin yaşantısında mesleğin zaman içerisinde öneminin artması şeklinde tanımda bulunmuştur. Aranya ve Ferris (1984)'in yapmış oldukları tanımda, meslek yararına çalışmayı arzulamanın ve

mesleğin üyesi olarak kalmayı istemenin yanında meslekle bütünleşme ve katılım sağlanmasıdır. Blau (1985) kişinin mesleğine karşı tutumu şeklinde tanımlamıştır. Livinston ve Burley (1996) meslekte ilerlemek için gerekli becerileri geliştirmek ve daha fazla deneyim kazanmak için çaba harcamak ve zaman ayırmak şeklinde tanımlamıştır (Zedef 2017).

Mesleki bağlılık, mesleğe yönelik temel eğitim süreciyle başlamakta ve meslek hayatı boyunca artarak mesleki değerlerin içselleştirilmesini sağlayan profesyonel sosyalleşme süreci olarak devam etmektedir. Numminen ve arkadaşlarının çalışmasında yaş, meslek yeterliliği, mesleki deneyim ve iş doyumunun mesleki aidiyette artma sağladığı belirlenmiştir. Kon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık profesyonelleri olan hemşirelerde meslek bağlılığının, hasta güvenliği geliştirme davranışları ve algılanan sağlık bakım kalitesini artırdığını göstermiştir (Kon ve ark. 2016; Derin ve ark. 2017).

Hemşirelikte mesleki bağlılığı artırmak, profesyoneller, hizmet alıcılar ve örgüt için olduğu kadar sağlık bakım sistemi ve ekonomisi için de pek çok yarar sağlama potansiyeli taşır (Cohen 1998). Meslek bağlılığı yüksek düzeyde olan hemşireler, çoğunlukla belirledikleri alanda uzun süre çalışır, işinden memnundur, işine bağlılıkla emek verir, fark yaratır, hemşirelik bakımının kalitesini yükseltir, mesleğine yatırım yaparak kendisini geliştirdiği gibi mesleğinin gelişimine de katkıda bulunur, örgüt içerisinde meslektaşları için rol model oluşturabileceği gibi birlikte çalışılan diğer sağlık profesyonelleri ve hizmet edilen toplum tarafından da fark edilerek hemşirelik mesleğinin saygınlığını artırır (Carmel ve ark. 1988; De Groot ve ark. 1998; Benligiray ve Sönmez 2011; Demirci 2018).

4.3 MESLEKİ BAĞLILIĞIN BOYUTLARI

Meyer ve Allen (1991) örgütsel bağlılık modeline temellendirerek mesleki bağlılığı duygusal, devamlılık ve normatif bağlılık olmak üzere üç boyutlu bir model olarak incelemiştir (Meyer ve ark. 1993).

Kendi arzularıyla meslek mensubu olarak kalan çalışanlar duygusal bağlılığı güçlü olanlardır. Gereksinimler nedeniyle mesleklerini sürdürenler ise, devam bağlılığı güçlü çalışanlardır. Normatif bağlılığı güçlü olanlar ise, yükümlülük duydukları için meslekte kalırlar. Meslekten ayrılma niyeti düşük olan çalışanlar yüksek düzeyde mesleki bağlılığa sahip, yetenekleri ve kariyer gelişimi için gayret

gösteren bireylerdir (Meyer ve ark. 1993; Lee ve ark. 2000; Lord ve DeZoort 2001:6; Haydari ve ark. 2016).

4.3.1. Mesleki Duygusal Bağlılık

Meyer ve arkadaşları (1993), bir bireyin mesleğine duygusal olarak bağlı olmasını; bireyin meslekte kalmaya güçlü arzusunun olması, mesleğindeki gelişmelere ayak uydurması (örneğin, mesleki yayınları izleme veya konferanslara katılma) ve mesleki uzmanlığı destekleyen bilimsel araştırmaları takip etmesi şeklinde ifade ederek, mesleğe ilişkin olumlu tecrübe, imkanlar ve tatmin düzeyi arttıkça bireylerin mesleğine duygusal olarak bağlanma düzeylerinin artacağından bahsetmişlerdir. Mesleğe duygusal bağlılık, mesleği severek yapmayı ve onunla özdeşleşmeyi ifade eder (Baysal ve Paksoy 1999; Meyer ve ark. 1993; Tak ve Çiftçioğlu 2009).

Blau (2001)'ya göre, güçlü mesleki duygusal bağlılık ile mesleklerini sürdürenler mesleklerinde kalmayı isteyen bireylerdir. Kaya ve Zerenler (2014)'e göre, mesleki duygusal bağlılık mesleklerde ve örgütlerde en çok arzu edilen bağlılık türünü oluşturur. Çünkü bu bağlılık türünde birey mesleğe duygusal açıdan bağlı olduğu için meslekte kalmak için özellikle çaba göstermektedir.

4.3.2. Mesleki Devamlılık Bağlılığı

Meyer ve arkadaşları (1993), bir bireyin mesleğine güçlü bir devamlılık bağlılığı ile bağlı olmasını, bireyin meslekten ayrılmasının yüksek maliyetler ile ilişkili olduğunu anlaması ya da meslekte kalmasının getireceği faydayı dikkate alması olarak ifade etmişlerdir (Tak ve Çiftçioğlu 2009). Baysal ve Paksoy (1999), mesleğe devamlılık bağlılığının, meslekten vazgeçemeyecek kadar yatırım yapmış olmayı ve vazgeçmenin yüksek maliyeti ile ilgili olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bağlılık türünde bireyin meslekten ayrılma niyetinin kendisine getireceği yüksek maliyetlerin, meslekte kalması için bir zorunluluk oluşturacağı düşüncesi hâkimdir. Bu yüzden kişinin yeni bir mesleğe yönelmesi için elinde uygun seçenekler yoktur. Blau (2001) çalışan bir kişinin işini değiştirdiğinde, yapmış olduğu kişisel yatırımlar (örneğin; kariyer statüsü, zaman ve mesleğe özgü beceriler edinme çabası) zayı olacağından mesleğe devamlılık bağlılığın geliştirilmesinin gerekli olduğunu ifade etmiştir (Blau 2001).

Devamlılık bağlılığı; kişinin meslek değiştirmek için uygun alternatiflerinin olmayışı durumudur. Nitekim birey mesleği için yapmış olduğu yatırımları muhafaza etmek ve mesleği bırakmanın duygusal bedellerini en az düzeye indirmek için yeni iş alternatiflerini araştırmaktan vazgeçer (Blau 2003).

Dünyada yapılan araştırmalar, mesleki bağlılığı yüksek olan hemşirelerin, işleriyle büyük bir heyecanla ilgilendiklerini ve mesleklerine devam ettiklerini göstermektedir. Wang ve arkadaşlarının (2011) araştırmasında, Y kuşağındaki hemşirelerin duygusal mesleki bağlılığı ve normatif mesleki bağlılıklarının düşük olduğu gösterilmiştir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada, hemşirelerin mesleğe duygusal bağlılığı ve mesleğe devam bağlılığı yüksek, normatif bağlılığı ise düşük olarak bulunmuştur (Aslan 2008).

4.3.3. Mesleki Normatif Bağlılık

Kişinin mesleğini sürdürmeyi mecburiyet olarak algılamasıdır. Fakat bu durum maddi kaynaklı olmaktan daha fazla, aile, iş arkadaşı ve çalışma ortamı, yöneticilere duyulan saygı gibi dış faktörlerden kaynaklanan zorunluluktur. Örneğin, bireyin ailesinde aynı mesleği yapan kişilerin bulunması veya kariyer gelişimine finansal olarak destek sağlanması normatif bağlılık türünün gelişmesini sağlar (Meyer ve ark. 1993; Baysal ve Paksoy 1999; Blau 2001; Hall ve ark. 2005; Tak ve Çiftçioğlu 2009). Kişilerin mesleklerine karşı normatif bağlılık geliştirmeleri belirli bir tutumu benimsemeye ilişkin kuralsal baskıları özümsemeleri ve bunun sonuçlarından yarar sağlamalarıyla ilişkilendirilir (Meyer ve ark. 1993; Tak ve Çiftçioğlu 2009).

4.4. HASTA GÜVENLİĞİ KAVRAMI

Sağlık hizmetlerinde gün geçtikçe hızlı biçimde gelişen teknolojiyle birlikte hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmet isteklerinin artması ve sağlık kuruluşlarının yoğunlukları sağlık profesyonellerinin görev ve sorumluluklarını arttırmaktadır. Bu durumda hasta zararına neden olan sağlık profesyonelleri tarafından alınan hatalı karar veya uygulamalara yol açmaktadır. Hastanın, sağlık hizmeti alırken yaşadığı zarar hastanede yatış süresinin uzamasına, ciddi yaralanmaya, sakatlık ve hatta kişinin ölümüne neden olabilmektedir. Bu nedenle, son zamanlarda sağlık bakım hizmetinde insan kaynaklı hatalar kapsamında hasta güvenliği ile ilgili konulara dikkat çekilmesi dünya genelinde öncelikli hale gelmiştir (Gökdoğan ve Yorgun 2010; Özdemir ve Şahin 2015; Durmaz 2016).

Hasta güvenliği kavramının temelini Latince’ de “Primum non nocere” olarak bilinen ve Türkçe’ye “Öncelikle zarar verme” olarak çevrilen temel etik kural oluşturmaktadır. 19.Yüzyılla birlikte kullanımına başlanan kavram bugün de tartışılmaya devam edilen ve önemini koruyan bir konudur. Modern hemşireliğin kurucusu olarak bilinen Florence Nightingale “Garip gelebilir ama bir hastanenin öncelikle hastaya zarar vermemesi gerekiyor. Bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop saçmaktır.” sözleri ile hasta güvenliği konusunda fikrini ortaya koymuştur (İlan ve Fowler 2005; Gülay 2016; Bahar 2018).

Hasta güvenliği kavramı, “tıbbi bakım ve tıbbi hatalara bağlı gelişebilecek, hasta ve yakınlarını olumsuz yönde etkileyecek durumların olmaması veya sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tümü” şeklinde tanımlanmaktadır (Sezgin 2007).

Hastanelerde hasta güvenliğini etkileyen etkenler, hastaya ve çevreye ait özellikler olarak ele alınmaktadır. Hastaya ait özellikler; yaş, gelişim düzeyi, hareketlilik ve sağlık durumu, bilişsel ve duygusal durumu, duyuşsal ve algısal değişiklikleri vb. iken; çevreye ait özellikler ise hastanenin ısı ve nemi, hava akımı, aydınlatması, gürültü seviyesi, temizliğin yetersiz olması, dekorasyonu ve kaygan zemin vb. şeklinde belirtilmektedir (Wendin 2007; Çırpı ve ark. 2009; Baykal ve ark. 2010).

Hasta güvenliği konusunda çeşitli kuruluşlar tarafından yapılan tanımlar bulunmaktadır;

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), “sağlık hizmeti sürecince bir hastaya önlenebilir zararın verilmemesi” olarak tanımlamaktadır (WHO 2007).

Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation NPSF) ise “sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması” (Akalin 2004; Çiçek 2012; Ardahan ve Alp 2015; Bahar 2018) olarak tanımlamış olup, Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine- IOM), ise “hastalara olan zararın önlenmesi” (Rızalar ve ark. 2016; Elsous ve ark. 2017; Durgun ve Kaya 2018) olarak ifade etmiştir.

Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses-ICN) ve Uluslararası Akreditasyon Komisyonu (JCI) hasta güvenliği ile ilgili “profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi, meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonlarla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamının sağlanması, hasta güvenliği konusunda odaklanmış bilimsel bilgi ve liderlik gelişmesini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütün halinde birleştirilmesi” kavramlarına odaklanmıştır (Çiçek 2012;Rızalar ve ark. 2016;Bahar 2018).

Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (NPSA), hasta güvenliğini “sağlık hizmetlerine bağlı hataların önlenme, hasta ile ilgili riskleri yönetme ve tanımlanma ve tekrarlanan riskleri azaltmak için raporlama, üretilen çözümleri uygulama sonucu hastaya daha güvenli bakım verme” şeklinde ifade etmişlerdir (Gözlü ve Kaya 2012; Özdemir 2014).

Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü (IOM) 1999 ‘da yayınladığı raporda, hasta güvenliğinin sağlanmasının kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulmasında son derece önemli olduğu bildirmiştir. Sağlık kurumlarında tıbbi hataların varlığı hasta güvenliğini tehdit eden en temel durumdur. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) her yıl 44.000 ila 98.000 kişi, tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Bu hataların 7.000’inin ilaç hatası olduğu, bakım sırasında hata görülme sıklığının %2,9 ve %3,7 olduğu bildirilmiştir. Sağlık hizmetleriyle ilişkili hatalar, kişisel hatalardan çok sistemden kaynaklanan hatalardır. İlerleyen yıllarda yapılan bir diğer çalışmada, yine ABD’de hastanelerde her gün en az 100 hastanın tıbbi hatalar sebebiyle öldüğü belirtilmiştir (Berwick ve ark. 2003; Özdemir ve Şahin 2015; Alonazi ve ark. 2016; Elsous ve ark. 2017).

Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCAHO)'nın Ocak 1995 ile Mart 2009 tarihleri arasında tıbbi hata çeşitleri üzerine yapmış olduğu çalışmada ise, tıbbi hataları yanlış taraf cerrahisi (%13,3), önlenebilir intiharlar (%12,1), ameliyat sırasında veya sonrasında komplikasyonlar (%11,2), ilaç uygulama hataları (%8,5), tedavinin geciktirilmesi (%8), hasta düşmeleri (%6,2), transfüzyon hataları (%2,3) ve enfeksiyonla ilişkili olayların (%2) yer aldığı bildirilmiştir (Eken 2018).

Sağlık Hizmetleri Kalite ve Araştırma Ajansı (AHRQ) eski direktörü JM Eisenberg' in belirttiği gibi “*Tıbbi hatalar neden gelişiyor?* sorusunun cevabını verebilmek ve hasta güvenliğini geliştirebilmek için öncelikle sistematik yaklaşım benimsemek gerekir. Bunun için de kanıt toplama ve araştırma, sistem sorunlarına yanıt olacak stratejiler geliştirmek ve kurumda cezalandırıcı olmayan raporlama sistemi kurarak hasta güvenliği tutumu kazandırılması yer almalı” şeklinde açıklamıştır (Akalin 2005; Tunçer 2016).

4.5. HASTA GÜVENLİĞİ TUTUMU GELİŞTİRMEDE HEMŞİRENİN ROLLERİ

Sağlık bakım hizmetinin her alanında hemşireler, hasta güvenliği ile iç içe bulunurlar. Bu bağlamda hemşirenin görev ve sorumlulukları kapsamında hasta ve hasta yakınlarını olası riskler ve bu risklerin azaltılması konusunda bilgilendirmek, hasta güvenliğini savunmak ve karşılaşılan istenmedik olayları rapor etmek vardır (Çırpı ve ark. 2009; Gündoğdu 2010; Gündoğdu 2012; Durmaz 2016).

Hasta güvenliği ile ilgili uygulamaların etkinlik düzeylerini ortaya koyan hemşirelerle yapılmış birçok araştırma vardır. Örneklendirildiğinde, 24 saatte hasta başına ek olarak bir hemşire ilavesi ile %50, hasta başına verilen hemşire bakım saatinde 0,25'lik ekle %20 aylık ölüm oranında azalma sağlanmıştır (Tombe 2007). Yine 24 saatte hasta başına verilen hemşirelik bakım saatinde yapılan bir saatlik artış ile pnömoni olgularında %8,5; bakım saatinde yapılan %10'luk bir artış ile %9,5 oranında azalma olduğu saptanmıştır. Hasta başına verilen hemşirelik bakım saatinde artışın sağlanması ile dekübit ülserlerinde de azalma görüldüğü tespit edilmiştir (Sezgin 2007). Cerrahi operasyon sonrasında hasta başına sağlanan günlük tam hemşire bakım saati ile pnömoni, tromboz, akciğer rahatsızlıkları, idrar yolu enfeksiyonları riski arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Wolf 1996; Çırpı ve ark.

2009). Araştırma sonuçlarına bakıldığında etkili bir hemşirelik bakım hizmeti sunumu sağlanması ile hasta güvenliği tehdidi oluşturabilecek çoğu komplikasyonun önlenebileceğini ortaya koymaktadır (Sayek 2011).

Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (TJC) hasta güvenliği hedeflerini belirlemiş olup bunlar (TJC 2009):

- ✓ Doğru bir şekilde hasta kimlik tanılamayı geliştirme
- ✓ Tıbbi tedavide güvenli uygulamaları geliştirme
- ✓ Hastanın tedavisini doğru ve eksiksiz bir şekilde uygulama
- ✓ Cerrahide doğru taraf, doğru hasta, doğru uygulamayı sağlama
- ✓ Cerrahi yanık olası riskini azaltma
- ✓ Dekübit ülserlerine ilişkin riskleri önleme
- ✓ Hastanın düşme kaynaklı zarar görmesi riskini azaltma
- ✓ Hastane enfeksiyonu riskini azaltma
- ✓ Yaşlılarda grip ve pnömokoksal hastalık riskini azaltma
- ✓ Sağlık profesyonelleri arası etkin iletişimi artırma
- ✓ Etkin klinik alarm sistemlerini geliştirme
- ✓ Hasta güvenliği stratejisi olarak hastanın kendi bakımına katılımını destekleme
- ✓ Kurumdaki hastalarla ilgili güvenlik risklerini tanımlamaktır.

Bu hedefler incelendiğinde, birçoğunun ortak noktası mevcut riskleri azaltmaktır. Cezalandırıcı olmayan olay bildirim raporlamalarının yapılması ile risklerin belirlenip, gerekli önlemlerin alınması ile birlikte azaltılmasını sağlar (Hakverdioğlu 2011).

2015 yılında Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCAHO)'nun belirlemiş olduğu "Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri" şu şekilde sıralanmıştır;

1. Hastaların kimliklerinin doğrulanması,
2. İlaç güvenliğinin sağlanması,
3. Ekip içinde etkin iletişimin sağlanması,
4. Doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması,
5. Enfeksiyonların önlenmesi,

6. Hasta güvenliği tehditlerinin tanımlanması ve önlenmesi şeklinde sıralamıştır (Özdemir 2014; Çınar ve Karadakovan 2016).

Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili görüşlerinin yer aldığı Çırpı ve ark. (2009)' larının yapmış olduğu araştırmada; “%96,9’u hasta güvenlik uygulamalarının gerekli bulduklarını, hemşirelerin %74,6’sı hasta güvenliğini sağlık bakım hizmetlerinin bireylere vereceği zararı engellemek amacıyla alınan önlemler bütünü” şeklinde ifade etmişlerdir (Çırpı ve ark. 2009). Hakverdioğlu (2011) tarafından yapılan hasta güvenliği öneminin sorgulandığı bir araştırmada hemşirelerin %95,2’ si hasta güvenliğinin çok önemli olduğunu ifade etmişlerdir (Hakverdioğlu 2011).

Hemşireler, hasta güvenliğini sağlama ve sürdürmede hastaya olan yakınlıkları ve 24 saat bakım faaliyetlerini yürütme etkinlikleri açısından ayrı bir önem arz etmektedirler. Güvenli çalışma ortamında hastalara olası zararlardan koruyarak bakım alması temel hasta hakları arasında yer almaktadır. Hastaları olası tehditlerden korumak, uygulanacak her türlü müdahale ve tedavide istenmeyen sonuçları önlemek veya en aza indirme hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Bu amaçla, hemşireler bakım uygulamaları sırasında hasta güvenliğine zarar veren faktörlere karşı dikkatli olmalı, hastaları detaylı olarak değerlendirmeli, güvenliği sürdürme ve geliştirmeye özen göstermelidirler. Hasta güvenliğinin iyileştirilmesinde hastalara yönelik risklerin azaltılmasında iyi tasarlanmış programlara gereksinim vardır. Yan etkileri önleme ya da yan etki gelişimini hızlı bir şekilde anlamada, yapılan tedavilerin olumsuz etkilerini hızlı bir şekilde gidermede ve hastaların başına gelebilecek sorunların azaltılmasında tamamlayıcı eylemlere ihtiyaç vardır (Tan ve ark. 2009; Abdou ve ark 2011; Zakari 2011; Sayek 2011; Kizir 2016).

Hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalar ve uygulamalar başta hemşirelerin olmak üzere tüm çalışanların hasta güvenliğine yönelik yaklaşımını etkilemektedir. Çalışmaların etkinliği açısından yapılan çalışmalarda hemşirelerin birebir rol alması önemlidir. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği uygulamalarına ilişkin rolleri sürekli eğitimlerle desteklenmelidir. Hasta güvenliği uygulamaları etkinlik bakımından değerlendirilmeli ve değerlendirme sonuçlarına göre çalışmalara yön verilmelidir. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve kalıcılığının sağlanması için çalışanlar hasta güvenliğini sahiplenmelidir. Tüm çalışanların hasta güvenliği kültürünü sahiplenmesi ve bu durumun kurum kültürü haline gelmesi için; liderler ve çalışanlar

arası açık iletişim olması sağlanmalıdır. Çalışanlara hasta güvenliğini olumsuz etkileyen işlemler ile ilgili görev vererek farkındalığı artırılmalıdır. Yapılan çalışmalarda hasta güvenliği için kaynak ayrılması önerilmektedir (Sayek 2011).

4.6. CERRAHİ BİRİMLERDE HASTA GÜVENLİĞİ VE ÖNEMİ

Cerrahi servisler, ameliyathaneler ve cerrahi yoğun bakım üniteleri; son derece üstün donanıma sahip, iş akışları karmaşık, hastaların savunmasız olduğu, cerrahi alan çalışanlarının özel bilgi, beceri ve donanıma sahip olması gereken, yoğun, stresli ve sürekli dikkatli olmaları ve ekip çalışmasının gerekli olduğu, yoğun baskı hissedilen, tıbbi hatalar açısından riskli ve multidisipliner uygulamalar gerektiren son derece özellikli birimlerdir (Somyürek ve Uğur 2015; Şahin ve ark. 2015; Shu ve ark. 2015; Çınar ve Karadakovan 2016; Rızalar ve Topçu 2017; Wang ve Tao 2017; Bahar 2018).

Cerrahi hemşireleri, toplum ve bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi, var olan hastalık durumunda iyileştirilmesinden, hastaların ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında güvenliğinden sorumlu, hasta ve hasta aileleri için eğitim ve destek sağlayan, hastalara 24 saat kesintisiz sağlık hizmet sunan, multidisipliner yaklaşımla çalışmasını devam ettiren, güvenli ve kaliteli hasta bakımına katkıda bulunan sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle hasta güvenliğinin sağlanmasında kilit role sahiptirler (Alenius ve ark. 2016; Costa ve ark. 2016; Olsson ve ark. 2016; Hamaideh 2016; Toso ve ark. 2016; Karayurt ve ark. 2017).

DSÖ'nün 2008 yılı itibarıyla 'Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır' kampanyası, cerrahide hasta güvenliğinin önemine vurgu yapmaktadır. Hastanelerde gerçekleşen tıbbi hataların %50'sinin cerrahi birimlerde meydana geldiği bu hatalarında %50'sinin güvenli cerrahi uygulamaları ile engellenebildiği kanıtlanmıştır. Cerrahide en sık karşılaşılan istenmeyen olaylar; yanlış taraf cerrahisi, iğne ve kesici, delici alet yaralanmaları yabancı cisim unutulması, düşmeler, hastane enfeksiyonları, transfüzyon ve ilaç hataları, cerrahi yanıklar, hatalı gaz karışımı verilmesi, cihazlarla ilişkili problemler, pulmoner emboli ve derin ven trombozu olarak belirtilmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda, cerrahi birimlerde hasta güvenliğinin sağlanması, hasta güvenliği tutumunun oluşturulması ve geliştirilmesi son derece önem kazanmıştır (Wang ve Tao 2017; Bahar 2018).

Cerrahi birimlerde yaşanan ekipman yetersizlikleri, çalışanların stresli ve enfeksiyon risklerinin fazla olması gibi sebeplerle cerrahi hemşireleri hatalar ile daha sık karşılaşmaktadırlar. Cerrahi hemşireleri, savunuculuk rolünün gereği, kimlik doğrulama ve ilaç hataları gibi tıbbi hataların, hasta düşmelerinin ve enfeksiyon gelişmesinin önlenmesinden, hastaların ameliyat sonrası eski yaşantılarına dönmesinden sorumludurlar (Candaş ve Gürsoy 2015; Nguyen ve ark. 2015 Şahin ve ark. 2015; Ciğerci ve ark. 2016; Bahar 2018).

Sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliği sağlama amacıyla, ekip üyeleri içinde hasta güvenliği tutumu yaratmak, rehberlik edici eğitim ile çalışanları desteklemek, düzenli kayıt tutmak, hasta ve hasta yakınları ile iletişim sağlamak ve hata olasılıklarını önleyici stratejiler geliştirilmelidir (Bayar 2013; Durmaz 2016).

4.7. ÜLKEMİZDE HASTA GÜVENLİK MEVZUATI

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Hizmet Kalite Standartları” kapsamında hasta güvenliği konusunda temel uygulamalara yer verilmiştir. Bunların içerisinde “Hasta ve Çalışan Güvenliği” başlığıyla otuz dört maddeden oluşan standartlar bulunmakta, standartların büyük çoğunluğunun doğrudan veya dolaylı konuyla ilişkili ve hasta güvenliğini sağlamaya yönelik olduğu görülmektedir.

Hasta güvenliği konusunda bir başka mevzuat düzenlemesi, 29 Nisan 2009’da Resmî Gazetede yayımlanmıştır. Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik maddeler içermektedir. Yönetmeliğin beşinci maddesinde, Sağlık kurumlarının, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlü olduğu vurgulanmaktadır. Hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları konusunda sağlık kurumlarının yapması gereken düzenlemeler ve alınması gerekli tedbirler madde altı ve madde yedide ele alınmıştır.

Hasta ve çalışan güvenliği ortak uygulamaları kapsamında enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi, laboratuvar güvenliği, radyasyon güvenliği, güvenlik raporlama sistemi ve düzenlenecek eğitimler ile ilgili olarak konular madde sekizde belirtilmiştir.

Yönetmeliğin altıncı maddesinde Hasta güvenliği uygulamaları şu şekilde sıralanmıştır.

1. Hasta tanıtıcı bilgileri tanımlanma ve doğrulamak
2. Hastadan müdahalesel işlemler için onamını almak
3. İlaç güvenliğini sağlamak
4. Güvenli cerrahi uygulamalarını sağlamak
5. Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğini sağlamak
6. Hasta düşmelerini önlemek
7. Sağlık hizmet sunumunda iletişim güvenliğini sağlamak
8. Radyasyon güvenliğini sağlamak
9. Engelli hastalara ilişkin düzenlemeleri yapmak

Aynı yönetmelik benzer şekilde çalışan sağlığını korunması ve güvenliğine ilişkin usul ve esasları da içerir ve çalışan güvenliğine yönelik program hazırlamak, çalışanların düzenli sağlık taramalarını yapmak, engelli çalışanlara ilişkin düzenlemeleri yapmak, çalışanların bireysel koruyucu önlemleri almalarını sağlamak, çalışanların fiziki saldırılara maruz kalmasının önlenmesine ilişkin düzenleme yapmak, konularında tedbirler alır ve düzenlemeler yapar.

(www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm).

4.8.HASTA GÜVENLİĞİ TEHDİDİ OLUŞTURAN HATALARI ÖNLEME

Sağlık bakım sisteminin sağlıklı/hasta kişiye bakım ve tedavi hizmeti sunumunun her basamağında temel amaç hasta güvenliğini sağlamaktır. Tıp Enstitüsü tıbbi hata kavramını; “planlanan bir işin amaçlandığı şekilde sonuçlanmaması veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanması” olarak ifade etmiştir. Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu ise tıbbi hatayı; “Sağlık profesyonelinin hizmet sunumu sırasında doğru ve etik olmayan bir girişimde bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve duyarsız davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamıştır (Sezgin 2007; Özdemir 2014; Eken 2018; Gürkan 2018).

4.8.1.Hastaların Kimliklerinin Doğrulması

Hastanın tanıtıcı bilgilerinin hatalı tanımlanması ve doğrulanması yanlış kişiye ilaç uygulama ya da yanlış taraf cerrahi girişimi gibi hastada istenmedik durumlara yol açmaktadır. Hataların önlenmesinde, hastanın tanıtıcı bilgilerinin tanımlanması için hastanın oda ya da yatak numarası olmayan hastanın ad, soyadı, protokolü ve doğum tarih bilgilerinden en az iki tanımlayıcı bilgi kullanılmalıdır (Filiz 2009; Canbolat 2011; Bayar 2013; Özdemir 2014; Eken 2018).

Hasta kimliğini doğrulama işlemi; tanı ve tedavi, cerrahi müdahaleler, taraf işaretlemesi sırasında, müdahale işlemleri öncesinde, ilaç, kan ve kan ürünü transfüzyonu öncesinde, hastanın ameliyathane kabulü, time-out esnasında, hastanın ameliyathaneden servise teslim aşamasında, hastanede aynı veya benzer isimde hasta varlığında, hastanın kimliğinin belirsiz olduğu durumda, tanı testleri için örnek alınımında, hasta transferi esnasında gerçekleştirilir (İnanır ve Serbest 2009).

4.8.2.İlaç Güvenliğinin Sağlanması

En çok rastlanan tıbbi hataların başında ilaç hataları gelmektedir. İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi (NCCMERP), hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da doğru olmayan ilacı kullanmasına sebebiyet veren önlenebilen olay olarak tanımlamaktadır. İlaçlar, sağlık bakımında önemli ölçüde yer aldığından, hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesinde ilaç hatalarını önlemek büyük role sahiptir. Bununla birlikte günümüzün teknolojik ilerlemeleri ve reçete etme oranlarındaki artışın ilaca bağlı hataları da arttığını ortaya koymuştur (Leape 1995; Sayek 2010; Eken 2018).

İlaç hatalarıyla ilişkili faktörlerden bazıları; benzer isimli veya kutuları benzer ilaçlar, seyrek uygulanan ilaçlar, sıklıkla uygulanan ve alerjik olan ilaçlar (ör. antibiyotikler, sedatifler ...), kullanılabilmesi için test etmek gereken ilaçlar (ör. antipsikotikler, antikoagülanlar). Hasta ölümüne neden olan ilaç hatalarının birçoğunda yanlış doz (%41), yanlış ilaç (%16) ve yanlış veriliş yolu (%10) yer almaktadır. Bu hataların sebepleri incelendiğinde, sözel ya da yazılı iletişim aksamasının başta olduğu görülmektedir. İsim ve okunuş benzerliği olan ilaçlar özellikle sözel talimatlara bağlı ilaç hatalarına neden olmaktadır. İlaçların görünüm ve söyleyiş benzerliğine bağlı isim karmaşıklığı, ilaç etiket yanlışlığı ve eksik bilgi hata sebepleri arasındadır (Phillips ve ark. 2001; Filiz 2009; Özdemir 2014).

İlaç hatalarını önlenmek amacıyla; yüksek riskli ilaçları tanımlamak, ilaçları uygun koşullarda saklamak, istem kontrolünde eczacının etkin olması, eczacının ilaç hazırlamasında doğru teknik kullanması, ilaçların hastaya özel paketlenmesi, hazırlanan tüm ilaçların etiketlenmesi, uzun süre kullanılacak flakonların üzerine açılış tarihi, saati ve açan sağlık çalışanın parafının yazılması, hastaneye yatmadan önce kullanılan ilaçları tespit edilmesi, tedavide 8 doğru ilkesini (doğru hasta, doğru zaman, doğru ilaç, doğru doz,...) uygulamak, ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimlerine dikkat etmek, yan etkileri gözlemlenmek, hastaya kullanımına devam edeceği ilaçlar konusunda taburculuk eğitimi verilmesi gibi uygulamalar yer alır (Sayek 2011).

4.8.3.Ekip İçinde Etkin İletişimin Sağlanması

İletişim; bir kişi veya organizasyonun yazılı, sözlü, görsel, beden dili ile bilgi, düşünce, durum ya da kültürü bir başka insan veya insan topluluklarına aktarmasıdır.

Etkili iletişim, hasta güvenliğinin sağlanmasında çok önemli olup, cerrahi birim olarak ameliyat salonunda her bakımdan uygun çevre düzenlemesi yapılmasına özen gösterilmesi iletişim sürecini olumlu yönde desteklemektedir. Yapılmış çalışmalarda, iyi düzenlenmemiş ameliyathane ortamlarında iletişim kurulurken aktarılan bilgilerin yanlış anlaşılması, tam olarak anlaşılabilmesi, buna bağlı olarak iletişim sürecinin tamamlanamaması veya iletişim örüntüsünde bozulma olduğu saptanmıştır (Garon 2012; Cousely 2015).

Cerrahi birimlerde hasta güvenliğini sağlamak amacıyla hastayı yakın izlemde takip etmek ve durum değişikliklerinde gereken tedbirleri alabilmek için ekip içinde işbirlikçi ve multidisipliner yaklaşımla çalışılması gerekliliğinden iletişim eksikliği halinde hasta güvenliği doğrudan etkilenmektedir. Hasta güvenliğine ilişkin uygulamaların başarı sağlanmasında ana etken olarak ekip içi etkin iletişim, JCI'nin 2008 yılı hasta güvenliği hedefleri arasında da yer almaktadır (Canbolat 2011; Bayar 2013).

4.8.4.Doğru Taraf, Doğru Uygulama, Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması

Güvenli cerrahi; hastanın hastaneye kabulünden taburcu oluncaya dek preoperatif, intraoperatif ve postoperatif süreci içeren sağlık bakımı ve tedavi hizmeti boyunca, hastayı olası tıbbi hatalara karşı koruma veya hataları minimum düzeye indirmek şeklinde tanımlanabilir. Bu sebeple güvenli cerrahinin sağlanabilmesi cerrahi kliniğin, ameliyathane ve postoperatif bakım ünitesinin uyum içinde olması,

çalışanların cerrahi müdahale ve tedavinin her basamağında iş birlikçi yaklaşım benimsemesi ile mümkündür. Tüm önlenbilir tıbbi hataların içerisinde cerrahiye bağlı hatalar %50' yi oluşturmaktadır (Leape ve ark 1991; Candaş ve Gürsoy 2015).

Dünya Sağlık Örgütü' de cerrahiye bağlı hata oranlarını en aza indirmek amacıyla güvenli cerrahi kontrol listesi oluşturmuş ve her aşaması için ölçütler belirlemiştir. Evrensel protokol; ameliyat tarafını işaretleme, preoperatif doğrulama süreci ve ameliyata başlamadan önce ekip tarafından hasta, taraf ve girişim doğrulanmasının (son kontrol) yapılmasını içerir. Cerrahi taraf işaretleme sürecine hasta ve ailesi de katılmalı ve karmaşa oluşturmayacak biçimde işaretleme yapılmalıdır. İşaretleme hastanın bilinci yerinde ve uyanık durumdayken yapılmalı ve kurum içinde kullanılan şekilde olmalı, ameliyatı gerçekleştirecek cerrah tarafından işaretlenmeli, hasta hazırlandıktan ve örtüldükten sonra da görünür biçimde olmalıdır. Cerrahi taraf; yana doğru olanlar, çoklu yapılar (parmaklar, ayak parmakları, lezyonlar) ya da çoklu düzeyler (omurilik) gibi bütün vakalarda işaretlenir (Who 2008; İnanır ve Serbest 2009; Özdemir 2014).

4.8.5.Enfeksiyonların Önlenmesi

Hastane enfeksiyonları (nozokomiyal enfeksiyonlar); hastaların hastaneye başvurdukları anda inkübasyon sürecinde olmayan ve hastaneye yatıştan 48-72 saat sonra ve taburculuğu takip eden ilk on gün içinde, ameliyat geçirenlerde bir ay içinde, protez uygulananlarda ise bir yıl içinde ortaya çıkan enfeksiyonlardır (Öztürk 2008; Eken 2018).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından düzenlenen hasta güvenliği raporunda hastaların %14' ünün hastane enfeksiyonundan etkilendiği belirtilmiştir. Bu enfeksiyonların yaklaşık olarak %40'ının önlenbilir ve temel enfeksiyon kontrol kurallarına uyulduğu takdirde tüm nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesi mümkün bir tıbbi hata olarak kabul edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Who 2005; Canbolat 2011).

Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlar sonucunda hastanede kalış süresinde uzama, sağlık harcamalarında artma, morbidite ve mortalite artışı, yaşam standardında düşme, üretkenlik ve iş gücü kaybı, bazen de hukuki sorunlar meydana gelir (Siegel ve ark 2007; Öztürk 2008).

4.8.6. Düşmelerin Önlenmesi

Düşme, “ani ve istem dışı pozisyon değişikliği sonucu bireyin yere, bir objeye, zemine ya da bulunduğu seviyeden daha düşük bir seviyeye ani olarak inmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (Bayar 2013).

Düşme etkenleri, bireysel ve çevresel etkenler olarak ikiye ayrılmıştır. Düşmeyi tetikleyebilecek bireysel risk etkenleri: postür ve yürüyüş bozuklukları, hipotansiyon, baş dönmeleri (vertigo, sersemlik, presenkop ve dengesizlik), eski düşme öyküsü, psiko-aktif ilaç kullanma, nöromusküler hastalıklar, korku, beceri azalması, demans hastalıkları (alzheimer, vasküler demans, parkinson) ve görme sorunlarıdır. Çevresel risk etkenleri ise; ıslak zemin, kapı eşiği, banyo, tuvalet ve yatak korkuluklarının olmaması, aydınlatma yetersizliği, yer ve çevrede sabit olmayan eşyalar, uygunsuz ayakkabı kullanımı olduğu belirtilmiştir (Işık ve ark. 2006; Çeçen ve Özbayır 2011).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, cerrahi hemşirelerinin mesleğe bağlılık düzeylerinin hasta güvenliğine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışma olarak planlandı.

5.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ

Araştırma, Mayıs-Haziran 2019 tarihleri arasında T.C Sağlık Bakanlığı Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi ve Turgutlu Devlet Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde yapıldı.

5.3.ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini, Sağlık Bakanlığı Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi ve Turgutlu Devlet Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde (ameliyathane, yoğun bakım, cerrahi servis) çalışan hemşireler oluşturmuştur (N=364). Araştırmada örneklem seçme yöntemi kullanılmadı. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 294 kişi, raporlu, yıllık izinli, doğum izninde olan hemşire sayısı 25, araştırmaya katılmak istemeyen sayısı 43 hemşire dışındaki tüm hemşireler araştırma örneklemini(n= 272) oluşturdu. Araştırmaya katılım oranı % 74,72 dir.

5.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Cerrahi kliniklerde (ameliyathane, yoğun bakım, cerrahi servisler) hemşire olarak çalışmak
- Bulunduğu klinikte en az iki aydır görev yapıyor olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek

5.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Dahili kliniklerde çalışmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hemşireler araştırma kapsamına alınmadı.

•

5.4.ARAŞTIRMA SORULARI

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu çalışmada amaca ulaşmak için aşağıdaki sorulara yanıt arandı:

- Cerrahi hemşirelerinin mesleki bağlılık düzeyleri nedir?
- Cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları nasıldır?
- Cerrahi hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri mesleğe bağlılıklarını etkiliyor mu?
- Cerrahi hemşirelerinin mesleğe bağlılık düzeyleri hasta güvenliğine ilişkin uygulamalarını etkiler mi?

•

5.5.BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

5.5.1.Bağımlı Değişkenler: Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (HGTÖ) puanları, Hemşirelerin Hasta Güvenliği Bilgi Formuna (HGBF) verdikleri yanıt puanları

5.5.2.Bağımsız Değişkenler: Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği (HMBÖ) puanları Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, kurumda çalışma süresi, çalıştığı bölüm vb.

5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Hemşire Tanıtım Formu ve Hasta Güvenliği Bilgi Formu (EK-1) Cerrahi birim hemşirelerine araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini içeren 18 soru ve hasta güvenliği uygulamalarını değerlendirmeyi içeren 31 soru yöneltilmiştir. Bunlar; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma yılı, çalışma servisi, çalışma saati çalışma şekli ve hasta güvenliğiyle ilgili; kimlik doğrulama,doğru taraf cerrahisi,ilaç uygulama,güvenli

cerrahi uygulamaları, hasta düşmeleri vb. bilgileri içeren sorulardır. Hasta Güvenliği Bilgi Formu Kuder Richardson 21 güvenilirlik katsayısı: 0,79 olarak hesaplanmıştır. Hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve davranışlarını belirleyen formun değerlendirilmesinde, doğru ifadeler bir (1), yanlış ifadeler sıfır (0) olarak kodlandı, ardından doğru ifadelerden ters ifadeler çıkarıldıktan sonra toplam puan elde edildi.

Elde edilen puanın yüksek olması hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi durumlarının yüksek olması ile ilişkilendirildi. Buna göre hemşirelerin bilgi ve davranış puan ortalaması $0,90 \pm 0,10$, Ortalama (ÇAA*) 0,93 (0,06) olduğu belirlendi.

Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği (EK-2) Hemşirelerin mesleğe bağlılık düzeylerinin belirlenmesi için, Lu, Chiou ve Chang (2000) tarafından geliştirilen Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği (Nursing Professional Commitment Scale–NPCS) özgün formu 26 madde ve üç alt boyuta (çaba gösterme istekliliği, meslek üyeliğini sürdürme, hedef ve değerlere inanç) sahiptir. Dörtlü Likert tipindeki ölçeğin 9 maddesi ters ifade içermektedir (14,15,16,17,18,19,20,21,25. maddeler). Özgün çalışmada ölçeğin iç tutarlılığı 0.94 bulunmuştur (Lu ve ark. 2000; Lu ve ark. 2002). Türkçe geçerlilik güvenilirliği Çetinkaya, Özmen ve Temel (2015) tarafından yapılmış ve ölçeğin iç tutarlılığı 0.90 bulunmuştur. Ölçeğin tümünden alınacak en düşük ve en yüksek puan 26-104 arasındadır. Alt boyutlarından alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ise, “çaba gösterme istekliliği” 13-52, “meslek üyeliğini sürdürme” 8-32, “hedef ve değerlere inanç” 5-20 puan arasındadır. Ölçeğin tümünden ve alt boyutlarından alınan puanın artması bireylerin mesleğe bağlılıklarının yüksek olduğunu ifade eder (Lu, While ve Barriball, 2007). Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayıları; Çaba gösterme istekliliği 0,88 Meslek üyeliğini sürdürme 0,88, Hedef ve değerlere inanç 0,67, HMBÖ 0,91 olarak bulundu.

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (EK-3) Hasta güvenlik tutum ölçeğinin orijinali Sexton ve arkadaşları (2006) tarafından “Güvenlik Tutumları Ölçeği (The Safety Attitudes Questionnaire SAQ) olarak geliştirilmiştir. Baykal Ü. ve arkadaşları (2010) tarafından Türkçe geçerlik güvenilirlik analizleri sonucunda 46 madde ve 6 alt boyuttan İş doyumu 11 madde, Ekip çalışması 12 madde, Güvenlik iklimi 5 madde, Yönetim anlayışı 7 madde, Stresi tanımlama 5 madde ve Çalışma koşulları 6 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin madde toplam puan korelasyonu değerleri 0.35 ile 0.58 arasında ve toplam Cronbach Alfa değeri 0.90’ tür. Beşli Likert tipinde olan ölçek “5- tamamen katılıyorum”, “4katılıyorum”, “3- kısmen katılıyorum”, “2-

katılmıyorum”, “1-kesinlikle katılmıyorum” şeklinde puanlanmakta olup, ölçeğin 21.,36.,37.,38.,39.,40.,41.,42.,43.,45. maddeleri negatif tersine çevirilerek hesaplanmaktadır Ölçekten alınabilecek en düşük puan 46, en yüksek puan 230’dur. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça çalışanların hasta güvenliğine ilişkin tutumları daha olumlu olmaktadır (Baykal Ü., Şahin N., Altuntaş S. 2010). Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayıları; İş doyumu 0,93, Ekip çalışması 0,89, Güvenlik iklimi 0,93, Yönetim anlayışı 0,92, Stresi tanılama 0,81, Çalışma koşulları 0,79, HGTÖ 0,95 olarak bulundu.

5.7.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmanın verileri, araştırmaya katılacak ilgili sağlık çalışanlarına çalışma saatleri dikkate alınarak hemşire odasında araştırma hakkında ayrıntılı bilgi verildikten sonra, katılmaya gönüllü olanlara anket formu dağıtılarak toplandı. Dağıtılan anketler aynı gün veya birkaç gün sonra toplandı. Anket formunun doldurulması sağlık çalışanlarının yaklaşık olarak 15-20 dakikasını aldı.

5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 lisanslı paket programı kullanıldı. Verilerin analizinde, demografik özellikleri tanımlamak için sayı yüzde dağılımı, demografik özellikler ile ölçek ortalama puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için normal dağılım verilerde student t testi, tek yönlü varyans analizi, normal dağılmayan verilerde ise Mann Whitney U testi ve Kruskall Wallis testi, iki ölçek ortalama puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Spearman korelasyon analizi ve basit doğrusal regresyon analizi kullanıldı

5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma, Sağlık Bakanlığı Manisa İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi ve Turgutlu Devlet Hastanesi cerrahi birimlerinde doğum izninde, yıllık izinde olan, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve iş yoğunluğundan anketi tamamlayamayan hemşirelerin olması nedeniyle

örnekleme oluşturan hemşirelerin verdikleri yanıtlarla sınırlıdır. Sonuçlar, tüm ülkeye ve örneklem grubundaki hastanelerin tüm birimlerine genellenemez.

Araştırmanın diğer sınırlılıkları ise, ölçeklerin öz bildirim dayalı olması, araştırma verilerinin kullanılan ölçeklerin ölçtüğü niteliklerle sınırlı olmasıdır.

5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmaya Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı alındıktan sonra (Ek-4), Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu onayı (Ek-5) ve Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Bilimsel Araştırma Çalışma İzni ve Turgutlu Devlet Hastanesi Bilimsel Araştırma Çalışma İzni (Ek-6) alındıktan sonra başlandı. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerden alınan sözlü onamları ile T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Sağlık Bilimleri Etik Kurul Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile yazılı onamları alındı (Ek-7). Araştırmada ölçek kullanımı için yazarlardan mail yolu ile izin alındı (Ek-8, Ek-9).

6. BULGULAR

6.1 HEMŞİRELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE HASTA GÜVENLİĞİ UYGULAMALARINI DEĞERLENDİRME DURUMLARI

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri (n= 272)

Değişkenler	n	%
Yaş		
20-29 yaş arası	100	36,8
30-39 yaş arası	127	46,7
40-49 yaş arası	45	16,5
Ort±ss: 32,31±6,56 (min-max: 20,00-49,00)		
Cinsiyet		
Kadın	211	77,6
Erkek	61	22,4
Medeni durum		
Evli	169	62,1
Bekar	103	37,9
Eğitim durumu		
Lise	52	19,1
Ön lisans	57	21,0
Lisans	143	52,6
Lisansüstü	20	7,4
Çalışılan kurum		
Devlet hastanesi	126	46,3
Üniversite hastanesi	146	53,7
Meslekte çalışma yılı		
1 yıldan az	13	4,8
1-5 yıl	53	19,5
6-10 yıl	84	30,9
11-15 yıl	62	22,8
15 yıl ve üzeri	60	22,1
Kurumda çalışma yılı		
1 yıldan az	23	8,5
1-5 yıl	112	41,2
6-10 yıl	85	31,3
11-15 yıl	34	12,5
15 yıl ve üzeri	18	6,6

*Ortalama±standart sapma

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri (devam) (n= 272)

Değişkenler	n	%
Çalışılan birim		
Yoğun bakım	124	45,6
Ameliyathane	48	17,6
Cerrahi klinik	100	36,8
Çalışma şekli		
Gündüz	73	26,8
Nöbet	116	42,6
Vardiya	83	30,5
Haftalık çalışma saati		
40 saat ve altı	29	10,7
40 saat üzeri	243	89,3
Mesleği isteyerek seçme durumu		
Evet	187	68,8
Hayır	85	31,3
Mesleki yaşamınızda meslekle ilgili beklentilerinizin karşılanma durumu		
Evet	144	52,9
Hayır	128	47,1

Hemşirelerin demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının $32,31 \pm 6,56$, % 46,7'sinin 30-39 yaş arası ve %36,8'inin 20-29 yaş arasında, %77,6'sının kadın, %62,1'inin evli, %52,6'sının lisans mezunu olduğu, %53,7'sinin üniversite hastanesinde çalıştığı, %30,9'unun meslekte çalışma yılının 6-10 yıl arasında, %41,2'sinin kurumda çalışma yılının 1-5 yıl arasında olduğu, %45,6'sının yoğun bakımda çalıştığı, %42,6'sının çalışma şeklinin nöbet olduğu, %89,3'ünün haftalık çalışma saatinin 40 saat üzerinde olduğu, %68,8'inin mesleği isteyerek seçtiği, %52,9'unun mesleki yaşamlarında meslekle ilgili beklentilerinin karşılandığı saptandı (Tablo 1).

Tablo 2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarını Değerlendirme Durumları

Değişkenler	n	%
Çalıştığınız kurumda son 6 ay içinde hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılma durumu		
Evet	177	65,1
Hayır	95	34,9
Çalıştığınız kurumda hasta güvenliği kültürünün düzenli olarak ölçülme durumu		
Evet	149	54,8
Hayır	123	45,2
Çalıştığınız birimde hasta güvenliğini değerlendirme		
Çok iyi	34	12,5
Yeterli	169	62,1
Zayıf	62	22,8
Başarısız	7	2,6
Son bir yılda hasta güvenliği olay raporu hazırlama durumu		
Evet	33	12,1
Hayır	239	87,9
Tıbbi uygulama hatası ile karşılaşma durumu		
Evet	60	22,1
Hayır	212	77,9
Meslek yaşantısı süresince tıbbi hata yapma durumu		
Evet	85	31,3
Hayır	217	68,8
Tıbbi hata yapan sağlık çalışanının cezalandırılmasını doğru bulma durumu		
Evet	107	39,3
Hayır	165	60,7

Tablo 2’de hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını değerlendirme durumları incelendi.

Hemşirelerin %65,1’inin hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katıldığı, %54,8’sinin kurumlarında hasta güvenliği kültürünün düzenli olarak ölçüldüğünü bildirdiği, %62,1’inin birimlerindeki hasta güvenliğini yeterli olarak değerlendirdiği, %87,9’unun son 1 yılda hasta güvenliği olay raporu yazıp idarecilere bildirmediği, %77,9’unun kendilerinin ya da yakınlarının tıbbi uygulama hatası ile karşılaşmadığı,

%68,8'inin meslek yaşantıları boyunca tıbbi hata yapmadığı, %60,7'sinin tıbbi hata yapan sağlık çalışanının cezalandırılmasını doğru bulmadığı belirlendi (Tablo 2).

6.2 HEMŞİRELERİN ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUAN ORTALAMALARI DAĞILIMLARI

Tablo 3. Hemşirelerin Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları/Ortalamaları Dağılımları

Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği	Ort±ss	Ortalama (CAA*)	Min-Max
Çaba Gösterme İstekliliği	35,51±6,64	36,00 (7,00)	16,00-52,00
Meslek Üyeliğini Sürdürme	23,66±4,97	24,00 (8,00)	10,00-32,00
Hedef ve Değerlere İnanç	14,73±2,48	15,00 (3,00)	5,00-20,00
Toplam Puan	73,91±11,98	76,00 (14,75)	37,00-102,00

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği	Ort±ss	Ortalama (CAA*)	Min-Max
İş Doyumu	35,56±9,10	36,00 (12,75)	11,00-55,00
Ekip Çalışması	44,00±7,39	45,00 (10,00)	12,00-60,00
Güvenlik İklimi	18,06±3,85	19,50 (5,00)	5,00-25,00
Yönetim Anlayışı	24,79±5,58	26,00 (7,00)	7,00-35,00
Stresi Tanılama	15,56±3,91	15,00 (5,00)	5,00-25,00
Çalışma Koşulları	21,58±4,13	22,00 (5,75)	8,00-30,00
Toplam Puan	159,58±26,38	160,00 (36,00)	50,00-225,00

*CAA: Çeyrekler Arası Aralık

Tablo 3' de hemşirelerin Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği toplam ve alt boyut puanları dağılımında; çaba gösterme istekliliği alt boyut ortalaması 35,51±6,64, meslek üyeliğini sürdürme alt boyut ortalaması 23,66±4,97, hedef ve değerlere inanç alt boyut ortalaması 14,73±2,48, hemşirelikte mesleğe bağlılık ölçeği ortalaması 73,91±11,98 olarak bulundu. Araştırmada hemşirelerin mesleğe bağlılıklarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve davranışlarını belirleyen formun değerlendirilmesinde, doğru ifadeler bir (1), yanlış ifadeler sıfır (0) olarak kodlandı, ardından doğru ifadelerden ters ifadeler çıkarıldıktan sonra toplam puan elde edildi.

Elde edilen puanın yüksek olması hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi durumlarının yüksek olması ile ilişkilendirildi. Buna göre hemşirelerin bilgi ve

davranış puan ortalaması $0,90\pm0,10$, Ortalama (ÇAA*) $0,93$ ($0,06$) olduğu belirlendi.

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları dağılımında ise; iş doyumunu alt boyutu ortalama puanı $35,56\pm9,10$, ekip çalışması alt boyutu ortalama puanı $44,00\pm7,39$, güvenlik iklimi alt boyutu ortalama puanı $18,06\pm3,85$, yönetim anlayışı alt boyutu ortalama puanı $24,79\pm5,58$, stresi tanılama alt boyutu ortalama puanı $15,56\pm3,91$, çalışma koşulları alt boyutu ortalama puanı $21,58\pm4,13$, hasta güvenliği tutum ölçeği ortalama puanı $159,58\pm26,38$ olarak saptandı (Tablo 3).



Tablo 4.Hemşirelerin Hasta Güvenliği Bilgi Formuna Verdikleri Yanıtlar

Hasta güvenliği ile ilgili bilgi ve davranış durumları	Katılan		Katılmayan	
	n	%	n	%
1. Tıbbi hataların çoğu engellenemez	52	19,1	220	80,9
2. Hastaların verilen talimatlara uymaması tıbbi hatalara sebep olabilir	238	87,5	34	12,5
3. Dikkatsizlik tıbbi hataların en önemli sebebidir	284	93,4	18	6,6
4. Yapılan uygulamalar için prosedürler oluşturulması hasta güvenliği sağlamada oldukça etkilidir	253	93,0	19	7,0
5. Ekip içindeki iletişim bozukluğu hasta güvenliğini olumsuz yönde etkiler	253	93,0	19	7,0
6. Hastaya yapılacak uygulamalar açıklanmalı ve hastanın rızası alınmalıdır	261	96,0	11	4,0
7. Yapılan tıbbi hatalar hastaya açıklanmalıdır	201	73,9	71	26,1
8. Hastanelerde şu anda uygulanan sistem tıbbi hataları azaltmaya yöneliktir	200	73,5	72	26,5
9. Yapılan her tıbbi hata mutlaka rapor edilmelidir	199	73,2	73	26,8
10. Hastaların kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması hasta güvenliği için çok önemlidir	266	97,8	6	2,2
11. Hasta güvenliği için güvenli ilaç uygulama kurallarına dikkat edilmelidir	264	97,1	8	2,9
12. Güvenli cerrahi uygulamalarının aksaması hasta güvenliğini etkilemez	29	10,7	243	89,3
13. Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi; “Klinikten Ayrılmadan Önce “anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce bölümleri gerekli kontroller yapılarak doldurulmalıdır	264	97,1	8	2,9
14. Tüm cerrahi işlemlerde, klinikte doğru bölge ve taraf işaretleme süreci hekim tarafından gerçekleştirilmelidir	263	96,7	9	3,3
15. Güvenli Cerrahi ile ilgili oluşan olumsuzluklar Güvenlik Raporlama Sistemi Olay Bildirim Formu doldurularak kalite Yönetim Birimine bildirilmelidir	268	98,5	4	1,5

Hasta güvenliği ile ilgili bilgi ve davranış durumları	Katılan		Katılmayan	
	n	%	n	%
16. Düşmelerden kaynaklanan risklerin tanımlanması ve azaltılması hasta güvenliğini olumlu yönde etkiler	267	98,2	5	1,8
17. Doğru kan/kan ürünü transfüzyonu güvenliğinin sağlanması için gerekli prosedürlere uyulmalıdır	267	98,2	5	1,8
18. Kullanılan tıbbi cihazların bakım, onarım ve kalibrasyonlarının yapılması gereklidir	263	96,7	9	3,3
19. Bası ülserlerine ilişkin riskleri önlemek için gerekli bakım protokolleri oluşturulmalıdır	265	97,4	7	2,6
20. Hasta transferi sırasında gerekli tıbbi cihaz ve malzemeler eksiksiz hazırlanmalı, uygun taşıma yöntemi seçilmeli ve yeterli taşıma personeli sağlanmalıdır	264	97,1	8	2,9
21. Hastalarda ve sağlık çalışanlarındaki enfeksiyon riskini azaltmaya yönelik bir enfeksiyon kontrol programı yürütülmelidir	265	97,4	7	2,6
22. Hasta güvenliği uygulamalarına yönelik sürekli eğitim programları düzenlenmelidir	254	93,4	18	6,6
23. Tecrübesiz sağlık elemanları daha sık hata yapar	171	62,9	101	37,1
24. Hasta güvenliği tehdit risklerini azaltmada yönetici desteği önemlidir	246	90,4	26	9,6
25. Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması hasta güvenliği için tehdit oluşturur.	261	96,0	11	4,0
26. Hata yaparsam bunu hasta ve ailesine açıklarken kendimi rahatsız hissetmem	80	29,4	192	70,6
27. Yanlış bir uygulama yaparsam uyarılmak isterim	241	88,6	31	11,4
28. Yanlış bir uygulama yapıldığını görürsem soru sormak ve uyarmaktan çekinmem	249	91,5	23	8,5
29. Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması hasta güvenliğini olumsuz etkiler	258	94,9	14	5,1
30. Hasta güvenliği stratejilerinden biri olarak hastanın kendi bakımına katılımı için cesaretlendirilmelidir	268	98,5	4	1,5
31. Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir	261	96,0	11	4,0
Toplam Puan Ortalaması	0,90±0,10			
Ortalama (ÇAA*)	0,93 (0,06)			
Min-Maks.	0,10-1,00			

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi durumları ile uygulamaya yönelik davranışları değerlendirildi. Genel olarak hasta güvenliğine ilişkin bilgi durumlarının iyi düzeyde olduğu belirlendi. %96'sı hasta güvenliği uygulamalarını gerçekleştirmenin daha fazla iş yapmaktan çok daha öncelikli bir ilke olduğunu ifade ederken, cerrahi hemşirelerinin büyük çoğunluğu % 93,4'ü dikkatsizliğin tıbbi hataların en önemli nedeni olduğu, % 73,9'u yapılan hataların hastalara açıklanması gerektiğini, % 73,5'i hastanelerdeki sistemin hataları azaltmaya yönelik olduğu,% 73,2'si her hatanın raporlanması gerektiği ve yine % 62,9'u tecrübesiz sağlık elemanının daha sık hata yapacağı düşüncesinde olduğunu belirtti. Hemşirelerin sadece %19,1'i "Tıbbi hataların çoğu engellenemez" olduğunu yine %10,7'si "Güvenli cerrahi uygulamalarının aksaması hasta güvenliğini etkilemez" görüşüne katıldığını ifade etti.

Elde edilen puanın yüksek olması hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi durumlarının yüksek olması ile ilişkilendirildi. Buna göre hemşirelerin bilgi ve davranış puan ortalaması $0,90 \pm 0,10$, Ortalama (CAA*) $0,93 (0,06)$ olduğu belirlendi (Tablo 4).

6.3 Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 5. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=272)

	n	Çaba Gösterme İstekliliği		Meslek Üyeliğini Sürdürme		Hedef ve Değerlere İnanç		HMBÖ Toplam Puan	
		Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)
Yaş									
32 yaş ve altı	136	36,50±6,78	38,00 (7,00)	24,00±4,92	24,00 (7,00)	14,74±2,55	15,00 (3,00)	75,25±12,40	76,00 (13,00)
32 yaş üstü	136	34,52±6,36	34,50 (7,00)	23,32±5,01	23,50 (7,00)	14,73±2,42	15,00 (2,00)	72,58±11,44	73,00 (15,75)
z/p		-3,390/0,001*		-1,050/0,294		-0,252/0,801		-2,147/0,032*	
Cinsiyet									
Kadın	211	35,64±6,10	36,00 (7,00)	24,18±4,94	24,00 (8,00)	14,87±2,39	15,00 (3,00)	74,71±11,46	76,00 (15,00)
Erkek	61	35,04±8,27	36,00 (8,00)	21,85±4,66	22,00 (4,50)	14,26±2,75	14,00 (3,00)	71,16±13,39	73,00 (12,00)
z/p		-0,454/0,649		-3,176/0,001*		-1,629/0,103		-2,041/0,041*	
Medeni durum									
Evli	169	35,30±6,37	36,00 (7,00)	23,59±4,93	24,00 (8,00)	14,68±2,47	15,00 (3,00)	73,57±11,49	76,00 (15,00)
Bekar	103	35,86±7,06	36,00 (6,00)	23,78±5,05	24,00 (7,00)	14,82±2,51	15,00 (2,00)	74,47±12,78	75,00 (15,00)
z/p		-0,782/0,434		-0,426/0,670		-0,728/0,467		-0,688/0,492	

*p<0,05, ÇAA: Çeyrekler Arası Aralık, z: Mann Whitney U testi.

Tablo 5. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)(n=272)

	n	Çaba Gösterme İstekliliği		Meslek Üyeliğini Sürdürme		Hedef ve Değerlere İnanç		HMBÖ Toplam Puan	
		Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)
Eğitim durumu									
Lise (a)	52	36,98±6,82	37,00 (7,75)	24,75±4,64	24,00 (8,75)	14,96±2,66	15,00 (4,00)	76,69±11,79	78,00 (14,00)
Ön lisans (b)	57	33,35±7,05	34,00 (10,00)	23,07±5,12	23,00 (8,00)	14,35±2,43	14,00 (3,00)	70,77±12,93	72,00 (18,50)
Lisans (c)	143	35,44±5,94	36,00 (7,00)	23,42±4,96	24,00 (8,00)	14,75±2,45	15,00 (2,00)	73,62±11,20	76,00 (13,00)
Lisansüstü (d)	20	38,40±7,98	39,50 (11,00)	24,25±5,26	24,50 (9,00)	15,15±2,41	15,00 (3,75)	77,80±13,34	81,00 (25,75)
	x²/p	9,629/0,022* (b<a=d)		3,322/0,345		3,112/0,375		7,949/0,047* (b<a)	
Çalışılan kurum									
Devlet hastanesi	126	33,76±7,12	34,00 (8,25)	22,82±5,70	23,00 (9,00)	14,34±2,79	14,00 (3,00)	70,92±13,36	71,50 (18,25)
Üniversite hastanesi	146	37,02±5,80	37,00 (7,00)	24,39±4,12	24,00 (6,25)	15,08±2,13	15,00 (3,00)	76,50±10,00	77,00 (12,25)
	z/p	-3,704/0,000*		-2,506/0,012*		-2,429/0,015*		-3,238/0,001*	
Meslekte çalışma yılı									
1 yıldan az (a)	13	39,53±6,06	39,00 (8,00)	25,15±4,16	24,00 (7,00)	15,76±1,69	15,00 (2,50)	80,46±10,76	80,00 (18,50)
1-5 yıl (b)	53	37,00±6,86	38,00 (8,50)	24,20±4,41	24,00 (6,50)	14,71±2,35	15,00 (2,00)	75,92±11,69	76,00 (12,50)
6-10 yıl (c)	84	35,55±7,05	36,00 (8,00)	23,71±5,29	24,00 (8,75)	14,71±2,72	15,00 (3,00)	73,98±13,14	76,00 (14,75)
11-15 yıl (d)	62	34,54±6,88	34,00 (9,25)	22,77±5,18	22,00 (8,00)	14,38±2,49	14,00 (3,00)	71,70±12,08	71,50 (17,25)
15 yıl ve üzeri (e)	60	34,26±5,13	35,00 (7,00)	23,71±4,90	24,00 (6,75)	14,93±2,37	15,00 (2,75)	72,91±10,13	74,00 (14,75)
	x²/p	14,576/0,006* (a=b>d=e)		3,561/0,469		4,029/0,402		7,828/0,098	

*p<0,05, ÇAA: Çeyrekler Arası Aralık, x²: Kruskal Wallis testi, z: Mann Whitney U testi

Tablo 5. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam) (n=272)

	n	Çaba Gösterme İstekliliği		Meslek Üyelikliğini Sürdürme		Hedef ve Değerlere İnanç		HMBÖ Toplam Puan	
		Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)
Kurumda çalışma yılı									
1 yıldan az (a)	23	39,34±5,78	39,00 (9,00)	24,39±4,68	24,00 (7,00)	15,30±1,52	15,00 (2,00)	79,04±10,47	78,00 (17,00)
1-5 yıl (b)	112	35,56±6,82	36,50 (6,75)	23,63±5,09	24,00 (7,00)	14,65±2,72	15,00 (3,75)	73,84±12,81	76,00 (14,75)
6-10 yıl (c)	85	35,49±6,66	35,00 (7,00)	23,07±5,09	23,00 (8,50)	14,74±2,40	14,00 (3,50)	73,30±11,57	75,00 (16,50)
11-15 yıl (d)	34	34,02±5,76	34,00 (7,25)	24,58±4,48	24,00 (7,25)	14,85±2,01	15,00 (2,00)	73,47±10,26	73,50 (13,50)
15 yıl ve üzeri (e)	18	33,22±6,42	35,00 (7,25)	24,00±4,93	24,00 (7,25)	14,33±3,19	14,50 (3,25)	71,55±12,87	73,00 (17,25)
x²/p		12,219/0,016* (a>b=c=d=e)		3,217/0,522		1,789/0,774		4,324/0,364	
Çalışılan birim									
Yoğun bakım (a)	124	36,62±6,47	37,00 (5,00)	24,29±4,77	24,00 (8,00)	14,71±2,41	15,00 (2,00)	75,64±11,45	77,00 (13,00)
Ameliyathane (b)	48	34,25±7,12	35,00 (7,75)	23,62±5,00	23,00 (9,50)	14,93±2,87	15,00 (4,00)	72,81±13,11	72,00 (16,75)
Cerrahi klinik (c)	100	34,74±6,45	35,00 (8,00)	22,90±5,13	23,00 (7,75)	14,67±2,39	14,00 (3,00)	72,31±11,90	73,00 (16,00)
x²/p		6,437/0,040* (a>b=c)		4,603/0,100		1,315/0,518		5,123/0,077	
Çalışma şekli									
Gündüz	73	35,46±6,58	35,00 (8,00)	24,64±5,11	25,00 (7,00)	14,90±2,31	15,00 (3,50)	75,01±12,17	77,00 (16,50)
Nöbet	116	35,01±6,58	36,00 (7,00)	23,67±5,09	24,00 (9,00)	14,55±2,69	15,00 (3,00)	73,24±11,98	75,50 (12,75)
Vardiya	83	36,25±6,77	37,00 (8,00)	22,79±4,54	23,00 (5,00)	14,85±2,33	15,00 (2,00)	73,90±11,90	75,00 (15,00)
x²/p		1,987/0,370		6,587/0,037* (a>b)		0,189/0,910		0,616/0,735	

*p<0,05, ÇAA: Çeyrekler Arası Aralık, x²: Kruskal Wallis testi.

Tablo 5. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam) (n=272)

	n	Çaba Gösterme İstekliliği		Meslek Üyeliğini Sürdürme		Hedef ve Değerlere İnanç		HMBÖ Toplam Puan	
		Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)
Haftalık çalışma saati									
40 saat ve altı	29	35,82±6,95	37,00 (8,00)	24,24±4,72	24,00 (6,50)	14,20±2,82	14,00 (3,00)	74,27±12,41	76,00 (16,00)
40 saat üzeri	243	35,47±6,61	36,00 (7,00)	23,59±5,00	24,00 (8,00)	14,80±2,44	15,00 (2,00)	73,87±11,96	76,00 (14,00)
z/p		-0,535/0,592		-0,689/0,491		-1,015/0,310		-0,095/0,924	
Mesleği isteyerek seçme durumu									
Evet	187	37,62±5,40	37,00 (6,00)	25,09±4,64	24,00 (7,00)	15,17±2,26	15,00 (3,00)	77,89±9,83	78,00 (11,00)
Hayır	85	30,87±6,76	31,00 (9,50)	20,51±4,16	21,00 (5,50)	13,78±2,70	14,00 (2,50)	65,17±11,69	65,00 (15,50)
z/p		-7,408/0,000*		-7,205/0,000*		-3,913/0,000*		-7,992/0,000*	
Meslekle ilgili beklentilerinizin karşılanma durumu									
Evet	144	38,35±5,11	38,00 (6,00)	25,81±4,43	26,00 (7,00)	15,42±2,11	15,00 (3,00)	79,59±8,97	79,00 (10,00)
Hayır	128	32,32±6,72	33,00 (9,00)	21,25±4,41	21,00 (5,75)	13,96±2,65	14,00 (3,00)	67,53±11,76	67,00 (15,75)
z/p		-7,398/0,000*		-7,714/0,000*		-4,494/0,000*		-8,333/0,000*	

*p<0,05, ÇAA: Çeyrekler Arası Aralık, z: Mann Whitney U testi.

Tablo 5'te hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile hemşirelikte mesleğe bağlılık ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldı.

Çaba Gösterme İstekliliği Alt Boyutu

Hemşirelerin yaşı ile çaba gösterme istekliliği alt boyutu ve HMBÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), 32 yaş ve altındaki hemşirelerin ortalama puanlarının 32 yaş üzerindeki hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, çalışma şekli, haftalık çalışma saati ile çaba gösterme istekliliği alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Hemşirelerin eğitim durumları ile çaba gösterme istekliliği alt boyutu ve HMBÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Çaba gösterme istekliliği alt boyutunda lise ve lisansüstü mezunu hemşirelerin ortalama puanlarının ön lisans mezunu hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu, HMBÖ toplam puanında ise, lise mezunu hemşirelerin ortalama puanlarının ön lisans mezunu hemşirelerin ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile HMBÖ toplam ve çaba gösterme istekliliği alt boyutu ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu bulundu.

Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile çaba gösterme istekliliği alt boyutu ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Bir yıldan az ve 1-5 yıl arasında çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının 11-15 yıl ve 15 yıl üzerinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin kurumda çalışma yılı ile çaba gösterme istekliliği alt boyutu ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Bir yıldan az çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının bir yıldan fazla çalışan hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin çalıştıkları birim ile çaba gösterme istekliliği alt boyutu ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının ameliyathane ve cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumu ile HMBÖ toplam ve çaba

gösterme istekliliği alt boyutu ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), mesleği isteyerek seçen hemşirelerin ortalama puanlarının istemeyerek seçen hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin mesleki yaşamında meslekle ilgili beklentilerinin karşılanma durumu ile HMBÖ toplam ve çaba gösterme istekliliği alt boyutu ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), mesleki beklentileri karşılanan hemşirelerin ortalama puanlarının mesleki beklentileri karşılanmayan hemşirelerin ortalama puanlarına göre yüksek olduğu belirlendi (Tablo 5).

Meslek Üyeliğini Sürdürme Alt Boyutu

Hemşirelerin yaşı, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan kurum, meslekte çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, çalışılan birim, haftalık çalışma saati ile meslek üyeliğini sürdürme alt boyut ortalama puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Hemşirelerin cinsiyeti ile meslek üyeliğini sürdürme alt boyutu ve HMBÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Kadınların ortalama puanlarının erkeklerin ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin çalışma şekli ile meslek üyeliğini sürdürme alt boyutu ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Gündüz çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının vardiyalı çalışan hemşirelerin ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumu, mesleki yaşamında meslekle ilgili beklentilerinin karşılanma durumu ile meslek üyeliğini sürdürme alt boyutu ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 5).

Hedef ve Değerlere İnanç Alt Boyutu

Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durum, eğitim durumu, çalıştığı kurum, meslekte çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, çalışılan birim, çalışma şekli, haftalık çalışma saati ile hedef ve değerlere inanç alt boyut ortalama puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumu, mesleki yaşamında meslekle ilgili beklentilerinin karşılanma durumu ile hedef ve değerlere inanç alt boyut ve HMBÖ toplam arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), mesleği isteyerek seçen ve mesleki beklentileri karşılanan hemşirelerin

ortalama puanlarının istemeyerek seçen hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin ile anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), (Tablo 5).



Tablo 6. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarını Değerlendirme Durumları ile Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

	n	Çaba Gösterme İstekliliği		Meslek Üyelikliğini Sürdürme		Hedef ve Değerlere İnanç		HMBÖ Toplam Puan		
		Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	
Hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılma durumu										
Evet	177	36,35±6,49	36,00 (7,00)	24,36±4,89	24,00 (8,00)	15,05±2,31	15,00 (3,00)	75,76±11,49	77,00 (14,50)	
Hayır	95	33,95±6,66	35,00 (9,00)	22,36±4,87	23,00 (6,00)	14,14±2,70	14,00 (3,00)	70,47±12,18	73,00 (16,00)	
	z/p	-2,238/0,025*		-2,887/0,004*		-2,863/0,004*		-2,972/0,0003*		
Kurumda hasta güvenliği kültürünün ölçülme durumu										
Evet	149	37,24±6,23	38,00 (6,00)	25,04±4,71	24,00 (7,00)	15,22±2,31	15,00 (3,00)	77,51±10,93	78,00 (15,00)	
Hayır	123	33,42±6,53	34,00 (9,00)	21,99±4,77	22,00 (6,00)	14,15±2,56	14,00 (2,00)	69,56±11,80	71,00 (15,00)	
	z/p	-4,516/0,000*		-5,076/0,000*		-3,662/0,000*		-5,233/0,000*		
Çalıştığınız birimde hasta güvenliği değerlendirme										
Çok iyi (a)	34	39,05±7,73	38,50 (14,25)	25,58±5,49	26,00 (10,25)	15,47±2,93	15,00 (4,25)	80,11±14,16	79,50 (25,25)	
Yeterli (b)	169	35,72±6,26	37,00 (6,00)	23,71±4,64	24,00 (6,50)	14,64±2,36	15,00 (2,50)	74,08±11,19	76,00 (14,00)	
Zayıf (c)	62	33,72±5,77	34,50 (7,25)	22,90±5,00	23,00 (8,00)	14,53±2,56	15,00 (3,00)	71,16±11,14	72,50 (14,25)	
Başarısız (d)	7	29,00±8,32	24,00 (14,00)	20,00±7,00	22,00 (15,00)	15,28±1,97	15,00 (2,00)	64,28±14,61	66,00 (32,00)	
	x²/p	15,589/0,001* (a=b>c=d)			9,070/0,028* (a>b=c)		2,056/0,561		12,656/0,005* (a>b=c=d)	

*p<0,05, ÇAA: Çeyrekler Arası Aralık, x²: Kruskal Wallis testi, z: Mann Whitney U testi.

Tablo 6. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarını Değerlendirme Durumları ile Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması (devam) (n=272)

	n	Çaba Gösterme İstekliliği		Meslek Üyeliğini Sürdürme		Hedef ve Değerlere İnanç		HMBÖ Toplam Puan		
		Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	
Son bir yılda hasta güvenliği olay raporu hazırlama durumu										
Evet										
Hayır	33	34,96±8,35	37,00 (10,00)	24,21±6,08	24,00 (9,50)	15,33	15,00 (3,50)	74,51±15,20	78,00 (24,50)	
	239	35,59±6,38	36,00 (7,00)	23,59±4,80	24,00 (7,00)	±2,76	15,00 (3,00)	73,83±11,51	75,00 (14,00)	
						14,65±2,44				
	z/p		-0,069/0,945		-0,850/0,395		-1,181/0,238		0,681/0,496	
Tıbbi uygulama hatası ile karşılaşma durumu										
Evet										
Hayır	60	34,35±6,37	35,00 (8,00)	23,66±4,79	23,00 (8,00)	15,06±2,46	15,00 (4,00)	73,08±12,32	74,00 (17,50)	
	212	35,84±6,69	36,00 (7,00)	23,66±5,03	24,00 (8,00)	14,64±2,49	15,00 (2,75)	74,15±11,90	76,00 (13,75)	
	z/p		-1,285/0,199		-0,203/0,839		0,953/0,341		0,514/0,607	
Meslek yaşantısı boyunca tıbbi hata yapma durumu										
Evet	85	34,78±7,17	36,00 (8,00)	23,83±5,27	24,00 (8,50)	14,84±2,71	15,00 (3,00)	73,47±13,46	77,00 (16,50)	
Hayır	217	35,84±6,37	36,00 (8,00)	23,58±4,84	23,00 (7,00)	14,68±2,38	15,00 (3,00)	74,12±11,28	75,00 (14,00)	
	z/p		-0,910/0,363		-0,738/0,461		-1,187/0,235		-0,240/0,810	

ÇAA: Çeyrekler Arası Aralık, z: Mann Whitney U testi.

Tablo 6. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarını Değerlendirme Durumları ile Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması (devam) (n=272)

	n	Çaba Gösterme İstekliliği		Meslek Üyelikliğini Sürdürme		Hedef ve Değerlere İnanç		HMBÖ Toplam Puan	
		Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)	Ort±ss	Ortalama (ÇAA)
Tıbbi hata yapan sağlık çalışanının cezalandırılmasını doğru bulma durumu									
Evet	107	35,89±7,05	36,00 (8,00)	24,14±4,97	24,00 (8,00)	15,00±2,39	15,00 (3,00)	75,04±12,12	76,00 (14,00)
Hayır	165	35,26±6,36	36,00 (7,00)	23,35±4,96	23,00 (7,00)	14,56±2,53	14,00 (3,00)	73,18±11,87	76,00 (16,00)
	z/p	-0,370/0,711		-1,272/0,203		-1,538/0,124		-0,807/0,420	

ÇAA: Çeyrekler Arası Aralık, z: Mann Whitney U testi.

Tablo 6'da hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını değerlendirme durumları ile hemşirelikte mesleğe bağlılık ölçeği toplam ve alt boyut ortalama puanları karşılaştırıldı.

Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılma durumu ile HMBÖ toplam ve alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), eğitime katılan hemşirelerin ortalama puanlarının eğitime katılmayan hemşirelerin ortalama puanlarına göre yüksek olduğu belirlendi (Tablo 6).

Hemşirelerin çalıştıkları kurumda hasta güvenliği kültürünün düzenli olarak ölçülme durumu ile HMBÖ toplam ve alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Hasta güvenliği kültürünün düzenli olarak ölçüldüğünü düşünen hemşirelerin ortalama puanlarının hasta güvenliği kültürünün düzenli olarak ölçülmediğini düşünen hemşirelerin ortalama puanlarından yüksek olduğu bulundu (Tablo 6).

Hemşirelerin çalıştıkları birimde hasta güvenliğini değerlendirme durumları ile çaba gösterme istekliliği, meslek üyeliğini sürdürme alt boyutları ve HMBÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Çaba gösterme istekliliği alt boyutunda hasta güvenliğini çok iyi ve yeterli değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarının zayıf ve başarısız değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu, meslek üyeliğini sürdürme alt boyutunda hasta güvenliğini çok iyi değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarının yeterli ve zayıf değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu ve HMBÖ toplam puanında ise çok iyi değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarının yeterli, zayıf ve başarısız değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin çalıştıkları birimde hasta güvenliğini değerlendirme durumları ile hedef ve değerlere inanç alt boyutu arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 6).

Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını değerlendirme durumlarından son bir yılda hasta güvenliği olay raporu yazıp idarecilere verme durumu, sizin veya yakınınızın tıbbi uygulama hatası ile karşılaşma durumu, meslek yaşantınız boyunca tıbbi hata yapma durumu ve tıbbi hata yapan sağlık çalışanının cezalandırılmasını doğru bulma durumu ile HMBÖ toplam ve alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 6).

6.4 Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hasta Güvenliği Uygulamalarını Değerlendirme Durumları ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 7. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	İş Doyumu	Ekip Çalışması	Güvenlik İklimi	Yönetim Anlayışı	Stresi Tanılama	Çalışma Koşulları	HGTÖ Toplam Puan
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Yaş								
32 yaş ve altı	136	36,45±9,47	45,11±7,07	18,69±3,51	25,22±5,48	15,99±4,05	22,11±4,08	163,58±26,02
32 yaş üstü	136	34,66±8,66	42,89±7,56	17,44±4,07	24,36±5,66	15,13±3,73	21,06±4,12	155,58±26,21
t/p		1,623/0,106	2,492/0,013*	2,691/0,008*	1,283/0,201	1,805/0,072	2,097/0,037*	2,528/0,012*
Cinsiyet								
Kadın	211	35,33±8,69	43,97±7,04	18,12±3,85	24,90±5,38	15,37±3,84	21,45±3,71	159,18±24,60
Erkek	61	36,34±10,43	44,09±8,54	17,86±3,87	24,42±6,25	16,21±4,11	22,03±5,35	160,98±31,95
t/p		-0,761/0,448	-0,113/0,910	0,462/0,644	0,583/0,560	-1,469/0,143	-0,784/0,436	-0,407/0,685
Medeni durum								
Evli	169	35,25±8,80	43,80±7,39	18,05±3,76	25,04±5,06	15,31±3,57	21,43±3,87	158,91±25,18
Bekar	103	36,06±9,59	44,33±7,41	18,09±4,00	24,37±6,35	15,97±4,40	21,84±4,53	160,68±28,32
t/p		-0,714/0,476	-0,568/0,571	-0,091/0,928	0,907/0,366	-1,268/0,206	-0,798/0,425	-0,538/0,591

*p<0,05, t: Bağımsız gruplarda t testi.

Tablo 7. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam) (n=272)

	n	İş Doyumu	Ekip Çalışması	Güvenlik İklimi	Yönetim Anlayışı	Stresi Tanılama	Çalışma Koşulları	HGTÖ Toplam Puan
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Eğitim durumu								
Lise	52	36,75±9,82	44,26±8,45	19,03±3,74	25,96±5,82	15,32±4,37	22,50±4,51	163,84±30,42
Ön lisans	57	33,92±9,39	43,87±7,28	17,73±3,95	24,05±5,92	15,77±3,55	21,08±4,09	156,45±26,88
Lisans	143	35,97±8,76	43,77±6,96	17,80±3,76	24,61±5,26	15,56±3,88	21,37±3,99	159,11±24,34
Lisansüstü	20	34,15±8,62	45,30±8,15	18,40±4,27	22,15±6,09	15,60±4,09	22,15±4,08	160,75±28,24
	x²/p	4,222/0,238	1,325/0,723	5,981/0,113	3,953/0,267	0,540/0,910	3,664/0,300	2,721/0,437
Çalışılan kurum								
Devlet hastanesi	126	32,77±8,71	42,37±7,55	17,03±3,95	23,31±5,65	15,11±3,71	20,73±4,07	151,35±25,12
Üniversite hastanesi	146	37,96±8,77	45,41±6,98	18,96±3,53	26,06±5,20	15,95±4,05	22,32±4,05	166,68±25,43
	t/p	-4,878/0,000*	-3,446/0,001*	-4,258/0,000*	-4,172/0,000*	-1,757/0,080	-3,205/0,002*	-4,984/0,000*
Meslekte çalışma yılı								
1 yıldan az (a)	13	40,30±8,80	49,15±5,09	20,23±3,89	27,84±6,64	14,69±5,37	22,23±6,37	174,46±26,08
1-5 yıl (b)	53	37,98±9,55	46,28±6,96	19,30±2,70	26,00±5,09	16,67±4,68	22,71±3,92	168,96±26,03
6-10 yıl (c)	84	34,65±9,37	43,85±7,29	17,83±4,13	24,32±5,31	16,04±3,55	21,55±3,77	158,27±25,82
11-15 yıl (d)	62	35,00±9,01	42,51±8,56	17,24±4,19	23,67±6,12	14,91±3,52	20,91±4,28	154,27±28,70
15 yıl ve üzeri (e)	60	34,25±7,97	42,61±6,13	17,70±3,60	24,88±5,28	14,76±3,43	21,18±3,95	155,40±22,19
	x²/p	8,766/0,067	15,525/0,004*	12,387/0,015*	9,503/0,050	10,904/0,028*	6,012/0,198	12,908/0,012*
			a=b>c=d=e	a=b>c=d=e		b>d=e/c>e		a=b>c=d=e

*p<0,05, t: Bağımsız gruplarda t testi, x²: Kruskal Wallis testi.

Tablo 7. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam) (n=272)

	n	İş Doyumu	Ekip Çalışması	Güvenlik İklimi	Yönetim Anlayışı	Stresi Tanılama	Çalışma Koşulları	HGTÖ Toplam Puan
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Kurumda çalışma								
yılı	23	40,95±7,91	47,65±6,31	20,00±3,37	27,52±5,68	15,17±4,81	22,65±5,42	173,95±25,39
1 yıldan az (a)	112	35,77±9,69	44,54±7,00	18,24±3,47	25,03±5,17	16,26±4,21	22,03±4,06	161,90±25,85
1-5 yıl (b)	85	34,43±8,21	43,29±7,95	17,38±4,34	23,75±5,84	14,82±3,44	20,72±3,86	154,42±26,33
6-10 yıl (c)	34	35,11±8,85	42,94±7,80	17,61±4,29	24,11±6,21	15,76±3,27	21,73±4,13	157,29±27,57
11-15 yıl (d)	18	33,50±9,50	41,33±6,03	18,61±2,37	26,00±4,29	14,83±3,48	21,22±3,50	155,50±22,67
15 yıl ve üzeri (e)								
x²/p		10,851/0,028	9,777/0,044*	8,975/0,062	10,901/0,028*	6,690/0,153	6,781/0,148	10,402/0,034
		*	a>b=c=d=e		a>b=c=d			
		a>b=c=d=e						
Çalışılan birim								
Yoğun bakım (a)	124	37,45±9,56	44,78±7,68	18,49±3,90	25,81±5,78	15,87±4,09	22,12±4,59	164,54±28,47
Ameliyathane (b)	48	33,72±8,18	42,41±7,68	17,22±3,88	23,50±5,64	15,66±2,80	21,00±4,11	153,54±25,62
Cerrahi klinik (c)	100	34,10±8,55	43,80±6,80	17,95±3,73	24,15±5,10	15,14±4,12	21,20±3,43	156,34±22,95
F/p		5,079/0,007*	1,842/0,160	1,950/0,144	4,117/0,017*	0,985/0,375	2,004/0,137	4,306/0,014*
Tukey's-b		a>b=c			a>b			a>b

*p<0,05, x²: Kruskal Wallis testi, F: Tek yönlü varyans analizi.

Tablo 7. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam) (n=272)

	n	İş Doyumu	Ekip Çalışması	Güvenlik İklimi	Yönetim Anlayışı	Stresi Tanılama	Çalışma Koşulları	HGTÖ Toplam Puan
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Çalışma şekli								
Gündüz	73	34,02±7,90	43,61±7,02	17,82±4,08	24,28±5,13	15,58±2,95	21,06±3,53	156,41±23,66
Nöbet	116	35,43±9,35	43,58±8,08	17,89±4,05	24,68±6,11	15,64±4,06	21,81±4,55	159,06±29,24
Vardiya	83	37,08±9,57	44,92±6,67	18,53±3,32	25,39±5,18	15,43±4,44	21,73±4,00	163,10±24,21
F/p		2,227/0,110	0,933/0,395	0,861/0,424	0,808/0,447	0,073/0,930	0,746/0,452	1,294/0,276
Haftalık çalışma saati								
40 saat ve altı	29	35,03±9,94	44,31±8,27	18,75±4,18	25,48±5,72	14,79±4,32	21,20±3,93	159,58±28,04
40 saat üzeri	243	35,62±9,02	43,96±7,30	17,98±3,81	24,71±5,57	15,65±3,86	21,63±4,16	159,58±26,23
z/p		-0,428/0,669	-0,315/0,753	-1,159/0,246	-1,030/0,303	-1,527/0,127	-0,717/0,474	-0,124/0,902
Mesleği isteyerek seçme durumu								
Evet	187	37,29±8,41	45,18±7,21	18,50±3,79	25,53±5,38	15,75±3,97	22,29±3,98	164,57±25,21
Hayır	85	31,74±9,45	41,40±7,15	17,11±3,81	23,16±5,69	15,14±3,75	20,03±4,05	148,60±25,67
t/p		4,856/0,000*	4,024/0,000*	2,783/0,006*	3,303/0,001*	1,209/0,228	4,312/0,000*	4,816/0,000*
Meslekle ilgili beklentilerinin karşılanma durumu								
Evet	144	38,65±8,39	45,29±7,42	18,98±3,61	26,43±5,13	16,22±3,91	22,95±3,91	168,56±25,81
Hayır	128	32,07±8,63	42,55±7,11	17,03±3,86	22,94±5,50	14,82±3,79	20,04±3,82	149,48±23,25
t/p		6,369/0,000*	3,095/0,002*	4,293/0,000*	5,410/0,000*	3,007/0,003*	6,186/0,000*	6,374/0,000*

*p<0,05, F: Tek yönlü varyans analizi, z: Mann Whitney U testi, t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 7’da hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile hasta güvenliği tutum ölçeği toplam ve alt boyut ortalama puanları karşılaştırıldı.

İş Doyumu Alt Boyutu

Hemşirelerin yaşı, meslekte çalışma yılı ile iş doyumu alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile iş doyumu alt boyutu ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile iş doyumu alt boyut ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Hemşirelerin kurumda çalışma yılı ile iş doyumu alt boyut ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Bir yıldan az çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının bir yıldan fazla çalışan hemşirelerin ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin çalıştıkları birim ile iş doyumu alt boyut ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının ameliyathane ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo7).

Ekip Çalışması Alt Boyutu

Hemşirelerin yaşı ekip çalışması ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$). 32 yaş ve altındaki hemşirelerin ortalama puanlarının 32 yaş üzerindeki hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile ekip çalışması alt boyut ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$). Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile ekip çalışması alt boyutu ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Bir yıldan az ve bir-beş yıl arasında çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının beş yıl üzerinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin kurumda çalışma yılı ile ekip çalışması alt boyut ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Bir yıldan az çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının bir yıldan fazla çalışan hemşirelerin ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin çalıştıkları birim ile ekip çalışması alt boyut

ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumu ile ekip çalışması alt boyutu ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 7).

Güvenlik İklimi Alt Boyutu

Hemşirelerin yaşı ile güvenlik iklimi alt boyut ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile güvenlik iklimi alt boyut ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$). Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile güvenlik iklimi alt boyut ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Bir yıldan az ve bir ile beş yıl arasında çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının beş yıl üzerinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin kurumda çalışma yılı ile güvenlik iklimi alt boyutları ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Hemşirelerin çalıştıkları birim ile güvenlik iklimi alt boyut ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumu ile güvenlik iklimi alt boyutu ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 7).

Yönetim Anlayışı Alt Boyutu

Hemşirelerin yaşı ile yönetim anlayışı alt boyut ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile yönetim anlayışı alt boyut ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$). Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile yönetim anlayışı alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Hemşirelerin kurumda çalışma yılı ile yönetim anlayışı alt boyut ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Bir yıldan az çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının bir ile on beş yıl arasında çalışan hemşirelerin ortalama puanlarına göre yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin çalıştıkları birim ile yönetim anlayışı alt boyutları ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Ameliyathanede çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ortalama puanlarından daha düşük olduğu belirlendi. Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumu ile yönetim anlayışı çalışma koşulları

alt boyutu ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 7).

Stresi Tanılama Alt Boyutu

Hemşirelerin yaşı ile stresi tanılama alt boyut ortalama puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile stresi tanılama alt boyutu ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile stresi tanılama alt boyutları ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Bir ile beş yıl arasında çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının 11 yıl üzerinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu ve 6-10 yıl arasında çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının 15 yıl ve üzerinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin kurumda çalışma yılı ile stresi tanılama alt boyut ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Hemşirelerin çalıştıkları birim ile stresi tanılama alt boyut ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumu ile stresi tanılama alt boyutu ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 7).

Çalışma Koşulları Alt Boyutu

Hemşirelerin yaşı ile çalışma koşulları alt boyut ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile çalışma koşulları alt boyut ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$). Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile çalışma koşulları alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Hemşirelerin kurumda çalışma yılı ile çalışma koşulları alt boyut ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Hemşirelerin çalıştıkları birim ile çalışma koşulları alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumu ile çalışma koşulları alt boyutu ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 7).

Hemşirelerin mesleki yaşamında meslekle ilgili beklentilerinin karşılanma durumu ile HGTÖ toplam ve alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), mesleki beklentileri karşılanmayan hemşirelerin ortalama

puanlarının mesleki beklentileri karşılanan hemşirelerin ortalama puanlarına göre düşük olduğu belirlendi (Tablo 7).

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinden cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma şekli ve haftalık çalışma saati ile HGTÖ toplam ve tüm alt boyutlar ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 7).



Tablo 8. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarını Değerlendirme Durumları ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

	n	İş Doyumu	Ekip Çalışması	Güvenlik İklimi	Yönetim Anlayışı	Stresi Tanılama	Çalışma Koşulları	HGTÖ Toplam Puan
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılma durumu								
durumu	177	36,33±8,83	44,80±7,43	18,47±3,69	25,55±5,44	15,59±3,84	22,06±4,19	162,83±26,03
Evet	95	34,12±9,46	42,50±7,10	17,31±4,03	23,37±5,59	15,50±4,05	20,70±3,87	153,53±26,08
Hayır								
t/p		1,915/0,057	2,471/0,014*	2,386/0,018*	3,111/0,002*	0,188/0,851	2,609/0,010*	2,805/0,005*
Kurumda hasta güvenliği kültürünün düzenli olarak ölçülme durumu								
durumu	149	38,43±8,50	46,08±7,12	19,04±3,63	26,12±5,41	15,81±4,09	22,38±4,22	167,88±25,54
Evet	123	32,08±8,60	41,47±6,94	16,88±3,78	23,18±5,38	15,26±3,67	20,62±3,81	149,52±23,83
Hayır								
t/p		6,099/0,000*	5,371/0,000*	4,788/0,000*	4,460/0,000*	1,153/0,250	3,564/0,000*	6,079/0,000*

*p<0,05, t: Bağımsız gruplarda t testi.

Tablo 8. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarını Değerlendirme Durumları ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması (devam) (n=272)

	n	İş Doyumu	Ekip Çalışması	Güvenlik İklimi	Yönetim Anlayışı	Stresi Tanılama	Çalışma Koşulları	HGTÖ Toplam Puan
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Çalıştığınız birimde hasta güvenliğini değerlendirme								
Çok iyi (a)	34	39,32±10,29	46,58±9,56	20,32±4,14	27,14±6,06	15,76±5,01	22,23±5,40	171,38±33,81
Yeterli (b)	169	35,88±8,45	44,49±6,77	18,26±3,23	25,21±4,98	15,57±3,81	21,95±3,93	161,37±23,77
Zayıf (c)	62	32,61±9,57	41,58±7,05	16,48±4,46	22,77±6,04	15,40±3,65	20,30±3,73	149,16±25,79
Başarısız (d)	7	35,71±7,60	41,00±7,70	16,57±4,54	21,14±6,59	15,85±3,13	21,00±3,46	151,28±21,68
	x²/p	14,947/0,00	16,415/0,001*	23,204/0,000*	18,182/0,000*	0,265/0,966	8,938/0,030*	19,675/0,000*
		2*	a=b>c	a>b>c	a>b>c/a>d		a=b>c	a>b>c
		a>b>c						
Son bir yılda hasta güvenliği olay raporu hazırlama durumu								
Evet	33	34,75±9,47	43,42±7,58	18,03±4,75	24,18±7,20	15,69±3,45	22,45±3,53	158,54±25,82
Hayır	239	35,67±9,06	44,08±7,37	18,07±3,72	24,87±5,33	15,54±3,97	21,46±4,20	159,72±26,50
	t/p	-0,541/0,589	-0,480/0,632	-0,063/0,950	-0,536/0,595	0,204/0,838	1,289/0,199	-0,241/0,810

*p<0,05, x²: Kruskal Wallis testi, t: Bağımsız gruplarda t testi.

Tablo 8. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamalarını Değerlendirme Durumları ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması (devam) (n=272)

	n	İş Doyumu	Ekip Çalışması	Güvenlik İklimi	Yönetim Anlayışı	Stresi Tanılama	Çalışma Koşulları	HGTÖ Toplam Puan
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Tıbbi uygulama hatası ile karşılaşma durumu								
Evet	60	36,28±9,47	42,93±7,29	18,26±3,89	25,20±5,48	15,80±3,65	21,75±4,47	160,23±28,28
Hayır	212	35,35±9,01	44,30±7,41	18,01±3,84	24,67±5,61	15,50±3,98	21,54±4,04	159,40±25,88
t/p		0,694/0,488	-1,271/0,205	0,448/0,655	0,637/0,525	0,523/0,601	0,343/0,732	0,215/0,830
Meslek yaşantısı süresince tıbbi hata yapma durumu								
Evet	85	34,97±9,36	43,21±7,14	17,41±4,20	24,16±5,97	15,75±3,38	21,58±3,94	157,10±27,51
Hayır	217	35,82±9,00	44,36±7,49	18,36±3,64	25,08±5,39	15,48±4,13	21,58±4,22	160,71±25,84
t/p		-0,715/0,475	-1,192/0,234	-1,909/0,057	-1,255/0,211	0,571/0,569	0,000/1,000	-1,045/0,297
Tıbbi hata yapan sağlık çalışanının cezalandırılmasını doğru bulma durumu								
Evet	107	34,61±9,70	43,39±8,31	18,01±3,95	24,37±5,52	15,87±4,48	21,55±4,43	157,83±28,01
Hayır	165	36,17±8,67	44,40±6,72	18,10±3,79	25,06±5,62	15,36±3,49	21,61±3,94	160,72±25,28
t/p		-1,381/0,168	-1,050/0,295	-0,176/0,860	-1,000/0,318	1,006/0,316	-0,118/0,906	-0,882/0,379

t: Bağımsız gruplarda t testi.

Tablo 8’de hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını değerlendirme durumları ile hasta güvenliği tutum ölçeği toplam ve alt boyut ortalama puanları karşılaştırıldı.

Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılma durumu ile iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, çalışma koşulları alt boyutları ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), eğitime katılan hemşirelerin ortalama puanlarının eğitime katılmayan hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılma durumu ile stresi tanılama alt boyutu ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 8).

Hemşirelerin çalıştıkları kurumda hasta güvenliği kültürünün düzenli olarak ölçülme durumu ile iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, çalışma koşulları alt boyutları ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Hasta güvenliği kültürünün düzenli olarak ölçüldüğünü düşünen hemşirelerin ortalama puanlarının hasta güvenliği kültürünün düzenli olarak ölçülmediğini düşünen hemşirelerin ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin çalıştıkları kurumda hasta güvenliği kültürünün düzenli olarak ölçülme durumu ile stresi tanılama alt boyutu ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi (Tablo 8).

Hemşirelerin çalıştıkları birimde hasta güvenliğini değerlendirme durumları ile iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, çalışma koşulları alt boyutları ve HGTÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). İş doyumunu, güvenlik iklimi ve HGTÖ toplam puanında, hasta güvenliğini çok iyi değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarının yeterli ve zayıf değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarına göre, yeterli değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarının ise zayıf değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu, ekip çalışması ve çalışma koşulları alt boyutlarında hasta güvenliğini çok iyi ve yeterli değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarının zayıf değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptandı. Yönetim anlayışı alt boyutunda ise hasta güvenliğini çok iyi değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarının yeterli ve zayıf değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarına göre, yeterli değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarının ise zayıf değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarına göre daha

yüksek olduğu, ayrıca hasta güvenliğini çok iyi değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarının başarısız değerlendiren hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin çalıştıkları birimde hasta güvenliğini değerlendirme durumları ile stresi tanılama alt boyutu ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 8).

Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını değerlendirme durumlarından son bir yılda hasta güvenliği olay raporu yazıp idarecilere verme durumu, sizin veya yakınınızın tıbbi uygulama hatası ile karşılaşma durumu, meslek yaşantınız boyunca tıbbi hata yapma durumu ve tıbbi hata yapan sağlık çalışanının cezalandırılmasını doğru bulma durumu ile HGTÖ toplam ve alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 8).



6.5 Hemşirelerin Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyonlar

Tablo 9. Hemşirelerin Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Çaba Gösterme İstekliliği	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Meslek Üyelikini Sürdürme	r: 0,559 p=0,000*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Hedef ve Değerlere İnanç	r: 0,540 p=0,000*	r: 0,564 p=0,000*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. HMBÖ Toplam	r: 0,898 p=0,000*	r: 0,842 p=0,000*	r: 0,740 p=0,000*	-	-	-	-	-	-	-	-
5. İş Doyumu	r: 0,434 p=0,000*	r: 0,450 p=0,000*	r: 0,358 p=0,000*	r: 0,501 p=0,000*	-	-	-	-	-	-	-
6. Ekip Çalışması	r: 0,361 p=0,000*	r: 0,385 p=0,000*	r: 0,280 p=0,000*	r: 0,418 p=0,000*	r: 0,613 p=0,000*	-	-	-	-	-	-
7. Güvenlik İklimi	r: 0,349 p=0,000*	r: 0,299 p=0,000*	r: 0,245 p=0,000*	r: 0,368 p=0,000*	r: 0,581 p=0,000*	r: 0,660 p=0,000*	-	-	-	-	-
8. Yönetim Anlayışı	r: 0,402 p=0,000*	r: 0,357 p=0,000*	r: 0,284 p=0,000*	r: 0,429 p=0,000*	r: 0,617 p=0,000*	r: 0,662 p=0,000*	r: 0,802 p=0,000*	-	-	-	-
9. Stresi Tanılama	r: 0,189 p=0,000*	r: 0,265 p=0,000*	r: 0,216 p=0,000*	r: 0,260 p=0,000*	r: 0,242 p=0,000*	r: 0,222 p=0,000*	r: 0,118 p=0,051	r: 0,107 p=0,078	-	-	-
10. Çalışma Koşulları	r: 0,358 p=0,000*	r: 0,446 p=0,000*	r: 0,315 p=0,000*	r: 0,449 p=0,000*	r: 0,481 p=0,000*	r: 0,624 p=0,000*	r: 0,481 p=0,000*	r: 0,547 p=0,000*	r: 0,430 p=0,000*	-	-
11. HGTÖ Toplam	r: 0,471 p=0,000*	r: 0,492 p=0,000*	r: 0,379 p=0,000*	r: 0,544 p=0,000*	r: 0,844 p=0,000*	r: 0,859 p=0,000*	r: 0,794 p=0,000*	r: 0,829 p=0,000*	r: 0,401 p=0,000*	r: 0,747 p=0,000*	-

*p<0,01, r: Pearson Korelasyon Analizi

Hemşirelerin hemşirelikte mesleğe bağlılık ölçeği ve hasta güvenliği tutum ölçeği arasındaki ilişkiyi gösteren pearson korelasyon analizi bulgularına göre; hemşirelikte mesleğe bağlılık ile hasta güvenliği tutumu arasında pozitif yönde ve orta ilişki bulundu (r_s : 0,544). Buna göre; mesleğe bağlılık puanında artış olduğunda hasta güvenliği tutumu puanında da artış olmaktadır (Tablo 9).

Hemşirelikte mesleğe bağlılık alt boyutları olan çaba gösterme istekliliği, meslek üyeliğini sürdürme ve hedef ve değerlere inanç ile hasta güvenliği tutum arasında pozitif yönde ve zayıf ilişki belirlendi (sırasıyla, r_s : 0,471, r_s : 0,492, r_s : 0,379). Buna göre; hemşirelikte mesleğe bağlılık alt boyut puanlarında artış olduğunda hasta güvenliği tutumu puanında da artış olmaktadır (Tablo 9).

Hemşirelikte mesleğe bağlılık ölçeği ile hasta güvenliği tutum ölçeği alt boyutları olan iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanılama, çalışma koşulları arasında pozitif yönde ve zayıf ilişki saptandı (sırasıyla, r_s : 0,501, r_s : 0,418, r_s : 0,368, r_s : 0,429, r_s : 0,260, r_s : 0,449) (Tablo 9).

Hemşirelikte mesleğe bağlılık ölçeği alt boyutu olan çaba gösterme istekliliği ile hasta güvenliği tutum ölçeği alt boyutlarından iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, çalışma koşulları arasında pozitif yönde ve zayıf ilişki bulundu (sırasıyla, r_s : 0,434, r_s : 0,361, r_s : 0,349, r_s : 0,402, r_s : 0,358). Hemşirelikte mesleğe bağlılık alt boyutu olan çaba gösterme istekliliği ile hasta güvenliği tutum ölçeği alt boyutu olan stresi tanılama arasında pozitif yönde ve çok zayıf ilişki belirlendi (r_s : 0,189) (Tablo 9).

Hemşirelikte mesleğe bağlılık ölçeği alt boyutu olan meslek üyeliğini sürdürme ile hasta güvenliği tutum ölçeği alt boyutları olan iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanılama, çalışma koşulları arasında pozitif yönde ve zayıf ilişki bulundu (sırasıyla, r_s : 0,450, r_s : 0,385, r_s : 0,299, r_s : 0,357, r_s : 0,265, r_s : 0,446) (Tablo 9).

Hemşirelikte mesleğe bağlılık ölçeği alt boyutu olan hedef ve değerlere inanç ile hasta güvenliği tutum ölçeği alt boyutlarından iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanılama, çalışma koşulları arasında pozitif yönde ve zayıf ilişki belirlendi (sırasıyla, r_s : 0,358, r_s : 0,280, r_s : 0,245, r_s : 0,284, r_s : 0,216, r_s : 0,315). Bu bulgulara göre; hemşirelikte mesleğe bağlılık alt boyut puanlarında artış olduğunda hasta güvenliği tutum ölçeği alt boyut puanlarında da artış olmaktadır (Tablo 9).

Tablo 10. Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ile Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Basit Doğrusal Regresyon Modeli

	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	t	P
HGTÖ	1,547	0,183	8,453	0,000*
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	
Regresyon	26,351	1	25,351	
Artık (Rezidual)	62,777	270	0,233	
Toplam	89,129	271		
		F:113,335		0,000*
				Düzeltilmiş R²: 0,293

*p<0,001.

Bağımlı değişken olan hasta güvenliği tutumunu açıklamada “hemşirelikte mesleğe bağlılık” önemli bir faktör olarak saptandı (F: 113,335, p<0,001). Regresyon katsayısına ilişkin değerler istatistiksel olarak anlamlıdır (t: 8,453, p<0,001). Basit doğrusal regresyon modelinde, mesleğe bağlılık hasta güvenliği tutumunun %29,3’ünü (Düzeltilmiş R²=0,293) açıklamaktadır. Bu değer istatistiksel açıdan anlamlı bir katkı sağladığını söylemek mümkündür (Tablo 10).

7. TARTIŞMA

Cerrahi hemşirelerinin mesleğe bağlılık düzeylerinin, hasta güvenliğine ilişkin bilgi tutum ve davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla planlanan bu çalışma mevcut literatürde bulunan hasta güvenliği ile ilgili çalışmalardan farklı olarak mesleğe bağlılık düzeylerine odaklanmıştır.

Araştırmada cerrahi hemşirelerinin yaş ortalaması, cinsiyet, lisans mezunu yüzdeleri ile Erdağı ve Özer (2015)' in, cerrahi hemşirelerinin çalışma ortamlarının hasta güvenliği kültür algısına etkisini araştırdıkları çalışmalarındaki ve benzer şekilde Cığerci ve ark. (2016)' nin cerrahi hemşirelerinin sosyodemografik özellikleri ile hasta güvenliği kültürü algısını karşılaştırdıkları çalışmalarındaki yüzdelerin yakın değerinde olduğu belirlendi (Erdağı ve Özer 2015; Cığerci ve ark. 2016). Buradan çalışma grubu ile cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği algısını inceleyen benzer çalışmaların popülasyon özellikleri benzerlik gösterdiği anlaşılmaktadır.

Araştırmada cerrahi hemşirelerinin meslekte çalışma süresinin, kurumda çalışma süresinin, çalışılan birimin, çalışma şekli, haftalık çalışma saati yüzdeleri ile Erdağı ve Özer (2015)'in çalışmasında elde edilen yüzde verileriyle benzerlik, Cığerci ve ark (2016)' nin çalışmasındaki yüzde verileriyle farklılık gösterdiği belirlendi. Araştırmada, cerrahi hemşirelerinin mesleki deneyimlerinin daha fazla olduğu ve büyük çoğunluğunun haftalık çalışma süresinin daha uzun olduğu belirlendi. Çalıştıkları alanda deneyimli hemşireler hasta güvenliğine ilişkin uygulamaların gelişmesine, karşılaşılan problemlerin çözüm sürecine bilgi birikimleri ile danışmanlıkta bulunurlar. Deneyimli ve uzman hemşireler, hasta bakımını daha iyiye taşımada etkin iletişim becerisi ve yeterli donanım sahibi olan bireylerdir. Bu özelliklere sahip hemşirelerin gerek hasta güvenliğine ilişkin görüşleri ve güvenlik uygulamalarına yönelik değerlendirmeleri sürecin etkinliği bakımından önemli bir bulgudur (Çırpı ve ark. 2009).

Araştırmada cerrahi hemşirelerinin %68,8'inin mesleği isteyerek seçtiği, %52,9'unun mesleki yaşamlarında meslekle ilgili beklentilerinin karşılandığı saptandı. Gülay ve ark. (2016)' nin sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusundaki

algularını belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında, çalışanların büyük çoğunluğunun mesleklerini isteyerek seçtikleri ve yaptıkları işten memnun olduğu belirlenmiştir. Mollaoğlu ve ark.'nın (2010) çalışmasında da mesleği isteyerek seçen hemşirelerin kurumsal değerleri daha iyi algıladıkları, mesleki ilişkileri daha olumlu sürdürdükleri ve iş doyumunu daha fazla olarak çalıştıkları saptanmıştır. Mesleği isteyerek seçmek; kişilerin mesleği severek icra etmesini, çalışılan kurum ve diğer meslek üyelerini sevmesine, meslek ilişkisi ve iş doyumunun yüksek düzeyde olmasıyla birlikte çalışma ortamını olumlu algılamasına etki etmektedir (Mollaoğlu ve ark. 2010).

Araştırmada cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği eğitimi alıp almama durumlarına ve hasta güvenliği eğitimi alanların da aldıkları eğitimi yeterli bulup bulmamalarına göre HGTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, beklendiği üzere hasta güvenliği eğitimi alan katılımcıların bu eğitimi almayanlardan, aldığı eğitimi yeterli bulanların da yetersiz olduğunu düşünenlerden daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir.

Karaca ve Arslan (2014)'in hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik yaptıkları çalışmada yüksek oranda hasta güvenliği konusunda eğitim aldıklarını, hasta güvenliği uygulamalarına yönelik tamamına yakının raporlama yapmadıkları, kurumunda hasta güvenliği uygulamalarının etkin olduğunu düşünenlerin oranı yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Dursun ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin yüksek oranda hasta güvenliğini tehdit edebilecek hiçbir olayı raporlamadığı belirtilmiştir. Gülay ve ark. (2016)'nın çalışmasında hasta güvenliği hususunda daha önce çalışılan kurumlarda eğitim alma durumları sorgulandığında yarıdan fazla oranda eğitim aldığı saptanmıştır. Gündoğdu ve Bahçecik (2012)'in hasta güvenliği kültür düzeylerini ölçmek için eğitim araştırma ve özel hastanelerde gerçekleştirdikleri çalışmada, yarıdan azının çalıştıkları birimlerde hasta güvenliği düzeyini kabul edilebilir olarak değerlendirdiğini, yüksek oranda hatalı olay bildirimini hiç yapmadıkları belirlenmiştir. Gülay ve ark. (2016)'nın çalışmasında ise çalışanların yarıdan fazlasının hiç olay rapor yazmadığı, olay rapor yazanların ise düşük oranda olay rapor yazdıkları görülmüştür. Ciğerci ve ark. (2016)'nın çalışmasında hemşirelerin %85,1'inin son bir yılda herhangi bir olayı bildirmediği belirtilmiştir.

Bu sonuçlar göz önüne alındığında hasta güvenliğinin sürdürülmesi ve risk faktörlerinin tespiti/önlenmesi için çalışanlar tarafından benimsenmiş, sağlık

kurumlarında aktif olay rapor süreci uygulamak gereklidir. Bu nedenle çalışanların olay raporu yazmalarını engelleyen veya çekince oluşturan olan hususlar belirlenip gereken çalışmalar planlanarak uygulanmalıdır. Cezalandırıcı olmayan bildirici sistemle, kınanma ve çalışma ortamında ifşa edilme gibi korkuların ortadan kaldırılması olay raporlama sürecine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada cerrahi hemşirelerinin %62,1'i hasta güvenliği uygulamaları ile ilgili olarak biriminin yeterli düzeyde olduğunu ifade etti. Bir çalışmada, hemşirelerin %38,5'inin birimini çok iyi, %35,8'i kabul edilebilir düzeyde olduğunu belirtilmiştir (Gündoğdu ve Bahçecik 2012). Yine başka bir çalışmada, hemşirelerin kurumlarında gerçekleştirilen hasta güvenliği uygulamalarını %72,3'ü iyi, %40'ı ise orta düzeyde ve yeni uygulamalar geliştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Çırpı ve ark. 2009). Ciğerci ve ark. (2016)'nın araştırmasında ise hemşirelerin birimlerinin hasta güvenliğine yönelik uygulamalarını %43,8'i kabul edilebilir, %33,9'u çok iyi ve %9,9'u vasat ve başarısız olarak değerlendirildiği görülmüştür. Bu sonuçlar açısından bakıldığında hemşirelerin çalıştıkları kurum ya da birimin hasta güvenliği konusunda uygulamalarının geliştirilmesi gerektiği düşüncesinde oldukları görülmektedir. Bilindiği gibi sağlık kurumlarının hasta güvenliği kültürüne yönelik sistemler kurması ve uygulamalarını yaygınlaştırması, tıbbi hataların önlenmesinin yanı sıra hastalar ve sağlık çalışanlarının korunmasını da sağlayacaktır (Tak 2009). Aynı zamanda hasta güvenliği uygulamalarında kilit role sahip hemşirelerin uygulamalarında olumlu ve destekleyici bir unsur olacaktır.

Araştırmada katılımcıların %68,8'inin meslek yaşantıları boyunca tıbbi hata yapmadığı, %77,9'unun kendilerinin ya da yakınlarının tıbbi uygulama hatası ile karşılaşmadığı, %60,7'sinin tıbbi hata yapan sağlık çalışanının cezalandırılmasını doğru bulmadığı belirlendi. Benzer şekilde Yiğitbaş ve ark. (2016)'nın hemşirelerin malpraktis ile ilgili algı, tutum ve davranışları konulu çalışmasında %4,8'inin malpraktis deneyimlediği, %79,8'inin kendisi malpraktiste bulunsaydı yetkililere bildireceğini, %55,6'sı meslektaşının malpraktis uygulamasını yetkililere bildirmeyeceğini belirtmiştir. Akgün ve Kardaş (2015)'in 210 hemşire ile yürüttüğü çalışmasında %28,5'i tıbbi hata yaptığını, %67'si tıbbi hataya şahit olduğunu belirtilmiştir. Yine Kabataş ve ark. (2014) 300 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin çalışma hayatı süresince %6,3'ünün en az bir defa hata yaptığını ve %14'ünün takım arkadaşının hatasına şahit olduğunu belirtmiştir. Glaheb ve ark. (2010)'nın çalışmasında, tıbbi hata oranının %27,6 olduğunu ortaya

koyulmuştur. Başka bir çalışmada ise hemşirelerin %79,2'sinin çalışma süresince daha önce tıbbi hata yapmadığı, %84,7'sinin tıbbi hatalara yönelik eğitim aldığı, %79,9'unun mesleğinden memnun olduğunu bildirmiştir (Uysal 2019). Bu çalışmadan elde edilen bulgular tıbbi hata ile ilgili benzer çalışmalarla örtüşmektedir. Ülkemizde tıbbi hata uygulama durumunda ceza sisteminin işletilmesi nedeniyle, çalışanların yaptıkları hataları bildirme konusunda (ceza alma, dışlanma, kariyerinin olumsuz etkilenmesi vb. gibi nedenlerle) yönetimden çekindikleri için istekli davranmamaları ile açıklanabilir.

Çalışmada hemşirelerin hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği toplam puanları ve alt boyut puanları dağılımında; çaba gösterme istekliliği $35,51 \pm 6,64$, meslek üyeliğini sürdürme $23,66 \pm 4,97$, hedef ve değerlere inanç $14,73 \pm 2,48$, hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ortalaması $73,91 \pm 11,98$ olarak bulundu. Araştırmada hemşirelerin mesleğe bağlılıklarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Çetinkaya ve ark. (2015)' nın çalışmasında çaba gösterme istekliliği alt boyut puan ortalaması $32,54$, meslek üyeliğini sürdürme alt boyut ortalaması $26,23$, hedef ve değerlere inanç alt boyut ortalaması $14,55$ ve toplam alt boyut ortalaması ise $73,31$ olarak belirtilmiştir.

Dönmez ve Karakuş (2019)' un yeni mezun olan hemşirelerin mesleğe bağlılıklarının incelenmesine yönelik çalışmasında Ölçek toplam puan ortalamasını $74,56 \pm 10,43$ ve çaba gösterme istekliliği $35,74 \pm 6,97$, meslek üyeliğini sürdürme $23,21 \pm 4,73$, hedef ve değerlere inanç alt puan ortalaması ise $15,60 \pm 2,13$ olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, hemşirelerin mesleğe bağlılık durumlarının ve tıbbi hata yapma eğilimlerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, hemşirelerin çaba gösterme istekliliği $37,56 \pm 7,03$, meslek üyeliğini sürdürme $23,35 \pm 5,83$, hedef ve değerlere inanç alt boyutundan, $15,32 \pm 2,67$ puan ve ölçek toplam puan ortalamasının $76,23 \pm 11$ olduğu ve mesleğe bağlılıklarının orta düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir (Uysal 2019). Yine, Haydari ve ark. (2016)' nın ve Wang ve ark. (2011)' nın yaptıkları çalışmalarda hemşirelerin mesleki bağlılık düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptandığı ifade edilmiştir. Ayrıca Numminen ve ark. (2015)' nın 318 hemşire katılımıyla yaptıkları çalışmada, mesleki bağlılıklarının iyi olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda mesleki bağlılık düzeyinin yüksek ya da düşük olması hemşirelerin mesleği sürdürme ve mesleki gelişimi açısından önemli bir göstergedir.

Hemşirelerin yaşı ile çaba gösterme istekliliği alt boyutu ve HMBÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu, 32 yaş ve altındaki hemşirelerin ortalama puanlarının 32 yaş üzerindeki hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin yaşı ile meslek üyeliğini sürdürme ve hedef ve değerlere inanç alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu. Al-Hamdan ve ark. (2017)' nin hemşirelerin mesleki bağlılıkları ve hasta güvenliğine etkisini inceledikleri araştırmada yaş faktörü mesleki bağlılık açısından anlamlı bulunmuştur. Honyenuga ve Adzoyi (2012) tarafından hemşirelerin mesleki bağlılıkları ile yaş arasındaki farkın önemli olduğu bildirildi. Aynı şekilde Mrayyan M. T. (2012)' in çalışmasında yaş, eğitim düzeyi ve hemşirelik deneyimi mesleki bağlılığı açıklamada anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Uysal (2019)' in araştırmasında yaş ile HMBÖ toplam puanı ve alt boyutları puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yine farklı olarak Cihangiroğlu ve ark. (2015)' nin Ankara'da hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada ileri yaşta olan ve hizmet süreleri fazla olan hemşirelerin mesleki bağlılıkları, gençlere göre daha yüksek çıkmıştır.

Hemşirelerin cinsiyeti ile meslek üyeliğini sürdürme alt boyutu ve HMBÖ toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Kadınların ortalama puanlarının erkeklerin ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu. Bu sonuç hemşireliğin daha çok kadın mesleği olarak algılanmasıyla ilişkilendirilebilir. Çalışmada hemşirelerin cinsiyetinin HMBÖ toplam puanını ve alt boyutlarını etkilemediği belirlenmiştir. Derin ve ark. (2017)' nin çalışmasında da cinsiyet değişkeni açısından kadın hemşirelerin mesleki bağlılıkları, erkek hemşirelerden daha yüksek; ancak mesleki bağlılık ortalamaları istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermediği ifade edilmiştir. Literatürde cinsiyetin mesleki bağlılık düzeyini etkilediğini bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (Blau 1999; Greenfield 2008; Akbari ve ark. 2015). Hemşirelik mesleğinin çağdaş anlayışa dayalı olarak icra edilmesi, kaliteli hizmet sunumu ve hasta memnuniyeti açısından önemli bir dayanaktır. Mesleğe bağlılığının yüksek olması, hemşirenin bireysel iş doyumunu arttıracak gibi hizmet sunduğu kuruma, bakım verdiği hastalarına, mesleğine ve meslektaşlarıyla olan etkileşimini de olumlu etkileyecektir.

Hemşirelerin eğitim durumları ile HMBÖ toplam puan ve çaba gösterme istekliliği alt boyutu ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu. Çaba gösterme istekliliği alt boyutunda lise ve lisansüstü mezunu hemşirelerin ortalama

puanlarının ön lisans mezunu hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin eğitim durumları ile meslek üyeliğini sürdürme ve hedef ve değerlere inanç alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Benligiray ve Sönmez (2011), eğitim düzeyi ile mesleki bağlılık arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit ettiği; Uysal (2019) ise araştırmasında eğitim durumu ile HMBÖ toplam puanı ve alt boyutları olan çaba gösterme istekliliği, meslek üyeliğini sürdürme puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğunu, lisans mezunlarının puanlarının yüksek lisans ve üzeri eğitim alanlarla, ön lisans ve lise mezunlarından yüksek olduğunu belirlemiştir. Al-Hamdan ve ark. (2017)'nin hemşirelerin mesleki bağlılıkları ve hasta güvenliğine etkisini inceledikleri çalışmada eğitim derecesi arttıkça mesleki bağlılık düzeylerinin yükseldiği görülmüştür. Mevcut çalışma bulgusunu yüksek öğrenimle ilişkili Noguera (2006)'nin çalışması da desteklemektedir. Diğer yandan hemşirelerin eğitim düzeyleri ile mesleki bağlılıkları arasında fark bulunmadığını bildiren araştırmalar da mevcuttur (Teng 2007; Tsai ve ark. 2014; Derin ve ark. 2017).

Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile HMBÖ toplam ve alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarının devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, çalıştıkları birim ile çaba gösterme istekliliği alt boyutu ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Cihangiroğlu ve ark. (2015)'nin çalışmasında çalışma yılı fazla olan hemşirelerin mesleki bağlılıkları yüksek bulunmuştur. Mesleki deneyim sürelerinin mesleki bağlılık düzeylerini etkilediğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Blau 1999; Sears 2010). Lee ve ark. (2000), mesleki deneyim süreleri ile mesleki bağlılıkları arasında pozitif yönlü ilişki olduğunu bildirmiştir (Wang 2011 Blau 1985; Noguera 2006). Bu çalışmalardan farklı olarak, Lu ve ark. (2002)'leri, hemşirelerin meslekteki deneyim süreleri ile mesleki bağlılıkları arasındaki ilişkiyi anlamsız bulmuştur. Hemşirelerin kurumdaki çalışma süresinin, hemşirelerin mesleki bağlılıklarını etkilediğini bildiren çalışma sonuçlarına ulaşılmıştır (Blau 1999; Drey 2009). Lu ve ark. (2002) ile Wang ve ark. (2011) araştırmaları sonucunda hemşirelerin kurumdaki deneyim süreleri ile mesleki bağlılıkları arasındaki ilişki pozitif yönlü, çok zayıf düzeyde ve anlamsız bulunmuştur. Hemşireler bir kurumda işe başladıktan itibaren geçirdikleri süre boyunca, çalışılan alanlarda deneyim kazanır, karşılaştıkları olayların daha kolay üstesinden gelebilirler. Bu durumda,

bakım için gerekli kaynakların sunulduğu, bireysel olarak değerli olduğunu hissettiği, eğitimin desteklendiği, kurumsal adaletin sağlandığı, iyi bir çalışma ortamı sunan kurumlarda, hemşirelerin deneyim süreleri arttıkça mesleki bağlılıklarının da artarak güçlenmesi beklenen bir sonuçtur.

Akbari ve ark. (2015)' nin çalışmasında, dahili birim hemşirelerinin mesleğe bağlılık düzeyleri cerrahi birim hemşirelerinden yüksek bulunmuştur. Literatürde hemşirelerin çalıştıkları birimler ile mesleki bağlılıkları arasında anlamlı ilişki olmadığını ortaya koyan çalışmalar vardır (Tsai ve ark. 2014).

Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumu ile HMBÖ toplam ve alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu, mesleği isteyerek seçen hemşirelerin ortalama puanlarının istemeyerek seçen hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu bulundu. Şimşek ve Aslan (2012)' in çalışmasında, mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin, diğer sebeplerle seçenlere göre, mesleğe bağlılıklarının daha yüksek düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelik meslekten öte bir yaşam şeklidir. Uzun çalışma saatleri, vardiya sistemi, yoğun stres ve baskı altında, büyük özverilerle icra edilen hemşirelik mesleğini isteyerek seçmiş olmanın, zorlu olan bu yaşam şekline uyumu artırması ve bu bireylerinde mesleki bağlılığının yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Hemşirelerin meslekle ilgili beklentilerinin karşılanma durumu ile HMBÖ toplam ve alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Gülay ve ark. (2016)' nin çalışmasında büyük çoğunluğun yaptıkları işten memnun oldukları, başka bir çalışmada da hemşirelik mesleğini isteyerek seçenlerin mesleki bağlılıkları, mesleki bağlılık ölçek toplamı ve tüm alt boyutlarında, istemeyerek seçenlere göre daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Demirci 2018).

Çalışmada hemşirelerin "Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği" nden aldıkları toplam puan $159,58 \pm 26,38$ olarak saptandı. Benzer şekilde başka bir çalışmada hasta güvenliği tutum ölçeği ölçek toplam puan ortalaması $136,69 \pm 22,14$ olarak belirtmiştir (Kizir 2016). Yine başka bir çalışmada katılımcıların ölçek toplamından aldıkları ortalama puan ise $146,49 \pm 20,40$ şeklinde ifade edilmiştir (Tunçer 2016). Bu çalışma sonuçlarına göre araştırmada hemşirelerin hasta güvenliği tutum puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmanın yürütüldüğü kurumda çalışan hemşireler hasta güvenliği algısının orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Benzer şekilde, Gündoğdu ve Bahçecik (2012) yaptıkları çalışmada hemşirelerin hasta güvenliği tutumu puanının orta düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Yine Rızalar ve Topçu (2017)' nun ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin kültür algılarını ölçmek için yaptıkları çalışmada hasta güvenliği konusunda orta düzey puanlara ulaşılmıştır. Bunun yanı sıra yanı sıra, hasta güvenliği tutumlarının orta düzeyin altında olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Alonazi ve ark. 2016; Tunçer 2016; Şahin ve ark. 2015).

Çalışmada hemşirelerin ekip çalışması alt boyutunda en yüksek puan ortalamasını aldıkları saptanmıştır. Literatürde yapılan diğer çalışmalarda da ekip iş birliği puanının bu çalışma ile benzer şekilde olumlu ve yüksek olduğu saptanmıştır (Sexton 2006; Filiz 2009; Çakır ve Tütüncü 2009; Gündoğdu ve Bahçecik 2012). Ekip çalışması puanının yüksek olması hasta güvenliğinin sağlanmasında ve olumlu tutumun oluşmasında önemli bir etkidir (Kohn 2000).

Çalışmada cerrahi hemşirelerinin yaşı ile ekip çalışması, güvenlik iklimi, çalışma koşulları alt boyutları ve HGTÖ toplam puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu. Elsous ve ark. (2017) çalışmasında hemşirelerin yaşları arttıkça ekip çalışması, güvenlik iklimi ve çalışma koşulları tutumlarının olumlu olduğunu belirtmiştir. Çalışmanın aksine başka bir çalışmada cerrahi hemşirelerinin yaşları ve ekip çalışması ve güvenlik iklimi ve çalışma koşulları alt boyutu arasında anlamlı ilişki olmadığı ifade edilmiştir (Bahar 2018).

Çalışmada cerrahi hemşirelerinin yaşı ile iş doyumu, yönetim anlayışı ve stresi tanımlama alt boyutları puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı. 32 yaş ve altındaki hemşirelerin ortalama puanlarının 32 yaş üzerindeki hemşirelerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi. Benzer bir çalışmada 18-30 yaş grubunda olan hemşirelerin 'yönetim anlayışı' puanı, 31-40 yaş arası olan hemşirelerin 'yönetim anlayışı' puanlarından yüksek olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada 'İş doyumu' alt boyutu ve stresi tanımlama alt boyut puanları ile, hemşirelerin yaş grupları arasında anlamlı ilişkinin olmadığı belirtilmiştir (Bahar 2018). Çalışanların yaşları arttıkça 'stresi tanımlama' alt boyutu puanlarının arttığı, yani stres ile daha iyi baş edebildikleri tespit edilmiştir (Elsous ve ark. 2017; Durgun ve Kaya 2017). Elsous ve ark. (2017) bu bulgunun aksine, 35 yaş ve üzeri hemşirelerin yönetim anlayışı alt boyut puanlarının, 35 yaşın altındaki hemşirelere göre daha yüksek ve aradaki farkın anlamlı olduğu bildirmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda çalışmanın yapıldığı kurumlarda, göreve yeni başlayan genç

hemşirelerin kurumda yeni olmalarından dolayı kurum ve diğer çalışanlar tarafından desteklenmeleri nedeniyle ‘yönetim anlayışı’ alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, çalışma koşulları alt boyutları ve HGTÖ toplam puanları arasında anlamlı fark olduğu, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin puanlarının devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin puanlarından daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile stresi tanılama alt boyutu puanları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi. Bir çalışmada stresi tanılamada kamu hastaneleri lehine, çalıştığı kurum değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmüş, iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, çalışma koşulları, hasta güvenliği tutum ölçeği toplamı puan yönünden çalıştığı kurum değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (Kizir 2016). Erdağı ve Özer (2013) ’in cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerde yaptıkları çalışmada; hemşirelerin çalıştığı kuruma göre Hasta Güvenlik Kültürü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tüm alt boyutlarda puan ortalamaları, devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlam derecede düşük olduğu saptandı. Gündoğdu ve Bahçecik’in (2012) eğitim araştırma hastaneleri ve özel hastanelerde yaptıkları çalışmada, kurumlarda hemşirelerin güvenlik kültürü algıları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sezgin (2007)’ in dahili ve cerrahi birimlerde çalışan özel ve kamu kurum hastanelerinde çalışan 371 hemşire ile yaptığı çalışmada özel hastanede çalışanların kurum kalite yönetimi ve iş doyumu sosyal sigortalar kurumunda ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelere göre yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile ekip çalışması, güvenlik iklimi, stresi tanılama alt boyutları ve HGTÖ toplam puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ile iş doyumu, yönetim anlayışı ve çalışma koşulları alt boyut puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulundu. Çalışma sonuçlarına paralel olarak hemşirelerin mesleki deneyimleri arttıkça ekip çalışması, güvenlik iklimi tutumlarının olumlu olduğunu bildiren çalışmaların (Elsous ve ark. 2017; Raftopoulos ve Palvakis 2013) yanı sıra Karayurt ve ark. (2017)’ nin çalışmasında ise, mesleki deneyimi az olan sağlık çalışanlarının, ‘ekip çalışması’ puanlarının, mesleki deneyimi fazla olan çalışanlara göre daha yüksek olduğu

bildirilmiştir. Başka bir çalışmada ise ekip çalışması, güvenlik iklimi, stresi tanılama alt boyutu puanları ile, hemşirelerin mesleki deneyimleri arasında anlamlı ilişkinin olmadığı saptanmıştır (Bahar 2018). Literatürde, hemşirelerin mesleki deneyimleri arttıkça ‘stresi tanımlama’ alt boyutu puanlarının azaldığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Elsous ve ark. 2017; Raftopoulos ve Pavlakis 2013).

Hemşirelerin kurumda çalışma yılı ile HGTÖ güvenlik iklimi, stresi tanılama, çalışma koşulları alt boyutları ve toplam puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Ancak, bir yıldan daha kısa süreyle çalışan hemşirelerin HGTÖ iş doyumu ve ekip çalışması ile yönetim anlayışı alt boyut puan ortalamalarının daha uzun çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bir çalışmada ise katılımcılarının çalışma yılları ve şu an buldukları kurumlardaki çalışma yıllarının artması hasta güvenliği tutumlarını olumlu yönde etkilediğini belirtilmiştir (Tunçer 2016).

Çalışmadan hareketle mesleğe yeni başlayan hemşirelerin aldıkları teorik ve pratik eğitimi sahada uygulama fırsatı bulmaları, meslek sahibi olarak kendini gerçekleştirmeleri, ekip arkadaşlarından ve yönetimden destek görmesi sonuçları etkilediği düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları birim ile HGTÖ puanları karşılaştırıldığında, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin, ameliyathane ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere göre HGTÖ toplam ve tüm alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Ancak iş doyumu, yönetim anlayışı ve HGTÖ toplam puanları arasında istatistiksel ilişki saptandı. Çalışmada cerrahi hemşirelerinin yoğun bakım (n=124), cerrahi klinikler (n=100) ve ameliyathanede (n=48) çalıştıkları görülmekte olup, bu farkın yoğun bakımda çalışan hemşire sayısının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Başka bir bakış açısı da bu sonucun, yoğun bakım ünitelerinde bulunan hasta profilinin bakım açısından kritik ve sürekli sıkı takip gerektirmesinin, bu alanda çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını arttırdığı düşünülebilir.

Bir çalışmada hemşirelerin görev yaptığı birimler arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuş, ameliyathane hemşirelerinin, cerrahi servislerde çalışan hemşirelere göre ‘yönetim anlayışı’ alt boyut ortalama puanının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Bahar 2018). Vlayen ve ark (2015)’ ı ise yoğun bakım ve acil servis hemşirelerinin ‘yönetim anlayışı’ alt boyutu puanlarının, ameliyathane hemşirelerinin ‘yönetim anlayışı’ alt boyutu puanlarına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Carvalho ve ark (2015)’ nin ameliyathane hemşirelerinin ölçekten

alınan düşük puanın ‘yönetim anlayışı’ alt boyutu olduğu ve bu durumun çalışanlar arasındaki hiyerarşi sebebiyle, iletişim düzeylerinin yetersiz olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Araştırmanın ortaya koyduğu sonuçtan farklı olarak başka bir çalışmada ameliyathane hemşirelerinin ‘ekip çalışması’ puanının, cerrahi servis ve yoğun bakım hemşirelerinin ‘ekip çalışması’ puanlarına göre yüksek bulunmuştur (Bahar 2018). Literatürde, ekip çalışmasının yapıldığı birimlerde, hasta verilerinin daha iyi olduğu, ayrıca çalışanların stres yaşama durumlarının az ve iş doyumlarının daha fazla olduğu bildirilmektedir (Raftopoulos ve Pavlakis 2013; Bassuni ve Bayoumi 2015; Toso ve ark 2016; Elsous ve ark 2016). Cerrahi servis hemşirelerinin ‘güvenlik iklimi’ puan düzeylerinin, yoğun bakım hemşirelerinin, ‘güvenlik iklimi’ puan düzeylerinden yüksek olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Hwang 2015).

Çalışmada cerrahi hemşirelerinin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vb. sosyo-demografik özellikleri ile çalışma şekli, haftalık çalışma saati gibi çalışma koşullarının HGTÖ toplam ve alt boyutları puanları arasında ilişki saptanmadı. Benzer şekilde Kizir (2016) çalışmasında acil servis hemşirelerinin hasta güvenliği tutumlarının cinsiyet, eğitim durumu, klinikteki görev durumu, çalışma şekli, meslekte çalışma yılı, hastanedeki pozisyonu gibi özelliklerle ilişkili olmadığını belirtmişlerdir. Ancak literatürde bu sonuçlardan farklı verilere ulaşan araştırmalar da bulunmaktadır. Abdou ve Saber’in (2011) hasta güvenliği algısı ile yaş, eğitim seviyesi, medeni hal, çocuk sayısı, mesleki çalışma süresi ve meslekteki pozisyonunun ilişkili olduğunu ifade etmiştir. Yine Hassan ve Ahmed (2012) hemşirelerin; yaş, iş tecrübesi ve eğitim düzeyi gibi demografik özellikleri ile hasta güvenliğini algılamaları konusunda önemli bir fark buldukları, medeni durumun ise hasta güvenliği tutumunu etkilemediğini belirtmiştir.

Hemşirelerin hemşirelikte mesleğe bağlılık ölçeği ve hasta güvenliği tutum ölçeği arasındaki ilişkiyi gösteren Pearson Korelasyon analizi bulgularına göre; hemşirelikte mesleğe bağlılık ile hasta güvenliği tutumu arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ilişki bulundu. Buna göre; mesleğe bağlılık puanında artış olduğunda hasta güvenliği tutumu puanında da artış olmaktadır. Benzer şekilde Al-Hamdan ve ark. (2017)’ nın çalışmasında hemşirelerin mesleğe bağlılık ile hasta güvenliği tutumu arasında pozitif yönde ve orta düzey ilişkisi olduğunu belirtilmiştir. Teng ve ark. (2009)’ nın çalışmasında da iki ölçek arasında pozitif ilişki olduğu ifade edilmiştir. Armellino ve ark. (2010), yapısal güçlendirme ve hasta güvenliği kültürü

arasında anlamlı bir ilişki belirtmiştir. Ayrıca, Yang ve ark. (2013)' nin çalışmasında hemşirelerin mesleki uygulama yetkilerinin, profesyonel ve örgütsel bağlılıklarının güçlendirilmesi ile hasta güvenliği arasındaki ilişkinin olduğunu bildirmiştir.

Sonuç olarak, araştırma bulgularından hareketle mesleğe bağlılığı yüksek olan cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği tutumlarının yüksek olduğu ve hasta güvenliği konusundaki bilgi ve davranışlarının iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.



8.SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar ve öneriler şöyle sıralanabilir:

- Cerrahi hemşirelerinin mesleğe bağlılık düzeyleri ile hasta güvenliği tutum puanlarının orta düzeyde olduğu,
- Mesleğe bağlılık düzeyi yüksek olan hemşirelerin hasta güvenliği tutumu puan ortalamasının yüksek olduğu,
- Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin bilgi durumlarının iyi düzeyde olduğu, cerrahi hemşirelerinin büyük çoğunluğu hasta güvenliği uygulamalarını gerçekleştirmenin daha fazla iş yapmaktan çok daha öncelikli bir ilke olduğunu ifade ederken, dikkatsizliğin tıbbi hataların en önemli nedeni olduğu, yapılan hataların hastalara açıklanması gerektiğini, hastanelerdeki sistemin hataları azaltmaya yönelik olduğu, her hatanın raporlanması gerektiği ve yine yarısından fazlası tecrübesiz sağlık elemanının daha sık hata yapacağı düşüncesinde olduğu,
- Hemşirelerin demografik özelliklerinden medeni durum ve haftalık çalışma saati ile HMBÖ toplam ve alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı,
- Hemşirelerin %65,1'inin hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katıldığı, %54,8'sinin kurumlarında hasta güvenliği kültürünün düzenli olarak ölçüldüğünü bildirdiği,
- %62,1'inin birimlerindeki hasta güvenliğini yeterli olarak değerlendirdiği, %87,9'unun son bir yılda hasta güvenliği olay raporu yazıp idarecilere bildirmediği,
- %77,9'unun kendilerinin ya da yakınlarının tıbbi uygulama hatası ile karşılaşmadığı, %68,8'inin meslek yaşantıları boyunca tıbbi hata yapmadığı, %60,7'sinin tıbbi hata yapan sağlık çalışanın cezalandırılmasını doğru bulmadığı,
- Mesleğe bağlılık düzeyi ile hasta güvenliği tutumu arasında pozitif yönde, orta düzeyde ilişki olduğu, hasta güvenliği tutumunu açıklamada mesleğe bağlılığın önemli bir faktör olduğu belirlendi.

Bu sonuçlara göre;

- Kurumlarda hasta güvenliği tutumunu arttırmak için hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi ve etkinlik ölçümlerinin yapılması,
- Kurum yöneticilerinin hastayla yakın ilişkili olan hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki geliştirici uygulama fikirlerini dikkate almaları,
- Kurumlarda hemşirelerin Ulusal ve Uluslararası düzeyde düzenlenen sempozyum, kongre vb. etkinliklere katılımların desteklenmesi ve gerekli kaynakların sağlanması,
- Cerrahi hemşirelerinin mesleğe bağlılık algılarının geliştirilmesi için yeterli personelin sağlanması, ekip çalışmasının desteklenmesi, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, takdir, terfi, ödüllendirme mekanizmalarının uygulanması,
- Cerrahi birimlerde hasta güvenliği uygulamaları için yeterli ekipman ve olanakların sağlanması,
- Hatalı uygulamalar olduğunda cezalandırıcı değil bildirici raporlama sistemleri uygulanması,
- Bu çalışmanın farklı birimler ve daha büyük bir örneklem grubu ile tekrarlanması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Abdou HA, Saber KM. A baseline assessment of patient safety culture among nurses at student university hospital. *World Journal of Medical Sciences*. 2011; 6: 17-26.

Akalın E. Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz ?. *Ankem Dergisi*. 2004; 18: 12-3.

Akalın H. E. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2005; 5(3): 141-146.

Akbari O, Vagharseyyedin S A, Farajzadeh Z. “The Relationship of Organizational Justice with Nurses” Professional Commitment. *Modern Care Journal*. 2015; 12(1): 31-38.

Akgün Şahin Z, Kardaş Özdemir F. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg*. 2015;12(3):210–4.

Alenius S. L, Tishelman C, Lindqvist R, Runesdotter S, Mchugh M. D. RN assessments of excellent quality of care and patient safety are associated with significantly lower odds of 30-day inpatient mortality: a national cross-sectional study of acute-care hospitals. *International journal of nursing studies*. 2016; 61: 117-124.

Al-Hamdan Z. M., Dalky H, Al-Ramadneh J. Nurses’ Professional Commitment and Its Effect on Patient Safety. *Global Journal of Health Science*.2017; 10(1): 111.

Alonazi N. A, Alonazi A. A, Saeed E, Mohamed S. The perception of safety culture among nurses in a tertiary hospital in Central Saudi Arabia. *Sudanese journal of paediatrics*. 2016; 16(2): 51.

Aranya, N. and Ferris, K. R. A Reexamination of Accountants’Organizational-Professional Conflict. *The Accounting Review*.1984; 1: 1-15.

Ardahan M, Alp F.Y. Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliğini Sağlamada Sağlık alışanlarının ve Yöneticilerin Rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015; 6(2): 85-88.

Armellino D, Quinn Griffin M T, Fitzpatrick J J. Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. Journal of Nursing Management. 2010; 18(7): 796–803.

Aslan ř. Örgütsel vatandaşlık davranışı ile örgütsel bağlılık ve mesleğe bağlılık arasındaki ilişkilerin araştırılması. Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Yönetim ve Ekonomi dergisi, 2008; 15 (2).

Bahar S. Cerrahi Birimlerde alışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi. T.C. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ebru Önler). Tekirdağ, 2018.

Bayar H. Acil birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamaları. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. Neriman Akyolcu). İstanbul, 2013.

Baykal Ü. şahin N. Altuntaş S. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2010;7 (1): 39-45.

Baysal A. C. ve Paksoy M. Mesleğe ve Örgüte Bağlılığın ok Yönlü İncelenmesinde Meyer-Allen Modeli. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi.1999; 28(1): 7-15.

Bassuni E. M, Bayoumi M. M. Improvement critical care patient safety: using nursing staff development strategies, at Saudi Arabia.Global journal of health science. 2015;7(2): 335.

Benligiray S. ve Sönmez H. Hemşirelerin Mesleki Bağlılıkları ile Diğer Bağlılık Formları Arasındaki İlişi: Örgüte Bağlılık, İşe Bağlılık ve Aileye Bağlılık. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.2011; 18(1): 28-40.

Berwick D. M, Brent J. and Coye J.M. Connections Between Quality Measurement And Improvement. Medical Care. 2003; 41(1): 30-38.

Blau G. The Measurement and Prediction of Career Commitment. Journal of Occupational Psychology. 1985; 58: 277-288.

Blau, G. "Early-Career Job Factors Influencing the Professional Commitment of Medical Tecnologist". Academy of Management Journal. 1999; 42(5): 687-695.

Blau G. On Assessing the Construct Validity of Two Multidimensional Constructs Occupational Commitment and Occupational Entrenchment.Human Resource Management Review.2001; 11: 279-298.

Blau G. Testing for-dimensional structure of occupational commitment. Journal of Occupational Psychology.2003; 76: 469-488.

Çakır A, Tütüncü Ö. "İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı", Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 19-21 Mart Antalya, Bildiriler Kitabı, Cilt I. 2009; 1: 189-204.

Canbolat Ç. Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliğine İlişkin Görüşleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sultan Ayaz). Ankara, 2011.

Candaş B, Gürsoy A. Cerrahide Hasta Güvenliği: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2015; 3(1): 40-50.

Carmel S, Yakubovitch I. S, Zwanger L, Zaltzman T. Nurses Autonomy and Job Satisfaction. Social Science and Medicine. 1988; 26(11): 1103-1107.

Carvalho P A, Göttems L B D, Pires M R G M, Oliveira M L C de. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. Revista Latino-Americana de Enfermagem.2015; 23(6): 1041-1048.

Çiğerci, Y., Özdemir, H., Kılıç, İ. The Patient Safety Culture Perception of Surgery Nurses and Its Relationship with Sociodemographic Characteristics. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016; 6(3): 149-153.

Cihangiroğlu N, Teke A, Özata M, Çelen Ö. Mesleki bağlılık ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin analizi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2015; 57(4): 367-72.

Cihangiroğlu N, Şahin B, A Teke, Uzuntarla Y. Hemşirelerin Çatışma ve Mesleki Bağlılık Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2015; 4(29): 599-610.

Cohen A. An Examination of the Relationship Between Work Commitment and Work Outcomes Among Hospital Nurses. *Scandinavia Journal of Management*. 1998; 14(1): 1-17.

Costa T. D. D, Salvador P. T. C. D. O, Rodrigues C. C. F. M, Alves K. Y. A, Tourinho F. S. V, Santos V. E. P. Perception of nurses about patient safety in intensive care units. *Revista gaucha de enfermagem*. 2016; 37(3).

Cousely A. Vulnerability in perioperative patients: A qualitative study. *Journal of Perioperative Practice*. 2015; 25(12): 246–254.

Çeçen D, Özbayır T. Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastalarda Düşme Riskinin Belirlenmesi ve Düşmeyi Önlemeye Yönelik Yapılan Girişimlerin Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2011; 27 (1): 11-23.

Çetin M, Fedai T, Teke A. Hekimlerin Mesleki Bağlılık Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Anadolu Klinik Araştırma Dergisi*. 2012; 6(4): 220-224.

Çetinkaya A, Özmen D, Temel A B. Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği' nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2015; 8(2): 54-60.

Çiçek A. Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. Gülümser Argon)*. İzmir, 2012.

Çınar D, Karadakovan A. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği. *Yoğun bakım hemşireliği dergisi*. 2016; 20(2): 116-22.

Çırpı F, Merih Y. D, Kocabey M. Y. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; 2(3): 26-34.

De Groot H. A. Burke L. J.,George V. M. Implementing the Differentiated Pay Structure Model: Process and Outcomes. Journal of Nursing Administration. 1998; 28 (5): 28-38.

Demirci B. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri ile İş Doyumlarının Mesleki Bağlılıkları Üzerine Etkisi. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bilim Uzmanlığı Tezi (Danışman: Prof. Dr. Ayşe BEŞER). İstanbul, 2018.

Derin N. İlkım N. Yayan H. Hemşirelerde Mesleki Bağlılığın Mesleki Prestijle Açıklanması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017; 4(3): 24-37.

Dormann C. ve Zapf D. Job Satisfaction: A Meta-Analysis of Stabilities. Journal of Organizational Behavior. 2001; 22(5): 483-504.

Dönmez S, Karakuş E. Yeni Mezun Olan Hemşirelerin Mesleğe Bağlılıklarının İncelenmesi. Kocaeli Med J. 2019; 8(1): 146-152.

Durgun H, Kaya H. The attitudes of emergency department nurses towards patient safety. International emergency nursing. 2018; 40: 29-32.

Durmaz G. Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. T.C. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Meltem Yıldırım). İstanbul, 2016.

Dursun S, Bayram N, Aytaç S. Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. Sosyal Bilimler Dergisi. 2010; 8(1): 1-14.

Drey N, Gould D, Allan T. "The Relationship Between Continuing Professional Education and Commitment to Nursing". Nurse Education Today.2009; 29(7): 740-745.

Eken A. Sağlık Çalışanlarında Ekip Çalışması Etkinliği ile Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. T.C. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi. Selma Söyük). İstanbul, 2018.

Elsous A, Akbarisari A, Rashidian A, Aljeesh Y, Radwan M, Zaydeh H. A. Psychometric properties of an Arabic safety attitude questionnaire (short form 2006). Oman medical journal.2017; 32(2): 115.

Erdağı S, Özer N. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının, Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015; 18: 2.

Eren N, Uyer G. Sağlık meslek ahlakı ve tarihi. 5.Baskı. Hatiboğlu Yayınevi: Ankara; 1993, s:1-30).

Filiz E. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. Said Bodur). Konya, 2009, 1-15.

Garon M. Speaking up, being heard: Registered nurses' perceptions of workplace communication. Journal of Nursing Management. 2012; 20: 361-371.

Ghaleb MA, Barber N, Franklin BD, Wong IC. The incidence and nature of prescribing and medication administration errors in pediatric inpatients. Archives of Disease Childhood. 2010; 95(2):113-118.

Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13(2): 53-59.

Gözlü, Kaya. Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Hasta Güvenliği Kültürünün değerlendirilmesi. 6. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı, Isparta,2012; 175-182.

Greenfield A C, Norman C S, Wier B. "The Effect of Ethical Orientation and Professional Commitment on Earnings Management Behavior". Journal of Business Ethics. 2008; 83(3): 419-434.

Greenhaus J. An Investigation of the Role of Career Saliense in Vocational Behavior. Journal of Vocational Behavior. 1971; 1: 209-216.

Gündoğdu S, Bahçecik N. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.2012; 15(2): 119-128.

Gündoğdu Karaboğa S. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yard. Doç. Dr. Nefise Bahçecik). İstanbul,2010.

Gülay H, Narcı Özgen H ve Ergin A. Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Bir Üniversite Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısıyla Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. 10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. Bildiri Özet Kitabı, Ankara, 2016, 259-263.

Gülay H. Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Bir Üniversite Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısıyla Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. Hacer Özgen Narcı). İstanbul, 2016.

Gürkan B. B. Yeni Mezun Hemşirelerin Profesyonel Rollerine Geçiş Sürecinin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi. T.C. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman:Dr. Öğr. Üyesi Esra Uğur). İstanbul, 2018.

Hakverdioğlu G. Hasta Güvenliği Kültürü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2011; 27(1): 77-82.

Hall M, Smith D, And Smith KL. Accountants commitment to their profession:Multiple Dimensions of Professional Commitment and Opportunities for future research, Behavioral research in accounting. 2005; 17: 89–109.

Hamaideh S. H. Mental health nurses' perceptions of patient safety culture in psychiatric settings. *International nursing review*.2016; 64(4): 476-485.

Hassan M R, Ahmed T S. Patient Safety: Assessing Nurses' Compliance. *Journal of American Science*. 2012; 8(1): 748-755.

Haydari S, Kocaman G, Tokat M. Farklı Kuşaklardaki Hemşirelerin İşten ve Meslekten Ayrılma Niyetleri ile Örgütsel ve Mesleki Bağlılıklarının İncelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*.2016; 3(3): 119-131.

Honyenuga B, Adzoyi P. Professional commitment of nurses in ghana: the case of the volta region. *Asia Pacific Journal of Business and Management*. 2012; 3(1): 12-27.

Hwang J I. What are hospital nurses' strengths and weaknesses in patient safety competence? Findings from three Korean hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*.2015; 27(3): 232–238.

Kabataş S M, Sevinç F, Sav D. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2014;1(2):59-74.

Karaca A, Arslan H. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi*. 2014; 1(1): 9-18.

Karayurt Ö, Turhan Damar H, Bilik Ö, Özdöker S, Duran M. Ameliyathanede Hasta Güvenliği Kültürünün ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının İncelenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*. 2017; (1):16-23.

Kaya Ş. D. ve Zerenler M. Çalışma Hayatında Psikolojik Sermaye, Mesleki Bağlılık ve Kariyer Planlaması.1. Baskı. Nobel Akademik Yayıncılık: Ankara; 2014, s:49-50.

Kızır N. Acil Servis Çalışma Ortamının Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarına Etkisi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Esmâ Özşaker). İzmir,2016.

Kohn LT, Corrigan J M, and Donaldson M S. To Err Is Human: Building A Safer Health System. Institute Of Medicine. Washington, DC: National Academy Press. 2000.

Kon L, Chen X, Shen S, Li G, Gao Q, Zhu N, Lou F, Li P. Professional commitment and attributional style of medical-college nursing students in China: A cross-sectional study. Nurse Educational Today. 2016; 40: 154-60.

Kuzgun Y. Meslek Gelişimi ve Danışmanlığı. Üçüncü Baskı. Nobel Akademik Yayıncılık: Ankara; 2009, s:1-2.

Leape L.L. Incidence of Adverse Drug Events and Potential Adverse Drug Events Implications for Prevention. JAMA, 1995; 35-43.

Lee K., Carswell J. L., Allen N. J. "A Meta-Analytic Review of Occupational Commitment: Relations with Person and Work-Related Variables". Journal of Applied Psychology, 2000; 85(5): 799-811.

Livingston M. M, Burley K and Springer T. P. The Importance of Being Feminine: Gender, Sex Role, Occupational and Marital Role Commitment, and Their Relationship to Anticipated Work-Family Conflict. Journal of Social Behavior and Personality. 1996; 11(5): 179-192.

Lord A. T. and DeZoort F. T. "The Impact of Commitment and Moral Reasoning on Auditors' Responses to Social Influence Pressure", Accounting, Organizations and Society. 2001; 26: 215-235.

Lu K.Y, Chiou S.L, Chang Y.Y. A study of the professional commitment changes from nursing students to registered nurses. Kaohsiung J Med Sci. 2000; 16(1): 39-46.

Lu K.Y, Lin P.L, Wu C.M, Hsieh Y.L, Chang Y.Y. The relationships among turnover intentions, professional commitment and job satisfaction of hospital nurses. J Prof Nurs. 2002; 18(4): 214-9.

Lu H, While A.E, Barriball K.L. Job satisfaction and its related factors: A questionnaire survey of hospital nurses in mainland China. *Int J Nurs Stud.*2007; 44: 574-88.

Meyer P.J, Allen N.J, Smith C.A. Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology.* 1993; 78(4): 538–551.

Mollaoğlu M, Fertelli K T, Tuncay Ö F. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına iliksin Algılarının Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* 2010; 5(15):18-30.

Morrow P.C. Concept Redundancy in Organizational Research: The Case of Work Commitment.*Academy of Management Review.* 1983; 8(3): 486-500.

Mrayyan M T. Reported incidence, causes, and reporting of medication errors in teaching hospitals in Jordan: A comparative study. *Contemporary Nurse.* 2012; 41(2): 216–232.

Nogueras DJ. Occupational commitment, education, and experience as a predictor of intent to leave the nursing profession. *Nursing Economics.* 2006; 24(2): 86-93.

Numminen O, Leino-Kilpi H, Isoaho H, Meretoja R. Newly graduated nurses' occupational commitment and its associations with professional competence and work-related factors. *Journal of Clinical Nursing.*2015; 25: 117–26.

Nguyen G, Gambashidze N, Ilyas S. A, Pascu D. Validation of the safety attitudes questionnaire (short form 2006) in Italian in hospitals in the northeast of Italy. *BMC health services research.*2015; 15(1): 284.

Ilan R and Fowler R. Brief History of Patient Safety Culture and Science, *Journal of Critical Care.* 2005; 20: 2-5.

Işık A, Mas R, Doruk H et al. Geriatrik olgularda düşmelerin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2006; 9 (1): 45-50.

İnanır İ, Serbest Ş. 6. TÜRK Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi 3-6 Mayıs 2009: Hasta Güvenliği Kursu Eğitim Kitapçığı: 9-10.

Olsson, C., Forsberg, A., Bjerså, K. Safety climate and readiness for implementation of evidence and person centered practice–A national study of registered nurses in general surgical care at Swedish university hospitals. BMC nursing. 2016; 15(1): 54.

Organisation for Economic Co-operation and Development (25.06.1999), The career trajectories of knowledge workers. Erişim:02.01.2019 <http://www.oecd.org/unitedkingdom/2101026.pdf>.

Özdemir F. K, Şahin Z. A. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları: Kars İli örneği. ODÜ Tıp Dergisi. 2015; 2(3): 139-144.

Özdemir H. Cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algılarının belirlenmesi: Afyonkarahisar’da bir uygulama. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç Dr. Yeliz Çiğerci). Afyonkarahisar, 2014.

Öztürk R. Hastane Enfeksiyonları: Sorunlar, Yeni Hedefler ve Hukuki Sorumluluk. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2008; 60: 23-29.

Phillips J, Beam S, Brinker A, Holquist C, Honigp Lee Ly, Pamer J. Retrospective Analysis of Mortalities Associated with Medication Errors. Am J Health Syst Pharm 2001; 58: 1835-41.

Raftopoulos V, Pavlakis A. 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. 2013; 28(1):51–61.

Resmi Gazete (2011). Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, Sayı 27897, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm> (Erişim 29.12.2018).

Rızalar S, Büyük E. T, Şahin R, Tülin A, Uzunkaya G. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.2016; 9(1) :9-15.

Rızalar S, Topcu S. Y. The patient safety culture perception of Turkish nurses who work in operating room and intensive care unit. Pakistan journal of medical sciences. 2017; 33(2): 374.

Sayek F.Hasta Güvenliği: Türkiye Ve Dünya .Birinci Baskı.Türk Tabipleri Birliği Yayınları:Ankara; 2011, s:36-42.

Sears L. Predictors and Outcomes of Occupational Commitment Profiles Among Nurses, Doctoral Dissertation. Clemson University, Industrial and Organizational Psychology, South Carolina, ABD,2010.

Sexton J.B, Helmreich R.L, Neilands T.B, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data and emerging research.BMC Health Services Research. 2006; 6(1): 1-10.

Sezgin B. Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Doç. Dr. Aytolan Yıldırım). İstanbul,2007.

Shu Q, Cai M, Tao H. B, Cheng Z. H, Chen J, Hu Y. H, Li G.. What does a hospital survey on patient safety reveal about patient safety culture of surgical units compared with that of other units?. Medicine. 2015; 94(27).

Siegel J D, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Management of multidrug-resistant organisms in health care settings, 2006. American Journal of Infection Control.2007; 35(10): 165-193.

Somyürek N, Uğur E. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturma: Hemşire Gözüyle Tıbbi Hatalar. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2015; 3(1): 1-7.

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

Şimşek M Ş, Aslan Ş. “Mesleki ve Örgütsel Bağlılığın, Örgütsel Davranışa İlişkin Sonuçlarla İlişkileri”. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 2012; 12(23): 414-454.

Tak B. ve Çiftçioğlu B. A. Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeğinin Türkçe’de Güvenilirlik ve Geçerliliğinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. *İşletme Fakültesi Dergisi*. 2009;10 (1): 35-54.

Tan M ve ark. Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi. *Sağlıkta performans ve kalite dergisi*. 2009; 4: 67-78.

Teng C I, Shyu Y I L, Chang H Y. “Moderating Effects of Professional Commitment on Hospital Nurses in Taiwan”. *Journal of Professional Nursing*. 2007; 23(1): 47-54.

Teng C I, Chang S S, Hsu K H. Emotional stability of nurses: impact on patient safety. *Journal of Advanced Nursing*. 2009; 65(10): 2088–2096.

Toso G. L, Golle L, Magnago T. S. B. D. S, Herr G. E. G, Loro M. M, Aozane F, Kolankiewicz A. C. B. Patient safety culture in hospitals within the nursing perspective. *Revista gaucha de enfermagem*. 2016;37(4).

Tombe D. Hasta Güvenliğini Sağlamanın Karmaşıklığı Karmaşıklığın İnsan ve Sistem Boyutları. 1. Hasta Güvenliği Kongresi (Kongre Kitabı). Antalya 28-31 Mart, 2007, s:24-28.

Tunçer G. Bebek Dostu Kadın Doğum ve Çocuk Hastanelerinde Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Hasta Güvenliği Tutumlarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Arzu Kader Harmancı Seren). İstanbul, 2016.

Tsai C W, Tsai S H, Chen Y Y, Lee W L. “A Study of Nursing Competency, Career Self-Efficacy and Professional Commitment Among Nurses in Taiwan”. *Contemporary Nurse*. 2014; 49(1): 96-102.

Ulusoy M. Ş, Görgülü R. S. Hemşirelik esasları. 5.Baskı. TDFO Ofset: Ankara; 2001, s:10-15.

Uysal A. Hemşirelerin Mesleğe Bağlılık Durumlarının Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerine Etkisi. T.C. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. Papatya Karakurt). Erzincan, 2019.

Vlayen A, Schrooten W, Wami W, Aerts M, Barrado L G, Claes N, Hellings J. Variability of Patient Safety Culture in Belgian Acute Hospitals. Journal of Patient Safety. 2015; 11(2): 110–121.

Wang L, Tao H, Ellenbecker CH, Liu X. Job satisfaction, occupational commitment and intent to stay among Chinese nurses: a cross-sectional questionnaire survey, Journal of advanced nursing, 2011; 68(3): 539-49.

Wang, M, Tao H. 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. 2017; 14(10): 1123.

Wendin R. Hasta güvenliği - Temel bir yetkinlik mi yoksa sadece bir kavram mı?. 1. Hasta Güvenliği Kongresi (Kongre Kitabı). 2007 Antalya, 28-31 Mart, 24-28.

Wolf ZR, Goldrick T, Flynn ER, Warwick F. Factors Associated With A Perceived Harmful Out-Come From Medication Errors A Pilot Study. The Journal Of Continuing Education In Nursing. 1999; 27(2): 65-73.

World Health Organizan(WHO). World Alliance for Patient Safety. Switzerland. 2005

https://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf

Erişim tarihi: 22/07/2019.

World Health Organization(WHO). 2007. Call for more research on patient safety. Erişim tarihi: 01/06/2019.

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr52/en/>.

World Health Organization(WHO).The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives,2008.

www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/ Erişim tarihi:22/07/2019

Yang J, Liu Y, Huang C, Zhu L. Impact of empowerment on professional practice environments and organizational commitment among nurses: A structural equation approach. *International Journal of Nursing Practice*. 2013; 19: 44–55.

Yiğitbaş , Oğuzhan H, Tercan B, Bulut A, Bulut A. Nurses' Perception, Attitudes and Behaviors Concerning Malpractice. *Anadolu Klin*. 2016; 21(3): 207-214.

Zakari N. Attitude of Academic Ambulatory Nurses toward Patient Safety Culture in Saudi Arabia. <http://www.lifesciencesite.com>. *Life Science Journal*. 2011;8(3).

Zedef S. Eğitim Kurumlarında Mesleki Bağlılık, Örgütte Kalma ve Örgütten Ayrılma Niyetinin Araştırılması. T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. Ramazan ERDEM). Isparta, 2017.

10.EKLER

EK-1. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/02/2019-E.10443



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28233352-302.14.01-
Konu : Elif Barluk'un tez konusu.

SBE HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüzün 29.01.2019 tarih ve 3/3 sayılı Yönetim Kurulu Toplantısında, Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı 131359004 numaralı öğrencisi Elif BARLUK'un tez konusunun etik kurul onayı alınması kaydı ile "**Cerrahi Hemşirelerinin Mesleğe Bağlılık Düzeylerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarına Etkisi**" olarak belirlenmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır

Doç. Dr. Elgin TÜRKÖZ ULUER
Enstitü Müdürü V.

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 2360989 Faks: (0 236) 2382158
E-Posta: saglik.sekreterlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: saglikbe.cbu.edu.tr


Bilgi İçin: Ayşe Ertük
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



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

EK-2. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu Kararı

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	27 / 03 / 2019 / 20.478.486				
ARAŞTIRMANIN ADI	Cerrahi Hemşirelerinin Mesleğe Bağlılık Düzeylerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Bilgi, Tutum Ve Davranışlarına Etkisi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Elif BARLUK				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA-TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	20 / 02 / 2019 / Tarih ve 9934 Sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı /Adı /Soyadı	Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmamız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.					
 Prof. Dr. Zeki ARI Başkan					

EK-3.Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Bilimsel Araştırma Çalışma İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 09/04/2019-E.8233



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 61804347-100-
Konu : Eğitim - Öğretim İşleri (Elif Barluk) taz
çalışması için izin isteği

Sayın Elif Barluk
Tevfikiye Mah. 3411 Sok. No:14/7 Yunusemre/MANİSA

İlgi : 08/04/2019 tarihli ve 16541 sayılı yazı.

İlgi dilekçenizde belirtmiş olduğunuz. "*Cerrahi hemşirelerinin mesleğe bağlılık düzeylerinin hasta güvenliğine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarına etkisi*" isimli tez çalışmanızı Dr. Öğr. Üyesi Dilek Çeçen Çamlı danışmanlığında hastanemiz cerrahi branşlarında (ameliyathane, yoğun bakım, cerrahi servis vb.) yapmanız uygun bulunmuştur.
Gereğini bilgileriniz rica ederim.

- e-İmzalıdır
Prof. Dr. Emin KURT
Başhekim

MUSTAFA ARDAÇ
GENEL EVRAK
BELGE YÖNETİMİ BİRİMİ

BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR.
09.04.19...
CBÜ Hafsa Sultan Hastanesi
Yazı İşleri Birimi

Evrak Doğrulama İçin : <https://dogrulama.cbu.edu.tr/envision/sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEKA54PHK>
Evrak Doğrulama İşlemi e-Devlet üzerinden de yapılabilmektedir.

Adres:Manisa Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Sağlık Kampüsü
Telefon:(0 236) 4444228 Faks:(0 236) 2338040
E-Posta: bashekimlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: <http://hastane.cbu.edu.tr>

Bilgi İçin: Gizem Çevik Atılğan
Unvanı: Büro Personeli
Tel No: 1000



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

EK-4.Turgutlu Devlet Hastanesi Bilimsel Araştırma Çalışma İzni



T.C.
MANİSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

MANİSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MANİSA İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ
30.05.2019 17:03 - 76379986 - 772.02 - E:7634



Sayı : 76379986-772.02
Konu : Elif BARLUK/ Bilimsel Araştırma
İzni

TURGUTLU DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 25/04/2019 tarihli ve 54282619-604.01.02-45 sayılı yazınız.

Sağlık tesisinizde hemşire olarak görevli Elif BARLUK'un Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde yapmakta olduğu yüksek lisans eğitimi kapsamında "*Cerrahi Hemşirelerinin Mesleğe Bağlılık Düzeylerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi*" isimli araştırmayı Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÇEÇEN ÇAMLI danışmanlığında hastaneniz cerrahi servislerinde görevli hemşirelerle yürütmek için izin talebi ve tarafımıza iletilen başvuru formları, Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu tarafından incelenmiş ve araştırmanın yürütülmesi uygun görülmüştür.

2019 yılı Mayıs ve Ağustos ayları arasında veri toplama çalışmasının yapılacağı, 2019 yılı Aralık ayında tamamlanacağı beyan edilen bilimsel araştırma çalışmasının;

- Sağlık tesisinde işleyiş ve hizmeti aksatmayacak şekilde ve beyan edilen veri toplama aralığına riayet edilerek, bizzat araştırma ekibi tarafından, yalnızca gönüllü katılımcılar ile yürütülmesi,
- Kişisel verilerin, kimlik bilgilerinin ve 6698 sayılı "*Kişisel Verilerin Korunması Kanunu*" ikinci bölümünde belirtilmiş olan özel nitelikli verilerin gizli tutulması,
- Özel hayatın gizliliğinin korunmasına ve bilgi güvenliğinin sağlanmasına özen gösterilmesi, sadece izin alınmış olan ve yazımız ekindeki dosyada birer örneği bulunan anket ve ölçek formlarının kullanılması, ses ve görüntü kaydı alınmaması, verilerin ve bilgilerin edinilmesinde bilimsel amaç kapsamı dışına çıkılmaması ve edinilen bilgilerin yalnızca izin verilen bu araştırma kapsamında kullanılması gerekmektedir.
- Beyan edilen süre içinde araştırmanın tamamlanamaması durumunda, bağlı olunan kurum/kuruluş vasıtasıyla Müdürlüğümüze bir dilekçe ile gerekçenin bildirilerek ek süre talebinde bulunulması,
- Araştırmanın tamamlanmasının ardından, kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonucunun, Müdürlüğümüzün internet sayfasından bir

Eğitim ve AR-GE Birimi
Adres: Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Akmescit Mahallesi İzmir Caddesi No:289
Yunusemre/MANİSA

Bilgi için: Hilal Ahsen TUNÇAY

Telefon: 0246 311 10 00
E-Posta: hilal.ahsen.tuncay@saqlik.gov.tr
İnternet Adresi: www.manisa.saglik.gov.tr

Elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 53113c40-fabe-4db0-b412-41f7a8508bee kodu ile erişilebilir.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Telefon No: 0 (236) 250 41 12-13 (Dahili: 3086)

örneği temin edilebilecek dilekçe ile birlikte Eğitim ve AR-GE Birimi'ne iletilmesi,

- Araştırmadan elde edilecek verilerin Müdürlüğümüzden izin almaksızın yayınlanmaması ve yayın içinde araştırmanın yürütüldüğü kurum ismine yer verilmemesi gerekmektedir.

Araştırmanın bu hususlara riayet edilmeksizin yürütülmesi, sonuçlarının tarafımıza iletilmemesi ve Müdürlüğümüzden izin almaksızın yayınlanması durumlarında yasal işlem yapılabileceği ve aynı kişilerin ileriki süreçte Müdürlüğümüze bağlı sağlık tesislerinde yürütmeyi talep edecekleri çalışmalara izin verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Ebru TAŞIK
Personel Hizmetleri Başkan
Yardımcısı

Ek: Elif BARLUK - Bilimsel Araştırma Başvuru Dosyası (19 sayfa)

EK-5. T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Sağlık Bilimleri Etik Kurul Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
HEMŞİRELER İÇİN



CALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.):
Cerrahi Hemşirelerinin Mesleğe Bağlılık Düzeylerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Bilgi, Tutum Ve Davranışlarına Etkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmamız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamamız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar vererseniz imzalamamız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılmamızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğumuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Bu çalışmanın amacı cerrahi hemşirelerinin mesleğe bağlılık düzeylerinin hasta güvenliğine ilişkin bilgi, tutum ve davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için hasta güvenliği algısının oluşturulması ve geliştirilmesi esastır. Genel olarak mesleki bağlılık ve hasta güvenliği tutumuna yönelik hemşire algılarının belirlenmesi amacı taşıyan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, mesleki bağlılık düzeyleri ve hasta güvenliğine ilişkin tutum ve davranışlar konusunda mevcut durumu cerrahi hemşireleri açısından ortaya koyacaktır. Hemşirelerin hastalar ile en yakın ilişkide olan sağlık personeli olması ve özellikle cerrahi servisinde hasta güvenliğinin önemi dikkate alındığında çalışmadan elde edilen sonuçların daha da önem kazanacağı düşünülmektedir. Literatürde mesleki bağlılık ve hasta güvenliği tutumu konusunda ulusal düzeyde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Özellikle cerrahi hemşireleri üzerinde uygulama gerçekleştirilen çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Bu bilgiler çerçevesinde çalışmanın literatüre katkısının yanı sıra mesleki bağlılık ve hasta güvenliği konusunda hemşire algılarının belirlenerek bilişsel düzeyde mevcut durumun betimlenmesi sağlık kurumlarımız açısından alınması gereken önlemlere ilişkin de katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

CALISMA İŞLEMLERİ:

Araştırma süresince herhangi bir ilaç uygulaması ya da laboratuvar testi yapılmayacaktır. Hemşire Tanıtım Formu ve Hasta Güvenliği Uygulamalarını Değerlendirme Anketi ,Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ve Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği ‘ni doldurmanız istenecektir. Soruları cevaplama süreniz yaklaşık 20-25 dakikadır.

CALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılmakla cerrahi hemşirelerinin mesleğe bağlılık düzeyleri ve hasta güvenliğine ilişkin bilgi, tutum ve davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yardımcı olacaksınız. Bu nedenle, çalışmadan elde edilecek sonuçlar doğrultusunda cerrahi hemşirelerinin mesleki bağlılıklarının artırılması ve hasta güvenliğiyle ilgili bilgi ve davranışlarının geliştirilmesi ve kaliteli hizmet sunumu açısından ileride planlanacak araştırmalara da katkımız olacaktır. Ayrıca mesleki bağlılık ve hasta güvenliği konusunda yapılacak benzer çalışmalar için veri oluşturacaktır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmada sadece soru formlarını doldurmanız istenecektir. Çalışmaya katılmamızın size bir olası bir zararı olmayacaktır. Sadece 20-25 dakikalık bir zaman kaybımız olacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bizimle paylaştığınız bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacaktır. Soru formlarına isminizi yazmanız gerekmeyecektir. Kişisel bilgileriniz tamamen gizlilik güvencesi altında tutulacak, bunun dışında herhangi bir yerde kullanılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Yük.Lis.Öğr.Elif BARLUK (Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,barluk_elif@hotmail.com/05062142192)

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tamık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tamiklik eden kişi

2: Gönüllüğü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK-6. Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği

Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği

Aşağıda mesleğe bağlılık hakkında 26 ifade bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuduktan sonra size ne derece uyduğuna karar veriniz. Önemli olan siziniz meslek hakkındaki görüşünüzdür. Her ifade için 4 seçenek söz konusudur. Seçenekler arasında doğru-yanlış ifade yoktur. Bu nedenle size en çok uyan seçeneğe "X" işaretikoyunuz. Her ifade için uzun uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Karasızlığa düşerseniz ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareketediniz. Lütfen her ifadeyi cevapladığınızdan emin olunuz.

Mesleğe Bağlılık İle İlgili İfadeler		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
		1	2	3	4
1.	Hemşirelik mesleğinin bir üyesi olarak çalışarak; yaşam hedeflerimi yerine getirebileceğimi düşünüyorum.				
2.	Hemşirelik mesleğinin bir üyesi olarak çalışarak; kendimi gerçekleştirebileceğimi düşünüyorum.				
3.	Hemşirelikte öğrendiklerimi arkadaşlarımla tartışmaktan hoşlanırım.				
4.	Hemşireliğin benim için en iyi meslek olduğunu düşünüyorum.				
5.	Akrabalarım hemşireliğin mükemmel bir iş olduğunu söylüyorum.				
6.	Kendimi hemşirelik mesleğinin bir üyesi olarak görüyorum.				
7.	Göstereceğim çaba ve katılım hemşireliğin gelecekteki gelişimini etkiler.				
8.	Zamanımın çoğunu gelecekteki hemşirelik kariyerim için ayıracağım.				
9.	Hayatım boyunca bir hemşire olacağım.				
10.	Hemşireliğin değerli bir meslek olduğunu düşünüyorum.				
11.	Diğer sağlık profesyonelleri ile hemşireliği tartışmaktan hoşlanırım.				
12.	Gelecekte daha yüksek eğitim almaya çalışacağım.				
13.	Gelecekte bir hemşire olarak çalışacağım ya da yurt dışına çıkacağım.				
14.	Başka bir ülkeye gitmeye ya da daha ileri eğitim almaya karar verirsem başka bir meslek seçeceğim.				
15.	Hemşireliği sevmiyorum.				
16.	İnsanlara mesleğimin hemşirelik olduğunu söylerken utanırım.				
17.	Bir fırsatını bulsam, hemşirelik mesleğimi değiştiririm.				
18.	Meslek olarak hemşireliği seçerken verdiğim kararın yanlış olduğunu düşünüyorum.				
19.	Yaptığım hemşirelik işinin anlamsız olduğunu düşünüyorum.				
20.	Hemşirelik mesleği üyelerinin, düşük sosyal statüye sahip olduklarını düşünüyorum.				
21.	Hemşirelikte gelişimin sınırlı olduğunu düşünüyorum.				
22.	"Hemşirelik bütüncül bir bilim ve sanattır" ifadesine tamamen katılıyorum.				
23.	Hemşireliğin profesyonel bir meslek olarak gelişmesinin, geleceğimi etkileyeceğini düşünüyorum.				
24.	Hemşirelik mesleğini uygulayarak insanlara yardım edebildiğim için, kendimi önemli biri olarak hissediyorum.				
25.	Hemşirelikte profesyonelleşme ile ilgili gelişmeler açısından endişelerim var.				
26.	Hemşireliğin halka önemli katkıları bulunduğunu düşünüyorum.				

EK-7. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği

EK-7: HASTA GÜVENLİĞİ TUTUM ÖLÇEĞİ

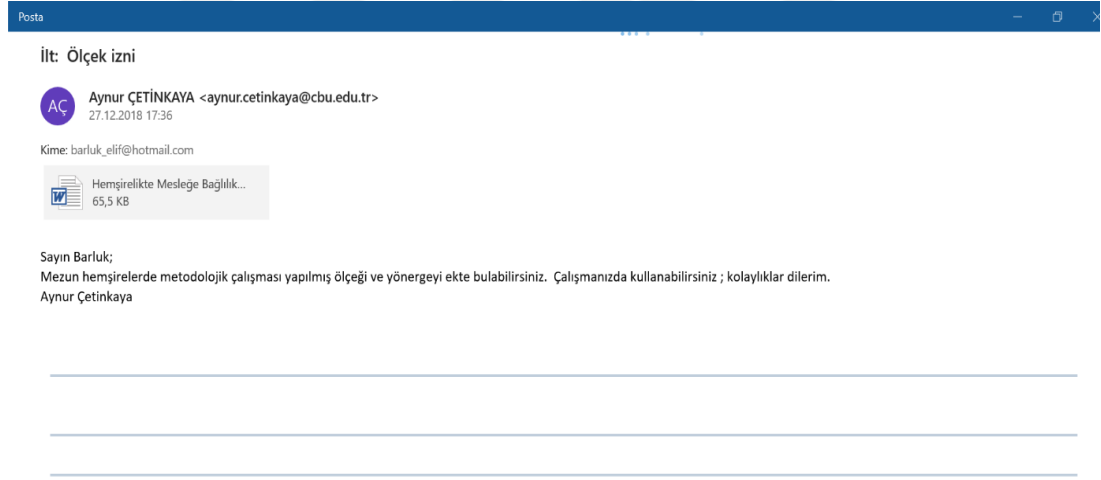
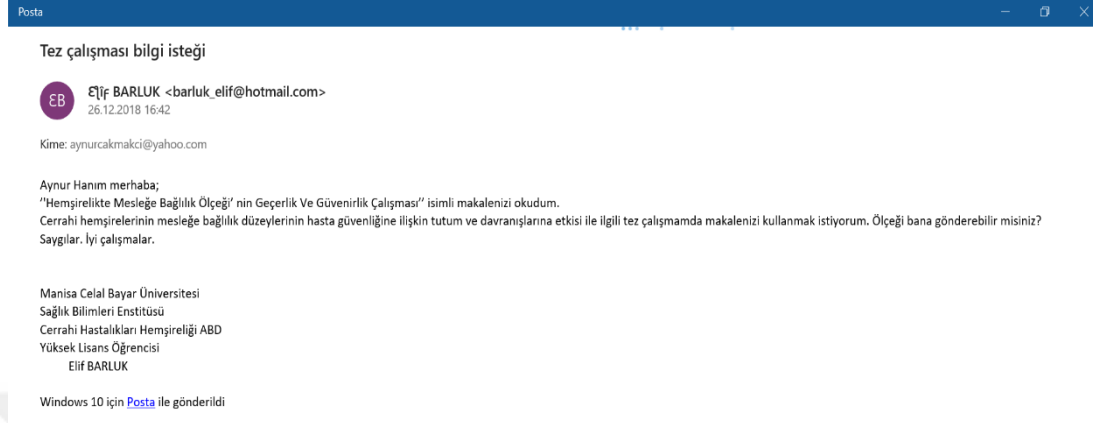
Yönerge: Aşağıdaki hasta güvenliğine ilişkin ifadelerde düşüncenizi en iyi yansıtan seçeneğe X işareti koyunuz.		TAMAMEN KATILYORUM	KATILYORUM	KİSMEN KATILYORUM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
1	Performansım hakkında geribildirim alırım(Bilgilendirilirim).					
2	Hastane yönetimi işini iyi yapar.					
3	Bu hastane, çalışmak için iyi bir yerdir.					
4	Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.					
5	Bu hastane, problemlili doktor ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenir.					
6	Bu birimde, hemşirelerin fikirlerine değer 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) değerler yüksektir.					
15	Acil durumlarda diğer personelin ne yapacağını bilirim.					
16	Bu birimde görüş farklılıkları hasta yararı(kimin haklı olduğundan çok hastalar için neyin iyi olduğu gibi) dikkate alınarak çözülür.					
17	Gerçekten profesyonel olan çalışanlar, kişisel problemlerini işine yansıtmaz.					
18	Bu hastanede, çalışanlar arasında ekip çalışması ve iş birliği desteklenir.					
19	Hasta güvenliği ile ilgili 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 güvenliği ile ilgili sorular sormak için uygun yolları (kanalları) bilirim					
23	Bu birimde, doktor ve hemşireler uyumlu bir ekip olarak çalışır.					

	Yönerge: Aşağıdaki hasta güvenliğine ilişkin ifadelerde düşüncenizi en iyi yansıtan seçeneğe X işareti koyunuz.	TAMAMEN KATILYORUM	KATILYORUM	KISMEN KATILYORUM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
24	Bu birimde olay raporlarıyla ilgili bilgiler, hasta bakımın güvenliğini sağlamada kullanılır.					
25	Bu birimde, güvenli raporlama sistemlerinden, hasta güvenliğini geliştirmede yararlanır.					
26	Bu birimde, hasta güvenliği ile ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyulur.					
27	Bu birimde, gerektiğinde tıbbi hataları nasıl rapor edeceğimi bilirim.					
28	Hasta güvenliği, bu birimin önceliği olarak sürekli olarak 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 eğitim iyi yapılır.					
32	Bu birimdeki tüm personel, hasta güvenliği ile ilgili sorumluluk alır.					
33	Hastane yönetimi, hasta güvenliğiyle ilgili konularda taviz vermez.					
34	Hastane yönetimi, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarını eksiksiz yürütmeme destekler.					
35	Tanı ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.					
36	Acil durumlardaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler.					
37	Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yoğunluğum, 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 ve prosedürleri(el yıkama, tedavi protokolleri/ klinik yollar gibi) sıklıkla önemsemezler.					
43	İşimde hayal kırıklığı yaşıyorum.					
44	Bu birimdeki doktorlar dahil tüm çalışanlar, işlerini iyi yaparlar.					
45	İşimde kendimi tükenmiş hissederim.					
46	Bu birimde, hemşirelik eğitimi alanlar(öğrenciler) uygun şekilde desteklenir.					

Çalıştığımız bölümlerde hasta güvenliğine ilişkin önerileriniz:.....

Tarih: / /

Ek-8. Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği kullanım izni.



* "Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği" kullanım izni, 27/12/2018 tarihinde alınmıştır.

Ek-9.Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği kullanım izni.

Re: tez çalışması bilgi isteği

 ulku baykal <ulkubay@yahoo.com>
28.12.2018 11:24

Kime: Elif BARLUK Bilgi: Serap Altuntaş; Nevin Sahin

Elif hanım,

Hasta güvenliği tutum ölçeğini yayınlamıştık hemşirelik eğitim araştırma dergisine bakınız lütfen bu bilgisayarında kayıtlı hali yok. Çalışmanızda başarılar dilerim

Prof.Dr. Ülkü BAYKAL
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi
İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Tel:0212 440 00 00 /27034
Fax: 0212 224 49 90

On Thursday, December 27, 2018, 5:48:38 PM GMT+3, Elif BARLUK <barluk_elif@hotmail.com> wrote:

Merhaba Ülkü Hanım;

"Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği 'nin Türkçe 'ye Uyarlanması" isimli makalenizi okudum.

Cerrahi hemşirelerinin mesleğe bağıllık düzeylerinin hasta güvenliğine ilişkin tutum ve davranışlarına etkisi ile ilgili tez çalışmamda makalenizi kullanmak istiyorum. Ölçeği bana gönderebilir misiniz?

Saygılar. İyi çalışmalar.

Posta

Re: tez çalışması bilgi isteği

 ulku baykal <ulkubay@yahoo.com>
28.12.2018 11:25

Kime: Elif BARLUK

Ölçek maddeleri ve alt boyutları makalede belirtilmiş durumda aynen kullanabilirsiniz

Prof.Dr. Ülkü BAYKAL
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi
İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Tel:0212 440 00 00 /27034
Fax: 0212 224 49 90

On Friday, December 28, 2018, 11:07:31 AM GMT+3, Elif BARLUK <barluk_elif@hotmail.com> wrote:

Merhaba Ülkü Hanım;

"Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği 'nin Türkçe 'ye Uyarlanması" isimli makalenizi okudum.

Cerrahi hemşirelerinin mesleğe bağıllık düzeylerinin hasta güvenliğine ilişkin tutum ve davranışlarına etkisi ile ilgili tez çalışmamda makalenizi kullanmak istiyorum. Ölçeği bana gönderebilir misiniz?

Saygılar. İyi çalışmalar.

*** "Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği" kullanım izni, 28/12/2018 tarihinde alınmıştır.**

EK-10. Hemşire Tanıtım Formu ve Hemşire Tanıtım Formu ve Hasta Güvenliği Bilgi Formu

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tez Araştırması

Değerli katılımcı;

Sizden katılmanızı istediğimiz; “Cerrahi Hemşirelerinin Mesleğe Bağlılık Düzeylerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi” adlı çalışma, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği bölümünde Yüksek Lisans öğrencisi olan Hemşire Elif Barluk tarafından, Dr. Öğr. Üyesi Dilek Çeçen Çamlı’ nın tez danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tez araştırmasıdır. Bu çalışmada; Cerrahi Hemşirelerinin mesleğe bağlılık düzeylerinin hasta güvenliğine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını nasıl etkilediğini ortaya koymak amaçlanmıştır. Hemşire bireylerden alınacak bu bilgiler bilimsel açıdan oldukça değerli olacaktır. Bu amaçla size bazı sorular sorulacaktır. Bu sorulara açık yüreklilikle yanıt vermeniz beklenmektedir. Sizden aldığımız yanıtlar bu araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır.

Lütfen boş soru bırakmayınız. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz...

Elif BARLUK
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD
Yüksek Lisans Öğrencisi

Hemşire Tanıtım Formu ve Hemşire Tanıtım Formu ve Hasta Güvenliği Bilgi Formu

1.Yaşınız :.....

2.Cinsiyetiniz? 1() Kadın 2() Erkek

3.Medeni Durumunuz?1() Evli 2() Bekar

4. Eğitim durumunuz nedir?

1() Lise 2() Ön Lisans 3() Lisans 4() Lisansüstü

5. Meslekte Çalışma Süreniz ?

1() 1 yıldan az 2() 1-5yıl3() 6-10yıl 4() 11-15yıl5() 15yıl ve üzeri

6.Kaç yıldır bu hastanede çalışıyorsunuz?

1() 1 yıldan az 2() 1-5yıl 3() 6-10yıl 4() 11-15yıl 5() 15yıl ve üzeri

7. Çalıştığınız Servis: 1() Yoğun Bakım 2() Ameliyathane 3() Cerrahi Klinik

8.Çalışma şekliniz? 1() Gündüz 2() Nöbet 3() Vardiya

9.Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? 1() 40 saat ve altı 2() 40 saat ve üzeri

10.Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz ?1() Evet 2() Hayır

11. Mesleki yaşamınız meslekle ilgili beklentilerinizi karşıladı mı ? 1() Evet 2() Hayır

12. Kurumunuzda son 6 ay içinde hasta güvenliği ile ilgili (amaç, hedefleri belli, konusunda uzman kişiler tarafından yapılan) bir eğitim programına katıldınız mı? 1() Evet 2() Hayır

13.Kurumunuzda hasta güvenliği kültürü düzenli olarak ölçülüyor mu? 1() Evet 2() Hayır

14.Hasta güvenliği konusunda biriminizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

1() Çok iyi 2() yeterli 3() zayıf 4() başarısız

15.Son 1 yılda hiç hasta güvenli olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz mi?

1() Evet 2() Hayır

16.Sizin veya bir yakınınız tıbbi uygulama hatası ile karşılaştınız mı? 1() Evet 2() Hayır

17.Meslek yaşantınız boyunca hiç tıbbi hata yaptınız mı? 1() Evet 2() Hayır

18. Tıbbi hata yapan sağlık çalışanının cezalandırılması doğru buluyor musunuz?

1() Evet 2() Hayır

Hasta güvenliği ile ilgili konular	1 Hiç Katılmıyorum	2 Katılmıyorum	3 Katlıyorum	4 Tamamen Katılıyorum
1.Tıbbi hataların çoğu engellenemez				
2.Tecrübesiz sağlık elemanları daha sık hata yapar				
3.Hastaların verilen talimatlara uymaması tıbbi hatalara sebep olabilir				
4.Dikkatsizlik tıbbi hataların en önemli sebebidir				
5.Hasta güvenliği tehdit risklerini azaltmada yönetici desteği önemlidir				
6.Yapılan uygulamalar için prosedürler oluşturulması hasta güvenliği sağlamada oldukça etkilidir				
7.Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması hasta güvenliği için tehdit oluşturur				
8. Ekip içindeki iletişim bozukluğu hasta güvenliğini olumsuz yönde etkiler				
9.Hastaya yapılacak uygulamalar açıklanmalı ve hastanın rızası alınmalıdır				
10.Yapılan tıbbi hatalar hastaya açıklanmalıdır				
11.Hastanelerde şu anda uygulanan sistem tıbbi hataları azaltmaya yöneliktir				
12.Yapılan her tıbbi hata mutlaka rapor edilmelidir				
13.Hata yaparsam bunu hasta ve ailesine açıklarken kendimi rahatsız hissetmem				
14.Yanlış bir uygulama yaparsam uyarılmak isterim				
15.Yanlış bir uygulama yapıldığını görürsem soru sormak ve uarmaktan çekinmem				
16.Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması hasta güvenliğini olumsuz etkiler				
17.Hastaların kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması hasta güvenliği için çok önemlidir				
18.Hasta güvenliği için güvenli ilaç uygulama kurallarına dikkat edilmelidir				

Hasta güvenliği ile ilgili konular	1 Hiç Katılmıyorum	2 Katılmıyorum	3 Katlıyorum	4 Tamamen Katlıyorum
19.Güvenli cerrahi uygulamalarının aksaması hasta güvenliğini etkilemez				
20.Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi; “Klinikten Ayrılmadan Önce “anestezi verilmeden önce, ameliyat kesinden önce ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce bölümleri gerekli kontroller yapılarak doldurulmalıdır				
21.Tüm cerrahi işlemlerde, klinikte doğru bölge ve taraf işaretleme süreci hekim tarafından gerçekleştirilmelidir				
22. Güvenli Cerrahi ile ilgili oluşan olumsuzluklar Güvenlik Raporlama Sistemi Olay Bildirim Formu doldurularak kalite Yönetim Birimine bildirilmelidir				
23. Düşmelerden kaynaklanan risklerin tanımlanması ve azaltılması hasta güvenliğini olumlu yönde etkiler				
24.Doğru kan/kan ürünü transfüzyonugüvenliğinin sağlanması için gerekli prosedürlere uyulmalıdır				
25.Kullanılan tıbbi cihazların bakım, onarım ve kalibrasyonlarının yapılması gereklidir				
26.Bası ülserlerine ilişkin riskleri önlemek için gerekli bakım protokolleri oluşturulmalıdır				
27. Hasta transferi sırasında gerekli tıbbi cihaz ve malzemeler eksiksiz hazırlanmalı, uygun taşıma yöntemi seçilmeli ve yeterli taşıma personeli sağlanmalıdır				
28.Hastalarda ve sağlık çalışanlarındaki enfeksiyon riskini azaltmaya yönelik bir enfeksiyon kontrol programı yürütülmelidir				
29.Hasta güvenliği stratejilerinden biri olarak hastanın kendi bakımına katılımı için cesaretlendirilmelidir				
30.Hasta güvenliği uygulamalarına yönelik sürekli eğitim programları düzenlenmelidir				
31. Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir				

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı	Elif	Soyadı	BARLUK
Doğum Yeri	Balıkesir	Doğum Tarihi	28.05.1991
Uyruğu	T.C.	Tel	05062142192
E-mail	barluk_elif@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	-	-
Yüksek Lisans	-	-
Lisans	Manisa Celal Bayar Üniversitesi	2013
Lise	Hasan Türek Anadolu Lisesi	2009

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	Turgutlu Devlet Hastanesi	2014-Halen
Hemşire	Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi	2013

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu <input type="checkbox"/>								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	69,1	70,9	67,3
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office,SPSS	İyi

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

**“Cerrahi Hemşirelerinin Mesleğe Bağlılık Düzeylerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Bilgi,
Tutum ve Davranışlarına Etkisi”** konulu

Tezime ilişkin 23/07/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 29'dur.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı :ELİF BARLUK
Öğrenci No :131359004
Anabilim Dalı :HEMŞİRELİK
Programı :CERRAHİ HAST. HEMŞİRELİĞİ

Tarih ve İmza

23/07/19

E. Barluk

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
DR. ÖĞR. ÜYESİ DİLEK ÇEÇEN ÇAMLI

Açıklamalar

- 1- Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2- Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır. (400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3- TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
- Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın sürecekleştirilmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5- **İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir;** aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- **Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.**
- 8- Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekte yükümlüdür.
- 9- Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>