



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGISI İLE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ**

NURTEN SÜTCÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HASTANE İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
PROF. DR. MEHVEŞ TARIM

2019 – İSTANBUL

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Nurten SÜTCÜ
Tez Başlığı : Hasta Güvenliği Kültürü Algısı ile Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Analizi
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Başbüyük Kampüsü
Sınav Tarihi : 17/06/2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Mehveş TARIM

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Mehveş TARIM

Doç. Dr. Emre IŞÇI

Dr. Öğr. Üyesi Pınar Kılıç AKSU

Kurumu

Marmara Üniversitesi

Marmara Üniversitesi

Marmara Üniversitesi

Yeditepe Üniversitesi

İmza

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 0.2.5/İM.2019... tarih ve 107 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

F. Arıcıoğlu.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

-Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı tek kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.

-Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

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 çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Nurten Sütçü

TEŐEKKÖR

Yükseklisansa başladığım günden itibaren sabırla benimle ilgilenen, uzun zaman zarfında bitirmeme rağmen anlayışı ve güleryüzünü her zaman gösteren sevgili hocam Prof. Dr. Mehveş Tarım'a,

Yaşamım boyunca bana her zaman destek olan sevgili annem, babam ve canım ablama,

Her zaman her koşulda yanımda olan, tezimi bitirebilmem için elinden geleni yapan, bana inanan ve güvenen sevgili eşime,

Desteklerini sürekli hissettiğim iş arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Nurten SÜTCÜ

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
1.ÖZET.....	vii
2.SUMMARY.....	ix
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
4. GENEL BİLGİLER.....	2
4.1.Hasta Güvenliği Kavramı Ve Önemi.....	2
4.2. Hasta Güvenliği Hedefleri.....	5
4.2.1. Hasta Kimlik Bilgilerinin Doğrulanması.....	5
4.2.2. Etkili İletişimin Artırılması.....	6
4.2.3. Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi.....	7
4.2.4. Doğru- Taraf, Doğru Prosedür ve Doğru-Hasta Cerrahisinin Sağlanması.....	8
4.2.5. Enfeksiyonların Azaltılması.....	9
4.2.6. Düşmelerden Kaynaklanan Hastaların Zarar Görme Riskinin Azaltılması.....	10
4.3. Tıbbı Hatalar.....	10
4.4. Hasta Güvenliği Kültürü.....	12
4.5. Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşturulmasının Önemi.....	14
5. Hasta Güvenliği Kültürünü Etkileyen Faktörler.....	17
5.1.İş yükü.....	17
5.2.Ekip Çalışması.....	19
5.3.İş Doyumu.....	22
5.4.İşte Hissedilen Stres.....	25

6. GEREÇ VE YÖNTEM	26
6.1.Araştırmanın Amacı ve Türü.....	26
6.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	26
6.3. Veri Toplama Araçları.....	27
6.3.1. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği.....	27
6.3.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği.....	28
6.3.3. İş Yükü Ölçeği.....	28
6.4.Çalışmaya Alınma Kriterleri.....	29
6.5.Çalışmadan Çıkarılma Nedenleri.....	29
6.6.Araştırma Süresi.....	29
7. BULGULAR.....	31
8. TARTIŞMA VE SONUÇ	59
8.1.1. Hemşirelerin Hasta Güvenliğini Etkileyen Faktörlere Yönelik Görüş, Deneyim ve Önerileri.....	59
8.1.2. Hasta Güvenliği Kültürünü Etkileyen Sosyodemografik ve Mesleki Özellikler.....	60
8.1.3. İş yükü, İş Doyumu, İşte Hissedilen Stres, Ekip Çalışmasını Etkileyen Sosyodemografik ve Mesleki Özellikler.....	65
8.1.4. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanı ve Alt boyutları ile İşte Hissedilen Stres, Ekip Çalışması, İş Doyumu, İş yükü Puanlarının İlişkisi.....	68
9. KAYNAKÇA.....	74
10. EKLER	82

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

JCI:Joint Commission International

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri Dağılımı-I

Tablo 2: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı-II

Tablo 3: Hemşirelerin Çalışma Süreleri ve Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 4: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamaları Konusunda Görüşlerinin Dağılımı

Tablo 5: Hemşirelerin Meslekteki Memnuniyet Düzeyleri Dağılımı

Tablo 6: Hemşirelerin “İş Yüğü”, “İşte Hissedilen Stres”, “Ekip Çalışması” ve “İş Doyumu” Puan Ortalamaları

Tablo 7: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

Tablo 8: İş yüğü, İş Doyumu, Ekip Çalışması ve İşte Hissedilen Stres puanlarının Yaşa göre Karşılaştırılması

Tablo 8: Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Ölçeği Toplam Puanı ve Alt boyutlarının Karşılaştırılması

Tablo 9: Hemşirelerin Meslek Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Ölçeği Toplam Puanı ve Alt boyutlarının Karşılaştırılması-I

Tablo 10: Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre İş Yüğü, İş Doyumu, Ekip Çalışması ve İşte Hissedilen Stresi Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 11: Hemşirelerin Meslek Özelliklerine Göre İş Yüğü, İş Doyumu, Ekip Çalışması ve İşte Hissedilen Stresi Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 12: İşte Hissedilen Stres, Ekip Çalışması, İş Doyumu, İş yüğü puanlarının Hasta Güvenliği Kültürü İle İlişkisi

Tablo 13: İşte Hissedilen Stres, Ekip Çalışması, İş Doyumu, İş yüğü puanlarının İlişkisi

Tablo 14: İşte Hissedilen Stres, Ekip Çalışması, İş Doyumu, İş yüğü puanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları İle İlişkisi

Hasta Güvenliği Kùltürü Algısı ile Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Analizi

Öğrencinin Adı: Nurten Sütçü

Danışman: Prof. Dr. Mehveş TARIM

Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi AD

ÖZET

Amaç: Sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta güvenliğinin sağlanması en önemli hususlardan biridir. Hasta Güvenliği kùltürünün kurumlarda oluşturularak geliştirilmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Bu çalışmadaa hasta güvenliği kùltürünü etkileyen faktörlerin incelenmesi ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Yöntem: Çalışmamız, Bartın il merkezinde yer alan Bartın Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelere Kasım-Aralık 2016 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı ve karşılaştırmalı bir araştırmadır. Araştırmaya, Bartın Devlet Hastane'sinde en az bir yıldır çalışan, gönüllü olarak araştırmaya katılan toplam 264 hemşire katılmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik özellikleri içeren anket, "Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği", "Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği"nin alt boyutları ve "İş Yüğü Ölçeği" kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikleri yapılmış olup, t testi, varyans analizi (One Way ANOVA) testleri yapılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin hasta güvenliği kùltürü toplam ölçek puanları cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumlarına göre karşılaştırma yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hasta güvenliği kùltürü toplam ölçek puanları kurumda çalışma yılı, meslekte toplam çalışma yılları, bulunduğu pozisyonda çalışma yılı, oryantasyon eğitimi alma durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. Hasta güvenliği ile Ekip çalışması, işte hissedilen stres ve iş doyumu arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. Ekip çalışması ve iş doyumu ile hasta güvenliği kùltürü arasında "orta" düzeyde ilişki olduğu anlaşılmıştır. İşte hissedilen stres ile hasta güvenliği kùltürü arasında "zayıf" düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. İş yüğü ile hasta güvenliği kùltürü arasında doğrusal bir ilişkinin varlığı tespit edilememiştir.

Sonuç: Araştırmaya katılan hemşirelerin Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği'nden aldıkları puan ortalaması $2,96\pm 0,30$ olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan en yüksek puan ortalaması “Çalışanların Eğitimi” alt boyutu olup puan ortalaması $3,06\pm 0,42$ olarak belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği Kùltürü, Hemşirelik, Ekip Çalışması, İş Doyumu, İşte hissedilen Stres, İş Yüğü



The Analysis Of The Understanding of Patient Safety Culture and The Factors That Affect it

Student: Nurten Sütçü

Supervisor: Prof. Dr. Mehveş TARIM

Department: Department of Health Care Management

SUMMARY

Aim: Purpose of our study is to investigate the factors that affects the patient safety culture and the relation between those factors.

Method:Our descriptive and comparative study was conducted between the dates of November and December in Bartın Devlet Hastanesi located in Bartın city center. A total of 264 voluntary nurses who have been working there at least a year participated in the study. A survey with socio-demographic properties was prepared by the researcher by using the “Patient Safety Culture Measure” written by Emine Türkmen and her friends in 2011, sub-parts of “Patient Safety Attitude measure” written by Baykal and his friends and the “Work Load Measure” which is a validity and reliability study ran by Ayca and Eskin in 2005. Descriptive statistics: T Test, Variant Analysis (One Way Anove) tests were conducted.

Results: There was no considerable difference found in the results when the nurses’ gender, age, education were compared but when the nurses’ total of years working, total of years working in the same position and the nurses who have taken the orientation were compared, there was a considerable difference. A positive linear relationship was observed between the patient safety and nurses’ “team work, stress level and job satisfaction”. “Team work and job satisfaction” had a mediocre level relationship and the relationship with only the stress level was marginal. There was no linear relationship found between the workload and the patient safety culture.

Conclusion: The average score of the nurses that participated in Patient Safety Culture Assessment was $2,96 \pm 0,30$. The highest score average was achieved in “Employee education” sub-part which was $3,06 \pm 0,42$.

Keywords: Patient Safety Culture, Nursing, Team Work, Job Satisfaction, Job Stress, Work Load.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Güvenli bir sağlık hizmeti sunumunun ilk adımını hasta güvenliği kültürü oluşturmaktadır. Hasta güvenliği konusu sağlık hizmetlerinde çalışan tüm personelin sahiplenmesi gereken bir konudur. Türkiye'deki hastanelere bakıldığında hekiminden hemşiresine, sekreterinden güvenlik görevlisine kadar otuzun üzerindeki çeşitlilikte olan meslek grupları tanı, tedavi, bakım ve diğer hizmetleri verebilmek amacıyla bir arada uyum içinde çalışmak durumundadır. Hizmet sunarken en önemli öncelik, hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak olmalıdır (Dursun ve ark, 2010).

Sağlık kurumlarında güvenlik kültürünün oluşturulması, yayılması ve geliştirilmesi bir ekip işidir. Hemşireler sağlık hizmetlerinde çalışan en geniş grup olarak bu ekibin hayati önem taşıyan üyeleridir. Sağlık sisteminde yüksek kaliteyi sağlayarak ve hataları en aza indirerek hasta güvenliğini sağlamada ön safhada çalışan hemşireler hasta güvenliği kültürünün oluşturulup yayılmasında en önemli rollere sahiptirler (Akman,2010). Son derece karmaşık yapıya sahip sağlık hizmetlerinin devamlılığının sağlanmasının etkili bir ekip çalışması ile mümkün olabileceği ön görülmektedir (Çelen, 2011).

Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde sunulabilmesi için gerekli ölçütlerden biri de iş yüküdür. İş yükünün fazla olması işe bağlı olarak gelişen stresi tetiklemekte hataların meydana gelmesine neden olmaktadır. Hataların meydana gelme olasılığının en aza indirilmesi, hasta güvenliğinin artırılabilmesi için iş yükünün, iş yüküne bağlı artan stresin azaltılması gerekmektedir (Balanuye, 2014).

Örgütlerin başarısı, çalışanların verimli olması kadar, işlerinden duydukları tatminle de yakından ilişkilidir. Yani örgütlerin etkinliği için örgüt yöneticileri; işleri cazip kılmamanın, çalışanların örgütte uzun süre kalmalarını sağlamanın, görevlerini en iyi şekilde yapmaları için çalışanları motive etmenin yanında, çalışanların örgütün yönetim felsefesi, iç ilişkileri, ödül sistemleri, yapılan işin kendisi gibi konularda memnun olmalarını sağlamalıdır. İşlerinden beklediklerini elde eden bireyler, elde ettikleri ölçüde tatmin olurlar. Buda bireyin motivasyonunu ve performansı yükseltir (Çelen, 2011). Bu araştırmada, hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin

algılarının belirlenerek, sosyodemografik özellikleri ile birlikte ekip çalışması, iş doyumu, iş stresi, iş yüküne ilişkin özellikleriyle karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1.Hasta Güvenliği Kavramı Ve Önemi

Hasta güvenliği kavramı, sağlık hizmetleri sunumunun her aşamasında hastanın var olan sağlık durumunun bozulmasının engellenmesi, tıbbi hataların önlenmesi anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde çalışan personellerin tümünün hasta güvenliği konusunu sahiplenmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının en önemli önceliği hastaya zarar verecek durumlardan kaçınılarak sağlık hizmeti vermek olmalıdır (Dursun ve ark.,2010).

Sağlık hizmetinin verilmesinin her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanarak, tıbbi hataların önlenmesi hedeflenmelidir. Verilen hizmetin hastaya zarar yerine yarar sağlaması, yaralanma, ölüm ve sakatlık gibi durumlara yol açan hataların önüne geçilmesi, sağlık hizmetlerinin “güvenli” özelliğinin korunması sağlanmalıdır. Hasta/ hasta yakınları ve sağlık personelleri için psikolojik ve fiziki olarak olumlu bir ortam yaratılması hasta güvenliğinin amaçları arasında yer almaktadır (Güven, 2007; Akman, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO: World Health Organization), hasta güvenliğini “sağlık bakımının temel kriteri” olarak tanımlamaktadır. WHO’ya göre sağlık bakım sürecinde hata yapma riski fazladır ve istenmeyen olaylar uygulama sırasında ürünlerde, prosedürlerde veya sistemde meydana gelen hataların sonucunda oluşabilmektedir. Sağlık sektöründe her yıl binlerce insan tıbbi hatalar ve bunların önemli bir kısmını oluşturan medikasyon hataları sonucu hayatını kaybetmektedir. Hastane kazalarında yaşamını yitiren insan sayısı, motorlu araç kazalarında ölen kişilerin iki katından fazladır (Dursun ve ark.,2010). Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan iki çalışmada tıp kazaları yada hatalarına bağlı olarak her yıl 44.000 ile 98.000 kişinin öldüğü belirtilmiştir. İngiltere’de her yıl 40.000 hastanın bu tür hata ve kazalara bağlı olarak öldüğü tahmin edilmektedir (Tütüncü ve ark., 2006). Tıbbi bir girişim sırasında orataya çıkan hata ve kazalar hastaların yaralanmasına yol açmaktadır. İnsan faktörü, teknolojik yada sistemin bütünü hataların nedenleri olarak görülmektedir.

Institute of Medicine “21. Yüzyıl Sağlık Sunumu” öncelikleri arasında hasta güvenliği konusunu en başa almıştır. Güvenli, etkili, hasta odaklı, zamanında verilen, verimli sunulan ve herkese eşit dağılım gösteren bir sağlık hizmeti sunulmasının sağlık sistemini iyileştireceği amaçlanmaktadır. Bireylere yarar sağlarken zarar verilmesinden kaçınılması gerektiği, kanıta dayalı tıbbi uygulamaların yapılması, gereksiz hizmet kullanımından kaçınılması gerektiği, zarar vermemek için zamanında hizmetin sunulması, maliyetlerin etkin bir şekilde yürütülmesinin sağlanması hedeflenmektedir. En önemlisi verilen hizmetin ırk, dil, din, cinsiyet ayırt etmeden verilmesinin sağlanması gerekmektedir (Çakmak ve Akalın, 2011).

Hastane hizmetlerinin ekonomik ve hasta bakımına elverişli olarak sağlanması hastane yönetiminin amaçları arasında en önemli unsurdur. Diğer sağlık kuruluşları tarafından örnek bir kurum haline gelmek ve hastalar tarafından hastaneye karşı güven duyulmasının sağlanması yöneticinin hedefleri arasında yer almaktadır (Can ve İbicioğlu, 2008). Bu nedenle yöneticiler tarafından hasta ve çalışan güvenliği konusuna önem gösterilmeli, yönetmelikler ışığında önlemler alınmalıdır. Sağlık alanında yapılan bazı çalışmalarda çok az sayıda üst düzey yöneticinin hasta güvenliğine önem verdiği belirtilmektedir. Sağlık hizmeti verenlerin tıbbi hatalar ile karşılaştığında raporlama yapma konusunu nasıl algıladıklarının araştırıldığı bir çalışmada, iş arkadaşları tarafından dışlanma ve kabul görmeme düşüncesinin varolması, toplum içerisinde hata yaptığını kabule zorlanma gibi nedenlerle yeterli raporlamanın yapılmadığı anlaşılmıştır (Dursun ve ark.,2010). Hastane yöneticileri tarafından tıbbi hata ile karşılaşıldığında cezalandırıcı bir yaklaşım gösterilmeyeceği çalışanlara aktarılmalı, raporlama yapılmaya teşvik edilmelidir.

Ülkemizde hasta ve çalışanların güvenliğinin sağlanması ‘Hasta ve Çalışan Güvenliği’nin Sağlanmasına Dair’ yönetmelikle beraber tanımlanmış ve desteklenmektedir. Yönetmeliğin amacı, tüm sağlık kuruluşlarında, hizmet kalitesinin artırılması, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanarak güvenli hizmet ve ortam sağlanması, çalışan ve hastalar için oluşabilecek hataların risklerinin belirlenerek, risklerin azaltılması için uygun prosedür ve politikaların belirlenmesi ve gerekli eğitimler verilerek kaliteli ve güvenli hizmet sunumunun sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasların düzenlenmesi ve uygulanmasının sağlanmasıdır. Sağlık kurumları; bu yönetmelik hükümleri doğrultusunda uygulama

yapmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlüdür (T.C. Resmi Gazete, 06 Nisan 2011, sayı:27897).

'Hasta ve Çalışan Güvenliği'nin Sağlanmasına Dair' yönetmelikte hasta ve çalışan güvenliğinde kullanılan uygulamalar belirtilmiştir. Hasta güvenliğinin sağlanması için kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması, her işlem öncesi hastanın rızasının alınması, etkin ve verimli bir iletişimin kurulması, ilaç, kan ve kan ürünleri kullanımı sırasında güvenliğin sağlanması, güvenli cerrahinin yapılması, hasta düşmelerinin önlenmesi ve radyasyon güvenliği uygulamalarının yapılması gerekmektedir (T.C. Resmi Gazete, 06 Nisan 2011, sayı:27897).

Çalışan güvenliğinin sağlanabilmesi için gerekli güvenlik programlarının oluşturulması, sağlık taramalarının periyodik aralıklarla yapılması, çalışanların kişisel koruyucu ekipmanları kullanması, çalışanlara karşı ortaya çıkabilecek fiziksel travmaların ortadan kaldırılması gerekmektedir. Aynı zamanda engelli çalışanlara yönelik fiziki koşullar hastane içerisinde hazırlanmalıdır (T.C. Resmi Gazete, 06 Nisan 2011, sayı:27897).

Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanabilmesi için bazı ortak uygulamaların yapılması gerekmektedir. Enfeksiyon kontrolü sağlanarak hem çalışanların hemde hastaların hastane enfeksiyonlarından korunması sağlanmalıdır. Enfeksiyon durumlarında izolasyon önlemleri alınmalı, el hijyenin önemi çalışanlara, hastalara ve hasta yakınlarına anlatılmalıdır (T.C. Resmi Gazete, 06 Nisan 2011, sayı:27897).

Laboratuvar bölümünde çalışılan tüm testler için kalite kontrol sistemi getirilmeli, kritik değer durumlarında ilgili doktor ve hemşiresine bildirim yapılmalıdır. Radyasyon güvenliğinin sağlanması için radyoaktif madde kullanılan alanlarda koruyucu önlemlerin alınması sağlanmalıdır. Sağlık kurumu içerisinde renkli kod uygulamaları getirilerek acil durumlarda, çocuk kaçırma, şiddet gibi durumlarda hastane içerisinde iç iletişim sağlanmalıdır (T.C. Resmi Gazete, 06 Nisan 2011, sayı:27897).

Sağlık kurumu içerisinde ortaya çıkan hataların raporlanması için güvenlik raporlama sistemi oluşturularak bildirilen olaylar için düzeltici ve önleyici faaliyetlerin uygulanması sağlanmalıdır. Tüm çalışanlara hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimler verilerek farkındalığın artırılması sağlanmalıdır. Aynı zamanda hasta

güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlamak ve arttırmak amacıyla multidisipliner yapıdan oluşan bir komite kurulmalıdır (T.C. Resmi Gazete, 06 Nisan 2011, sayı:27897).

4.2.Hasta Güvenliği Hedefleri

Hasta güvenliği konusunda önemli olan “hatalara” ve “kaynaklarına” sistem yaklaşımıyla odaklanmaktadır. Akreditasyon bu amaçla kullanabileceğimiz mekanizmaları bize sunmaktadır. 2008 yılında JCI tarafından yürürlüğe giren “Uluslararası Hastane Akreditasyon Standartları’nın yeni revizyonunda “Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri” yayınlanmış olup akredite olmak isteyen tüm kurumlarda bu hedeflerin uygulanması istenmiştir (Kurtukan, 2009).

4.2.1. Hasta Kimlik Bilgilerinin Doğrulanması

Hasta güvenliğinin sağlanmasında en temel koşul her işlem öncesi hastanın kimlik bilgilerinin kontrolünün sağlanmasıdır. Hasta kimlik doğrulamasının yapılabilmesi için hastane içerisinde gerekli politika ve prosedürler oluşturulmalı ve iş birliği içerisinde geliştirilmelidir. Doğrulama sırasında hasta oda numarası ve yeri içermeyen hasta bilgileri kullanılmalıdır. Hastanın hastaneye girişi ile birlikte hasta bilgilerini içeren kimlik bileziği kullanılmalı, özellikle ilaç, kan ve kan ürünleri transfüzyonu öncesinde bilezik kontrolü yapılmalıdır (Bulun, 2009).

29 Nisan 2009 Tarih ve 27214 Sayılı Resmi Gazete Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliği 7. Maddesinde, hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması kapsamında yapılacak işlemler standardize edilmiştir (T.C. Resmi Gazete, 29 Nisan 2009, sayı:27214) (Bulun, 2009). Kullanılan hasta kol bandında, protokol numarası, hastanın kimlik numarası, adı-soyadı, doğum tarihi, doğum yeri ve doktorun adı soyadı bulunmalıdır. Hastanın alerji durumu var ise kırmızı, aynı bölümde aynı isimde hasta var ise lacivert kol bandı, izolasyon durumu olan hastalarda ise sarı kol bandı kullanılmalıdır. Doğum işlemi sırasında iki kol bandı oluşturularak, doğum sonrası bir bileklik bebeğe takılmalıdır. Bu kol bandında annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi ve annenin protokol numarası yer almalıdır.

4.2.2. Etkili İletişimin Artırılması

Etkili iletişim, doğru zamanlı, kesin, tam, belirsizlik taşımayan ve alıcı tarafından anlaşılan, hataları azaltan ve hasta bakımında iyileşmeyle sonuçlanan iletişimdir. İletişim elektronik, sözlü yada yazılı olabilmektedir. Doktor direktiflerinin verilmesi sırasında hata oluşmasına en çok neden olan sözel veya telefon ile iletişim yöntemidir (Kurutkan,2009). Sözel ve telefon direktifleri sırasında direktif alan kişi tarafından hasta kimlik bilgileri, verilen direktif özellikleri geri okunarak teyit edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır. Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCAHO)'nun 2009 yılı raporuna göre nöbet esnasındaki tüm istenmeyen olayların % 80'i iletişimdeki aksaklıklar nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, 2007 yılında hasta güvenliği problemleri arasında hasta teslimi esnasındaki iletişim sorunlarında ele alarak, bu problemleri hasta güvenliğini tehdit eden, sürdürülebilir ve ölçülebilir azalmanın hedeflediği ilk beş problem arasında üçüncü sırada göstermiştir (Taşkırın ve Sarı, 2017).

Joint Commission, hastanın ölümü ya da sakatlanması gibi büyük zarar gördüğü olaylar hakkında 2005 yılında yapılan bildirimleri incelemiş ve altta yatan nedenleri ortaya çıkarmıştır. Birinci sırada “iletişim”, ikinci sırada “ hastaların değerlendirilmesi” ve üçüncü sırada ise “prosedürlere uyum” nedenlerinin yer aldığını görmüştür. Etkili iletişimin sağlanması başlığı altında önemle durulan konu sözel direktiflerdir (Bulun, 2009).

Arizona Hospital and Health Care Organization'nun 2007 yılında yayınladığı “SBAR İletişim Standartları” isimli yayınında slogan olarak kullandığı “Hasta Güvenliği klinik bakımın bir sesidir” sözüyle etkili iletişimin önemini anlatmaktadır. Özellikle hasta bakımında, bakım alanların ve bakıma katılan kişilerin etkin ve önceden planlanmış şekillerde bugünkü teknoloji ile iletişim kurmasının sağlanması, hasta güvenliğini tehdit eden durumların önceden fark edilmesi ve gereken önlemlerin zamanında alınmasını sağlamaktadır (Alcan ve ark., 2012).

29 Nisan 2009 Tarih ve 27214 Sayılı Resmi Gazete Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliği 8. Maddesinde, sözlü/telefon direktifi verme ve alma

durumları standardize edilmiştir. Sözlü direktifler, steril girişimler sırasında, doktorun hastanede ya da serviste olmadığı durumlar ile acil olarak ilaç verilmesi gereken durumlarda verilmelidir. İlacın ismi, dozu, uygulama şekli ve veriliş sıklığı açık olarak belirtilmelidir. Sözlü/telefon direktifi alınırken önce direktif yazılmalı, yazılan direktif geri okunmalı ve doğruluğu talimatı veren kişiye onaylatılmalıdır. Sözlü/telefon direktifi kayıt altına alınırken doktorun adı ve soyadı, talimatın alındığı tarih ve saat yazılmalıdır. Kayıt altına alınan sözel direktifler 24 saat içerisinde veren doktor tarafından imzalanarak onaylanmalıdır. Telefon direktifleri hastane santrali tarafından kayıt altına alınmalıdır. Kemoterapi gibi yüksek riskli ilaçların uygulanmasında sözlü/telefon talimatı kabul edilmemelidir (T.C. Resmi Gazete, 29 Nisan 2009, sayı:27214).

Etkili iletişimin sağlanması gereken bir diğer durum ise kritik test değerlerinin laboratuvar bölümü tarafından ilgili bölüme bildirilmesidir. Acil olarak bildirilmesi gereken kritik test değerleri, ilgili laboratuvar bölümlerinin uzmanı veya sorumluları tarafından, hastanın adı ve soyadı, protokol numarası ve kritik değerdeki testin sonucu ile birlikte zaman kaybetmeden hastanın doktoruna veya hemşiresine aktarılmalıdır. Kritik test bildirimini kayıt altına alınmalı ve geri okunarak teyit edilmelidir (T.C. Resmi Gazete, 29 Nisan 2009, sayı:27214).

4.2.3. Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi

İlaçlar tedavi sürecinin her aşamasında kullanılmakta olup uygulama sırasında ortaya çıkabilecek herhangi bir hata hastada ciddi zararların oluşmasına neden olmaktadır. Hastanelerde meydana gelen hataların önemli bir bölümünü ilaç hataları oluşturmaktadır. İlaçlar hastaya ulaşıncaya kadar birçok basamaktan geçmektedir. Hastanede kullanılacak ilaçların satın alma süreci, ilacın hastaneye girdikten sonra eczane tarafından uygun şekilde depolanması, kullanılacak alanlara dağıtımı, hastaya uygulanması için doktor tarafından direktif edilmesi, eczacı ya da hemşire tarafından hazırlanıp etiketlenmesi ve hemşire tarafından hastaya uygulanması bu basamaklar içinde yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda, ilaç hatalarının, ilaç uygulama sürecinde ortaya çıktıkları aşamaya göre çalışılmış ve sınıflandırılmıştır. Örneğin, Amerika'da yapılan bir çalışma, ciddi ilaç hatalarının %39'unun reçeteleme ve ilaç direktifi sürecinde, %50'sin ilaç uygulama sürecinde, %11'inin ise ilaç dağıtım aşamasında olduğunu ortaya çıkmıştır (Alcan ve ark., 2012).

Hatalı bir şekilde uygulandığında hasta için ciddi bir zarar oluşturma riski taşıyan ilaçlar yüksek riskli ilaçlar olarak sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmanın temel amacı; çalışanlara bu riski hatırlatmak, alınabilecek önlemleri uygulamada geliştirmek ve spesifik bazı önlemler ile oluşma riskini en aza indirmektir. Riski azaltmada kullanılacak başlıca stratejiler şunlardır;

- Sınıflandırılmış (kategorilendirilmiş) bazı yüksek riskli ilaçlara ulaşımı sınırlandırmak, yetkiye tabi tutmak,
- İlacın niteliğini ve riski belirlemeye yardımcı olacak uyarı etiketleri ve ikaz etiketleri geliştirmek,
- Bu kategorideki ilaçların orderını, depolanmasını, hazırlanmasını ve yönetimini standardize etmek,
- Otomatik ve kişilere bağımlı olmayan çift kontrol mekanizmasını ve teknolojiyi yürürlüğe koymak.

İlaç isimlerinin birbirine benzer oluşu dünyada yaygın olarak hatalı uygulamalara neden olmaktadır. Aynı zamanda görünüşü benzer olan ilaçlarda hataya neden olmaktadır. Bu nedenle kurumlarda benzer isimli ve görünüşlü ilaçlar için listeler hazırlanmalı, benzer isimli ve görünüşlü ilaçların ayrı yerlerde muhafaza edilmemesine özen gösterilmeli, uyarıcı etiketler yerleştirilmelidir (Kurutkan, 2009).

4.2.4. Doğru- Taraf, Doğru Prosedür ve Doğru-Hasta Cerrahisinin Sağlanması

Doğru- Taraf, Doğru Prosedür ve Doğru-Hasta Cerrahisinin Sağlanması ile ilgili hatalar çoğu kez görülmektedir. Bu hatalar cerrahi ekibin üyeleri arasındaki etkisiz yada yetersiz iletişimden, taraf işaretlemeye hastanın katılmamasından ve yer doğrulama prosedürlerinin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Hasta değerlendirme ve tıbbi kayıt gözden geçirme sürecinin etkin yapılmaması, cerrahi ekip arasındaki yeterli iletişimi destekleyen bir kültürün olmaması, el yazısı problemleri ve uygun olmayan kısaltmaların kullanılması bu duruma katkı sağlayan faktörlerdir (Bulun, 2009).

Operasyon öncesi doğrulama sürecinin amacı; Doğru taraf, süreç ve hastanın doğrulanması, ilgili bütün dökümanlar, resimler ve çalışmaların mevcut olduğunun,

uygun etiketlendiğinin ve gösterildiğın temin edilmesi ve gerekli herhangi bir özel ekipman ve/veya implantın mevcut olduğunun doğrulanmasıdır (Bulun, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü 2007 yılında; cerrahi operasyonlarda olası hataların önlenmesi amacıyla “ Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesinin uygulanması halinde “ölüm, sakatlık ya da organ kaybı ile sonuçlanan ameliyat hatalarının” engellenebileceğini belirtmiştir. Dünya’da 8 pilot bölgede uygulanmış ve ameliyat risklerini %50’ye varan oranlarda azalttığı görülmüştür. Evrensel protokolda bulunan temel süreçler şunlardır;

- Cerrahi tarafın işaretlenmesi,
- Operasyon öncesi doğrulama süreci ve
- Prosedürün başlamasından hemen önce yapılan time out (Bulun, 2009).

4.2.5. Enfeksiyonların Azaltılması

Enfeksiyon kontrolü hasta güvenliğini tehdit eden en önemli unsurlardan biridir. Nozokomiyal veya hastane enfeksiyonları, sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlardır. Hastaneye yatıştan 48-72 saat sonra ortaya çıkan enfeksiyonlar, hastane enfeksiyonları olarak kabul edilmektedir. Yatan hastalarda taburcu olduktan sonra 10 gün, ameliyat geçirenlerde 1 ay, protez uygulamalarında ise 1 yıl içinde gelişen enfeksiyonlar hastane enfeksiyonu olarak değerlendirilmektedir (Alcan ve ark., 2012).

Enfeksiyonlar; katater bağlantılı enfeksiyonlar, kan akış enfeksiyonları ve pnömoni gibi birçok sağlık bakım uygulamasında yaygın olarak ortaya çıkmaktadır. El hijyeni sağlanması bu tür enfeksiyonların oluşmasına engel olmaktadır. Uluslararası kabul edilebilir el hijyeni rehberleri DSÖ, ABD Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi ve diğer çeşitli ulusal ve uluslararası kurumlarda mevcuttur. Kurumlar yayınlanmış ve kabul edilmiş mevcut el hijyeni rehberlerinin benimsenmesi ve kurum içinde kullanılması için politika ve prosedürler geliştirmelidir. Oluşturulan prosedürlerin etkin bir şekilde uygulandığını kontrol etmeli ve kullanmaya teşvik etmelidir (Kurutkan, 2009).

4.2.6. Düşmelerden Kaynaklanan Hastaların Zarar Görme Riskinin Azaltılması

Düşmeler, tüm sağlık organizasyonlarında ciddi bir problemdir. Özellikle hastanelerde, uzun dönem bakım veren kurumlarda, evde bakım ve davranışsal bakım alanlarında hizmet alanlar ve hizmet verenler için önemli bir sorun oluşturmaktadır. Hastanın ölümüne ya da ciddi olarak yaralanmasına ve hastanede kalış süresinin uzaması ile birlikte maliyetlerin artmasına sebep olmaktadır. Bununla birlikte düşmeler, kişilerin ciddi ağrı ve acı çekmesine sebep olmaktadır. Aynı zamanda düşmeler yasal boyutta hasta ve yakınlarının hastaneye dava açmasına da neden olmaktadır (Alcan ve ark., 2012).

Kurum içerisinde düşmelerden kaynaklanan hastaların zarar görme riskinin azaltılmasını sağlayan politika ve prosedürler oluşturulmalıdır. Hastaların düşme riski açısından başlangıç değerlendirilmesi yapılmalı, herhangi bir değişiklik durumunda hastalar tekrar değerlendirilmelidir. Risk altında olan hastalar için gerekli tedbirlerin alınması sağlanmalı, kontrolü yapılmalıdır (Kurutkan, 2009).

4.3. Tıbbi Hatalar

Sağlık bakımı hizmetleri karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu nedenle tıbbi hatalar ortaya çıkabilmekte olup bu hatalar sonucunda tanı ve tedavi sürecinde aksamalara, yaralanma, sakatlık hatta ölüm gibi durumlara yol açmaktadır. Tıbbi hatalar sonucunda mortalite ve morbidite hızında artış görülmektedir. Amerika Birleşik Devletler’inde tıbbi hatalara bağlı gelişen ölümlerin, trafik kazalarına bağlı gelişen ölümlerden dört kat fazla olduğu tespit edilmiştir (Özata ve Altuncan, 2010).

Türkçe karşılığı yanlış, yanlışlık ya da yanılğı olan “hata”, Türkçe sözlükte, istemeyerek ve bilmeyerek, kasit olmadan yapılan kusur olarak tanımlanmıştır. Tıbbi hata, hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında kasıtsız bir aksamanın neden olduğu beklenmeyen sonuç; ölüm, ciddi fiziksel ya da psikolojik hasar veya hasar riskini içeren ters veya beklenmeyen olay olarak belirtilmektedir. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations tarafından bu kavram, “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (Işık ve ark., 2012). Uluslararası Tıp Enstitüsü tarafından

tıbbi hatanın “bir amacı başarmak için yanlış bir planı kullanma ya da planlanmış bir eylemi kasıtlı olarak ihmal ederek tamamlamak” şeklinde tanımlandığı belirtilmektedir (Er ve Altuntaş, 2016).

Tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilmektedir. Kök neden veya hata türleri olarak iki şekilde sınıflandırılmaktadır. Kök nedenlerine göre tıbbi hatalar; işleme bağlı hatalar (yanlış işlem yapma), ihmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama) ve uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama) olarak üç grupta tanımlanmaktadır. Hata türleri açısından ise ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer hatalar olmak üzere beş grupta incelenmektedir (Özata ve Altuncan, 2010).

İlaç hataları: İlaçların direktif edilmesinden uygulanmasna kadar geçen sürede herhangi bir hatanın ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır. Bu hataların % 34-56’sı önlenmektedir. İlaç hatalarının önlenmesinde hemşireler aktif rol almalı ve iyileştirme çalışmalarında yer almalıdırlar.

Cerrahi hatalar: Cerrahi işlemler sırasında ortaya çıkan tıbbi hatalardır. Tıbbi hataların içerisinde %2 oranında cerrahi hata yaşanmaktadır.

Tanı koymada hatalar: Tanının yanlış konulması, tanının yanlışlığına bağlı tedavinin geçikmesi ve yanlış tedavi yapılmasına yol açmaktadır. Laboratuvar testlerinin hatalı yapılması veya yorumlanmasında tanı koyma hatalarına neden olmaktadır. Genellikle tecrübesiz çalışanlar tarafından yapılan testler tanısall hatalara yol açmaktadır.

Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar: Sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında kullanılan sistemlerde hataların meydana gelmesi ile ortaya çıkmaktadır. Kullanılan tıbbi cihazlarda, bilgisayar programlarında görülmektedir. Bu hatalar meydana geldiğinde saptanabilmekte olup, olumsuz sonuçlara neden olmaktadır.

Diğer: Yanlış kan transfüzyonunun uygulanması, hastane enfeksiyonlarının ortaya çıkması gibi durumlar ifade edilmektedir (Çakmakçı ve Akalın, 2011).

Tıbbi hataların tüm sağlık çalışanları açısından önemli bir konu olmasıyla birlikte hemşireler bağımlı veya bağımsız görevlerinin çokluğu, çeşitliliği ve hasta bakımında doğrudan görev alması gibi nedenlerden dolayı diğer sağlık meslek gruplarına göre daha sık tıbbi hata yapma riski ile karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle tıbbi

hatalarn, hemşireler açısından çok daha önemli olduğu bilinmektedir (Er ve Altuntaş, 2016). Hasta ile birebir ilgilerek her uygulamada yer alan hemşirelerin hasta güvenliği üzerine doğrudan etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan kurumlarda hasta güvenliğinin kültürünün benimsenmesi ve artırılabilmesi için hemşirelerin aktif rol almaları sağlanmalıdır (Somyürek ve Uğur, 2016).

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataları tanımlamak, bu hatalardan dolayı hastaların zarar görmesini engellemek ve azaltmaya yönelik kullanılan en önemli yöntem hataların bildirilmesi ve analiz edilmesidir. Ulusal yada kurumsal bir bildirim sisteminin bulunmaması çoğu zaman hataların bildirilmesinin önüne geçmektedir. Cezalandırılma korkusu, hatayı yapan kişi olarak etiketlenmek ve anılmaktan dolayı hataların bildirimini yapılmamaktadır. Özellikle doktorların tıbbi hatalar karşısında raporlama yapmada isteksiz oldukları bildirilmiştir. Hekimler ve hemşireler, yöneticilerden geri bildirim alamadıklarını, ramak kala atlatılan hataları önemsemediklerini ve iş yoğunluğu gibi nedenlerden dolayı hatayı bildirmediklerini belirtmektedirler (İntepeler ve Dursun, 2012). Sağlık kurumları tıbbi hataya neden olabilecek durumları belirlemeli ve çalışanların hatalara sessiz kalmasını engelleyecek davranış ve tutumlarda bulunmalı, hasta güvenliğinin artırılması için yeterli kaynak sağlamalıdır. Hatayı yapan yerine hataya neden olan faktörlerin incelendiği bir sistem geliştirilerek neden olan faktörlere yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

4.4.Hasta Güvenliği Kültürü

Son yıllarda özellikle risk düzeyi yüksek, nükleer enerji, madencilik, hava yolu ve demir yolu taşımacılığı gibi sektörlerde güvenlik kültürü kavramına ilginin arttığı görülmektedir. Sağlık sektöründe, tıbbi hatalardan kaynaklanan kayıpların en aza indirilmesi, ayrıca hasta ve çalışanın güvenliğini tehdit eden olayların izlenip kayıt altına alınarak hasta güvenliği bilincinin oluşturulması konusu son dönemlerde giderek önem kazanmış ve hasta güvenliği kültürü kavramı ülkemizde tartışılan konulardan biri olmuştur (Dursun ve ark., 2010).

Hastaneler, bireylere sağlık hizmeti sunan sağlık sisteminin en önemli yapı taşlarıdır. İlk çağlarda sosyal ve dini kurumlar tarafından kurulan hastaneler, sadece düşkünlere bakan yardım kuruluşları iken, bilgi çağının değişen koşulları, hastanelerin toplumdaki konumlarını ve rollerini değiştirmiştir (Özgener ve Küçük, 2008). Sağlık

sistemi içerisinde önemli bir yere sahip olan hastanelerde güvenlik kültürünün gelişmesi gerektiği tartışmamız bir konu haline almıştır. Hem hastaların hem de çalışanların kapsamlı olarak güvenliği hastane yöneticileri tarafından sağlanmalı ve bu açıdan çalışmalar yapılmalıdır.

Güvenlik kültürü kavramı örgüt kültürünün bir alt boyutu olarak değerlendirilmektedir. Bu kavram 1986 yılında Çernobil Nükleer Santral’de gerçekleşen kaza sonrası Uluslararası Atom Enerji Ajansı tarafından sunulan raporda “zayıf güvenlik kültürü” kavramına bağlı olarak meydana geldiği ifade edilmiştir. Bu tanımlamadan sonra bu kavram araştırmacıların teorik ve uygulama düzeyinde ilgilerine çekerek araştırılmaya devam edilmiştir (Dursun ve ark., 2010). Güvenlik kültürü, bir kurumda nelerin önemli olduğunu ve hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılacağını kapsayan değer yargılarını, inançları ve kuralları kapsamaktadır (Tütüncü ve ark., 2006).

Güvenlik kültürü; ‘bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür’ şeklinde ele alınmaktadır. Güvenlik kültürünün sağlanması, etkili iletişimin kurulabilmesi ve hataların raporlanmasının sağlanabilmesi için yöneticinin tutumu kadar çalışanlarında konuyu sahiplenmesi, motivasyonu, hataların ortaya çıkmasına neden olan faktörlere göstermiş oldukları tutumlarda önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalarda, üst düzey yöneticilerin sadece birkaçının güvenliği birinci öncelik haline getirdiği veya güvenliği iyileştirmek için yeterli kaynak ayırdığı ortaya çıkmıştır (Tütüncü ve ark., 2006).

Sağlıklı olma teriminin gündemde olması hastanelerin, aynı zamanda sağlıklı yaşama merkezleri haline gelmesinde gerektirmektedir. Sağlıklı yaşama merkezleri, ‘iyi yaşama danışmanlığı’ için iyi bir zemin oluşturacaktır. Hastalıkların iyileştirilmesinden daha çok koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanılarak hastalık oluşmasının engellenmesi, sağlıklı yaşamayı öğreten sağlık kurumlarının oluşturulması hedeflenmektedir. Bu bağlamda bakacak olursak sağlık kurumuna gelen hastaların, hasta yakınlarının, ziyaretçilerin ve çalışanların kurum içerisinde sağlıklı olabilmesi veya sağlıklı kalabilmesi için güvenlik kültürünün oluşturulması, güvenli fiziksel

ortamın yaratılması, enfeksiyon, yaralanma, düşme, doğal afetler, hırsızlık gibi durumlardan korunması sağlanmalıdır (Ergenoğlu ve Aytuğ, 2007).

Sağlık organizasyonlarında hasta güvenliğinin sağlanması için hem yöneticilerin hemde sağlık çalışanların davranış ve tutum değişikliği yaşamaları gerekmektedir. Hasta güvenliği kültürünün örgütlerde gelişim sağlanması ve zayıf bir güvenlik kültüründen iyi bir güvenlik kültürüne geçiş aşamalarını, Fleming & Wentzell (2008) patolojik, reaktif, analitik, pro-aktif, üretken olmak üzere 5 seviyeden oluşan bir model kullanarak açıklamıştır (Dursun ve ark., 2010). Hasta güvenliğinin zayıf halden iyi bir güvenlik kültürüne geçmesini sağlamak için kullanılan bazı iyileştirici yöntemler bulunmaktadır. Sağlık kurumlarında hizmetin sunulması sırasında kanıta dayalı bilgiler ışığında klinik uygulama rehberleri, yol haritaları kullanılmalıdır. Çalışanların kritik karar verme becerileri artırılarak destek sistemleri oluşturulmalıdır. Çalışanlarda davranış değişikliği oluşturabilecek eğitim faaliyetleri düzenlenmeli, yasal önlemler uygulanmalı ve akreditasyon çalışmaları yürütülmelidir.

Hasta güvenliği konusunda istenilen noktaya gelinebilmesi için Hasta Güvenliği Kültürü'nün geliştirilmesi gerekmektedir. Güvenlik kültürünü geliştirilmesi için kurumlar bazı çalışmalarda ve faaliyetlerde bulunmalıdır. Öncelikli olarak tüm çalışanlar tarafından konunun sahiplenilmesi sağlanmalı, hizmet alan ile veren arasında açık iletişim sağlanmalı, çalışanlar bu konuda teşvik edilmelidir. Hasta güvenliğini tehdit eden durumların ortadan kaldırılması için çalışanlara sorumluluk verilmelidir. Hastane yönetimi tarafından faaliyetlerin yürütülebilmesi için yeterli kaynak ayrılmalıdır. Yaşam boyu öğrenme hedeflenerek ilgili eğitimler düzenlenmelidir (Çakmakçı ve Akalın, 2011).

4.5.Hasta Güvenliği Kültürünün Oluşturulmasının Önemi

Hasta güvenliği kültürü, bir sağlık kurumunun hasta güvenliği yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye yada gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünü şeklinde tanımlanmaktadır (Nieva and Sora, 2003; Çelen ve ark., 2014).

Hasta güvenliği kültürü konusunda yapılmış araştırmalar temel alındığında üst yönetim desteğinin sağlanması, birim liderliği, algılanan güvenlik, öğrenilen davranışlar ve sürekli kalite geliştirme ve raporlama boyutları altında incelemek

mümkündür (<http://www.ahrq.gov/gual/patientsafetyculture/hospdim.pdf>, Erişim Tarihi: 10.10.2018) (Ginsburg and et., 2009; Singer and et., 2007; Çelen ve Çihangiroğlu, 2014).

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında tüm personel tarafından hata yapılabileceğinden dolayı kurumsal kültürün en önemli bölümümü hasta güvenlik kültürü oluşturmalıdır. Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için yeterli kaynaklar hazırlanmalıdır. Nitelikli sağlık personelinin yetiştirilmesi en önemli kaynaklardan biridir. Nitelikli sağlık personelinin tüm ekip üyelerinde yer alması sağlanmalıdır (Çırpı ve ark., 2009).

Sağlık kurumlarında yapılan tıbbi hataların sorumluluğunun alınması ve bu hatalardan ders çıkarılması ile güvenli bir sistem oluşturularak hataların ortaya çıkmasının azaltılması hedeflenmektedir. Amerikan Yönetici Hemşireler Birliği, hataların açığa çıkması ve hızlı bir şekilde düzeltilmesi için iyi bir güvenlik kültürü oluşturulması gerektiğini savunmuş ve bunu da hasta güvenliği kültürü olarak tanımlamıştır. Hemşirelerin kendi bilgi ve yeteneğini kullanmasına izin verilerek, hasta güvenliği kültürünün oluşmasına katkıda bulunması sağlanmalıdır. Böylece tüm çalışanlar görevlerinde aynı hassasiyeti gösterecek, mesleki uygulamalarını yerine getirirken korku yaşamayacak ve işini kaybetme kaygısı taşımayacaklardır (Gündoğdu ve Bahçeçik, 2012).

Hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapılabilmesi ve güvenlik kültürünün benimsenmesi için öncelikli olarak sistematik ve planlı bir yaklaşım içerisine girmek gerekmektedir. Bu yaklaşım içinde hataya neden olan faktörlerin araştırılması, kanıt toplanması, stratejilerin geliştirilerek çalışanların hataları bildirmekten kaçınmadığı bir ortam yaratılması yer almalıdır. Hasta güvenliği kültürü hasta merkezli olup, iletişim, ekip çalışması, liderlik ve sürekli öğrenme kavramlarını içine almaktadır (Adıgüzel,2010).

Amerika Birleşik Devletleri'nde tıbbi uygulamalara yön veren en etkili kuruluş olarak bilinen Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine- İOM) hasta güvenliğini "hastalara gelecek zararın önlenmesi" olarak tanımlamıştır. Bunun gerçekleşebilmesi için sağlık bakım çalışanları, kurumlar ve hastaların dahil olduğu bir güvenlik kültürü üzerine kurulmuş ve hataları önleyen, oluşan hatalardan ders alan bir bakım sistemi

ile mümkün olduğu bildirilmektedir. Ulusal Hasta Güvenliği Kuruluğu (National Patient Safety Foundation) ise hasta güvenliğini sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu hasarların eliminasyonu veya azaltılması olarak tanımlamaktadır (Karaca ve Arslan, 2014).

Kurumdaki hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde, hasta ve hasta yakınlarına hasta güvenliği konusunda eğitim verilmesi ve işbirliği sağlanması önemli katkı sağlayacak bir uygulamadır. Olumlu hasta güvenliği kültüründe hem sağlık çalışanları ve yöneticilerin yanısıra hemde hasta ve aileleriyle açık iletişimin olması gerektiği belirtilmektedir. Hasta güvenliği kültürünün yerleştirilebilmesi ve iyileştirilebilmesi için hasta güvenliği ile ilgili algı ve tutumlarının ölçülmesi gerekmektedir. Ölçümlerden elde edilen sonuçlar, yönetici ve liderlere, hasta güvenliği ile ilgili çalışanların kaygılarının ve kalite ile ilgili iyileştirme yapılacak alanların belirlenmesinde yararlı bilgiler sağlamaktadır (Rızalar ve ark., 2016).

5. Hasta Güvenliği Kùltürünü Etkileyen Faktörler

5.1.İş Yüğü

İnsan; fiziksel, zihinsel ve duysal, sınırlılıklar içinde yaratılmış bir varlıktır. Bireylerin yetenekleri ile işi için kendisinden beklenenlerin uyumu kişinin işinde başarılı olabilmemesinin ön koşuludur. Bir işin bir kişiye verilmesinde kişinin özellikleri ile işin gerektirdiği özelliklerin karşılaştırılması gerekmektedir. Çalışma yaşamında çok önemli bir kural olan “işe göre adam seçimi” ergonomik çıkarlar bakımından da öncelikli olarak dikkate alınması gereken bir durumdur. Öte yandan iş yükündeki uyumsuzluk, kişilerin becerilerinin yetersiz kaldığı yanlış iş seçimlerinden de kaynaklanabilmektedir. Leiter ve Maslacha göre kişi ve iş arasındaki iş yükü açısından dengesizlik genellikle tükenmişliğin bir hazırlayıcısı olan bitkinliğe yol açmaktadır (Karacaoğlu, 2015).

Hasta bakımı konusunda kilit rollere sahip hemşirelerin kaliteli ve etkin bir hizmet verebilmesi için iş gücü verimliliğinin artırılması gerekmektedir. İş gücü, emek faktörünün üretim faaliyetlerine katılan toplamı olarak tanımlanmaktadır. İş gücü en üst düzey yöneticiden en alt kademe iş görene kadar bir işletmede çalışan herkesi kapsamaktadır (Öztürk ve Akbulut, 2011). Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) 2014 yılında temasını “Hemşireler:Değışim için bir Güç, Sağlık için Hayati Bir Kaynak” olarak belirlemiştir. Bu tema ile sağliğın geliştirilmesi için hemşire iş gücüne dikkat çekilmesi hedeflenmiştir (ICN, 2014). Özkoç tarafından yapılan bir araştırmada, iş yükünün fazlalılığının, üstlerinin kararlarındaki çelişkinin, gece vardiyasının üst üste iki günden fazla olmasının, ücretin düşük olmasının hemşirelerin iş gücü verimliliğini olumsuz etkilediği saptanmıştır (Öztürk ve Akbulut, 2011; Özkoç, 2005).

İş gücü verimliliğini ve hasta güvenliğini etkileyen en önemli faktörlerden biri iş yükünün fazlalılığıdır. Top ve arkadaşlarının hemşireler ile yaptıkları araştırmada, hemşirelerin iş performansının en çok etkileyen faktör “iş yükü” en az etkileyen faktör olarak ise “hemşire performansını ölçme ve değerlendirme çalışmaları” olduğu bulunmuştur (Top, 2012). Hemşirelerin iş yükü arttığında hata yapma olasılığı artmakta ve bu durum hasta güvenliği için tehdit oluşturmaktadır (Özsayın ve Yavuz, 2018). İlaç hatalarının oluşmasına etki eden bir çok neden olmakla birlikte, hatanın

oluşmasına ortam hazırlayan faktörlerde mevcuttur. Bu faktörler gece ve sabahın erken saatlerinde çalışmak, mesleki deneyimi az olan personelle çalışmak, iş yükündeki artış ve personelin yorgun olması olarak belirtilmektedir (Aygin ve Cengiz, 2011). Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının tıbbi hata nedenlerine ilişkin görüşleri incelendiğinde hataya yol açan ilk nedenler sırasıyla; iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, stres ve yorgunluk olarak belirlenmiştir (Aygin ve Cengiz, 2011).

İş yükü tanımlanması zor bir kavram olup, bir çok öğeden oluşmaktadır. Literatürde hemşirelerin iş gücü dikkate alınırken, iş yükünün ölçülmesi ile ilgili sorunlar daha az dikkate alınmaktadır. Hemşirelerin iş yükünün ölçülmesine iki farklı yaklaşım önerilmektedir:

1. Hasta temelli yaklaşımda hemşire/ hasta oranı ve hastaların duyarlılığı kullanılır.
2. Hemşire temelli yaklaşımda da hemşirenin deneyimleri dikkate alınır (Balanuye, 2014; Al-Kandari and Thomas, 2008).

İki yaklaşımında farklı amaçları olup ilk yaklaşım (yapılan iş- iş miktarı) hastanın ciddiyetiyle baş etmek, farklı görevlerin organizasyonu ve istihdam faaliyeti için kullanılmaktadır. Diğer yaklaşım ise her bir hemşirelik girişiminin düzeyi ve bunlarla hemşirenin nasıl başedebileceğini açıklamak için kullanılmaktadır (Balanuye, 2014; Cordova and et., 2010).

Dünya çapında sağlık hizmetlerinde istihdam, kısıtlı sağlık çalışanı kaynağı ve artan hizmet talepleri nedenleriyle giderek önem kazanmaktadır. Hemşireler sağlık hizmetlerinde en geniş yeri tutan meslek üyeleridir. Hemşire sayısının yetersizliği diğer hemşirelerin iş yüklerini ve çalışma saatlerini arttırmaktadır. Bu durumda hemşireler bedensel ve ruhsal bazı sorunlar yaşamakta, hasta bakım kalitesi azalmakta, iş doyumunu düşmekte ve tıbbi hatalar yapma oranı yükselmektedir (Yazıcı ve ark., 2015). Yeterli hemşire sayısına ulaşılabilmesi için örgütsel ve yönetsel desteğin sağlanması, hasta bakımının kalitesini artırmakta, hemşire iş tatminsizliğini ve tükenmişliğini azaltmaktadır (Öztürk ve Akbulut, 2011).

Hastanedeki bakım kalitesinin ve hizmet performanslarının düşmesi, hemşire sayısının yetersizliğine bağlanmaktadır. Hemşire sayısı ile bakım kalitesi arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda, hemşire istihdamının hasta güvenliği ile hastalık ve ölüm oranları üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Kanada Hemşireler Birliği Federasyonu tarafından hazırlanan bir raporda, yetersiz hemşire istihdamı ile bası yaraları, ameliyat yarası enfeksiyonları, ilaç kullanım hataları, düşmeler, hastanın hayata döndürülememesi ve yeniden hastaneye yatışı gibi hasta açısından bir dizi olumsuz sonuçların ortaya çıkması arasında bağlantı olduğunu gösteren güçlü deneysel kanıtların olduğu belirtilmiştir (Bal, 2014).

Hemşireler ilgili birimlerde çalışırken görev tanımları haricinde bulunan farklı işleri de yapmak zorunda kalabilmektedir. Bu hizmetler arasında hasta ile ilgili olmayan telefonlara bakma, hemşirelik dışındaki kayıtları tutma, ünitedeki genel demirbaşları kontrol etme, depo sayımı bulunabilmektedir. Bu hizmetler hemşirelerin iş yükünü artırmakta ve mesleki iş doyumunun azalmasına neden olmaktadır (Yazıcı ve Kalaycı, 2015). Dolaylı uygulamalara ayrılan zaman, hemşirenin yapması gereken doğrudan bakım uygulamalarına ayrılan sürenin azalmasına, verilen bakım hizmetinin kalitesinin azalmasına, hemşirenin iş yükünün artmasına neden olmaktadır (Avcı ve ark., 2013).

Uygun iş ortamı ve iş yükü planlaması yapılmayan kurumlarda hemşirelerin stres düzeylerinin ve işten ayrılma niyetlerinin arttığını gösteren çalışmalar yapılmıştır (Özsayın ve Gierbergen, 2018).

5.2. Ekip Çalışması

Sağlık hizmetleri, işlerin birçok alandan daha çeşitli olması, buna bağlı olarak karşılaşılan sorunların daha fazla ve karmaşık olması, sağlık hizmetlerinin çıktılarında beklentilerin daha yüksek olması, tıbbi bakım sürecinden etkili sonuçlar alınabilmesi ve değişimlere hızlı yanıt verilebilmesi anlamındaki müşteri talepleri gibi farklı özelliklere sahiptir. Farklı meslek gruplarının bir arada çalışıyor olması multidisipliner bir ekip çalışmasının zorunluluğunu ortaya koymaktadır (Kavuncuoğlu, 2000; Buchbinder and Thompson, 2007).

Ekip ; ortak bir amaç ve performans hedefleri doğrultusunda; uzmanlıklarını birbiriyle paylaşmak üzere farklı alanlardan meslek üyelerinin sorumlu oldukları

konuda ortak bir yaklaşımı benimseyerek görevini yerine getirirken birbirlerini tamamlayan farklı bilgi, beceri ve özelliklere sahip bireylerin oluşturduğu bir grup olarak tanımlanmaktadır (Lafçı ve ark., 2016). Sağlık kurumlarında ekip, ortak hedefleri bireye en kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımının verilmesinde değişik sağlık meslek üyelerinin bir araya geldikleri, her birinin kendi görevlerinin yerine getirildiği, bilgi ve deneyimlerin sürekli paylaşıldığı, ortak kararların alındığı ve kararların birlikte uygulandığı bir bütün olarak ifade edilmektedir. Sağlık ekibinde, her bir üyenin görevi diğerinin görevinden az ya da çok önemli olmadığından dolayı ekip üyeleri birbirlerinin tamamlayıcısı konumundadır (Öğüt ve Kaya, 2011).

Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge’de, sağlık hizmetini sunanlar için genel olarak “ekip” kavramı kullanılmış ve sağlık hizmetinin temel özelliklerinden birisi de “ekip hizmeti” yani ekip çalışması olarak belirtilmiştir (Çelen, 2011). Bu yönergede ekip “bilgileri, becerileri, yetkileri ve sorumlulukları yönünden birbirini tamamlayarak aynı amaç için bir arada çalışan farklı meslek üyelerinden oluşan” grup olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasının önemi ve gerekliliği “beş yıllık kalkınma planları” nda belirtilmiş olup, ekip çalışmasına özellikle vurgu yapılmış ve “sağlığın hekim merkezli olmaktan çıkarılarak ekip hizmetine dönüştürülmesi” bir esas olarak kabul edilmiştir. Hatta “bu anlayışın sağlık ve tıp öğrencilerine öğrenimleri esnasında kazandırılması gerektiği” üzerinde durulmuştur (Çelen, 2011). Hastanelerin servis veya kliniklerinde verilen hizmetler, uzman hekim, uzmanlık öğrencileri, hemşire, eczacı, fizyoterapist, psikolog gibi birçok branş ve meslek mensupları tarafından birlikte yürütülen bir ekip çalışması olarak görülmektedir (Uzkesici, 2002).

Sağlık hizmetlerinde ekip çalışması; iş tatmininin, hasta bakım kalitesinin ve memnuniyetinin artmasına, maliyetlerin düşmesine, ekip üyelerinin karar alma ve sorumlulukları paylaşma davranışının artmasına, değişime tüm çalışanların katılmasına ve değişime karşı direncin azalarak olumlu cevabın hızlı bir şekilde alınmasına, daha iyi bir çalışma ortamının ve etkin iletişimin sağlanmasına, böylelikle çalışan memnuniyetine ve motivasyonun artırılmasına faydası olduğu görülmektedir (Tosun, 2002).

Ekip çalışmasında sağlık hizmetlerine has bazı engeller bulunmaktadır. Güçlü hiyerarşi ve güç farklılıkları, diğer meslek gruplarında olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de ekip çalışmasının önündeki iki ana engel olarak görülmektedir. Örneğin; Doktorlar hemşirelerin, hemşireler de hasta bakıcıların üstü konumunda olduğunu düşünmektedir. Bu hiyerarşik yapıya rağmen her bir sağlık personeli ortak amaçlarını başarmak için diğerleri ile etkili bir iletişim kurmaya ihtiyaç duymaktadır. Sağlık hizmetlerindeki bu kültür, olumsuz olaylarda görülen iletişim hatalarına neden olmaktadır (İvanitskaya and et., 2009; Nagamine, 2008).

Manser hasta güvenliği ve ekip çalışması hakkındaki çalışmasında sağlık hizmetlerinde yaşanan kazalar ve diğer istenmeyen olayların oluşumunda ekip çalışması ve iletişimin önemli bir rolü olduğunu belirtmektedir (Manser, 2008). Ekip çalışmasının yetersiz olduğu birimlerde tedavi ve tanı işlemlerinde gecikme, hasta hakkında çelişkili bilgilere sahip olma, hizmetin kalitesinin düşmesi gibi sorunlar yaşanabilmektedir (Çelik ve Karaca, 2017).

Benson, etkin ekip çalışmasının hasta güvenliği üzerinde hayati bir öneme sahip olduğunu vurgulamış ve yaptığı çalışmada etkin ekip çalışmasının hasta güvenliği kültürü ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Benson, 2010). Nitekim bazı çalışmalar ekip çalışmasını hasta güvenliği kültürünün bir boyutu olarak tanımlamıştır (Huang and et., 2007; Grant and et., 2006; Provonost and et., 2008). Hastanenin yoğun bakım ünitelerinde yapılan bir araştırmada ekip çalışması ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişki ortaya konulmuştur (Provonost and et., 2008).

Sağlık kurumlarında güvenlik kültürünün oluşturulması, yayılması ve geliştirilmesi bir ekip işidir. Hemşireler sağlık hizmetlerinde çalışan en geniş grup olarak bu ekibin hayati önem taşıyan üyeleridir. Sağlık sisteminde yüksek kaliteyi sağlayarak ve hataları en aza indirerek hasta güvenliğini sağlamada ön safhada çalışan hemşireler hasta güvenliği kültürünün oluşturulup yayılmasında en önemli rollere sahiptirler (Vural, 2015). Son derece karmaşık yapıya sahip sağlık hizmetlerinin devamlılığının sağlanmasının etkili bir ekip çalışması ile mümkün olabileceği ön görülmektedir (Güven, 2007).

5.3. İş Doyumu

Örgütlerin başarısı, çalışanların verimli olması kadar, işlerinden duydukları tatminle de yakından ilişkilidir. Örgütlerin etkinliği için örgüt yöneticileri; işleri cazip kılmanın, çalışanların örgütte uzun süre kalmalarını sağlamanın, görevlerini en iyi şekilde yapmaları için çalışanları motive etmenin yanında, çalışanların örgütün yönetim felsefesi, iç ilişkileri, ödül sistemleri, yapılan işin kendisi gibi konulardan memnun olmalarını sağlamalıdır. İşlerinden beklediklerini elde eden bireyler, elde ettikleri ölçüde tatmin olmaktadır. Buda bireyin motivasyonunu ve performansını yükseltmektedir (Güven, 2007). Sonuç olarak, işinden tatmin olan ve kurum kültürünü sahiplenen bireyler, hasta güvenliğini ve hizmetinin kalitesinin artırılmasında çaba göstereceklerdir. Bu nedenle, hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için işinden tatmin olan bireylerin hizmet vermesi gerekmektedir.

Hizmet işletmesi olarak da nitelendirilen hastanelerde personelin iş doyumu ve örgütsel bağlılık durumları, tüketicilerle çoğu zaman yüz yüze gelinmeyen imalat işletmelerine göre farklı bir boyut ve önem taşımaktadır (Kaçan, 2016). İş doyumu, çalışanın iş deneyimleri üzerine temellenen, çalışanın bir bütün olarak işini ya da işin belirli yönlerini değerlendirmesiyle duyduğu haz ya da ulaştığı olumlu duygusal durumdur (Sellegren,2007; Wang and Xie, 2006). Kurum çalışanların beklentilerini ne oranda karşılayabiliyorsa, çalışanın işten doyumu da o oranda artmaktadır. Çalışanın işinden duyduğu doyumun derecesi, bu hazzın ya da ulaştığı bu olumlu duygusal durumun derecesidir (Başaran, 2009).

İş doyumunu açıklamak amacıyla çeşitli kuram ve modeller geliştirilmiştir. Abraham Maslow tarafından geliştirilen gereksinimler hiyerarşisi kuramına göre; insan gereksinimleri beş temel sınıfta toplanmaktadır. Fizyolojik gereksinimler, sevgi, güvenlik, kendini gerçekleştirme ve saygı gereksinimleridir. Önceliği olan gereksinimler giderilmeden diğer gereksinim ortaya çıkmamaktadır. Bu kurama göre, üst kademe yer alan çalışanlar başarı faktörü ile ilgilenirken, alt kademe yer alan çalışanlar ücret ve iş güvenliği gibi faktörler ile ilgilenmektedir (Misener and et., 1996, Durmuş, 2007). Adams tarafından geliştirilen eşitlik kuramına göre; bireyin kendi girdi-sonuç oranı ile diğer bireylerin girdi-sonuç oranlarının eşit olarak algılayıp algılamaması iş

doyumunu oluşturmaktadır. Locke, iş doyumunu, gerçek ve beklenen verimlilik düzeyleri arasındaki farkın işlevi olarak ele almıştır (Locke, 1983; Durmuş, 2007).

Hemşireler hastaların ihtiyaçlarının belirlenmesi, hemşirelik bakımın planması, uygulanması ve değerlendirilmesinde hasta ile birlikte 24 saat geçiren ve diğer sağlık ekibi üyelerinin koordinasyonunu sağlayan meslek grubudur. Hasta memnuniyeti ve bakım kalitesinin oluşturulmasında bu nedenle etkin rolleri vardır. Hemşirelik bakımına bağlı hasta memnuniyeti ile hastane hizmetlerinden genel memnuniyetin arasında güçlü bir ilişkinin varlığı yapılan araştırmalarda belirlenmiştir. Hasta memnuniyetini etki eden bir diğer faktör ise hemşirelerin yaptıkları işten aldıkları doyumdur (Eren,2000; Özata ve ark., 2007, Tilev ve Beydağ, 2015). İş doyumunu her meslek için önemlidir ancak; hemşirelik mesleğinin;

- Yaşamsal tehdidi bulunan görev ve sorumluluklara sahip, zamanla yarışan, farklı teknolojilerin kullanıldığı ve hızla değişime uğradığı, yoğun stres ve baskı altında çalışan bir sağlık disiplini olması,
- Düşük ücretle çalışma, mesleki saygınlığın yetersizliği
- İşletme politikaları, kontrol/bağımsızlık ve kişilerarası ilişkiler
- Düzensiz çalışma saatleri ve günlerinin olması, boyutlarında hemşirelerin hekimler ve diğer sağlık personellerine göre iş doyumunu açısından daha riskli olduğunu göstermiştir (Kaçan Yüksel ve ark., 2016).

Hemşireler işten doyumsuzluk hissettikleri zaman; hastalardan, hemşirelik görevlerinden ve öz kişiliklerinden uzaklaşma eğilimine girmektedirler. Hatta hemşireler kendi çabalarının tümüyle değerinin anlaşılmadığını hissettiklerinde meslekten ayrılmaya yönelmektedirler (Cerit, 2009). Düşük iş doyumunu hemşirelerde birçok sağlık sorununa neden olmaktadır. Koroner arter hastalıklarından migren gibi hastalıklara aynı zamanda ruhsal problemler ortaya çıkmaktadır. Alkol, sigara ve madde kullanımında artışa sebep olduğu görülmüştür. Hasta bakım kalitesinde azalmaya, yapılan işten mutlu hissetmemeye, aile içerisinde sorunların ortaya çıkmasına, disiplin sorunlarının çoğalması gibi örgütsel sorunlara ve tükenmişlik sendromu gibi sosyal sorunlara neden olduğu görülmüştür (Kaçan Yüksel ve ark., 2016).

Hemşire yetersizliği ve yüksek hemşire devir oranları sağlık bakım sisteminde hemşirelerin çok iyi ve yeterli bakım verme yeteneklerini tehlikeye atmaktadır. Kısaca hemşirelerin iş doyumsuzluğunun artması, sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sorun olmaktadır. Aynı zamanda sağlık örgütlerinin verimlilikleri üzerine olumsuz etkilere sebep olmaktadır (Cerit, 2009). Bu nedenlerle iş doyumu, sağlık örgütlerinin hemşireleri elde tutmada ve hasta bakımının kalitesini artırmada üzerinde durması gereken önemli bir konudur.

Çalışan verimliliğinin artırılabilmesi ve buna bağlı yapılan işten memnuniyetin artırılabilmesi için yönetici veya liderler tarafından çalışanların motive edilmesi gerekmektedir. Kurum yönetimi tarafından sunulan hizmetin kalitesinin ve sayısının artırılmasına yönelik çalışmalar yapılırken aynı zamanda çalışanların motivasyonu sağlanarak iş doyumu artırılmalıdır. Çalışanların iş doyumunun artırılması hasta memnuniyetini doğrudan etkileyeceğinden örgütün başarısına olumlu etkisi olacaktır (Kundak ve ark., 2015).

Hemşirelerin çalıştıkları kurumda memnuniyetlerinin artırılabilmesi ve işe sevekle gelmelerinin sağlanabilmesi için iş çevresinde önemli olduğu bilinmektedir. Hemşireler meslektaşlarından negatifik hissettiklerinde ekip çalışması ve otonomiye artırmak adına gerekli olan grup uyumunu sağlamada belirli seviyede kaldıkları, hemşirelerin yalnızlık ve mutsuzluk hissedecekleri literatürde belirtilmiştir. Diğer yönden işyerinde pozitif olan kişilerin işbirliği kurma, meslektaşlarına yardım etme davranışlarının arttığı, saldırganlıklarının azaldığı belirtilmiştir. Hemşirelerin meslektaşlarından aldıkları dayanışma sayesinde tükenmişliklerinin azaldığı ve iş doyumunun artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Ulusoy ve Alpar, 2013).

Hemşire yetersizliği evrensel bir sorun olmakla birlikte ülkemizde de yaşanmaktadır. Hemşire sayısının azlığı hasta bakım kalitesinin azalmasına, hataların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bakım gereksinimi artan hastaların bakımının az sayıda hemşire ile yürütülmesi, iş yükünün artması ile birlikte iş doyumun azalmasına ve işten ayrılmaların meydana gelmesine sebep olmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, hemşirelerin iş doyumlarının ortanın biraz üzerinde ya da düşük düzeyde olduğu belirtilmektedir (Tilev and Beydağ, 2015; Seren İntepeler ve ark., 2014).

5.4.İşte Hissedilen Stres

Stres son zamanlarda sıkça bahsedilen ve yaşamın her alanında sorun olarak karşımıza çıkan bir durumdur. Modern hayatın gelişmesiyle birlikte başa çıkılması zor hale gelen stres faktörü, hızlı değişim, çatışma ve rekabetle birlikte bireyin verimliliğini, sağlığını etkilemektedir. İş stresi: “Bireyin yeteneklerindeki yetersizliklere, fiziksel veya psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan ve bireyde gerilim yaratan durum olarak tanımlanmaktadır. İş stresi kişisel ve işsel nedenlerle ortaya çıkabilmekte olup kişinin hem iş performansını hem de hayatına zararlar verebilmektedir (Koç, 2009).

İş stresine neden olan işsel faktörler incelendiğinde iş yükü, kontrol, ödüller, aidiyet duygusu ve değerler olarak sınıflandırılmaktadır. Aynı zamanda sağlık çalışanlarının iş yerinde maruz kalabileceği enfeksiyon riski, kimyasal ajanlar, sitotoksik maddeler, sterilizasyonda kullanılan maddelere ve radyasyona maruz kalma gibi nedenler stresin oluşmasında neden olarak sayılmaktadır. Yoğun iş koşullarının yanında kendi sağlığını kaybetme korkusu yaşayan sağlık çalışanlarının yoğun stres altında olabilecekleri düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda Dünya’da sağlık çalışanlarının Hepatit B hastalığına yakalanma oranı % 15-30 bulunurken, Türkiye’de yapılan çalışmalarda Hepatit B taşıyıcılığı %3,5- 16 arasında değişmektedir. Özkan’ın sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada lateks alerji % 13,6 olarak bulunmuştur (Özkan, 2006).

İşte hissedilen stresin artmasına bağlı olarak verilen hizmetin kalitesinin düşmesine, iş devamsızlığında yükselmeye, personel devir hızının artmasına, performans düşüklüğüne, çalışanların şikayet ve rahatsızlığının artmasına neden olduğu bilinmektedir. Verilen hizmetin kalitesinin düşmesi ve performans düşüklüğü hasta güvenliğini azaltarak hataların oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Yoğun stres altında çalışanların hata yapma eğilimleri yükselmekte, verimlilik azalmaktadır (Aytaç, 2006).

6. GEREÇ VE YÖNTEM

6.1.Araştırmanın Amacı ve Türü

Hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörlerin incelenmesi ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma tanımlayıcı- kesitsel tiptedir. Araştırmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ve güvenlik algılarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma sorular aşağıda yer almaktadır.

1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre (cinsiyet, yaş, eğitim durumu) hasta güvenliği kültürü puanları arasında fark var mıdır?
2. Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre (Kurumda çalışma süresi , meslekte toplam çalışma süresi, bulunduğu pozisyonda çalışma süresi, işe başlarken oryantasyon eğitimi alma durumu, hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma ve yeterli bulma durumu, eğitime ihtiyacı olma durumu, hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulma durumu, çalışma hayatı boyunca kendisinin ve arkadaşlarının hata yapma durumu) hasta güvenliği kültürü puanları arasında fark var mıdır?
3. Hemşirelerin ekip çalışması, iş doyumunu, işte hissedilen stres, iş yükü ile hasta güvenliği kültürü puanları arasında ilişki var mıdır?

6.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Bartın il merkezindeki Bartın Devlet Hastanesi'nde görev yapan gönüllü hemşireler üzerinde yapılmıştır.Bartın ilinde çalışan hemşireler üzerinde hasta güvenliği kültürüne yönelik bir araştırma yapılmamış olması örneklem yeri seçiminde etkili olmuştur. Kurum için hasta güvenliği kültürünün ve etkileyen faktörlerin bilinmesi iyileştirici faaliyetlerin yapılması ve daha kaliteli hizmet sunumun sağlanmasında yardımcı olacaktır.

Araştırmanın evrenini Bartın Devlet hastanesinde en az bir yıldır çalışan 350 hemşire oluşturmuştur. Örnekleme, araştırmaya katılmayı kabul eden 264 hemşire ile çalışma tamamlanmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim durumu) mesleki özellikleri (Kurumda çalışma süresi , meslekte toplam çalışma süresi, bulunduğu pozisyonda çalışma süresi, işe başlarken oryantasyon eğitimi alma durumu, hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma ve yeterli bulma durumu, eğitime ihtiyacı olma durumu, hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulma durumu, çalışma hayatı boyunca kendisinin ve arkadaşlarının hata yapma durumu) ve ekip çalışması, iş yükü, iş doyumunu ve işte hissedilen stres bölümlerinden aldıkları puanlar oluşturmaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni ise Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları puanlar oluşturmaktadır.

6.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama yöntemi olarak anket tekniği kullanılmıştır. Anket temel olarak üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye, hasta güvenliği ve tıbbi hatayı değerlendirmelerine yönelik sorulara yer verilmiştir. İkinci bölümde ekip çalışması, iş doyumunu, stres tanımlama ve iş yükü, üçüncü bölümde hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının belirlenmesine yönelik sorulara yer verilmiştir.

6.3.1. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği

Bu ölçek ilk olarak Sexton ve ark. (2006) tarafından farklı birimlere özgü (yoğun bakım, eczane ve kadın doğum birimleri) versiyonları geliştirilmiştir. Baykal ve ark. (2010) tarafından ölçek Türkçe' ye uyarlanarak tüm birimlerde uygulanabilir yapıya dönüştürülmüştür. Ölçek; iş doyumunu (11 madde) , ekip çalışması (12 madde), güvenlik iklimi (5 madde), yönetim anlayışı (7 madde), stresi tanımlama (5 madde) ve çalışma koşulları (6 madde) olmak üzere 6 alt boyuttan ve toplam 46 maddeden oluşmaktadır. Beşli Likert tipinde olan ölçek " 5- tamamen katılıyorum", "4- katılıyorum", " 3- kısmen katılıyorum", "2-katılmıyorum", "1-kesinlikle katılmıyorum" şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin bazı maddeleri (21., 36.,37., 38., 39., 40., 41., 42., 43. ve 45. maddeler) negatif puanlanmaktadır. Baykal ve ark.(2010) tarafından Türkçe' ye uyarlanarak tüm birimlerde uygulanabilir yapıya dönüştürülmüş olan ölçeğin madde toplam puan korelasyonu 31 değeri .35 ile .58 arasında olup, toplam Cronbach alfa değeri .93 ve alt boyut Cronbach alfa değerleri iş doyumunu; .85, ekip çalışması; .86,

güvenlik iklimi; .83, yönetim anlayışı; .77, stresi tanımlama; .74 ve çalışma koşulları; .72 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan toplam puan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını yansıtmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 46, en yüksek puan 230'dur. Toplam puan arttıkça hasta güvenliğine ilişkin tutumlar olumlu yönde artmaktadır (Balık, 2014).

6.3.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

Türkmen ve arkadaşları tarafından 2011 yılında geliştirilen toplam 51 maddeden oluşan ölçek; yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı olmak üzere beş alt boyutta tasarlanmıştır.

Ölçek, dördümlü likert tipindedir. Ölçekte tamamen katılmıyorum 1, katılmıyorum 2, katılıyorum 3 ve tamamen katılıyorum 4 ile puanlanmaktadır. Ölçek puanının hesaplanmasında; alt boyutlarda yer alan madde puanları toplanıp elde edilen toplam sayı madde sayısına bölünmekte ve 1-4 arasında her bir alt boyutun ortalama puanı elde edilmektedir. Toplam ölçek puanının hesaplanmasında 5 alt boyutun ortalama puanı toplanmakta ve 5'e bölünerek 1-4 arasında ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçek puanının yorumlanmasında ise "puan ortalamasının 4'e doğru yükselmesi, olumlu hasta güvenliği kültürünü", "1'e doğru azalması, olumsuz hasta güvenliği kültürünün varlığını" göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.97 dir. Alt boyutların Cronbach's alfa değerleri; yönetim ve liderlikte 0.81; çalışan davranışında 0.81, beklenmedik olay ve hata raporlamada 0.78, çalışanların eğitiminde 0.78 ve bakım ortamında 0.86 olarak belirlenmiştir (Erdağı, 2013).

6.3.3. İş Yükü Ölçeği

Bu ölçek "Duxbury ve Higgins" tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Ölçek ile katılımcıların deneyimledikleri iş yükü, uyumsuzluk ve işlerindeki kontrol kaybı değerlendirilmektedir. Ölçekte işin yapılması için gereken zaman, bilgi, beceri ve sorumluluk, iş yoğunluğu ve bireyin algıladığı iş yükünün 21 belirlenmesi için 11 madde yer almaktadır ve ölçeğin alt ölçeği bulunmamaktadır. Ölçeğin minimum puanı 11, maksimum puanı 55'tir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.82 olarak hesaplanmıştır. Her bir madde 1-5 puan Likert tipi ölçek (1 = kesinlikle katılmıyorum, 5 = kesinlikle katılıyorum) aracılığı ile puanlandırılmaktadır. Her bir maddeye bireyin ne oranda katıldığı ve iş yükünü nasıl algıladığını belirleyecek en uygun rakam

maddenin başına getirilerek değerlendirilmesi yapılmaktadır. Katılımcının ölçeğe verdiği puan arttıkça, bireyin algıladığı iş yükünün fazla olduğu ve işini tolere edemediğini göstermektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Aycan ve Eskin tarafından 2005 yılında yapılmıştır ve Cronbach alfa katsayısı 0.82 olarak hesaplanmıştır (Balanuye, 2014).

6.4.Çalışmaya Alınma Kriterleri

- Araştırmayı kabul etmek
- Bartın Devlet Hastanesi Çalışanı olmak.
- Hemşirelik mezunu olmak
- Bir yıldan fazla kurumda çalışıyor olmak

6.5.Çalışmadan Çıkarılma Nedenleri

- Bir yıldan daha az süreyle Bartın Devlet Hastanesi Çalışanı olmak

6.6.Araştırma Süresi

Araştırma 1 Kasım ve 1 Aralık 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Anket formu, verilerin sağlıklı toplanabilmesi için katılımcılara araştırmacı tarafından bizzat uygulanmıştır.

6.7.Araştırma Verilerinin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 24.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programında yapılmıştır.

Analiz ve değerlendirmeler yapılmadan önce Histogram, One Sample Kolmogorow-Smirnow testi sonucu ($p>0,05$) ile Skewness ve Kurtosis (Basıklık ve Çarpıklık) değerlerine bakılarak normal dağılıma uygunluğu sınanmış ve verilerin normal dağılım olduğu görülmüştür.

Kategorik bağımsız değişkenlere göre Hasta Güvenliği Kültürü ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılmasında grup sayısı ve gruplardaki örneklem sayısına göre bağımsız gruplarda t testi (ileri analizde Mann Whitney U testi), bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ileri analizde Bonferroni) kullanılmıştır.

Sayısal bağımsız değişken olan Hasta Güvenliği Kültürü ölçeği puanları ile İş yükü Ölçeği, Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği alt boyutları puanları arasındaki ilişki

Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Korelasyon kat sayısının (r değeri) değerlendirilmesi aşağıdaki r değerleri aralıklarına göre yapılmıştır (Aksakoğlu, 2013):

r değeri: .0-.24 arasında ise ilişki yok ya da zayıftır.

.25-.49 arasında ise orta düzeyde bir ilişki vardır.

.50-.74 arasında ise güçlü düzeyde bir ilişki vardır.

.75-1.00 arasında ise çok güçlü düzeyde bir ilişki vardır.

Önemlilik düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.



7. BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, hemşirelerin ortalama 34 yaşında, 13 yıl mesleki deneyime, 9 yıl bulunduğu kurumda deneyim sahibi olduğu belirlendi. Yaşa göre dağılımları incelendiğinde %33,3'ünün 30 yaş altında, %43,9'unun 31 ile 39 yaşları arasında ve %22,8'inin 40 yaş ve üzerinde olduğu görülmüştür. Görüldüğü gibi %77,2'sinin 40 yaş altı hemşireler oluşturmaktadır.

Tablo 1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri Dağılımı-I

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	SD
Yaş	264	19	55	33,94	7,72
Bulunduğu Pozisyonda Çalışma Yılı	264	0,5	27	7,67	6,50
Kurumda Çalışma Yılı	264	1	32	9,02	7,47
Meslekte Toplam Çalışma Yılı	264	1	36	13,32	8,18

Tablo 2: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı-II

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Yaş		
30 Yaş ve Altı	88	33,3
31-39 Yaş	116	43,9
40 Yaş ve Üstü	60	22,8
Cinsiyet		
Kadın	244	91,0
Erkek	20	7,5
Eğitim Durumu		
Lise	36	13,4
Önlisans	88	32,8
Lisans	124	46,3
Lisansüstü	16	6,0

Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde %91'inin kadın, % 7,5'inin erkek olduğu görülmüştür. Hemşirelerin %13,4'ü lise mezunu, %32,8'i Önlisans, %46,3'ü Lisans, %6,0'sının Lisansüstü mezunu olduğu görülmüştür.

Araştırmada çalışma yaşamına ilişkin özellikler olarak kurumda çalışma yılı, bulunduğu pozisyonda çalışma yılı, meslekte toplam çalışma yılı, çalışma şekli, haftalık çalışma saati, işe başlarken oryantasyon eğitimi alma durumu, hasta güvenliğine yönelik eğitim alma durumu, eğitimi yeterli bulma durumu, kurumda hasta güvenliğine yönelik çalışmaların varlığı, uygulamaların yeterli bulma durumu, çalışma hayatı boyunca ve ekip arkadaşının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hata yapma durumu, yaşanan olayları raporlama yapıp yapmama durumu ele alınmıştır.

Tablo 3: Hemşirelerin Çalışma Süreleri ve Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	N	%
Kurumda Çalışma Yılı		
1-5 yıl	124	46,2
6-10 yıl	44	16,4
11-15 yıl	44	16,4
16 yıl ve üstü	52	19,4
Bulunduğu Pozisyonda Çalışma Yılı		
0-1 yıl	52	19,4
2-5 yıl	80	29,8
6-10 yıl	56	20,8
11-15 yıl	28	10,4
16 yıl ve üstü	48	17,9
Meslekte Toplam Çalışma Yılı		
1-5 yıl	60	22,3
6-10 yıl	56	20,8
11-15 yıl	20	7,5
16 yıl ve üstü	128	47,7
Çalışma Şekli		
Sürekli Gündüz	24	9,0
Sürekli Gece	4	1,5
Gündüz ve Gece	238	89,5

Hemşirelerin bulunduğu kurumdaki çalışma sürelerine göre dağılımları incelendiğinde 1- 5 yıl arasında kurumda çalışanların % 46,2 oranında olduğu görülmüştür. 6-10 yıl ve 10-15 yıl arasında çalışanlar %16,4'ünü, 16 yıl ve daha uzun süre kurumda çalışanlar %19'4'ü oluşturmaktadır.

Hemşirelerin bulunduğu pozisyondaki çalışma sürelerine göre dağılımları incelendiğinde 2-5 yıl arasında çalışanlar %29,8 oranında olduğu görülmüştür. Bunu sırayla 6-10 yıl arasında çalışanlar %20,8, 0-1 yıl arasında çalışanlar % 19,4, 6-10 yıl arasında çalışanlar, 16 yıl ve üzeri çalışanlar %17,4 ve 11-15 yıl arasında çalışanlar %10,4 olarak izlenmiştir.

Hemşirelerin meslekte toplam çalışma yıllarına göre dağılımları incelendiğinde 16 yıl ve üzeri çalışanların %47,7 olarak olduğu görülmüştür. Bunu sırayla 1-5 yıl arasında çalışanlar %22,3, 6-10 yıl arasında %20,8 ve 11-15 yıl arasında çalışanlar %7,5 izlemiştir.

Hemşirelerin çalışma şekli incelendiğinde %89,5'i gündüz veya gece, %9,0'u sadece gece, %1,5'i sadece gündüz çalışmaktadır.

Tablo 4: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Uygulamaları Konusunda Görüşlerinin Dağılımı

	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Oryantasyon Eğitimi Aldınız mı?	192	71,6	72	26,9
Hasta Güvenliği ile ilgili daha önce Eğitim Aldınız mı?	211	80,6	53	19,4
Hasta Güvenliği İle ilgili aldığınız eğitim yeterli mi?	168	80,6	43	19,4
Hasta Güvenliği ile ilgili eğitime ihtiyacınız var mı?	64	24,2	200	75,8
Kurumunuzda hasta güvenliğine yönelik çalışmalar var mı?	260	98,5	4	1,5
Hasta Güvenliğine yönelik uygulamalar sizce yeterli mi?	204	76,1	60	22,4
Çalışma hayatınız sürecinde hasta güvenliğini tehlikeye sokacak en az bir hatanız oldu mu?	64	24,2	200	75,8
Çalışma hayatınız sürecinde ekip arkadaşlarınızın hasta güvenliğini tehlikeye sokacak herhangi bir hatasını gördünüz mü?	80	29,9	184	70,1
Hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili bir hata ile karşılaştığınızda raporlama yapıyor musunuz?	220	82,1	44	16,4
Sizce ekip çalışmasının hasta güvenliğine etkisi var mıdır?	248	94,0	16	6,0
Sizce iş yükünün hasta güvenliğine etkisi var mıdır?	248	94,0	16	6,0
İşte hissettiğiniz stresin hasta güvenliğine etkisi var mıdır?	204	76,1	60	22,4

Araştırmaya katılan hemşirelerin %71,6'sı oryantasyon eğitimi aldıklarını, %80,6'sı aldıkları eğitiminin yeterli olduğunu, %75,8'i tekrar eğitime ihtiyacı olmadığını belirtmiştir. %98,5'i kurumda hasta güvenliğine yönelik çalışmalar olduğunu, %76,1'i bu çalışmaların yeterli olduğunu ifade etmiştir. Çalışma hayatınız boyunca hasta güvenliğini tehlikeye sokacak en az bir hatanız oldu mu sorusuna hayır diyenlerin oranı %82,1'dir. Çalışma hayatınız sürecinde ekip arkadaşlarınızın hasta güvenliğini tehlikeye sokacak herhangi bir hatasını görmeyenlerin oranı %70,1'dir. Hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili bir hata ile karşılaşıldığında raporlama yapma oranı %82,1 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşireler hasta güvenliğine

ekip çalışmasının %94, iş yükünün %94 ve işte hissedilen stresin %76,1 oranında etkisi olduğunu belirtmiştir.

Tablo 5: Hemşirelerin Meslekteki Memnuniyet Düzeyleri Dağılımı

Meslekteki Memnuniyet Düzeyi	N	%
Hiç Memnun Değilim	12	4,5
Memnun Değilim	32	11,9
Kararsızım	59	22,4
Memnunum	153	58,2
Çok Memnunum	8	3

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekteki memnuniyet düzeyleri incelendiğinde %58,2'sinin memnun, %22,4'ünün kararsız, %11,9'unun memnun olmadığı, %4,5'inin hiç memnun olmadığı ve %3'ünün çok memnun olduğu bulunmuştur. %61,2 oranında hemşirelerin meslekten memnun oldukları görülmüştür.

Tablo 6: Hemşirelerin “İş Yüğü”, “İşte Hissedilen Stres”, “Ekip Çalışması” ve “İş Doymu” Puan Ortalamaları

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	SD
İş Yüğü	264	20	44	31,42	5,45
İşte Hissedilen Stres	264	11	27	19,62	3,03
Ekip Çalışması	264	18	56	45	6,90
İş Doymu	264	18	40	31,78	5,14

Araştırmaya katılan hemşirelerin iş yükü ölçeği, iş doymu, iş stresi ve ekip çalışmasından aldığı puan ortalaması yer almaktadır. Hemşirelerin iş yükü ölçeğinden aldığı ortalama puan 31,4 bulunmuştur. Hemşirelerin ekip çalışmasından alacağı en fazla puan 60, iş doymundan 50, işte hissedilen stresden 30 puandır. Ekip çalışması ve iş doymundan alınan puan artıçça ekip çalışmasının ve iş doymunun olduğu, işte hissedilen stres sorularından alınan puan azaldıkça işte hissedilen stresin

artığı şeklinde belirlenmektedir. Bu doğrultuda araştırmaya katılan hemşirelerin puan ortalamalarına bakıldığında ekip çalışmasının 45, iş doyumunu 31,8, işte hissedilen stres puanının 19,6 olduğu görülmektedir.

Tablo 7: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	SD
Yönetim ve Liderlik	264	2	3,82	2,89	0,29
Çalışan Davranışı	264	1,5	3,79	2,94	0,39
Beklenmedik Olay ve Raporlama	264	2	4	2,86	0,41
Çalışanların Eğitimi	264	2	4	3,06	0,42
Bakım Ortamı	264	1,75	4	3,02	0,44
HGK Toplam Ölçek Puanı	264	2,12	3,91	2,96	0,30

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden aldıkları toplam ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 7'de gösterilmiştir. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puan ortalaması $2,96 \pm 0,30$ 'dir. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Bakım ve Teknoloji alt boyut puan ortalaması $3,02 \pm 0,44$, Çalışan Davranışı alt boyut puan ortalaması $2,94 \pm 0,39$, Çalışan Eğitimi alt boyut puan ortalaması $3,06 \pm 0,42$, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama alt boyut puan ortalaması $2,86 \pm 0,41$ ve Yönetim ve Liderlik alt boyut puan ortalaması $2,89 \pm 0,29$ 'dir, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği toplam puan ortalaması 4,00'e yakın olmakla birlikte ölçek puan ortalamasının 4'e doğru yükselmesi olumlu hasta güvenliği kültürüne, 1'e doğru azalması ise olumsuz hasta güvenliği kültürüne işaret etmektedir. Hemşirelerin en düşük değerlendirdikleri alt boyut beklenmedik olay ve raporlamadır. Bunu sırayla yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, bakım ortamı ve çalışanların eğitimi izlemektedir.

Tablo 8: Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Ölçeği Toplam Puanı ve Alt boyutlarının Karşılaştırılması

Sosyo	Hasta Güvenliği Ölçeği Toplam Puanı	Ölçek Alt Boyutları				
		Yönetim ve Liderlik	Çalışan Davranışı	Beklenmedik Olay ve Raporlama	Çalışanların Eğitimi	Bakım Ortamı
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet						
Kadın^a	2,97 ± ,310	2,89 ± ,287	2,94 ± ,372	2,87 ± ,412	3,08 ± 413	3,04 ± ,423
Erkek^b	2,85 ± ,281	2,78 ± ,260	2,94± ,588	2,75 ± ,483	2,73 ± ,494	2,68 ± ,588
t	1.504	1,726	,041	1.165	3,214	2,370
p	0,134	0,086	0,967	0,245	0,001**	0,031*
FARK					a > b	a > b
Yaş grubu						
30 va altı	2,9 ± 0,5	2,9 ± 0,3	2,9 ± 0,4	2,9 ± 0,5	3,1 ± 0,5	3,0 ± 0,5
31-39 yaş	2,9 ± 0,3	2,9 ± 0,3	3,0 ± 0,5	2,8 ± 0,4	3,0 ± 0,4	3,0 ± 0,5
40 ve üzeri	2,9 ± 0,3	2,9 ± 0,3	2,9 ± 0,3	2,8 ± 0,3	3,0 ± 0,4	3,1 ± 0,5
F	,027	,665	,149	,776	,698	2,200
p	0,973	0,515	0,862	0,462	0,499	0,113
Eğitim durumu						
Lise^a	3,05 ± ,397	2,91 ± ,413	2,93 ± ,454	3,03 ± ,482	3,08 ± ,490	3,07 ± ,526
Önlisans^b	2,90± ,343	2,87± ,155	2,91± ,496	2,75 ± ,427	3,0 ± ,502	2,96± ,591
Lisans^c	2,99 ± ,264	2,92± ,279	2,99± ,301	2,91 ± ,393	3,10 ± ,355	3,04± ,331
Yüksek Lisans^d	2,82 ± ,195	2,63± ,398	2,75 ± ,247	2, 75 ± ,268	3,0 ± ,417	3,0 ± ,00
F	3,290	5,264	2,163	4,332	,982	,587
p	0,210	0,002**	0,093	0,005**	0,402	0,624
FARK		a,b,c> d		a>b		

*p<0.05, **p<0.01, t: Bağımsız gruplarda t testi

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (İleri analiz: Bonferroni).

Yaş grupları arasında yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, çalışanların eğitimi, bakım ortamı ve beklenmedik olay ve raporlama ve hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p >0,05).

Araştırmaya katılan hemşirelerin Hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanları incelendiğinde cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmamıştır ($p > 0,05$). Yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve raporlama alt boyutlarından alınan puanlar ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Cinsiyete göre çalışanların eğitimi ve bakım ortamı alt boyutlarından alınan puanlar incelendiğinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yapılan ileri analizde kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre istatistiksel olarak aldıkları puanların yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde en yüksek puan lise mezunu hemşireler tarafından, en düşük puan lisanüstü hemşireler tarafından alınmıştır.

Hasta güvenliği kültürü alt boyutları ile eğitim düzeyleri incelendiğinde eğitim düzeylerine göre çalışan davranışı, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyutları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin yönetim ve liderlik alt boyutundan aldıkları puanlar ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Lisans mezunu hemşireler yönetim ve liderlik alt boyutundan en yüksek puanı almıştır. Lisansüstü mezunu hemşireler yönetim ve liderlik alt boyutundan en düşük puanı elde etmişlerdir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, yönetim ve liderlik alt boyutu puanları incelendiğinde, lisansüstü mezunu olan hemşirelerin aldıkları puanlar diğer eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim düzeylerine göre beklenmedik olay ve raporlama alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, lise mezunu hemşirelerin beklenmedik olay ve raporlama alt boyutundan aldıkları puanlar, önlisans mezunu hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 9: Hemşirelerin Meslek Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Ölçeği Toplam Puanı ve Alt boyutlarının Karşılaştırılması

Özellikler	Hasta Güvenliği Ölçeği Toplam Puanı	Ölçek Alt Boyutları				
		Yönetim ve Liderlik	Çalışan Davranışı	Beklenmedik Olay ve Raporlama	Çalışanların Eğitimi	Bakım Ortamı
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kurumda Çalışma Yılı						
1-5 yıl ^a	2,9 ± 0,3	2,9 ± 0,3	2,9 ± 0,4	2,8 ± 0,4	3,1 ± 0,4	3,0 ± 0,4
6-10 yıl ^b	2,8 ± 0,3	2,8 ± 0,3	2,9 ± 0,4	2,8 ± 0,6	2,9 ± 0,4	2,8 ± 0,4
11 -15 yıl ^c	2,9 ± 0,3	2,9 ± 0,1	2,8 ± 0,5	2,9 ± 0,4	3,0 ± 0,4	2,9 ± 0,4
16 yıl ve üstü ^d	3,1 ± 0,3	3,0 ± 0,3	3,1 ± 0,3	3,0 ± 0,3	3,2 ± 0,4	3,2 ± 0,4
F	7,108	5,078	4,435	2,526	4,892	7,480
p	0,000**	0,002**	0,005**	0,058	0,003**	0,000**
Fark	d > a,b,c	d > b	d > c		d > b, a > b	d > a,b,c
Meslekte Çalışma Yılı						
1-5 yıl ^a	3,04 ± 0,33	2,91 ± 0,3	3,04 ± 0,36	2,96 ± 0,49	3,21 ± 0,46	3,08 ± 0,49
6-10 yıl ^b	2,81 ± 0,33	2,77 ± 0,29	2,76 ± 0,23	2,79 ± 0,39	2,89 ± 0,32	2,86 ± 0,28
11 -15 yıl ^c	2,97 ± 0,1	2,77 ± 0,27	2,75 ± 0,49	2,87 ± 0,2	3,0 ± 0,00	3,08 ± 0,12
16 yıl ve üstü ^d	2,98 ± 0,32	2,95 ± 0,27	3,01 ± 0,42	2,85 ± 0,4	3,07 ± 0,45	3,06 ± 0,49
F	6,107	6,216	7,801	1,731	5,600	3,094
p	0,001**	0,000**	0,000**	0,161	0,001**	0,028*
Fark	b < a, b < d	d > b	a > b,c d > b,c		a > b	d > b
Bulduğunuz Pozisyonda Çalışma Yılı						
0-1 yıl ^a	2,88 ± 0,18	2,9 ± 0,11	2,9 ± 0,25	2,9 ± 0,4	2,9 ± 0,23	2,8 ± 0,25
2-5 yıl ^b	3,07 ± 0,28	3,0 ± 0,31	3,0 ± 0,32	2,9 ± 0,38	3,3 ± 0,43	3,2 ± 0,37
6-10 yıl ^c	2,7 ± 0,18	2,7 ± 0,24	2,7 ± 0,38	2,6 ± 0,42	2,8 ± 0,34	2,7 ± 0,42
11 -15 yıl ^d	2,95 ± 0,1	2,9 ± 0,41	2,7 ± 0,06	2,9 ± 0,16	3,0 ± 0,06	3,0 ± 0,05
16 yıl ve üstü ^e	3,11 ± 0,41	3,0 ± 0,24	3,1 ± 0,55	3,0 ± 0,42	3,2 ± 0,5	3,3 ± 0,57
F	18,30	9,840	6,055	9,898	17,17	17,636
p	0,00**	0,00**	0,00**	0,00**	0,00**	0,00**
Fark	e > a,b,c,d b > a,c c < a,b,d,e	c < a,b,d,e	b > c,d e > c,d	c < a,b,d,e	b > a,c,d e > a,c	e > a,c,d b > a,c

*p<0.05, **p<0.01,

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (İleri analiz: Bonferroni).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kurumda çalışma yıllarına göre hasta güvenliği toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Hasta güvenliği kültürü ölçeğinden en yüksek puanı 16 yıl ve üstü çalışan hemşireler alırken en düşük puanı 6-10 yıl arası çalışan hemşireler almıştır. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, kurumda 16 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden toplam aldıkları puanlar, 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 yıl arası çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, Kurumda 16 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin yönetim ve liderlik alt boyutundan aldıkları puanlar 6-10 yıl arası çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Kurumda 16 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin çalışan davranışı alt boyutundan aldıkları puanlar 11-15 yıl arası çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Kurumda 16 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin çalışan eğitimi alt boyutundan aldıkları puanlar 6-10 yıl arası çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Kurumda 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerin çalışan eğitimi alt boyutundan aldıkları puanlar 6-10 yıl arası çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Kurumda 16 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin bakım ortamı alt boyutundan aldıkları puanlar, 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 yıl arası çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kurumda çalışma yıllarına göre beklenmedik olay ve raporlama alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte toplam çalışma süresi ile hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, 6-10 yıl olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden toplam aldıkları puanlar, 1-5 yıl ve 16 ve üstü çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0,05$).

Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, meslekte toplam çalışma süresi 16 yıl ve üstü olan hemşirelerin yönetim ve liderlik alt boyutundan aldıkları puanlar 6-10 yıl arası çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Meslekte toplam çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşirelerin çalışan davranışı alt boyutundan aldıkları puanlar, 6-10 yıl ve 11-15 yılları arasında çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Meslekte toplam çalışma süresi 16 yıl ve üstü olan hemşirelerin çalışan davranışı alt boyutundan aldıkları puanlar, 6-10 yıl ve 11-15 yılları arasında çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Meslekte toplam çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşirelerin çalışan eğitimi alt boyutundan aldıkları puanlar 6-10 yıl arası çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Meslekte toplam çalışma süresi 16 yıl ve üstü olan hemşirelerin bakım ortamı alt boyutundan aldıkları puanlar, 6-10 yıl arası çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte toplam çalışma yıllarına göre beklenmedik olay ve raporlama alt boyutundan alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin bulunduğu pozisyonda çalışma yıllarına göre hasta güvenliği kültürü ölçek toplam puanı ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma yıllarına göre hasta güvenliği ölçeğinden en yüksek puanı 16 yıl ve üstü çalışan hemşireler alırken, en düşük puanı 6-10 yıl çalışan hemşirelerin aldığı görülmektedir.

Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 16 yıl ve üzeri olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları toplam puanlar 0-1 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 yıl çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 2-5 yıl arası olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları toplam puanlar 0-1 ve 6-10 yıl çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede

yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 6-10 yıl arası olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları toplam puanlar diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 6-10 yıl olan hemşirelerin yönetim ve liderlik alt boyutundan aldıkları toplam puanlar, 0-1 yıl, 2-5 yıl, 11-15 yıl, 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 2-5 yıl olan hemşirelerin çalışan davranışı alt boyutundan aldıkları toplam puanlar, 6-10 yıl ve 11-15 yıl çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 16 yıl ve üzeri olan hemşirelerin çalışan davranışı alt boyutundan aldıkları toplam puanlar, 6-10 yıl ve 11-15 yıl çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 2-5 yıl olan hemşirelerin çalışan eğitimi alt boyutundan aldıkları toplam puanlar, 0-1 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 yıl çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 16 yıl ve üzeri olan hemşirelerin çalışan eğitimi alt boyutundan aldıkları toplam puanlar, 0-1 yıl ve 6-10 yıl çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 16 yıl ve üzeri olan hemşirelerin bakım ortamı alt boyutundan aldıkları toplam puanlar, 0-1 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 yıl çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 2-5 yıl arası olan hemşirelerin bakım ortamı alt boyutundan aldıkları toplam puanlar, 0-1 yıl ve 6-10 yıl çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 6-10 yıl olan hemşirelerin beklenmedik olay ve raporlama alt boyutundan aldıkları toplam puanlar, 0-1 yıl, 2-5 yıl, 11-15 yıl, 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 9: Hemşirelerin Meslek Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Ölçeği Toplam Puanı ve Alt boyutlarının Karşılaştırılması-Devam

	n	Hasta Güvenliği Ölçeği Toplam Puanı	Ölçek Alt Boyutları				
		Ort±SS	Yönetim ve Liderlik	Çalışan Davranışı	Beklenmedik Olay ve Raporlama	Çalışanların Eğitimi	Bakım Ortamı
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Oryantasyon Eğitimi Alma Durumu							
Evet	192	2,99±0,32	2,89±0,32	2,96±0,41	2,90±0,44	3,12±0,43	3,03±0,47
Hayır	72	2,87±0,24	2,87±0,14	2,91±0,33	2,74±0,27	2,88±0,33	2,98±0,32
t		2,439	0,809	0,871	3,367	4,417	,858
p		0,015*	0,419	0,385	0,001**	0,000**	0,392
Hasta Güvenliği ile ilgili daha önce eğitim alma durumu							
Evet	211	2,96±0,31	2,89±0,28	2,98±0,36	2,86±0,42	3,06±0,42	3,02±0,44
Hayır	53	2,69±0,0	2,47±0,0	2,78±0,0	3,0±0,0	2,71±0,0	2,5±0,0
t		1,780	2,997	6,452	4,916	12,732	1,780
p		0,076	0,003**	0,000**	0,000**	0,000**	0,076
Hasta Güvenliği ile ilgili daha önce eğitim yeterli olma durumu							
Yeterli	168	2,96±0,28	2,89±0,30	2,91±0,36	2,85±0,39	3,08±0,36	3,02±0,40
Yeterli Değil	43	2,96±0,41	2,84±0,17	3,09±0,46	2,92±0,51	2,98±0,62	3,00±0,57
t		-,110	1,083	-2,317	-,821	1,015	,250
p		0,913	0,280	0,024*	0,415	0,315	0,804
Hasta Güvenliği ile ilgili eğitime ihtiyacı olma durumu							
Evet	64	2,98±0,36	2,86±0,25	3,08±0,41	2,86±0,48	3,03±0,58	3,05±0,50
Hayır	200	2,95±0,28	2,89±0,29	2,90±0,37	2,86±0,39	3,07±0,36	3,00±0,42
t		,522	,777	3,018	,016	,421	,732
p		0,603	0,438	0,003**	0,987	0,675	0,466
Hasta güvenliğine yönelik uygulamalar sizce yeterli mi?							
Evet	204	2,96±0,29	2,92±0,27	2,93±0,36	2,88±0,38	3,04±0,33	3,02±0,42
Hayır	60	2,96±0,36	2,86±0,26	3,01±0,46	2,77±0,51	3,12±0,65	3,02±0,51
t		,142	1,383	1,210	1,461	,776	,097
p		0,888	0,168	0,230	0,149	0,441	0,923

*p<0.05, **p<0.01, t: Bağımsız gruplarda t testi (ileri analizde Mann Whitney U testi),

Tablo 9: Hemşirelerin Meslek Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Ölçeği Toplam Puanı ve Alt boyutlarının Karşılaştırılması-Devam

	n	HGK Toplam Puanı Ort±SS	Ölçek Alt Boyutları				
			Yönetim ve Liderlik Ort±SS	Çalışan Davranışı Ort±SS	Beklenmedik Olay ve Raporlama Ort±SS	Çalışanların Eğitimi Ort±SS	Bakım Ortamı Ort±SS
Hasta güvenliğini riske sokacak hatanız oldu mu							
Evet	64	3,02±0,38	2,99±0,37	2,98±0,34	3,02±0,62	3,07±0,44	3,04±0,42
Hayır	200	2,95±0,29	2,88±0,27	2,93±0,40	2,83±0,37	3,06±0,42	3,01±0,44
t		1,267	1,682	,691	1,678	,113	,384
p		0,206	0,101	0,490	0,102	0,910	0,701
Ekip arkadaşlarınızın hatasını gördünüz mü?							
Evet	80	2,95±0,16	2,86±0,30	2,97±0,23	2,89±0,37	3,04±0,29	2,97±0,20
Hayır	184	2,86±0,35	2,91±0,28	2,92±0,44	2,84±0,43	3,07±0,47	3,04±0,51
t		,497	1,091	1,152	,847	,507	1,540
p		0,619	0,276	0,251	0,398	0,613	0,125
Hata ile karşılaştığınızda raporlama yapıyor musunuz?							
Evet	220	2,97±0,32	2,91±0,27	2,97±0,41	2,86±0,44	3,08±0,45	3,03±0,47
Hayır	44	2,87±0,12	2,79±0,34	2,80±0,19	2,86±0,16	2,96±0,24	2,94±0,14
t		3,261	2,303	3,965	,070	2,177	2,165
p		0,001**	0,022*	0,000**	0,944	0,032*	0,032*
Ekip çalışmasının hasta güvenliğine etkisi var mıdır?							
Evet	248	2,96±0,31	2,89±0,29	2,94±0,39	2,86±0,42	3,05±0,43	3,01±0,45
Hayır	16	2,94±0,14	2,97±0,09	2,82±0,011	2,70±0,32	3,21±0,22	3,00±0,0
t		,190	,712	,849	1,105	1,015	,654
p		0,849	0,477	0,397	0,270	0,311	0,514
İş yükünün hasta güvenliğine etkisi var mı?							
Evet	248	2,94±0,29	2,88±0,27	2,93±0,39	2,84±0,39	3,04±0,42	3,00±0,43
Hayır	16	3,23±0,50	3,19±0,46	3,14±0,43	3,13±0,68	3,33±0,49	3,33±0,49
t		1,901	2,301	1,793	1,429	2,264	2,507
p		0,083	0,41	0,074	0,180	0,024*	0,013*
İşte hissedilen stres hasta güvenliğine etkisi var mıdır?							
Evet	204	2,92±0,29	2,88±0,26	2,93±0,38	2,85±0,38	2,99±0,41	2,92±0,29
Hayır	60	3,08±0,34	2,94±0,37	2,95±0,43	2,88±0,52	3,20±0,51	3,08±0,34
t		3,202	1,481	,394	,270	2,981	3,202
p		0,002**	0,140	0,694	0,788	0,004**	0,002**

*p<0.05, **p<0.01, t: Bağımsız gruplarda t testi (ileri analizde Mann Whitney U testi),

Araştırmaya katılan hemşirelerin oryantasyon eğitimi alma durumlarına göre hasta güvenliği kültürü ölçek alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, oryantasyon eğitimi alan hemşirelerin beklenmedik olay ve raporlama, çalışanların eğitimi ve hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanları eğitim almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla bulunmuştur ($p<0,05$). Oryantasyon eğitimi alma grupları arasında yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, bakım ortamı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına göre hasta güvenliği kültürü ölçek alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, hasta güvenliği eğitimi alan hemşirelerin yönetim ve liderlik, beklenmedik olay ve raporlama, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı puanları eğitim almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hasta güvenliği eğitimi alma grupları arasında hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili daha önceden aldıkları eğitimi yeterli bulma durumları ile yönetim ve liderlik, beklenmedik olay ve raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı ve hasta güvenliği toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili daha önceden aldıkları eğitimi yeterli bulma durumları ile çalışan davranışı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p <0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, hasta güvenliği ile ilgili daha önce alınan eğitimimin yeterli bulmayan hemşirelerin çalışan davranışı alt boyutundan aldıkları puanlar ile yeterli bulanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili eğitime ihtiyacı olma durumu ile yönetim ve liderlik, beklenmedik olay ve raporlama, çalışanların eğitimi,

bakım ortamı ve hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili eğitime ihtiyacı olma durumları ile çalışan davranışı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, hasta güvenliği ile ilgili daha önce alınan eğitimimin yeterli bulmayan hemşirelerin çalışan davranışı alt boyutundan aldıkları puanlar ile yeterli bulanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, hasta güvenliği ile ilgili eğitime ihtiyacı olduğunu düşünenlerin Çalışan davranışı alt boyutundan aldıkları puanlar eğitim ihtiyacının olmadığını düşünen hemşirelere göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulam durumu ile yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı ve hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışam hayatı boyunca hasta güvenliğini riske sokacak hata yapma durumları ile hasta güvenliği kültürü ölçek toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin ekip arkadaşlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak herhangi bir hatasını görme durumlarına göre hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili bir hata ile karşılaştığınızda raporlama yapma durumu ile yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, çalışanların eğitimi, bakım ortamı ve hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili bir hata ile karşılaştığınızda raporlama yapanların yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, çalışanların eğitimi, bakım

ortamı ve hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları puanlar raporlama yapmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili bir hata ilae karşılaştığında raporlama yapıyor olma durumu ile beklenmedik olay ve raporlama alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanı ve alt boyutları ile hemşirelerin ekip çalışmasının hasta güvenliğine etkisinin bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin iş yükünün hasta güvenliğine etkisinin olduğunu düşünenler ile düşünmeyenlerin beklenmedik olay ve raporlama ve hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin iş yükünün hasta güvenliğine etkisi olduğunu düşünme durumları ile yönetim ve liderlik, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, iş yükünün hasta güvenliğine etkisi olduğunu düşünenlerin yönetim ve liderlik, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt ölçeğinden aldıkları puanlar düşünmeyenlere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin işte hissedilen stresin hasta güvenliğine etkisi olduğunu düşünenler ile düşünmeyenlerin yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve raporlama alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin işte hissedilen stresin hasta güvenliğine etkisi olduğunu düşünme durumları ile çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyutundan ve hasta güvenliği kültüründen toplam aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, işte hissedilen stresin hasta güvenliğine etkisi olduğu düşünenlerin çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyutundan ve hasta güvenliği kültüründen toplam aldıkları puanlar, etkisi olmadığını düşünenlere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 10: Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre İş Yükü, İş Doymu, Ekip Çalışması ve İşte Hissedilen Stresi Puanlarının Karşılaştırılması

Sosyo	İş Yükü	İş Doymu	Ekip Çalışması	İşte Hissedilen Stres	Meslekte Memnuniyet düzeyi
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet					
Kadın ^a	32,0 ± 5,02	31,7 ± 5,26	44,98 ± 7,13	19,56 ± 2,98	3,45 ± 0,84
Erkek ^b	26,2 ± 5,92	32,4 ± 3,97	44,4 ± 4,23	21,6 ± 2,94	2,8 ± 1,19
t	4,285	-, 514	,360	-2,924	2,415
p	0,000**	0,608	0,719	0,004**	0,025*
FARK	a>b			b>a	a>b
Yaş grubu					
30 va altı ^a	34,0 ± 5,7	30,6 ± 5,0	44,9 ± 5,9	19,1 ± 2,7	3,3 ± 1,0
31-39 yaş ^b	31,0 ± 4,6	32,9 ± 5,4	45,9 ± 7,0	20,7 ± 2,8	3,4 ± 0,9
40 ve üzeri ^c	28,3 ± 4,6	32,0 ± 4,5	43,3 ± 7,9	18,8 ± 3,5	3,5 ± 0,8
F	20,824	4,889	2,390	10,195	,936
p	0,00**	0,008**	0,094	0,000**	0,393
Fark	a>b, a>c	b>a		b>a, b>c	
Eğitim durumu					
Lise ^a	26,8 ± 4,49	32,4 ± 3,45	46,7 ± 2,37	17,6 ± 3,79	3,5 ± ,96
Önlisans ^b	32,2 ± 6,4	31,2 ± 5,29	42,7 ± 7,32	18,9 ± 3,29	3,3 ± 1,06
Lisans ^c	32,8 ± 3,8	32,7 ± 4,8	46,4 ± 6,3	20,7 ± 2,2	3,4 ± ,71
Yüksek Lisans ^d	29,2 ± 4,28	27,0 ± 7,19	41,0 ± 10,95	20,7 ± ,85	3,0 ± ,73
F	15,274	6,739	7,972	14,327	2,080
p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,103
Fark	a<b, a<c	a,b,c >d	b<a, b<c	a<c, a<d	

*p<0.05, **p<0.01, t: Bağımsız gruplarda t testi (ileri analizde Mann Whitney U testi)

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (İleri analiz: Bonferroni).

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş grupları ile iş yükü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, 30 yaş ve altı hemşirelerin iş yükü ölçek puanları 31-39 yaş, 40 ve üzeri yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derece daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$). 31-39 yaş ile 40 ve üzeri yaş grupları arasında iş yükü ölçek puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Genç hemşirelerin işe oryante olma süreci yaşaması, aktif olarak hastanın bakımında yer alması iş yükünün fazla olduğu düşüncesi oluşturduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş grupları ile iş doyumunu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, 31-39 yaş grubu hemşirelerin iş doyumundan aldıkları puanlar 30 ve altı yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derece daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$). 31-39 yaş grubu arasında iş yükünün 30 yaş ve altı gruba göre istatistiksel olarak daha az hissediliyor olması iş doyumunun fazla olmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş grupları ile işte hissedilen alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, 31-39 yaş grubu hemşirelerin işte hissedilen stresden aldıkları puanlar 30 yaş ve altı, 40 ve üzeri yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derece daha fazla bulunmuştur. İşte hissedilen stres alanında puan artıka stres azalmaktadır ($p<0,05$). 30 yaş ve altı grup ile 40 yaş ve üzeri grup arasında işte hissedilen stres alt boyutu puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ekip çalışması alt boyutundan aldıkları puanlar ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Meslekten memnuniyet düzeyleri incelendiğinde yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin Cinsiyete göre iş yükü ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, kadın hemşirelerin iş yükü ölçeğinden aldıkları puanlar erkek hemşirelere göre yüksek

bulunmuştur ($p<0.05$). Kadın hemşirelerin işyerinde hissettikleri iş yükü daha fazladır ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin işte hissedilen stres alt boyutundan aldıkları puanlar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Erkek hemşirelerin işte hissedilen stres alt boyutundan aldıkları puanlar kadın hemşirelere göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0.05$). İşte hissedilen stres alt boyutundan puan artıkça hissedilen stres azalmaktadır. Bu nedenle araştırma sonuçlarına göre erkek hemşireler çalışma ortamında daha az stres yaşamaktadırlar. İş doyumunu ve ekip çalışması alt boyutlarından alınan puanlar incelendiğinde cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte memnuniyet düzeyi incelendiğinde cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde, kadın hemşirelerin meslekten memnuniyet düzeyleri erkek hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin iş yükü ölçeğinden aldığı puanlar eğitim düzeylerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, lise mezunu hemşirelerin iş yükü ölçeğinden aldıkları puanlar önlisans ve lisans mezunlarına göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Lisansüstü çalışan hemşirelerin lisans mezunlarına göre iş yükü ölçeğinden aldıkları puanlar istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin iş doyumunu alt boyutundan aldıkları puanlar ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, mezuniyet durumu lisansüstü olan hemşirelerin iş doyumunu alt boyutundan aldıkları puanlar diğer eğitim düzeyi gruplarına göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Ekip çalışması ile eğitim düzeyleri arasında ilişki incelendiğinde eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, önlisans mezunu

hemşirelerin ekip çalışması alt boyutundan aldıkları puanlar lise ve lisans mezunu hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Lisansüstü hemşirelerin aldıkları puanlar lise ve lisans mezunu hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin işte hissedilen stres alt boyutundan aldıkları puanlar incelendiğinde eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, lise mezunu hemşirelerin lisans ve lisansüstü hemşirelere göre işte hissedilen stres alt boyutundan aldıkları puan anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Lisans hemşirelerin aldıkları puanlar incelendiğinde lise ve önlisans mezunu hemşirelere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte memnuniyet düzeyleri ile eğitim düzeyleri arasında ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Memnuniyet düzeyleri incelendiğinde Lise mezunu hemşirelerin mesleklerinden daha memnun olduğu görülmektedir.

Tablo 11: Hemşirelerin Meslek Özelliklerine Göre İş Yükü, İş Doyumu, Ekip Çalışması ve İşte Hissedilen Stresi Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler	İş Yükü	İş Doyumu	Ekip Çalışması	İşte Hissedilen Stres	Meslekte Memnuniyet düzeyi
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kurumda Çalışma Yılı					
1-5 yıl ^a	32,9 ± 6,0	31,2 ± 5,4	45,5 ± 5,6	19,3 ± 3,1	3,2 ± 1,0
6-10 yıl ^b	30,00 ± 4,1	31,0 ± 6,1	43,3 ± 7,9	21,9 ± 1,3	3,4 ± 0,7
11 -15 yıl ^c	30,5 ± 4,4	32,7 ± 3,7	42,7± 9,6	18,9 ± 2,1	3,4 ±0,8
16 yıl ve üstü ^d	30,7± 4,7	33,1 ± 4,8	46,8 ± 5,4	19,8 ± 3,5	3,9 ± 0,6
F	4,726	2,359	3,898	9,721	8,261
P	0 ,003**	0,072	0 ,010**	0,000**	0,000**
Fark	a>b		d>c	b>a,c,d	b>a,c,d
Meslekte Çalışma Yılı					
1-5 yıl ^a	33,27± 5,21	31,93 ± 4,59	46,73 ± 4,49	18,67 ± 3,07	3,27 ± 1,07
6-10 yıl ^b	32,62± 6,23	30,08± 6,23	43,23± 7,24	20,77 ± 2,06	3,43 ± 0,74
11 -15 yıl ^c	26,5± 5,19	30,75± 3,61	43,75± 4,34	18,50± 3,76	3,00 ± 1,30
16 yıl ve üstü ^d	31,0± 4,48	32,63± 4,98	44,94± 7,83	19,97 ± 3,07	3,53 ± 0,75
F	8,715	3,325	2,588	5,989	2,796
P	0,000**	0,020*	0,054	0,001**	0,041*
Fark	c< a,b,d, a>d	d>b		b>a,c, d>a	d>c
Bulduğunuz Pozisyonda Çalışma Yılı					
0-1 yıl ^a	30,6± 5,03	31,9± 4,59	44,8 ± 5,11	18,5± 2,46	3,38±0,75
2-5 yıl ^b	32,5± 4,81	32,9 ± 4,54	47,00 ± 6,03	20,3 ± 3,07	3,25± 1,05
6-10 yıl ^c	34,3± 6,07	27,2 ± 5,67	39,3 ± 5,70	20,4 ± 2,28	3,35 ± 0,72
11 -15 yıl ^d	27,8± 4,84	33,4 ± 3,96	42,1 ± 10,38	19,2 ± 3,41	3,28± 1,05
16 yıl ve üstü ^e	30,3± 4,33	33,8 ± 4,17	49,1 ± 3,95	19,7 ± 3,58	3,83± 0,69
F	8,564	15,836	19,561	3,711	3,714
P	0,000**	0 ,000**	0 ,000**	0,006**	0,006**
Fark	c>a,d,e, b>d	c>a,b,d,e	c>a,b,e, e>a,c,d, b>d	a<b,c	e>b

*p<0.05, **p<0.01, t: Bağımsız gruplarda t testi (ileri analizde Mann Whitney U testi)

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (İleri analiz: Bonferroni

Araştırmaya katılan hemşirelerin kurumda çalışma yıllarına göre iş yükü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, kurumda çalışma yıllarına göre, kurumda 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerin 6-10 yıl arası çalışanlara göre iş yükü ölçeğinden aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kurumda çalışma yıllarına göre iş doyumunu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ekip çalışması alt boyutundan alınan puanlar incelendiğinde kurumda çalışma yıllarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, kurumda 16 yıl ve üstü çalışanların ekip çalışması puanları en yüksek olup, 11-15 yıl arasında çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin kurumda çalışma yıllarına göre işte hissedilen stres alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, kurumda 6-10 yıl çalışan hemşirelerin işte hissedilen stres alt boyutundan aldıkları puanlar en yüksek olup ,diğer kurumda çalışma yıllarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. İşte hissedilen stres alanında puan artıkça stres azalmaktadır ($p<0,05$).

Hemşirelerin meslekte memnuniyet düzeyleri incelendiğinde kurumda çalışma yıllarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, kurumda 16 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin meslekteki memnuniyet düzeyleri diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte çalışma yıllarına göre iş yükü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri

analizde, meslekte toplam çalışmaları 11-15 yıl olan hemşirelerin iş yükü ölçeğinden toplam aldıkları puanlar, 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 16 yıl ve üstü çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Meslekte toplam çalışmaları 1-5 yıl olan hemşirelerin iş yükü ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, 16 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Meslekte toplam çalışma yılına göre iş doyumunu alt boyutundan alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, meslekte toplam çalışmaları 16 yıl ve üstü olan hemşirelerin iş doyumundan aldıkları toplam puanlar, 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Meslekte toplam çalışma yılları 6-10 yıl olan hemşirelerin işte hissedilen stresden aldıkları toplam puanlar, 1-5 yıl ve 11-15 yıl arasında çalışan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). 16 yıl ve üstü meslekte toplam çalışma yılları olan hemşirelerin işte hissedilen stresden aldıkları puanlar 1-5 yıl arasında çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. İşte hissedilen stres alanında puan artıkça stres azalmaktadır ($p<0,05$).

Meslekte toplam çalışma yılı ile ekip çalışması alt boyutundan alınan puanlar incelendiğinde meslekte toplam çalışma yılına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin bulunduğu pozisyonda çalışma yıllarına göre iş yükü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 6-10 yıl olan hemşirelerin iş yükü ölçeğinden toplam aldıkları puanlar, 0-1 yıl, 11-15 yıl, 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bulduğu pozisyonda çalışma süresi 2-5 yıl olan hemşirelerin iş yükü ölçeğinden toplam aldıkları puanlar, 11-15 yılları arasında çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Bulunduğu pozisyonda çalışma sđresi 6-10 yıl olan hemşirelerin iş doyumundan aldıkları toplam puanlar, 0-1 yıl, 2-5 yıl, 11-15 yıl, 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara gđre istatistiksel olarak anlamlı derecede dđřđk bulunmuştur ($p<0,05$).

Bulunduğu pozisyonda çalışma sđresi 6-10 yıl olan hemşirelerin ekip çalışmasından aldıkları toplam puanlar, 0-1 yıl, 2-5 yıl, 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara gđre istatistiksel olarak anlamlı derecede dđřđk bulunmuştur ($p<0,05$).

Bulunduğu pozisyonda çalışma sđresi 16 yıl ve üzeri olan hemşirelerin ekip çalışmasından aldıkları toplam puanlar, 0-1 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 yılları arasında çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara gđre istatistiksel olarak anlamlı derecede yđksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Bulunduğu pozisyonda çalışma sđresi 2-5 yıl olan hemşirelerin ekip çalışmasından aldıkları toplam puanlar, 11-15 yılları arasında çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara gđre istatistiksel olarak anlamlı derecede yđksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Bulunduğu pozisyonda çalışma sđresi 0-1 yıl olan hemşirelerin işte hissedilen stresden aldıkları toplam puanlar, 2-5 yıl ve 6-10 yıl arasında çalışan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede dđřđk bulunmuştur ($p<0,05$). İste hissedilen stres alanında puan artıkça stres azalmaktadır.

Bulunduğu pozisyonda çalışma sđresi 16 yıl ve üzeri olan hemşirelerin meslekteki memnuniyet dđzeyleri 2-5 yıl arası çalışan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derece yđksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 12: İşte Hissedilen Stres, Ekip Çalışması, İş Doyumu, İş yükü puanlarının Hasta Güvenliği Kültürü İle İlişkisi

	Hasta Güvenliği Toplam Ölçek Puanı		
	n	r	Anlamlılık
İşte Hissedilen stres	264	0,211	0,001
Ekip Çalışması	264	0,458	0,000
İş Doyumu	264	0,402	0,000
İş Yükü	264	-,021	0,748

Ekip çalışması, işte hissedilen stres, iş doyumu ve iş yükünün, hasta güvenliği kültürü üzerine etkisini belirlemeden önce, ekip çalışması, işte hissedilen stres, iş doyumu ve iş yükünün, hasta güvenliği kültürü arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Bu amaçla Spearman Korelasyon Analizinden faydalanılmıştır. Yaklaşık aralıklı/aralıklı ölçekle elde edilmiş, normal dağılım varsayımı ve veri çiftleri arasında bir bağıntının olduğu varsayımını gerektirmeyen veri çiftlerinde X ve Y arasındaki ilişkiyi (birlikte değişim) belirlemede Spearman Korelasyon Analizinden yararlanılmaktadır , Korelasyon analizi sonucunda hesaplanan “korelasyon katsayısı” “r” ile gösterilir ve -1 ile +1 arasında bir değer alır. Katsayının (+1) olması iki değişken arasında tam bir pozitif ilişki olduğunu katsayının (-1) olması ise iki değişken arasında tam bir negatif ilişki olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 12’de görüldüğü gibi ekip çalışması, işte hissedilen stresi iş doyumunun hasta güvenliği kültürüyle pozitif yönde doğrusal bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. Korelasyon katsayısının büyüklük bakımından yorumlanmasında üzerinde anlaşılan bir aralıktan söz edilemese de, mutlak değer olarak 0.70-1.00 arası “yüksek”, 0.30-0.70 arası “orta”, 0.01-0.30 arası “düşük” düzeyde bir ilişkiyi göstermektedir. Buna göre, ekip çalışması ve iş doyumu ile hasta güvenliği kültürü arasında “orta” düzeyde bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. İşte hissedilen stres ile hasta güvenliği kültürü arasında “düşük” düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Tablo 13: İşte Hissedilen Stres, Ekip Çalışması, İş Doymu, İş yükü puanlarının ilişkisi

		İŞ YÜKÜ	İŞTE HİSSEDİLEN STRES	EKİP ÇALIŞMASI	İŞ DOYUMU
İş Yükü	r		,058	-,052	-,112
	p		0,358	0,409	0,073
	N		256	256	256
İşte Hissedilen Stres	r	,058		,308**	,293**
	p	0,358		0,000	0,000
	N	256		256	256
Ekip Çalışması	r	-,052	,308**		,293**
	p	0,409	0,000		0,000
	N	256	256		256
İş Doymu	r	-,112	,293**	,293**	
	p	0,073	0,000	0,000	
	N	256	256	256	

Ekip çalışması ile işte hissedilen stres arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. ($p=,000$) Ekip çalışması ile işte hissedilen stres arasında “orta” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmaktadır. ($r=,308$).

İşte hissedilen stre ile iş doymu arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. ($p=,000$) İşte hissedilen stres ile iş doymu arasında “düşük” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmaktadır. ($r=,293$)

Ekip Çalışması ile iş doymu arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. Ekip çalışması ile iş doymu arasında “yüksek” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmaktadır. ($r=,662$)

İş yükü ile ekip çalışması, işte hissedilen stres ve iş doymu arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

Tablo 14: İşte Hissedilen Stres, Ekip Çalışması, İş Doymu, İş yükü puanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları İle İlişkisi

		İŞ YÜKÜ	İŞTE HİSSEDİLEN STRES	EKİP ÇALIŞMASI	İŞ DOYUMU
Bakım Ortamı	r	-,157*	,126*	,316**	,261**
	p	0,014	0,049	0,000	0,000
	n	244	244	244	244
Çalışanların Eğitimi	r	,137*	,115	,332**	,186**
	p	0,032	0,072	0,000	0,004
	n	244	244	244	244
Beklenmedik Olay Ve Raporlama	r	-,007	,121	,268**	,254**
	p	0,915	0,059	0,000	0,000
	n	244	244	244	244
Çalışan Davranışı	r	,089	,247**	,333**	,489**
	p	0,162	0,000	0,000	0,000
	n	248	248	248	248
Yönetim Ve Liderlik	r	-,026	,150*	,544**	,509**
	p	0,684	0,018	0,000	0,000
	n	248	248	248	248

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ile iş yükü, algılanan stres, ekip çalışması ve iş doymu arasında ilişki incelendiğinde; Ekip çalışması ve iş doymu ile alt boyutlar arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. ($p=,000$) Ekip çalışması ve beklenmedik olay ve raporlama arasında “düşük” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmaktadır. ($r=,268$) Ekip çalışması ve bakım ortamı arasında “orta” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmaktadır. ($r=,316$) Ekip çalışması ve çalışanların eğitimi arasında “orta” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmaktadır. ($r=,332$) Ekip çalışması ve çalışan davranışı arasında “orta” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmaktadır. ($r=,333$) Ekip çalışması ve yönetim ve liderlik arasında “orta” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmaktadır. ($r=,544$) İş doymu ile bakım ortamı arasında “düşük” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmıştır. ($r=,261$) İş doymu ile çalışanların eğitimi arasında “düşük” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmıştır. ($r=,186$) İş doymu ile beklenmedik olay ve raporlama arasında “düşük” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmıştır. ($r=,254$) İş doymu ile yönetim ve liderlik arasında “orta” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmıştır. ($r=,509$)

8. TARTIŞMA VE SONUÇ

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarını belirlenmesi, sosyodemografik ve ekip çalışması, iş doyumunu, iş stresi, iş yüküne ilişkin özellikleriyle karşılaştırılması amacıyla yapılan bu araştırmanın sonuçları dört aşamada tartışılacaktır. Bu aşamalar; hemşirelerin hasta güvenliğini etkileyen faktörlere yönelik görüş, deneyim ve önerileri; hasta güvenliğini etkileyen sosyodemografik ve mesleki özellikler, iş yükü, işte hissedilen stres, ekip çalışması, memnuniyet düzeyi, iş doyumunun etkileyen sosyodemografik özellikler ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanı ve Alt boyutları ile İşte Hissedilen Stres, Ekip Çalışması, İş Doyumu, İş yükü Puanlarının ilişkisi başlıklarını içermektedir.

8.1.Hemşirelerin Hasta Güvenliğini Etkileyen Faktörlere Yönelik Görüş, Deneyim ve Önerileri

Araştırmaya katılan hemşireler hasta güvenliğine ekip çalışmasının %92,5, iş yükünün %92,5 ve işte hissedilen stresin %76,1 oranında etkisi olduğunu belirtmişlerdir.

Hasta Güvenliği eğitimi alanların %80,6'sı aldıkları eğitiminin yeterli olduğunu, %75,8'i tekrar eğitime ihtiyacı olmadığını belirtmiştir. Hasta güvenliği ile ilgili eğitime ihtiyaç duydukları konuların başında %37,5 oranında Radyasyon Güvenliği, %25 oranında İletişim, %12,5 oranlarında Güvenli Cerrahi Uygulamalar, Transfüzyon Güvenliği, Tıbbi Cihaz Güvenliği gelmektedir.

Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri olarak; uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres (n=280), Hemşirelerin sayısı olarak yetersiz olması (n=272), İletişim bozulmaları (n=88) ilk üç sırada gelmektedir. Hemşirelerin 24 saat çalışıyor olması yorgunluk ve dikkat eksikliği yaratması nedeniyle hata oluşma riskini artırmaktadır. Uzun çalışma saatlerini yanında fazla sayıda hasta ile ilgilenilmesi ve ekip arasında iletişim eksikliğinin varlığı hasta güvenliği olumsuz yönde etkilemektedir.

Araştırmaya katılan hemşireler tarafından tıbbi hatalar ile karşılaşıldığında raporlama yapılmamasının nedenleri olarak iş yoğunluğu (n=140) ,Cezalandırılma korkusu (n=112), hata olarak nitelendirilmemesi (n=60) ilk üç sırada yer almaktadır.

Hizmet içi eğitimlerde hasta güvenliğini etkileyen hataların neler olduğu, hataların bildiriminde cezai bir yaptırım uygulanmayacağı konusu üzerinde durulmalıdır.

Hasta güvenliğini tehdit eden olayların önlenmesi için araştırmaya katılan hemşirelerin önerileri incelendiğinde; hemşirelerin sayısının artırılması, etkin ve verimli eğitimlerin düzenlenmesi, hemşire başına düşen hasta sayılarının ve çalışma sürelerinin azaltılması olduğu görülmüştür.

Ekip çalışmasının hasta güvenliğine etkisini olumlu yönde değerlendirilenler ekip çalışmasının hata oluşma riskizi azalttığını, ekip çalışmasının işlerin sistematik bir şekilde ilerlemesine katkı sağladığını ve buna bağlı olarak iş yükünün azaldığını, sağlık hizmetlerinin multidisipliner bir yaklaşım olduğunu belirtmişlerdir.

İş yükünün hasta güvenliğine etkiinin olduğunu düşünenler ise iş yükünün artmasına bağlı olarak dikkat eksikliğinin ortaya çıktığını ve hasta güvenliğini azalttığını düşündükleri görülmüştür. İş yüküne bağlı olarak hasta ile yeterince ilgileneme, fazla hasta sayısına bağlı olarak enfeksiyon gelişme oranının arttığı, iş yükününün kişide yorgunluk, stres, bıkkınlık, mutsuzluk gibi olumsuz duygulara neden olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hemşireler hasta güvenliğine stresin olumsuz etkisini doğru düşünme ve karar verme becerilerinde azalma olmasına bağlı olarak hata riskinin arttırdığı şeklinde tanımlamışlardır. Stresin dikkat dağınıklığı yaratarak hastaya odaklanmakta problem yarattığını ifade etmişlerdir.

8.2.Hasta Güvenliği Kültürünü Etkileyen Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $33,94 \pm 7,72$ yıl olup, meslekte çalışma süresi $13,32 \pm 8,18$, kurumda çalışma süresi $9,02 \pm 7,47$, bulunduğu pozisyonda çalışma süresi $7,67 \pm 6,50$ yıldır. Hemşirelerin çalışma şekli incelendiğinde %89,5'i gündüz veya gece, %9,0'u sadece gece, %1,5'i sadece gündüz çalışmaktadır. Çoğunluğunun kadın (%91 ; n:240) olduğu belirlenmiştir. %13,4'ü lise mezunu, %32,8'i Önlisans, %46,3'ü Lisans, %6,0'sının Lisansüstü mezunu olduğu görülmüştür.

Yaşa göre dağılımları incelendiğinde %33,3'ünün 30 yaş altında, %43,9'unun 31 ile 39 yaşları arasında ve %22,8'inin 40 yaş ve üzerinde olduğu görülmüştür. Yaş grupları arasında yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, çalışanların eğitimi, bakım ortamı ve beklenmedik olay ve raporlama ve hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Türk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, HGKÖ'nün 5 alt boyutu (yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, olay ve hata raporlama, bakım ortamı, çalışan eğitimi) ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaş grupları, haftalık çalışma saatleri, kurumda çalışma süresi ve meslekte çalışma süresi arasında anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir ($p > 0.05$). Nordin ve diğerlerinin İsveç'te (2013), Hastane Hasta Güvenliği Kültür Anketini kullanarak yaptıkları çalışmada, hasta güvenlik kültürü algısı ile idari görev, personel grubu, cinsiyet, yaş, toplam iş deneyimi ve çalışılan bölüm arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Karaca ve Arslan'ın (2014) çalışmasında, hemşirelerin HGKÖ'den aldıkları puan ortalamaları ile bazı kişisel ve mesleki özellikleri (yaş, eğitim durumu, mesleki ve kurumsal deneyimi, pozisyonu gibi) arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin görevlerine göre dağılımlarına bakıldığında, büyük çoğunlukla servis hemşiresi % 49,2 olduğu görülmektedir. Yoğun bakım hemşiresi %25,3, acil servis hemşiresi %9,0, ameliyathane hemşiresi %7,5, sorumlu hemşire %6,0, poliklinik hemşiresi %3,0 olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin meslekte toplam çalışma yıllarına göre dağılımları incelendiğinde 16 yıl ve üzeri çalışanların %47,7 olarak olduğu görülmüştür. Bunu sırayla 1-5 yıl arasında çalışanlar %22,3, 6-10 yıl arasında %20,8 ve 11-15 yıl arasında çalışanlar %7,5 izlemiştir.

Meslekte toplam çalışma yılı ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişki incelendiğinde, 6-10 yıl olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden toplam aldıkları puanlar, 1-5 yıl ve 16 ve üstü çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p > 0.05$). Ertürk ve ark. yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin mesleki kıdemleri ile HGKÖ puan ortalamalarına bakıldığında; 21 yıldan daha uzun süredir hemşirelik yapanların puanlarının tüm alt boyutlarda ve toplam puanda diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası

farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Forsman ve ark. (2011) çalışmasında; hemşirelerde deneyim süresinin hasta güvenliğini olumlu yönde etkilediğini saptamıştır.

Rızalar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise bu çalışmaya benzer olarak hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre aldıkları hasta güvenliği ölçeği puanlarına bakıldığında 0-5 yıl çalışan hemşirelerin hem toplam hem alt ölçeklerde en yüksek puanları alan grup olduğu, 6-10 yıl çalışan hemşirelerin ise tam tersine puanlarının düşük olduğu bulunmuştur. Karaca ve Arslan'ın (2014) çalışmasında ise meslekte toplam çalışma süresinin HGKÖ puanlarını etkilemediği belirtilmektedir.

Kurumda 16 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden toplam aldıkları puanlar, 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 yıl arası çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Türk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, HGKÖ'nün 5 alt boyutu ile kurumda çalışma yılı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Karaca ve Arslan'ın (2014) çalışmasında ise meslekte toplam çalışma süresinin HGKÖ puanlarını etkilemediği belirtilmektedir. Gökteş (2007)'in çalışmasında da hemşirelerin eğitim düzeyleri, mesleki deneyimleri, kurumda ve buldukları serviste çalışma sürelerine göre hasta güvenliği kültürleri incelendiğinde anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür.

Kurumda 16 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin yönetim ve liderlik alt boyutundan aldıkları puanlar 6-10 yıl arası çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($p<0,05$) Çalışma süresi yüksek olan kişilerin sorumlu hemşire pozisyonunda olması ve hasta güvenliğine yönelik çalışmalarda bulunmalarından dolayı yüksek olmasını düşündürmektedir.

Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 16 yıl ve üzeri olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları toplam puanlar 0-1 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 yıl çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 6-10 yıl arası olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları toplam puanlar diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 2-5 yıl arası olan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları toplam puanlar 0-1 ve 6-10 yıl çalışan hemşirelerin

aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Erdağlı ve Özer (2013) cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını ve tükenmişlik durumlarını incelemek üzere yapmış oldukları çalışmada, araştırma bulgularıyla uyumlu olarak hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, araştırma bulgularına karşın alıştığı bölüm ve çalıştığı bölümü tercih durumuna göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığını bildirmişlerdir.

Abdou ve Saber'in hemşireler üzerinde yaptığı hasta güvenlik kültürü algısı çalışmasında, çalışma süresi ile güvenlik kültürü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yine Teleş'in sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılaması çalışmasında "birimler içinde ekip çalışması, yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri, güvenliğin kapsamlı algılanması, hatalar hakkında iletişim ve geribildirim, hataların raporlanma sıklığı, hastane birimleri arasında ekip çalışması, personel sağlama, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" boyutlarında meslekte çalışma süresi durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları ile sosyo-demografik ve çalışma özellikleri arasındaki ilişki yapılan çalışmalara göre değişiklik göstermekle birlikte bu durumun çalışma yapılan kurumdaki, sağlık bakım profesyonellerinin kişisel ve mesleki özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %71,6'sı oryantasyon eğitimi aldıkları görülmüştür. Oryantasyon eğitimi alan hemşirelerin beklenmedik olay ve raporlama, çalışanların eğitimi ve Hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanları eğitim almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaneye yeni başlayacak olan çalışanlara verilecek oryantasyon eğitimlerinin içerisinde hastanenin hasta güvenliği hedefleri ve uygulamaları yer almalıdır.

Göktaş'ın 2007 yılında yaptığı çalışmada hemşirelerin servise yabancı olması ve olmaması durumunda karşılaşılan olay sayıları istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır. Araştırmamızda ise oryantasyon eğitimi alan hemşirelerin hasta

güvenlik kültür puanları eğitim almayan hemşirelere göre istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$).

Kullanılan araç ve gereçin, teknik, süreç ve işleyişlerin karmaşık olduğu ve bu nedenle özel bilgi ve beceri gerektiren hastane gibi kurumlarda oryantasyon eğitimi çalışanların işe uyumunu sağlamada ve hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hataları önlemede çok önem taşımaktadır. Kurumda hemşirelerin içinde buldukları Kalite Yönetim Sisteminde var olan oryantasyon eğitiminden bütün yeni başlayan hemşireler geçmektedir. Bu nedenle % 71,6'lık oranın oryantasyon eğitimi aldığı bu kurumda hemşirelerin hasta güvenliği kültür puanlarının yüksek olması beklenilir bir sonuç olarak düşünülmektedir.

Hasta Güvenliği ile ilgili daha önce eğitim alma durumu % 80,6 olarak bulunmuştur. %80,6'sı aldıkları eğitiminin yeterli olduğunu, %75,8'i tekrar eğitime ihtiyacı olmadığını belirtmiştir. Karaca ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada %76,2'si hasta güvenliği eğitimi almış olup %91,3'ü aldığı eğitimi yeterli bulmaktadır. Bu konuda yapılan diğer araştırmalarda hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma oranlarının %60,8 ile %68,3 arasında değiştiği bildirilmiş olmakla birlikte, bu çalışmada hasta güvenliği eğitimi alan hemşire sayısının diğer araştırmalardan daha yüksek olduğu görülmüştür (Gürel ve Kanan, 2012; Bayar ve Akyolcu, 2013; Balık ve Kaya, 2014). Hasta güvenliği eğitimi alan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldığı puan değeri eğitim almayanlara göre anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$). Fakat yönetim ve liderlik, beklenmedik olay ve raporlama, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı alt puanlarına bakıldığında eğitim alanların anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Hasta Güvenliğini geliştiren ve hatalardan öğrenmeyi kolaylaştıran bilgi, beceri ve tutumların verilecek olan eğitimlerle kazanılabileceği üzerinde durulmaktadır. Bu nedenle hemşirelere verilen eğitimler sırasında hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili farkındalıklarının artırılması, hasta bakım kalitesinin gelişmesine ve hasta güvenliği kültürünün oluşmasına katkı sağlayacaktır. Çalışmamızda hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili eğitim alanlarda hasta güvenliği kültürün daha benimsenmiş olduğu söylenebilir.

Hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili bir hata ile karşılaşıldığında raporlama yapma oranı %82,1 olarak bulunmuştur. Hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili bir hata

ile karşılaştığınızda raporlama yapanların yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, çalışanların eğitimi, bakım ortamı ve hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları puanlar raporlama yapmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu konuda yapılan bir çalışmada (Karaca ve Arslan, 2014) hemşirelerin %8,6'sının çalıştıkları kurumda hasta güvenliği ile ilgili raporlama yaptığı bildirilmiştir. Bu araştırmada hasta güvenliği ile ilgili raporlama yapma yüzdesinin Karaca ve Arslan'ın (2014) yapmış olduğu çalışmadan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farkın bu araştırmanın Sağlık Bakanlığına bağlı hastanede yürütülmesinden, bu kurumlarda hasta güvenliği ile ilgili kayıt ve rapor tutmanın zorunlu olmasından, buna karşın özel hastanelerin ise kurumsal prestijin zedelenmesini önlemek amacıyla hasta güvenliği ile ilgili raporlama yapmak istememelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekteki memnuniyet düzeyleri incelendiğinde %58,2'sinin memnun, %22,4'ünün kararsız, %11,9'unun memnun olmadığı, %4,5'inin hiç memnun olmadığı ve %3'ünün çok memnun olduğu bulunmuştur. %61,2 oranında hemşirelerin meslekte memnun oldukları görülmüştür. Hemşirelerin çalışma ortamından memnuniyetleri; iş streslerini azaltabilir, iş doyumlarını ve bakımın kalitesini artırabilir.

8.3. İş Yükü, İş Doyumu, İşte Hissedilen Stres, Ekip Çalışmasını Etkileyen Sosyodemografik ve Mesleki Özellikler

Araştırmaya katılan hemşirelerin aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde iş yükü 31,4, ekip çalışmasının 45, iş doyumunu 31,8, işte hissedilen stres puanının 19,6 olduğu görülmektedir.

30 yaş ve altı hemşirelerin iş yükü ölçek puanları 31-39 yaş, 40 ve üzeri yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derece daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$). Mesleğe yeni başlayan hemşirelerin işe alışma döneminde olmasından dolayı iş yükünün fazla olarak görüldüğü şeklinde yorumlayabiliriz.

Meslekte toplam çalışmaları 11-15 yıl olan hemşirelerin iş yükü ölçeğinden toplam aldıkları puanlar, 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 yıl arası çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Meslekte toplam çalışmaları 1-5 yıl olan hemşirelerin iş yükü ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, 16

yıl ve üstü çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kurumda 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerin 6-10 yıl arası çalışanlara göre iş yükü ölçeğinden aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 6-10 yıl olan hemşirelerin iş yükü ölçeğinden toplam aldıkları puanlar, 0-1 yıl, 11-15 yıl, 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 2-5 yıl olan hemşirelerin iş yükü ölçeğinden toplam aldıkları puanlar, 11-15 yılları arasında çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Hasta güvenliği eğitimi almayan hemşirelerin iş yükü ölçek puanları eğitim alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazladır. ($p<0,05$) Hasta güvenliği ile ilgili eğitime ihtiyacı olduğunu düşünenlerin iş yükü ölçek puanları eğitim ihtiyacı olmadığını düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$) Hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulmayanların iş yükü ölçeğinden aldığı puanlar yeterli bulanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur. ($p<0,05$)

31-39 yaş grubu hemşirelerin iş doyumundan aldıkları puanlar 30 ve altı yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derece daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$). Aydemir'in yapmış olduğu çalışmada Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği İş Doyumu toplam puanı ile yaş arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Balık'ın yapmış olduğu çalışmada iş doyumunu alt ölçeği ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Meslekte toplam çalışmaları 16 yıl ve üstü olan hemşirelerin iş doyumundan aldıkları toplam puanlar, 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 6-10 yıl olan hemşirelerin iş doyumundan aldıkları toplam puanlar, 0-1 yıl, 2-5 yıl, 11-15 yıl, 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Aydemir'in yapmış olduğu çalışmada Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği İş Doyumu toplam puanı ile çalışma yılı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Balık'ın yapmış olduğu çalışmada iş doyumu alt ölçeği ile çalışma yılları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Araştırmamızda işte hissedilen stres alt boyutundan alınan ortalama puanının 19,6 olduğu görülmektedir. Balık'ın yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin puan ortalamasının $15,80 \pm 3,84$ olarak bulunmuştur.

31-39 yaş grubu hemşirelerin işte hissedilen stresten aldıkları puanlar 30 yaş ve altı, 40 ve üzeri yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derece daha fazla bulunmuştur ($p < 0,05$). Balık'ın yapmış olduğu çalışmada 21 yaş ve altındaki hemşirelerin, 22 ve 30 yaş arasındaki hemşirelerden stresi tanımlama puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Aydemir'in yapmış olduğu çalışmada hasta Güvenliği Tutum Ölçeği Stresi Tanılama alt boyut ortanca puan değerinin hemşirelerin çalışma yılı ($p=0,214$), çalışma statüleri ($p=0,265$), çalışma şekilleri ($p=0,876$), çalıştıkları servisten memnun olma durumu ($p=0,830$) ve mesleğini sevme durumlarına ($p=0,990$) göre farklılık göstermediği belirlenmiştir.

Kurumda 16 yıl ve üstü çalışanların ekip çalışması puanları 11-15 yıl arasında çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 6-10 yıl olan hemşirelerin ekip çalışmasından aldıkları toplam puanlar, 0-1 yıl, 2-5 yıl, 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 2-5 yıl olan hemşirelerin ekip çalışmasından aldıkları toplam puanlar, 11-15 yılları arasında çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 16 yıl ve üzeri olan hemşirelerin ekip çalışmasından aldıkları toplam puanlar, 0-1 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 yılları arasında çalışan hemşirelerin aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Uzun yıllar aynı kurumda ve pozisyonda çalışmaya bağlı olarak yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilmektedir. Balık'ın yapmış olduğu

çalışmada ekip çalışması alt boyutundan aldıkları puanlar ile çalışma yılları arasında bir fark bulunamamıştır.

Kurumda 16 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin meslekteki memnuniyet düzeyleri 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 yıl arası çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi 16 yıl ve üzeri olan hemşirelerin meslekteki memnuniyet düzeyleri 2-5 yıl arası çalışan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Uzun yıllar çalışır olmak meslekte memnuniyet düzeyini arttırdığı görülmektedir.

8.4.Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanı ve Alt boyutları ile İşte Hissedilen Stres, Ekip Çalışması, İş Doyumu, İş yükü Puanlarının İlişkisi

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden aldıkları toplam ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 7'de gösterilmiştir. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puan ortalaması $2,96\pm 0,30$ 'dir. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Bakım ve Teknoloji alt boyut puan ortalaması $3,02\pm 0,44$, Çalışan Davranışı alt boyut puan ortalaması $2,94\pm 0,39$, Çalışan Eğitimi alt boyut puan ortalaması $3,06\pm 0,42$, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama alt boyut puan ortalaması $2,86\pm 0,41$ ve Yönetim ve Liderlik alt boyut puan ortalaması $2,89\pm 0,29$ 'dir, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği toplam puan ortalaması 4,00'e yakın olmakla birlikte ölçek puan ortalamasının 4'e doğru yükselmesi olumlu hasta güvenliği kültürüne, 1'e doğru azalması ise olumsuz hasta güvenliği kültürüne işaret etmektedir.

Ekip çalışması, işte hissedilen stres, iş doyumu ve iş yükünün, hasta güvenliği kültürü üzerine etkisini belirlemeden önce, ekip çalışması, işte hissedilen stres, iş doyumu ve iş yükünün, hasta güvenliği kültürü arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Bu amaçla Spearman Korelasyon Analizinden faydalanılmıştır. Yaklaşık aralıklı/aralıklı ölçekle elde edilmiş, normal dağılım varsayımı ve veri çiftleri arasında bir bağıntının olduğu varsayımını gerektirmeyen veri çiftlerinde X ve Y arasındaki ilişkiyi (birlikte değişim) belirlemede Spearman Korelasyon Analizinden yararlanılmaktadır, Korelasyon analizi sonucunda hesaplanan "korelasyon katsayısı" "r" ile gösterilir ve -1 ile +1 arasında bir değer alır. Katsayının (+1) olması iki değişken

arasında tam bir pozitif ilişki olduğunu katsayının (-1) olması ise iki değişken arasında tam bir negatif ilişki olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 13’de görüldüğü gibi ekip çalışması, işte hissedilen stresi iş doyumunun hasta güvenliği kültürüyle pozitif yönde doğrusal bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. Korelasyon katsayısının büyüklük bakımından yorumlanmasında üzerinde anlaşılan bir aralıktan söz edilemese de, mutlak değer olarak 0.70-1.00 arası “yüksek”, 0.30-0.70 arası “orta”, 0.01-0.30 arası “düşük” düzeyde bir ilişkiyi göstermektedir. Buna göre, ekip çalışması ve iş doyumunu ile hasta güvenliği kültürü arasında “orta” düzeyde bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. İşte hissedilen stres ile hasta güvenliği kültürü arasında “düşük” düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ile iş yükü, algılanan stres, ekip çalışması ve iş doyumunu arasında ilişki incelendiğinde; Ekip çalışması ve iş doyumunu ile alt boyutlar arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. ($p=,000$) Ekip çalışması ve beklenmedik olay ve raporlama arasında “düşük” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmaktadır. ($r=,268$) Ekip çalışması ve bakım ortamı arasında “orta” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmaktadır. ($r=,316$) Ekip çalışması ve çalışanların eğitimi arasında “orta” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmaktadır. ($r=,332$) Ekip çalışması ve çalışan davranışı arasında “orta” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmaktadır. ($r=,333$) Ekip çalışması ve yönetim ve liderlik arasında “orta” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmaktadır. ($r=,544$) İş doyumunu ile bakım ortamı arasında “düşük” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmıştır. ($r=,261$) İş doyumunu ile çalışanların eğitimi arasında “düşük” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmıştır. ($r=,186$) İş doyumunu ile beklenmedik olay ve raporlama arasında “düşük” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmıştır. ($r=,254$) İş doyumunu ile yönetim ve liderlik arasında “orta” düzeyde ilişki olduğu anlaşılmıştır. ($r=,509$)

Hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörlerin incelenmesi ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar verilmiştir. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

- Kurumlarda periodik aralıklarla hasta güvenliği kültürünün ölçülmesinin sağlanması mevcut durumun değerlendirilmesi ve ilgili iyileştirme çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

- Hasta güvenliği kültürüne etki eden faktörler belirlenerek, olumlu durumların teşvik edilmesi, olumsuz etkilerin azaltılmasına yönelik geliştirme projelerinin yapılması sağlanmalıdır.

-Hasta güvenliği kültürünün kurumlarda oluşturulması ve yaygınlaştırılması için hemşirelerin aktif rol alması sağlanmalıdır.

- Hasta güvenliği kültürü çalışmalarının Türkiye’de yer alan hastanelerde özellikle kırsal bölgelerde yapılarak hasta güvenliği kültürünün profilinin çıkarılması çalışmaları yapılmalıdır.



Tablo 15: Sonuç Tablosu

SONUÇ TABLOSU	
Yaş grupları arasında hasta güvenliği kültürü ölçek puanı ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ø
Cinsiyete göre hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanları, Yönetim ve liderlik, Çalışan davranışı, beklenmedik olay ve raporlama alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ø
Cinsiyete göre çalışanların eğitimi ve bakım ortamı alt boyutlarından alınan puanlar incelendiğinde anlamlı farklılık vardır.	+
Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, çalışan davranışı, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyutları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ø
Hemşirelerin yönetim ve liderlik alt boyutundan aldıkları puanlar ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmuştur	+
Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre beklenmedik olay ve raporlama alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	+
Hemşirelerin kurumda çalışma yıllarına göre hasta güvenliği toplam ölçek puanları, yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, çalışan eğitimi, bakım ortamı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	+
Hemşirelerin kurumda çalışma yıllarına göre beklenmedik olay ve raporlama alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak fark vardır.	Ø
Hemşirelerin meslekte toplam çalışma süresi ile hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanları, yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, çalışan eğitimi, bakım ortamı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak fark vardır.	+
Hemşirelerin meslekte toplam çalışma yıllarına göre beklenmedik olay ve raporlama alt boyutundan alınan puanlar arasında istatistiksel olarak fark vardır.	Ø
Hemşirelerin bulunduğu pozisyonda çalışma yıllarına göre hasta güvenliği kültürü ölçek toplam puanı ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	+
Hemşirelerin oryantasyon eğitimi alma durumlarına göre hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanı, beklenmedik olay ve raporlama, çalışan eğitimi ölçek alt boyutları arasında anlamlı bir fark vardır.	+

Tablo 15: Sonuç Tablosu- Devam

SONUÇ TABLOSU	
Hemşirelerin oryantasyon eğitimi alma durumlarına göre yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, bakım ortamı alt boyutları puanları arasında anlamlı bir fark vardır.	Ø
Hemşirelerin hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına göre yönetim ve liderlik, beklenmedik olay ve raporlama, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı puanları arasında anlamlı bir fark vardır.	+
Hemşirelerin hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına göre hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir fark vardır.	Ø
Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili daha önceden aldıkları eğitimi yeterli bulma durumları ile yönetim ve liderlik, beklenmedik olay ve raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı ve hasta güvenliği toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır	Ø
Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili daha önceden aldıkları eğitimi yeterli bulma durumları ile çalışan davranışı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır	+
Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili eğitime ihtiyacı olma durumu ile yönetim ve liderlik, beklenmedik olay ve raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı ve hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ø
Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili eğitime ihtiyacı olma durumları ile çalışan davranışı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır	+
Hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yeterli bulma durumu ile yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı ve hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ø
Hemşirelerin çalışam hayatı boyunca hasta güvenliğini riske sokacak hata yapma durumları ile hasta güvenliği kültürü ölçek toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ø

Tablo 15: Sonuç Tablosu- Devam

SONUÇ TABLOSU	
Hemşirelerin ekip arkadaşlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak herhangi bir hatasını görme durumlarına göre hasta güvenliği kültürü toplam ölçek puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.	Ø
Hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili bir hata ile karşılaştığınızda raporlama yapma durumu ile yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, çalışanların eğitimi, bakım ortamı ve hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark vardır.	+
Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili bir hata ilae karşılaştığında raporlama yapıyor olma durumu ile beklenmedik olay ve raporlama alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistikse olarak anlamlı bir fark vardır.	Ø
Ekip çalışması ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişki vardır.	+
İşte Hissedilen Stres ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişki vardır.	+
İş Doyumu ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişki vardır.	+
İş Yüğü ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişki vardır.	Ø

9. KAYNAKLAR

1. Agho, C. Mueller, J. Price, Determinants of Employee Job Satisfaction: An Empirical Test of a Causal Model. *Human Relations*,1993; 46 (4): 1007-1027.
2. Kristof, Person-Organization Fit: An Integrative Review of its Conceptualizations, Measurement, and Implications. *Personnel Psychology*,1996; 49 (1): 1-29.
3. Adıgüzel, O. Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2010; 28:1-9.
4. Akman Balçık, A. Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta güvenliği Kültürü İle İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Ahmet Köse).
5. Alcan, Z., Tekin Eren, D., Civil Özbucak, S. Hasta Güvenliği Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü. *Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul; 2012, s: 169.
6. Al-Kandari F, Thomas D. Adverse nurse outcomes:correlation to nurses' workload, staffing, and shift rotation in Kuwaiti hospitals. *Applied Nursing Research* 2008; 21:139-146.
7. Avcı, Göçmen, G., Türker, S., Çifçi, M., Sürücü, Ş. Yoğun Bakım Hemşirelerin İş Yükünün Belirlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi* 2013;4:21-24.
8. Aygin, D., Cengiz, H. İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2011; 45 (3): 110-114.
9. S.Aytaç, "İş Yerindeki Kronik Stres Kaynakları, İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, C.4, S.1, İstanbul, 2006, s:3
10. Kirkman, B. Rosen, A Model of Teamwork Empowerment. *Research in Organizational Change and Development* 1997; 10 (1):131-167.
11. Baker, M., Thomson, R., Sandars, J., John Sandars. Learning from threats to patient safety. InÇ Gary Cook (ed). *ABC of Patiency Safety*. Singapore:Blackwell Publishing; 2007, s: 29-33.
12. Bal, Demirgöz, M. Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsangücü Planlama Yaklaşımları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi* 2014;3 (3):148-154.

13. Balanuye B. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yükünün Hasta Güvenliğine Etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Azize Karahan).
14. Başaran, İE. Örgütsel Davranış, İnsanın Üretim Gücü (3. Baskı). Ankara: Feryal Matbaası;2000, s:145-180.
15. Benson, A. Creating a culture to support patient safety. The contribution of a multidisciplinary team development programme to collaborative working, Z.Evid.Fortbild.Qual.Gesundh 2010;104:10-17.
16. Buchbinder, SB, Thompson, JM."Teamwork,Introduction to Health Care Management"", Jones and Bartlett, USA, 2007,303-322.
17. Bulun, M. Hasta Güvenliği İyi Uygulamalar 1. 1. Baskı. Ankara; 2009, s:187.
18. Can, A., İbicioğlu, H.Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakülte Dergisi 2008; 13 (3):253-275.
19. Cerit. K. Hemşirelerin İş Doyumlarını Belirleyen Faktörler: Örgüt İklimi, Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İzmir (Danışman: Doç.Dr. Şeyda Seren).
20. Cordova PB, Lucro RJ, Hyun S, Quinlan P, Price KMPH, Stone PW. Using the nursing Interventions classification as a potential measure of nurse workload. J Nurs Care Qual 2010; 25 (1):39-45.
21. Çakmakçı, M. Akalın, E. Hasta Güvenliği Türkiye ve Dünya; 2010, s:11-19.
22. Çelen Ö. Ekip Çalışması Etkinliğinin İş Tatmini ve Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastaneinde Bir Uygulama. Gülhane Askeri Tıp Akademisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Ankara (Danışman: Doç.Dr. Abdülkadir Teke).
23. Çelen, Ö., Teke, A., Cihangiroğlu, N.Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Düzeylerinin İncelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2014;56 (2): 85-92.
24. Çelik, A., Karaca, A. Hemşirelerde Ekip Çalışması ve Motivasyon Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2017;14 (4):254-263

25. Çırpı, F., Merih Doğan, Y., Kocabey Yaşar, M. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2(3):27-33.
26. Durmuş, S., Günay, O. Hemşirelerde İş Doyumu ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. Erciyes Tıp Dergisi 2007;29(2):139-146.
27. Dursun, S., Bayram, N., Aytaç, S. Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama, Celal Bayar Üniversitesi S.B.F 2010; 8(1):1-14.
28. Er, F., Altuntaş, S. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Durumları ve Nedenlerine Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi 2016;3 (3):133-139.
29. Eren,E. Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, Genişletilmiş Altıncı Baskı, İstanbul, Beta Basım; 2000.
30. Erdağı, S. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,2013, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Nadiye Özer)
31. Ergenoğlu, S., Aytuğ, A.Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi. YTÜ Mimarlık Fakültesi Dergisi 2007; 2(1): 44-63.
32. Ginsburg L., Gilin, D., Tregunno, D., Norton, P.G., Flemons, W., Fleming, M. Advancing Measurement Of Patient Safety Culture. HSR:Health Service Research 2009; 44(1):205-224.
33. Grant, M.J.C., Donaldson, A.E., Larsen, G.Y.: The Safety Culture in a Children's Hospital, Journal of Nursing Care Quality 2006;21(3):223-229.
34. Gündoğdu, S., Bahçeçik, N. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15(2):119-128.
35. Huang, D.T., Clermont, G., Sexton, J.B., Carlo, C.A., Miller R.G., Weissfeld, L.A., Rowan, K.M., Angus, D.C.:Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution, Critical Care Medicine 2007; 35 (1): 165-176.

36. Işık, O., Akbolat, M., Çetin, M., Çimen, M. (2012). Hemşirelerin Bakış Açısıyla Tıbbi Hataşarın Değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2012;11(4):421-430.
37. İntepeler, Ş., Dursun, M. (2012). Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15(2):129-135.
38. JCI: Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital. Illinois:JCI; 2008. s: 31-35.
39. Kaçan, Yüksel, C., Örsal, Ö., Köşgeroğlu, N. Hemşirelerde İş Doyumu Düzeyinin İncelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2016;18(2-3):1-12.
40. Karaca, A., Arslan, H. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2014;1(1): 9-18.
41. Karacaoğlu, K. İş Yükü ve Rol Belirsizliğinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Etkisi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi 2015;5:46-69.
42. Kavuncubaşı, Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000, s:325-333.
43. Koç, RŞ. Sağlık Çalışanlarında İş Stresi: Acil Servis Örneği. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009. İstanbul (Danışman: Yrd.Doç. Dr. Haluk Tanrıverdi).
44. Kohn, LT., Corrigan, JM., Donaldson, MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press; 2010, s: 26.
45. Korkmaz, O. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Yöneticilerin Tutumunu Algılayışı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2012;14(4):91-112.
46. Kundak, Z., Taş, Üzel, H., Keleş, A., Eğicioğlu, H. Bir Üniversitesi Hastanesinde Hemşirelik Mesleğinde İş Tatmini ve Motivasyon. Kocatepe Tıp Dergisi 2015;16:1-10
47. Kurutkan, M., N. Hasta Güvenliği Çözümleri Bir Uygulama Rehberi Denemesi, Ankara; 2009, s:42.

48. Lafçı, D., Pehlivan,S., Demiray, G.Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi 2016; 3(2):55-64.
49. Locke, E. A. The nature and causes of job satisfaction. In: Dunnette MD, editor. Handbook of Industrial and Organizational Psychology. New York: John Wiley & Sons;1983, p:1297-1349.
50. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiol Scand 2008.
51. Misener TR, Haddock KS, Gleaton JU, Abu Ajamieh AR. Toward an international measure of job satisfaction. Nurs Res 1996; 45: 87.91.
52. Morath JM, Turnbull JE.To Do No Harm: Ensuring Patient Safety in Health Care Organizations. San Francisco:Jossey-Bass;2005, s:267.
53. Nagamine, J.: Principle of good teamwork, Sylvia McKean, Adrienne L.Bennett, Lakshmi Halasyamani (Ed.) Hospital Medicine:Just The Facts, McGraw-Hill, USA, 2008.
54. Nieva VF., Sora, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Quality and Safe Health Care 2003;12: 17-23.
55. Ögüt, A., Kaya, D. Sağlık Kurumlarında Ekip Çalışması. Selçuk Üniversitesi Kadınhan Faik İçil Meslek Yüksekokulu Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi 2011;1(1): 87-95
56. Özata, M., Altuncan, H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi:Konya Örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi 2010;8(2):100-111.
57. Özata,M., Aslan,Ş., Arslaner, Ş. Kamu ve Özel Sektöre Ait Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumunun Değerlendirilmesi. V. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi Bilimsel Kitabı;2007, s:77-81.
58. Özgener, Ş., Küçük, F. Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama.Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2008;19:543.
59. Özkan,Ö, Emiroğlu, ON. Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği,C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006;10(3).

60. Özkoç, Ö. Hastanelerde İşgücü Verimliliğini Etkileyen Faktörler ve Çalışanların İş gücü Verimliliği Konusundaki Tutumlarını Ölçmeye Yönelik Özel bir Hastanede Yapılan Araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,2005, İstanbul (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Lale Tüzüner).
61. Özsayın Susam, F., Gierbergen Van Yavuz, M. Hemşireler İçin Güvenli Etkin İstihdamın Geliştirilmesi, Sürdürülmesi ve İş Yükü Planlamalarında Kanıt Temelli Uygulamalar. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018;34 (1): 118-132.
62. Öztürk Şahan, N., Akbulut, Y.Hemşirelerin İş Gücü Verimliliğini Etkileyen Örgütsel Faktörler Konusundaki Tutumlarının Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi 2011;10 (1):19-30.
63. Provonost, P.J., Berenholtz, S.M., Goeschel, C., Thom, I., Watson, S.R., Holzmueller, C.G., Lyon, J.S., Lubomski, L.H., Thomson, D.A., Needham, D., Hyzy, R., Welsh, R., Roth, G., Bander J., Morlock, L., Sexton, J.B.: Improving patient safety in intensive care units in Michigan, Journal of Critical Care 2008; 23: 207-221.
64. R. Chet, A. Ryan, R. Schmeider, L. Parra, P. Smith, The Relation Between Job Level Nd Job Satisfaction. Group and Organization Management 1998; 23(4): 470-495.
65. Rızalar, S., Büyük Tural, E., Şahin, R., As, T, Uzunkaya, G. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2016; 9(1): 9-15.
66. S. Pool, The Relationship Of Job Satisfaction With Substitutes Of Leadership, Leadership Behavior, and Work Motivation. The Journal of Psychology 1997;13 (2): 271-283.
67. Seren İntepeler, Ş., Güneş, N., Bengü, N., Yılmazmış, F. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Kurumsal Bağlılıklarındaki Değişim, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014;7(1):2-6.

68. Singer, S., Meterko, M., Baker, L., Gaba D., Falwell, A. Workforce perceptions of hospital safety culture: Development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. HSR:Health Services Research 2007;42(5):1999-2021.
69. Somyürek, N., Uğur, E. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturma:Hemşire Gözüyle Tıbbi Hatalar. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi 2016; 3-1 (3):1-7.
70. T.C. Sağlık Bakanlığı, Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, 29 Nisan 2009. Sayı:27214, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
71. Taşkiran, N., Sarı, D. Hasta Güvenliği Açısından Önemli Bir Sorun:Hasta Teslimi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2017;14 (1): 93-97.
72. Tilev, S., Beydağ, K.D. Hemşirelerin İş doyumunu Düzeyi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2015;1 (3):139-147.
73. Top, M. Hekim ve Hemşirelerde Örgütsel Bağlılık, Örgütsel Güven ve İş Doyumu Profili. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi 2012;41(2): 258-277.
74. Tosun, N. Sağlık Ekibinin Karar Verme Sürecinde Hemşirenin Rolü, İ.Hakkı Koçar, Selahattin Erikçi, Yavuz Baykal (Ed.), İç Hastalıklarında Karar Verme, GATA Basımevi, Ankara, 2002, s: 117-122,
75. Tütüncü, Ö., Yağcı, K., Küçükusta, D.Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon:Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2006;8 (4):286-302.
76. Ulusoy Çetinkaya, E., Alpar Ecevit, Ş. Hemşirelerde Meslektaş Dayanışmaı ve İş Doyumu ile İlişkisi. F.N. Hemşirelik Dergisi 2013; 21(3):154-163.
77. Vural, F., Aydın, A., Fil, Ş., Torun, S., Vural, B. Bir Devlet Hastanesinde Yatan Hastalarda Memnuniyete Etki Eden İki Önemli Faktör: İletişim ve Hasta Güvenlik Kültürü, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;4(3): 335-346.
78. Yang CC, Wang YS, Chang ST, Guo SE, Huang MF. A study on the leadeship behavior, safety culture, and safety performance of the healthcare industry.

World Academy of Science, Engineering and Technology 2009; 53: 1148-1155.

79. Yazıcı, Özvek, S., Kalaycı, I. Hemşirelerin Çalışma Ortam ve Koşullarının Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi 2015; 3 (3):379-383.



10. Ekler

Ek-1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

“Hasta Güvenliği Kültürü Algısı ile Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Analizi” isimli çalışma hemşireler hasta güvenliği kültürü algıları ve güvenlik algılarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı- kesitsel olarak planlanmıştır. Bu çalışmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı ve etkileyen faktörler saptanmaya çalışılacaktır. Hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörlerin bilinmesi ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesi düzeltici faaliyetlerin planlanmasında ve uygulanmasında önemli bir yer teşkil etmektedir.

Sizden 10-15 dakikalık bir süre ayırarak bu anket formunda yer alan soruları size en uygun cevapları seçerek doldurmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir ya da çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Araştırmanın sizi etkileyebilecek herhangi bir riski bulunmamaktadır. Vereceğiniz bilgiler bilimsel amaçlı kullanılacak, şahsa ait bilgiler resmi ya da gayriresmi kuruluşa verilmeyecektir. Katıldığınız için teşekkürler.

Nurten SÜTCÜ

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hastane İşletmeciliği Anabilimdalı Yüksek Lisans Öğrencisi

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih:

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih:

Nurten Sütçü

Marmara Üniversitesi Hastane İşletmeciliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih:

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih:

Ek-3

ANKET FORMU

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyet

() Bayan () Erkek

3. Eğitim Durumu

() Lise () Önlisans () Lisans () Lisans Üstü () Doktora

4. Çalıştığınız kurumdaki göreviniz

() Servis Hemşiresi

() Poliklinik Hemşiresi

() Yoğun bakım Hemşiresi

() Acil Servis Hemşiresi

() Ameliyathane Hemşiresi

() Sorumlu Hemşire

() Diğer

5. Çalışma şekliniz

() Sürekli gündüz () Sürekli gece () Gündüz ve gece vardiyalı

6. Bulduğunuz pozisyondaki çalışma yılınız.....

7. Kurumda Toplam çalışma yılınız.....

8. Meslekte toplam çalışma yılınız.....

9. Günlük bakım verdiğiniz ortalama hasta sayısı :.....

10. İşe başlarken oryantasyon eğitimi aldınız mı?

() Evet () Hayır

11. Haftalık çalışma saatleriniz

() 39 saat () 40-49 saat () 50 saatten fazla

12. Hasta güvenliği ile ilgili daha önce eğitim aldınız mı?

() Evet () Hayır

13. Hasta güvenliği ile ilgili aldığınız eğitim sizce yeterli miydi?

() Evet () Hayır

14. Hasta güvenliği ile ilgili eğitime ihtiyacınız var mı?

() Var () Yok

15. Hasta güvenliği ile ilgili eğitime ihtiyacınız var ise; hangi konularda eğitime ihtiyacınız var? (birden cok Őeĉenek işaretleme yapabilirsiniz)

- Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- Güvenli ilaĉ uygulamaları
- Transfüzyon Güvenliği
- Güvenli Cerrahi uygulamalar
- Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
- İletişim
- Radyasyon Güvenliği
- Tıbbi cihaz güvenliği

16. Kurumunuzda hasta güvenliğine yönelik ĉalıŐmalar var mı?

- Evet
- Hayır

17. Hasta güvenliğine yönelik uygulamalar sizce yeterli mi?

- Evet
- Hayır

18. ĉalıŐma hayatınız süresince hasta güvenliğini tehlikeye sokacak en az bir hatanız oldu mu?

- Evet
- Hayır

19. ĉalıŐma hayatınız süresince ekip arkadaşlarınızın hasta güvenliğini tehlikeye sokacak herhangi bir hatasını gördünüz mü?

- Evet
- Hayır

20. Hasta güvenliği uygulamalarıyla ilgili bir hata ile karşılaştığınızda raporlama yapıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

21. Tıbbi hatalar ile karşılaşıldığında raporlama yapılmamasının nedenleri neler olabilir? ? (Birden fazla Őeĉenek iŐaretleyebilirsiniz)

- Cezalandırılma korkusu
- Hata olarak nitelendirilmemesi
- İŞ yoğunluğu
- İŞ arkadaşları tarafından dışlanma
- Raporlama sonrası geri bildirim olmaması
- Hatanın sicile işlenmesi
- Diğer.....

22. Size göre hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir

- Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması
 Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres
 İletişim bozulukları
 Ekip çalışmasının olmaması
 Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapıda olması
 Mesleki eğitimin yetersiz olması
 Tıbbi kayıtların düzenli olarak kaydedilmemesi
 Yeterli cihaz ve donanımın olmaması
 Diğer.....

23. Hasta güvenliğini tehdit eden olayların önlenmesi için öneriniz nelerdir?

.....
.....

24. Sizce Ekip çalışmasının hasta güvenliğine etkisi var mıdır?

- Evet Hayır

25. Evet ise cevabınız etkisini açıklar mısınız?

.....
.....

26. Sizce İş yükünün hasta güvenliğine etkisi var mıdır?

- Evet Hayır

27. Evet ise cevabınız etkisini açıklar mısınız?

.....
.....

28. İşte hissettiğiniz stresin hasta güvenliğine etkisi var mıdır?

- Evet Hayır

29. Evet ise cevabınız etkisini açıklar mısınız?

.....

30. Meslekteki memnuniyet düzeyiniz:

- Hiç memnun değilim ()
Memnunu değilim ()
Kararsızım ()
Memnunum ()
Çok memnunum ()

HASTA GÜVENLİĞİ TUTUM ÖLÇEĞİ- İŞ YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerden düşüncenizi en iyi yansıtan seçeneğe işaretleme yapınız.					
	TAMAMEN KATILYORUM	KATILYORUM	KISMEN KATILYORUM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
Performansım hakkında geri bildirim alırım(bilgilendirilirim)					
Hastane yönetimi işini iyi yapar.					
Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.					
Bu hastane, problemlili doktor ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenir.					
Bu birimde, hemşirelerin fikirlerine değer verilir.					
Bu hastanede çalışmaktan gurur duyarım.					
Bu birimdeki tıbbi ekipman- donanım yeterlidir.					
Bu birimdeki personelin düzeyi, hasta sayısını karşılamak için yeterlidir.					
Bu birimde karar verilirken, ilgili personelden elde edilen verilerden yararlanılır.					
Hastanede, işimi etkileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.					
Hastalara bakım verirken, ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardım eder.					
Bu birimde çalışanlar, anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.					
Bu birimde ahlaki (etik) değerler yüksektir.					
Acil durumlarda diğer personelin ne yapacağını bilirim.					
Bu birimde görüş farklılıkları hasta yararı (kimin haklı olduğundan çok hastalar için neyin iyi olduğu gibi) dikkate alınarak çözülür.					
Gerçekten profesyonel olan çalışanlar, kişisel problemlerini işine yansıtmaz					
Bu hastanede, çalışanlar arasında ekip çalışması ve iş birliği desteklenir.					
Hasta güvenliği ile ilgili sorun olduğunda, bunu rapor etmem konusunda meslektaşlarım tarafından cesaretlendirişim.					
Bu birimde, diğerlerinin hatalarından öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.					
Diğer personelin hastaya zarar verebilecek hatalar yaptığını gördüm.					
Bu birimde hasta güvenliği mile ilgili sorular sormak için uygun yolları bilirim.					
Bu birimde doktor hemşireler uyumlu bir ekip olarak çalışır.					

Aşağıdaki ifadelerden düşüncenizi en iyi yansıtan seçeneğe işaretleme yapınız.

	TAMAMEN KATILYORUM	KATILYORUM	KISMEN KATILYORUM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
Acil durumlardaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler					
Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yoğunluğum, performansımı olumsuz etkiler.					
Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres, performansımı olumsuz etkiler					
Yorgun olduğumda, işimden daha az etkin olurum.					
Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersem, bunu dile getirmem zordur.					
Bu birimde, hizmetin aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır.					
İşimden benden talep edilenler kapasitemin üstünde					
İş yüküm oldukça ağır					
İşim hafta sonaları ve akşamları da çalışmamı gerektiriyor.					
İş yüküm beni aşıyor					
İşlerimi yetiştirebilmek için özel hayatımdan fedakarlık yapmam gerekiyor					
Normal iş saatleri içinde işlerimi bitirmekte zorlanıyorum					
İşlerimi rahat ve zamanında yetiştirebiliyorum					
Yaptığım iş bilgi ve beceri seviyemin üzerinde					
İş yükümün ve aldığım sorumlulukların altında eziliyorum					
İşim çok ve uzun saatler çalışmamı gerektiriyor					
Şu anda çalıştığım pozisyon çok fazla işle ve kişiyle uğraşmamı gerektiriyor.					

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerden düşüncenizi en iyi yansıtan seçeneğe işaretleme yapınız.	KESİNLİKLE KATILYORUM	KATILYORUM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
Tepe Yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.				
Sunulan tüm hizmetler, hasta güvenliği açısından değerlendirilir.				
Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır.				
Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır.				
İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (isim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır.				
Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır.				
Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömoni oranları, düşmeler vb. göstergelerden yararlanılır.				
Hasat güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb göstergelerden yararlanılır.				
Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir.				
Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate alınır.				
Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.				
Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme çalışılır.				
Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.				
Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreci kullanılır.				
Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.				
Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.				
Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.				
Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir.				
Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder.				
Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandırmada meslektaşları tarafından cesaretlendirilir.				
Çalışanlar hatalar oluştuğunda hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır.				
Çalışanlar, hasta güvenliği konusunda kurumsal hedefleri bilir.				
Çalışanlar, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır.				
Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır.				

Aşağıdaki ifadelerden düşüncenizi en iyi yansıtan seçeneğe işaretleme yapınız.	KESİNLİKLE KATILYORUM	KATILYORUM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
Çalışanlar, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır.				
Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır.				
Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır.				
Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır.				
Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır.				
Tüm çalışanlar (tüm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme) katılır.				
Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.				
Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.				
Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.				
Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.				
Hasta güvenliği raporlarından ele edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.				
Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.				
Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir.				
Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır.				
Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.				
Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay- hataları tanımlama ve raporlama süreçleri, vb) eğitimler düzenli olarak verilir.				
Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.				
Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.				
Hasta güvenliği eğitim programlarında, isim vermeden gerçek olay raporlarından yararlanır.				
Kurumumuzun fiziksel yapısı, hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.				
Mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde, hasta güvenliği kriterleri göz önüne alınır.				
Kurumumuzun tümünde kullanılan malzeme, cihaz ve teknolojiler standardize edilmiştir.				
Kurumumuzda tüm tıbbi kayıtlar elektronik ortamda tutulur.				
Tıbbi malzeme ve ilaçlar için barkodlama sistemleri kullanılır.				
Kurumumuzda kullanılan tüm alet ve ekipmanın bakımı (kalibrasyonu, ayarı) düzenli olarak yapılır.				
Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır.				
Kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınır.				

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Nurten	Soyadı	Sütcü Çiçek
Doğum Yeri	Bartın	Doğum Tarihi	16.02.1988
Uyruğu	T.C.	Tel	05377161512
E-mail	sutcunurten@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2010
Lise	Turgut Işık Sağlık Meslek Lisesi- Hemşirelik	2006

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Acil Servis Hemşiresi	Amerikan Hastanesi	2010-2014
Acil Servis Ekip Lideri Hemşire	Koç Üniversitesi Hastanesi	2014-2015
Transfüzyon Eğitim Hemşiresi	Koç Üniversitesi Hastanesi	2015-Halen

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

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word, Excel, Power Point	Çok İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

Bilimsel faaliyetler

Konuşmacı Olduğu Bilimsel Toplantılar/Sempozyumlar

1. Hemovijilans Nedir?, Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Kan Bankacılığı ve Transfüzyon Tıbbı Konferansı, 10 Nisan 2018, İstanbul.
2. Hemovijilans Uygulamaları, Eğitim Materyali Hazırlarken Kullanılan Kaynaklar Neler Olmalıdır?, TKMTD Söyleşi Günleri, 5 Temmuz 2018, İstanbul.
3. Hemovijilans Hemşireliği=Yeni Özel Dal, 1. Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi, 25-28 Kasım 2018, Antalya.

4. Hemşireliği Güçlendirmede Genç Rol Modeller, Arel Üniversitesi Hemşirelik Haftası Sempozyumu, 6 Mayıs 2019, İstanbul.

Hakemli Konferans/Sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

1. Tuğba Pehlivan, Nurten Sütçü, Zeynep Dörtbudak, Ayşecan Terzioğlu. Diyabet ile Yaşamak: Diyabet Hastalarının Hastalık Anlatılarında Sağlık, Hastalık ve Tıp Sektörü 16.Sosyoloji Öğrencileri Kongresi (Sözlü Sunum). Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van April 26-28, 2010.
2. Nurten Sütçü. Plazma Değişimi Yapılan Hastaların Özellikleri ve Hemşirelik Bakımı: 12 Olgu Değerlendirmesi. 11. Aferez Kongresi (Poster). İstanbul Kasım 3-6, 2015.
3. Nurten Sütçü, Murat Zehir, Serhan Kalan, Erman Öztürk, Olga Meltem Akay, Mustafa Çetiner, Burhan Ferhanoglu. Tromboz ile Başvuran Dirençli TTP olgusunda Rituksimab Tedavisi: Olgu Sunumu. 11. Aferez Kongresi (Poster). İstanbul Kasım 3-6, 2015.
4. Nurten Sütçü, Ayfer Arduç Akçay, Murat Zehir, Serhan Kalan , Ebru Üstünel, Demet Demirkol. Guilliane barre Sendromunda tarepötik Plazma değişimi Etkin mi?. 13. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Kongresi (Poster), Ekim 5-8, 2016.
5. Nurten Sütçü, Bilgen Özlük. Koç Üniversitesi Hastanesi Transfüzyon Süreci ile ilgili İyileştirme Çalışması. 10. Ulusal Kan Merkezleri ve Transfüzyon Tıbbi Kongresi (Poster), 12-16 Mart 2017, Antalya
6. Nurten Sütçü Çiçek, Olga Meltem Akay, Bilge Emine Dikenelli. Transfüzyon Reaksiyonlarının Geriye Dönük İncelenmesi ve Maliyet Analizi. 11.Ulusal Kan Merkezleri ve Transfüzyon Tıbbi Kongresi (Poster), 11-15 Mart 2018, Antalya.
7. Nurten Sütçü Çiçek. Hemovijilans Hemşireliği Uygulamalarının İncelenmesi. 11.Ulusal Kan Merkezleri ve Transfüzyon Tıbbi Kongresi (Poster). 11-15 Mart 2018, Antalya.
8. Nurten Sütçü Çiçek. Hemovijilans Hemşiresi Tarafından İzlenen Transfüzyon Uygulamalarının Değerlendirilmesi ve İyileştirme Çalışmaları. 12. Ulusal Kan Merkezleri ve Transfüzyon Tıbbi Kongresi (Sözlü Sunum). 10-14 Mart 2019, Antalya
9. Ebru Yıldırım, Ergin Yüksek, Murat Zehir, Serhan Kalan, Yunus Ocak, Gülçin Köse, Özge Baykan, Kübra Karakuş, Nurten Sütçü Çiçek, Bilge Emine Dikenelli. Elektif Cerrahide Kan Kullanımı-Gereksinimler, İstek ve

Transfüzyon Pratiği. 12. Ulusal Kan Merkezleri ve Transfüzyon Tıbbi Kongresi (Sözlü Sunum). 10-14 Mart 2019, Antalya

Diğer Yayınlar

1. Travma : Acil Servis Yönetimi, ed.C. Aktaş, B. Ekçi, 557-574, Bölüm Adı : (Travmada Hemşirelik Hizmetleri) (2017)., Sütcü Nurten, Yeditepe Üniversitesi Yayınevi, Türkçe (Ders Kitabı)

