



T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNDE HASTA
GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGISINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GİZEM DURMAZ

İSTANBUL – 2016



T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNDE HASTA
GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGISINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GİZEM DURMAZ

DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. MELTEM YILDIRIM

İSTANBUL – 2016

I. ONAY

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Program : Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Tez Başlığı : Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Tez Sahibi : Gizem Durmaz

Sınav Tarihi : 13.06.2016

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)	İmza
Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan <i>Yeditepe Üniversitesi, Hemşirelik Bölüm Başkanı</i>	
Tez danışmanı:	Yrd. Doç. Dr. Meltem Yıldırım <i>Yeditepe Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü</i>	
Üye:	Yrd. Doç. Dr. Özlem Can Gürkan <i>Marmara Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı</i>	

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 13.06.2016 tarih ve 2016/13-13...sayılı kararı ile onaylanmıştır.


İmza
Prof. Dr. Bayram YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

II. BEYAN

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

Tarih

İmza

Adı Soyadı



III. TEŞEKKÜRLER

Çalışmalarım süresince bilgi, rehberlik ve desteğini benden esirgemeyen, pozitif enerjisi ile bana yardımcı olan değerli danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Meltem Yıldırım'a, her zaman yanımda olan, umutsuzluğumda bana sevgisini ve desteğini eksik etmeyen eşim Faik Durmaz'a, beni hemşirelik mesleğine yönlendiren ve bu günlere gelmemi sağlayan sevgili aileme, bu süreçte desteği ile yardımlarını esirgemeyen bölüm başkanımız Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan'a ve arkadaşım Merve Nur Akdemir Tüfekçilerli'ye yürekten teşekkür ederim.

Gizem DURMAZ



IV. İÇİNDEKİLER

I. ONAY	i
II. BEYAN	ii
III. TEŞEKKÜRLER	iii
IV. İÇİNDEKİLER	iv
V. TABLO LİSTESİ	vi
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Hasta Güvenliği Kültürü İle İlgili Kavramlar	6
4.1.1. Kültür	6
4.1.2. Hasta Güvenliği	7
4.1.3. Güvenlik Kültürü	8
4.1.4. Hasta Güvenliği Kültürü	9
4.2. Cerrahi Hastalarında Hasta Güvenliğine Ait Olası Riskler	11
4.2.1. Kimliklendirmeye İlişkin Hatalar	11
4.2.2. Etkin İletişimin Sağlanamaması	12
4.2.3. İlaç Hataları	13
4.2.4. Cerrahi Girişime İlişkin Hatalar	15
4.2.5. Enfeksiyonlar	16
4.2.6. Hasta Düşmeleri	17
4.2.7. Yanlış ve Uygun Olmayan Malzeme Kullanımı	19
4.2.8. Hasta Transferi	19
4.3. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültüründeki Yeri	20
5. GEREÇ ve YÖNTEM	23
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	23
5.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer	23
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
5.3.1. Örneklem Seçim Kriterleri	23
5.4. Araştırmanın Değişkenleri	23
5.4.1. Bağımsız Değişkenler	23
5.4.2. Bağımlı Değişkenler	23

5.5. Araştırmanın Uygulanması.....	23
5.6. Verilerin Toplanması.....	24
5.6.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	24
5.6.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği.....	24
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	25
5.8. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri.....	25
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
6. BULGULAR	27
6.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri Ve Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	268
6.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği İle İlgili Karşılaştırmalar	3126
6.3. İstatistiksel Olarak Anlamlı Olan Bulgulara İlişkin Regresyon Analizleri.....	26
7. TARTIŞMA.....	50
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
9. KAYNAKLAR.....	62
10. EKLER	69
11. ÖZGEÇMİŞ	75

V. TABLO LİSTESİ

Tablo 1 - Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutlarının Cronbach's Alfa Güvenirlik Katsayıları.....	25
Tablo 2 - Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	28
Tablo 3 - Hemşirelerin Mesleğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	29
Tablo 4 - Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	30
Tablo 5 - Cinsiyete Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	31
Tablo 6 - Medeni Duruma Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı	32
Tablo 7 - Eğitim Durumuna Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı	33
Tablo 8 - En Çok Bakım Verilen Hasta Grubuna Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı	34
Tablo 9 - Günlük Bakılan Hasta Sayısına Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	35
Tablo 10 - Hasta Güvenliği ile İlgili Bir Komitede Çalışma Durumuna Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı	36
Tablo 11 - Kurumda Yürütülen Kalite Çalışmalarında Yer Alma Durumuna Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı	37
Tablo 12 - Hasta Güvenliği ile İlgili Kongre/Sempozyuma Katılma Durumuna Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı	38
Tablo 13 - Hasta Güvenliği Konusunda Birimi Değerlendirme Durumuna Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı	39
Tablo 14 - Son 1 Yılda Olay Raporu Yazma Durumuna Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı	40
Tablo 15 - Son 1 Yılda Yazılan Olay Raporu Sayısına Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı	41
Tablo 16 - Yaş ile Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki	42
Tablo 17 - Meslekte Çalışma Yılı ile Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki	43
Tablo 18 - Kurumda Çalışma Yılı ile Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü	

Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki	44
Tablo 19 - Günlük Bakılan Hasta Sayısı ile Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki	45
Tablo 20 - Eğitim Durumunun, Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları Üzerine Etkisi	46
Tablo 21 - Kongre ve Sempozyuma Katılma Durumunun, Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları Üzerine Etkisi.....	47
Tablo 22 - Hasta Güvenliği Konusunda Birimi Değerlendirme Durumunun, Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları Üzerine Etkisi	48
Tablo 23 - Son 1 Yılda Olay Raporu Yazma Durumunun, Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları Üzerine Etkisi.....	49

1. ÖZET

Durmaz G. (2016). Cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma, cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla İstanbul ilindeki bir vakıf hastanesi ile özel bir üniversite hastanesinin cerrahi servislerinde çalışmakta olan 135 cerrahi hemşiresi ile gerçekleştirildi. Çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyo-Demografik Bilgi Formu ile Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesi, SPSS 21.0 programı ile yapıldı. Elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile incelendikten sonra, homojen dağılan verilerin tanımlayıcı analizinde ortalama, standart sapma, frekans dağılımı; karşılaştırmalı analizlerde bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi, Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Hasta Güvenliği Kültürü'nü etkileyen faktörlerin incelenmesinde ise Lineer Regresyon Analizi yapıldı ve veriler %95'lik güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Bu çalışmanın sonucunda, hemşirelerin eğitim düzeyinin, hasta güvenliği ile ilgili kongre ve sempozyuma katılma durumunun, hasta güvenliği konusunda birimi değerlendirme düzeyinin ve son 1 yılda olay raporu yazma durumunun, cerrahi hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı üzerinde etkili faktörler olduğu saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda, kurum yöneticileri tarafından hemşirelere hasta güvenliği ile ilgili gerekli farkındalığın kazandırılıp, sürdürülmesine yönelik eğitimler verilmesi, kongre, sempozyum gibi organizasyonlara katılımlarının desteklenmesi, hasta güvenliği kültürü algısının oluşturulması ve geliştirilmesi için bu konuya yönelik yapılan araştırmaların sayıca artırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Cerrahi Hemşireleri.

2. SUMMARY

Durmaz G. (2016). Determining the Factors Affecting the Perception of Patient Safety Culture among Surgical Nurses. Yeditepe University, Institute of Health Sciences, Department of Nursing, MSc thesis, İstanbul.

The present study was aimed to determine the factors affecting the perception of patient safety culture among surgical nurses, and conducted with 135 surgical nurses who were working in the surgical clinics of a foundation hospital and a private hospital located in Istanbul, Turkey. Socio-Demographic Information Form and Patient Safety Culture Scale (PSCS) were used to determine the level of nurses' patient safety culture and the factors affecting the perception of patient safety. The data were analysed by SPSS 21.0 package program. Normal distribution of the data was tested by One Sample Kolmogorov Smirnov Test and homogeneously distributed data were analysed descriptively by using mean, standard deviation, and frequency; and comparatively by using Independent Sample t-Test, One Way ANOVA, and Pearson Correlation Analysis. Linear Regression Analysis was used to investigate the factors affecting patient safety culture, and the findings were evaluated with 95% confidence interval with $p < 0.05$ significance level. According to the findings of the present study, education level of nurses, participation of congresses and symposium regarding patient safety, level of evaluating their clinic regarding patient safety policies, and experience of writing event reports during the past one-year were found significantly effective on the perception of patient safety by surgical nurses. In parallel with these findings, it can be suggested that hospital managers should raise the awareness of surgical nurses regarding patient safety, and try to maintain the level of awareness by continuous education programs, support them to attend to scientific organisations related to patient safety. In addition, to establish patient safety culture and improve its perception by nurses, the number of scientific studies regarding this subject should be increased.

Keywords: Patient Safety, Patient Safety Culture, Surgical Nurses.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde sağlık bakım hizmetlerinin giderek karmaşık bir yapı haline gelmesi, değişen sağlık ihtiyaçlarına ek olarak sağlık teknolojisindeki hızlı ve yenilikçi gelişmeler, hizmet sunan ve hizmet alanlar açısından risk faktörlerini de beraberinde getirmektedir. Sağlık bilimlerinin temel öğelerinden biri olan ‘önce zarar verme ilkesi’ doğrultusunda, kurumlardaki sağlık hizmeti sunumu öncelikle hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğine odaklanmalıdır. Bundan dolayı günümüzde hasta ve çalışan güvenliği konusu tüm ülkelerin sağlık gündeminde önemli bir yer tuttuğu gibi ülkemizde de önemli bir yere sahiptir. Ancak, sağlık hizmeti sunum süreçlerinde ortaya çıkan tıbbi hatalar, hasta güvenliğini ve bakım sonuçlarını olumsuz etkileyerek hastaların zarar görmesine neden olabilmekte ve sağlık bakım hizmetleri kalitesini düşürebilmektedir (Tunçel, 2013; Özdemir, 2014).

Hasta güvenliği son yıllarda sağlık hizmeti veren tüm kurumlarda, sağlık bakım kalitesini en üst seviyelerle taşıyabilme kapsamında ele alınan en önemli konulardan biridir. Hasta ve hasta yakınları sağlık kurumlarından tıbbi hizmetlerin yanında, hasta bakımı alanında da daha kaliteli hizmet almak istemektedirler. Sağlık hizmetlerinin bireylere sunumu sırasında oluşabilecek zararı önlemek amacıyla sağlık kurumlarının aldığı önlemlerin tamamı olarak tanımlanabilen hasta güvenliği, nitelikli sağlık hizmetinin önemli ve vazgeçilmez bir basamağını oluşturmaktadır (Mira ve ark., 2015; Çelen, 2011).

Hasta güvenliği, sağlık alanında kalitenin en önemli unsurlarından birini oluşturmaktadır. Sağlık kurumları, sundukları hizmet kalitesini arttırmada sürekli iyileştirme faaliyetlerine önem vermektedir. Sürekli iyileştirme faaliyetlerinin yapılmasında güvenlik kültürü en önemli yeri tutmaktadır (Özdemir, 2014). Güvenlik kültürü, bir kurumda nelerin önemli olduğunu ve hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılacağını, değer yargılarını, inançları, yetenekleri ve kuralları içermektedir (Teleş, 2011).

Sağlık bakım hizmetlerinde günden güne hızla gelişen teknoloji, hasta ve yakınlarının artan talepleri ve sağlık kurumlarının yoğunluğu nedeni ile sağlık bakım profesyonellerinin üzerine düşen görev ve sorumluluklar artmaktadır. Bu durum klinik alanda verilen karar ya da uygulamalarda kimi yanlışlara ve hatalara yol açıp, hastanın

zarar görmesine neden olmaktadır. Hastanın, kurum çatısı altında yaşadığı zarar ciddi yaralanmalara, hastanede kalış süresinin uzamasına, sakatlığa ve hatta kişinin ölümüne neden olabilmektedir. Bu nedenle, son yıllarda sağlık bakım hizmetinde birey hataları çerçevesinde hasta güvenliği konularına verilen önem giderek artmıştır (Gökdoğan ve Yorgun, 2010).

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti veren tüm sağlık ekip üyelerini içinde barındıran bir kavramdır. Hasta güvenliğinin artırılması için kurumlardaki tüm sağlık ekibine hasta güvenliği ile ilgili eğitim verilmelidir. Bu eğitimler; hastalar ile iletişim, ilaçların güvenli kullanımı, hasta düşmeleri, hasta transferi, kimlik doğrulama, güvenli cerrahi, medikal cihaz emniyeti gibi konuları kapsamalıdır (Bahrami ve ark., 2014; Yılmaz, 2015).

Ülkemizde hasta güvenliğini sağlama ve sürdürmeye yönelik, 2010 yılında *“Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ”* ile 2012 yılında *“Sağlık Mesleklerinin Uygulanmasından Dolayı Uğranılan Zararların Uzlaşma Yoluyla Halledilmesine İlişkin Yönetmelik”* yayınlanmış ve uygulamaya konulmuştur (www.resmigazete.gov.tr).

Hasta güvenliğinin tüm sağlık çalışanları için en önemli kavram olmasının yanı sıra; sağlık bakımı ve hizmetlerinin sunumunda hemşireler, diğer sağlık çalışanlarına göre daha büyük bir grubu oluşturdukları, hastanın bakım ve tedavi alanı içindeki hasta güvenliği ile iç içe oldukları için en önemli sağlık grubunu oluşturmaktadırlar (Gündoğdu-Karaboğa, 2010). Hemşirelerin hastalar ile en yakın ilişkide olan sağlık profesyoneli olması ve özellikle cerrahi servisinde hasta güvenliğinin önemi dikkate alındığında cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının oluşması ve bu algıyı etkileyen faktörlerin bilinmesi gerekmektedir. Özellikle cerrahi servislerinde oluşan hasta düşmeleri, kimlik doğrulama hataları, ilaç hataları ve enfeksiyonlar hasta güvenliği kültüründe en önemli yeri oluşturmaktadır. Günümüzde, sağlık profesyonelleri arasında hasta güvenliği kültürü algısı henüz istenen düzeye ulaşmamış olup, hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki yaklaşımları ve hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktörler yeterince bilinmemektedir (Özdemir, 2014).

Günümüzde, kurumların ve kurumda çalışan sağlık personelinin hasta güvenliğine dair algı ve tutumlarına yönelik çalışmalar bulunurken, hasta güvenliği kültürü adına çalışmaların azlığı fark edilmektedir. Bu bilgilerden yola çıkararak, bu çalışma, cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirildi.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Hasta Güvenliği Kültürü İle İlgili Kavramlar

4.1.1. Kültür

Kültür, latince bir kavramdır ve anlamı, el değmemiş doğanın, insan akli ve yapıcılığı ile işlenerek yapıcı hale gelmesidir (Alp-Yetkin, 2011). Kültür tanımını tarihte ilk kez, İngiliz antropolog Sir Edward Taylor 1871 yılında yapmıştır. Taylor'a göre kültür, '*insanın gereksinimi olan inanç, sanat, yasa, moral, gelenek, alışkanlık ve becerileri içermekte olup, insanın kendinden sonrakilere aktarılmak üzere öğrettiği herşeyi kapsamaktadır*' (Gündoğdu-Karaboğa, 2010). Kültür kavramı felsefe, tarih, biyoloji, sosyoloji, antropoloji gibi bilim dallarında ve günlük hayatta çeşitli biçimlerde kullanılmakta olup; her bilim adamı, yazar, araştırmacı tarafından farklı anlamlarda kullanılmaktadır (Teleş, 2011).

Türk Dil Kurumu'na göre kültür sözcüğü; tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü, hars, ekin anlamına gelmektedir (www.tdk.gov.tr).

Kültürün temelini, geleneksel görüşler ve onlarla ilişkilendirilen değerler oluşturmaktadır. Kültür, hem bir davranışın ürünü hem de gelecekteki davranışın koşullayıcısıdır. Kültürün var olma nedeni insandır ve kültür insana özgüdür. Kültür, insanın varlığını sürdürmesini sağlar. Toplumsal bir bakış açısı ile kültür, insanlar arasında kuşaktan kuşağa aktarılan ve bir çok olgunun paylaşımından oluşan bir bütün olarak görülmektedir (Gündoğdu-Karaboğa, 2010). Değişken olabilen kültür, sosyal, ekonomik ve diğer çevresel faktörlerin değişiminden etkilenir. Kültür, toplumlar arasında değişiklik gösterdiği gibi, bir toplum içinde de değişik gruplar arasında farklılıklar gösterebilir (Aydın, 2010).

İnsanların sağlıkla ilgili inançları ile gösterdikleri tutum ve davranışları, içinde yaşadığı toplum kültürünün bir parçasıdır. Sağlık profesyonelleri topluma daha etkili bir sağlık hizmeti verebilmeleri için, bakım verilen grubun hastalık ve sağlık kavramlarını nasıl algıladıklarını, bu grubun sağlık hizmetlerine karşı gösterdikleri tutumları ve bu tutumların arkasında yatan kültürel etmenleri bilmeleri gerekmektedir (Gündoğdu-Karaboğa, 2010).

4.1.2. Hasta Güvenliği

Sağlık teknolojisinin giderek gelişmesi, değişen ve gelişen sağlık ihtiyaçları, sağlık hizmetlerinin giderek karmaşıklaşması, sağlık hizmeti alan ve sunan kişiler tarafından birer risk faktörü halini almaktadır ve bu nedenle günümüzde sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kavramı ön plana çıkmaktadır (Tansüyer, 2010). Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin kişiye vereceği zararı önlemek, olası hataları belirledikten sonra raporlayıp düzelterek, kişilere ulaşmasını önlenmeyi sağlamak amacıyla kurumlar ve bu kurumlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır (Yeniterzi, 2013).

Hasta güvenliği kavramı tam olarak 1960'lı yıllarda sağlık sektörünün içine girmiştir. Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik girişimler 1990'lı yıllarda yapılmıştır. Hasta güvenliğinin öncelikli hale gelmesi ise 1999 yılında IOM (Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü) tarafından sunulan rapor sonucunda olmuştur (Aydın, 2010). IOM'un 'To Err is Human: Building a Safer Health System' raporuna göre, hasta güvenliği 'kazayla zarar vermeme' şeklinde tanımlanmıştır (IOM, 1999). Fakat hasta güvenliği, sadece hata yapılmasını değil birçok farklı boyutları da içermektedir:

- Sağlık bakımının riskli ve karmaşık olduğu, çözümlerin daha geniş sistem içinde bulunduğu yaklaşımı,
- Tehlikeleri belirleyen, değerlendiren, en aza indiren ve sürekli olarak geliştiren bir dizi süreç,
- Daha az tıbbi hata ve en aza indirilmiş risk ya da tehlike şeklinde ortaya çıkan bir sonuçtur (Gözlü, 2011; Nie ve ark., 2013).

Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency - NPSA) ise hasta güvenliğini; sağlık hizmeti alan bir veya birden fazla hastanın, beklenmeyen veya istenmeyen bir olay karşısında en az zararı almasına yönelik oluşturulan uygulama olarak tanımlamaktadır (www.npsa.nhs.uk).

Hasta güvenliğinde temel amaç, hasta veya hasta yakınlarına, sağlık hizmeti veren kişilere fiziksel ve psikolojik olarak güvende olacakları bir ortam hazırlamak, oluşabilecek hataların hastaya ulaşmadan belirlenip, hatanın düzeltilmesini sağlayacak önlemler almaktır. Sağlık kurumlarında meydana gelen tıbbi hata, hastaya sunulan

sağlık hizmetleri sırasında meydana gelen bir olumsuzluğun neden olduğu beklenmedik sonuç olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetine bağlı tıbbi hatalar; yanlış işlem yapmadan dolayı oluşan tıbbi hatalar, ihmale bağlı oluşan tıbbi hatalar ve doğru işlemi yanlış uygulamaya bağlı oluşan tıbbi hatalar olarak sınıflandırılabilir (Gülkaya, 2009).

Hasta güvenliği ile ilişkili riskler tüm dünyada küresel bir sağlık sorunudur. Günümüzde, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık hizmeti veren kuruluşlarda, güvenli hasta bakımına yönelik, hasta şikayetlerine yönelik, tıbbi hatalar ve beklenmedik olaylara yönelik azımsanmayacak kadar hasta güvenliğini tehdit edebilecek riskler mevcuttur (Hashjin ve ark., 2014). Gelişmiş ülkelerde 10 hastadan birinin tedavi, tanı ve bakım hizmeti aldığı sırada istenmeyen nedenlerden dolayı hatalara maruz kaldığı görüldüğü gibi, gelişmekte olan ülkelerde bu oranın daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Önler, 2010). Ayrıca, hasta güvenliği adına 2005 yılında WHO (World Health Organization) tarafından yayınlanan “World Alliance for Patient Safety (Hasta Güvenliği için Dünya Birliği)” raporunda birçok ülkenin sağlık hizmeti veren kurumlarından gelen olay raporlarının verileri yayınlanmış olup elde edilen sonuçlara göre hasta güvenliğini en çok önlenemez hataların tehdit ettiğine dikkat çekilmiştir (Maeda ve ark., 2011, WHO, 2005).

Sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta güvenliğini sağlamak için, ekip içinde bir güvenlik kültürü oluşturmak, eğitimler ile bireyleri desteklemek, kayıt işlemini gerçekleştirmek ve kayıtları düzenli tutmak, hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurmak ve olası hataları önlemeye yönelik çözümler sağlamak gerekmektedir (Bayar, 2013).

4.1.3. Güvenlik Kültürü

Dünyanın, “Güvenlik Kültürü” ile tanışması Çernobil kazasından sonra olmuştur. Kamuoyuna sunulan raporda, kurumun güvenlik kültürünün yetersiz olduğu ve bu durumun oluşan kazada önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir. Güvenlik kültürü kavramı ve öneminin bir çok olayda vurgulanmasına rağmen tam olarak tanımlanamamıştır (Turasan-Altuntaş, 2010; Akman-Balçık, 2010). Ancak, Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu (IAEA), güvenlik kültürünü şöyle tanımlanmıştır: Kurumun sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine, tarzına ve uygulamadaki ısrarına karar

veren birey ve grupların tutum, davranış, değer ve yetkinliklik örüntülerinin bir ürünüdür (IAEA, 1991).

Sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta güvenliğinin yetersiz oluşu, bireyin ve sistemin eksikliği olarak düşünülmektedir. Bundan dolayı, güvenliği artırma yolları olarak teknoloji, insan kaynakları, örgütlerin etkileşimi, bunların arkasında yatan değer sistemleri ve kültüre odaklanılmıştır. Güvenlik kültürü kavramı için bir çok tanım kullanılmaktadır (Turasan-Altuntaş, 2010). Ancak, bu tanımlardan en çok kabul edilene İngiltere'deki Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (Nükleer Tesislerin Güvenliği Komitesi) (ACSNI) tarafından açıklanan tanımdır. Bu tanıma göre güvenlik kültürü, bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimine bağlılığını, bu yönetimin stilini ve ustalığını belirleyen birey ve grupların değer, tutum, algı, yetkinlik ve davranış modellerinin ürünü olarak tanımlanmaktadır (Aktaran Mearns ve ark., 1998).

Güvenlik kültürü, kurum içi veya kurum dışı güvenliği tehdit edecek davranış ve tutumlar ile bunların yer aldığı ortak alanda bulunan bireylerin alacağı zararı en aza indirmeyi amaçlayan, güvenliğe önem ve öncelik veren algılar, tutumlar, davranışlar, roller, yetkinlikler ve sorumluluklar bütünüdür. Güvenlik kültürü, sadece güvenliğe ilişkin hata raporlarını inceleyen bir kavram değil, sağlık hizmeti veren personelin motivasyonu, tutumları, hata algıları ve hataları karşı çözümleri ile de ilgilidir. Sağlık hizmeti veren kurumlarda güvenlik kültürünü sağlamak ve geliştirmek, hasta güvenliği kültürü alt yapısını oluşturmak için önemli bir etkidir (Akman-Balçık,2010; Bayar, 2013).

4.1.4. Hasta Güvenliği Kültürü

Hasta güvenliği kültürü, kurumlarda hasta güvenliğinin en öncelikli konusu ve ortak bir değeri olarak kabullenilmesi anlamında, ölçülebilir ve geliştirilebilir bir kavramdır. Hasta güvenliği kültürü, hataların önlenmesi ve düzeltilmesi için en önemli faktörlerden biridir (Önler, 2010).

Hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışan, özellikle hasta ve hasta yakınları ile birebir iletişim ve etkileşim halinde olan hekimlerin, hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin hasta haklarına saygı, her ortamda hasta haklarının korunması, tüm kurum çalışanlarının göstereceği ilgi ve özen olarak da tanımlanır.

Ayrıca hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmeti veren kurumlarda, kurumların kalite ve güvenilirliği adına kritik bir yer oluşturmaktadır. Bundan dolayı, sağlık kurumlarında çalışan tüm çalışanların hasta güvenliğini öncelik olarak belirleyip benimsemesi ve hasta güvenliğini görev tanımının bir parçası olarak görmesini amaçlar (Adıgüzel, 2010; Aydın, 2010; Bonner ve ark., 2008).

Sağlık hizmetlerinin en önemli özellikleri arasında yer alan ‘güvenli’ kavramı; sunulan sağlık hizmetinin hastaya yarar yerine zarar vermesini veya ölümüne neden olmasını önlemek, hata yapılmasına engel olmak yer almaktadır. Hasta güvenliği kültürü de, sağlık hizmetlerine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetlerinin yol açtığı hasta zararlarının azaltılması olarak da tanımlanmaktadır (Alp-Yetkin, 2011; Çakır, 2007).

Sağlık hizmeti veren kurumlarda, hasta güvenliği kültürünü oluşturmak veya var olan kültürü geliştirmek için en önemli basamak hastane yönetiminin bilgi ve desteği olup, bunun yanında güvenlik algısı ve birimler arasındaki takım çalışması da önemli bir rol oynamaktadır. Hasta güvenliğinin bir kurumda başarı ile sürdürülmesi ve kaliteli olabilmesi; hastane yöneticilerinin güvenlik konusundaki kararlılığı, hasta güvenliği için yeterli örgütsel kaynakların ayrılması, iletişimin en önemli basamak olması ve çalışan ile hasta ilişkisinde etkili ve açık iletişim kurulması sağlanmasından, ekip çalışmasına önem verilmesi, herhangi bir hata oluşumunda raporlandırma ve bilgilendirmenin yapılması, oluşan sorunlar karşısında bireyleri suçlamak yerine sistem performansını arttırmaya yönelik davranışlar sergilenmesi ve çalışanların hasta güvenliği kültürü ile ilgili eğitimler alarak bilgilendirilmesi ile ilişkilidir (Akalin, 2014; Adıgüzel, 2010; Bayar, 2013).

Kurumlarda hasta güvenliği kültürünü daha iyiye ulaştırmak için, hata bildirimlerinde doğruluğu benimsemek ve tıbbi hataların önlenmesinde sistematik bir yaklaşım sergilemek, yüksek risk oluşturabilecek aktiviteleri saptayıp önceden önlem almak gerekir. Ayrıca, hasta güvenliği kültürünün oluşturulup benimsenmesinin sağlık kurumları tarafından en öncelikli konulardan biri olduğu kabul edilmeli ve çalışanlarda maksimum hasta güvenliği kültürü algısı oluşturulması hedef alınmalıdır (Akalin, 2014; Adıgüzel, 2010). Hasta güvenliği kültürü, hastaların karşılaştığı olumsuz vakalar bütünüdür. Hasta güvenliği kültürü sağlık hizmetleri veren kurumlarda önem kazandıkça hasta güvenliği ve kurum standartlarında yükselme görülmektedir. Bundan dolayı son

yıllarda, sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta guvenliği kulturnu kavramını kurum içinde yaygınlaşması ve uygulanması önem kazanmıştır (Nie ve ark., 2013).

4.2. Cerrahi Hastalarında Hasta Guvenliğine Ait Olası Riskler

4.2.1. Kimliklendirmeye İlişkin Hatalar

Uluslararası hasta guvenliği ilkelerinin en önemli basamağı hastanın doğru bilgiler ile kimliklendirilmesidir. Kimliklendirmenin esas amacı, sağlık hizmeti sunulacak hastanın doğru tanımlanması ve sunulacak sağlık hizmetinin o hasta ile doğru eşleştirilmesidir. Kimliklendirmede yapılan hatalar tanı ve tedavi aşamalarının tümünde meydana gelebileceği gibi, hastaların sedatize, disoryante ya da duyuşal kaybının olması, hastanın hastane içinde başka bir servise transfer edilmesi veya odasının ve yatağının değiştirilmesi esnasında, hastanın değerlendirilmesi aşamasında tıbbı kayıt kontrolünün yetersiz veya eksik yapılması, okunaksız el yazısı ya da kısaltmaların kullanılması sırasında da oluşabilmektedir (zdemir, 2014; Tansüyer, 2010).

Kimliklendirmeye ilişkin hataların önlenmesinde, sağlık bakım hizmeti uygulamalarında hastanın tanımlanabilmesi için hastanın oda ve yatak numarasını içermeyen hastanın adı, soyadı, protokol numarası ve doğum tarihi bilgilerinden en az ikisinin kullanılması gerekmektedir. Hastalara, hastaneye yatış yaptıkları an üzerinde isimleri yazılı bileklik ya da kol bandı takılması da kimliklendirmeye ilişkin hataları en aza indirgemeye yardımcı olacaktır (Bayar, 2013; ğn, 2008).

Hastaneye yatış yapılan her hasta için, dört ayrı renkte kol bandı mevcuttur. Normal hastalar için beyaz, alerjisi olan hastalar için kırmızı, aynı serviste aynı isimde sahip hastalar için lacivert, herhangi bir enfeksiyona sahip ya da diğer hastalara ve çalışanlara bulaş riski olan hastalar için, sarı renkte kol bandı kullanılmaktadır. Herhangi bir alerjisi veya bulaş riski olan hastalarda, beyaz bileklik üzerine kırmızı ya da sarı renkte etiket yapıştırılmalıdır (Bayar, 2013; Yeniterzi, 2013).

Hasta kimliği bileziği, hastaya takılmadan önce hastanın bileklik üzerindeki bilgileri, hastanın bilinci açık ise hasta ve yanında bulunan hasta yakını ile doğrulanır. Hastanın bilinci açık değil ise, hasta yakını ile doğrulanır ve hasta kendine geldikten sonra bilgileri tekrar teyit edilir (Tansüyer, 2010). Hastanın kimliğinin doğrulanması işlemi; tanı, tedavi, ilaç uygulamaları, kan ve kan ürünü uygulamaları, cerrahi girişimler

ve girişimsel işlemlerin tümünden önce ve hasta transferlerinde yapılmaktadır (Bayar, 2013). Hasta kimliği bileziği, hastaya takılmadan önce hastanın bileklik üzerindeki bilgileri hasta ve yanında bulunan hasta yakını ile doğrulanır (Tansüyer, 2010).

4.2.2. Etkin İletişimin Sağlanamaması

İletişim, kişiler arasında bilgi, düşünce, durum, haber, duygu veya kültürün yazılı, sözlü, görsel ya da beden dili gibi kaynaklar ile aktarılmasına denir. İletişim, iletilen bilginin hem gönderici hem de alıcı tarafından anlaşıldığı bir ortamda bilginin, göndericiden alıcıya kaynaklar yolu ile aktarılma sürecidir (Bayar, 2013; Özdemir, 2014).

Etkin iletişim; doğru zamanda, belirsizlik taşımayan, açık, net, kısa ve alıcı tarafından doğru anlaşılan, destekleyici, hataları en aza indirgeyen ve hasta bakımında iyileşme ile sonuçlanan iletişimdir. İyi bir iletişim koordinasyonu, liderliği, dayanışmayı ve olası bir sorunda doğru çözüme ulaşmayı sağlar (Wahr ve ark., 2013). Etkili iletişim, yüksek güvenilirlik gerektiren alanlarda, özellikle sağlık sektöründe, güvenliği sağlama adına oldukça kritik bir etmendir. İletişimden kaynaklı küçük bir hatadan dolayı birçok insan yaşamını kaybedilebilir (Prabhakar ve ark., 2012).

Ekip içi ve ekipler arası iletişim, sağlık kurumlarındaki hizmetin kalitesini ve hasta güvenliğini etkileyen en önemli unsurlardan biridir. Hemşirelik, hekimlik ve diğer sağlık meslekleri iletişim üzerine temellenmiş mesleklerdir ve sağlık hizmeti verirken de bu meslek grupları arasında etkin bir iletişim olması gerekmektedir. Hemşirelik bakım sürecinin verimliliği, hemşirenin diğer sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları ile etkin bir iletişim kurma yeteneğine bağlıdır. Hastanın bakım ve tedavisinden sorumlu olan hemşireler, hasta ve yakını ile etkili iletişim kurulmasında ve iletişim için uygun bir çevrenin oluşturulmasında etkin bir rol üstlenmektedir (Gülkaya, 2009; Önler, 2010).

İletişim, sağlık hizmeti veren kurumlardaki hizmetin kalitesini ve seyrini etkileyen önemli unsurlardan biri olmakla birlikte, hasta güvenliğini olumlu ya da olumsuz etkileyen önemli bir alandır. Hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyen, iletişim ile ilgili tıbbi hataların en başında gelen ve en az dikkat edileni ise, hekimlerden sözel veya telefon ile alınan istemler ya da laboratuvar sonuçlarının yanlış alınmasından

kaynaklı hatalardır. Sözel hekim istemleri ya da laboratuvar sonuçlarının aktarılmasında veya alınmasında yaşanan farklı telaffuz, aksan, gürültü, maske kullanımı, net olamayan konuşma veya yorgunluktan kaynaklı olumsuzluklar tıbbi hatalara ve hasta güvenliğini zedeleyici olaylara yol açmaktadır (Yeniterzi, 2013; Önler, 2010).

Hasta güvenliğini etkileyecek iletişim hatalarından bir diğeri de hasta devri sırasında gerçekleşmektedir. Hasta devirleri, hastanın bakımında değişiklikler yapılacağı zaman farklı bir servis ya da kuruma nakli sırasında gerçekleşmektedir. Bu gibi durumlarda, hataları en aza indirmek için hastanın kimlik, protokol numarası, doğum tarihi, hekim adı, tanısı, yapılan işlemler, uygulanan tedaviler, hastanın son durumu ve tedavideki olası değişiklikler doğru bir şekilde iletilmelidir (Önler, 2010).

İletişim becerileri, kişiler arası etkileşim sürecinde karşındakini anlama, dinleme, değerlendirme ve kendini tanıma açısından oldukça önemlidir ve hemşireliğin temelini oluşturmaktadır. Hemşirelerin ve hasta ile hasta yakınlarının arasındaki iletişimin yeterli olmaması, hasta için verimsiz bir tedavi sürecine yol açabilmektedir. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları arasındaki doğru iletişim ile hasta ve yakınları arasında etkin bir iletişimin kurulması hastaların, hemşirelerin önerilerine uymalarını arttırmakta ve böylece hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyecek tutum ve davranışlardan uzaklaşmaktadır (Önler, 2010; Özdemir, 2014).

4.2.3. İlaç Hataları

İlaç hatası hasta güvenliğini doğrudan etkileyen en yaygın hata türüdür. İlaç hatası, ABD’de İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (NCC MERP) tarafından ‘*İlacın sağlık çalışanının, hastanın ve üreticinin kontrolü altında olmasına rağmen hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenilebilir bir olay*’ olarak tanımlanmıştır (www.nccmerp.org).

İlaç hataları, sebep oldukları hastalık, sakatlık ve ölümler nedeni ile hasta güvenliği açısından son derece riskli bir konudur. Oluşan ilaç hataları; reçeteleme, dağıtım, uygulama, izlem ve kontrol süreçlerinin herhangi biri veya birkaçında görülebilmektedir. Hasta güvenliği çerçevesinde tüm bu basamaklar kurumlar tarafından düzenli bir şekilde denetlenmeli, yönetilmeli ve uygulanmalıdır. İlaç uygulama hataları, ilacı yanlış zamanda veya dozda uygulama, ilacı uygulamayı

unutma, reçetelenmemiş ilacı uygulama, yanlış ilacı uygulama, yanlış teknik ile uygulama, etkileşime giren ilaçları aynı anda uygulama ve yapılan ilaç uygulamalarını kaydetmeme gibi davranışlardan ortaya çıkmaktadır. İlaç uygulaması, birçok disiplini içine alan bir süreç olmakla birlikte bu süreç, hasta bireyin muayenesi sonrası hekim tarafından istem verilmesi ile başlayıp; ilacın hemşire veya hekim tarafından uygulanıp hastada doğru etkinin gözlenmesi ile son bulmaktadır. İlaç hataları da bu süreçte görülebilmektedir. (Göktaş, 2007; Filiz, 2009; Vural ve ark., 2014).

Sağlık hizmeti veren kurumlarda ilaç uygulamaları, hemşirelik uygulamaları arasında hata payının en yüksek olduğu risk alanlarından biridir. İlaç hazırlama ve uygulama süreci multidisipliner bir süreç olmakla birlikte, ilaç uygulamalarında en etkin rol alan sağlık çalışanı hemşireler olduğu için bu süreçte hasta güvenliğini sağlama ve sürdürme hemşirenin en önemli sorumluluklarından biridir. Hemşire kaynaklı ilaç uygulama hataları; yasal olmayan istem ile ilaç uygulaması yapılması, hekim istemi olmadan ilaç uygulaması yapılması, okunuşu ya da görüntüsü benzer ilaçların birbiri ile karıştırılıp hastaya yanlış ilaç uygulanması, yanlış dozda ilaç verilmesi ya da ilaç dozunun yanlış hesaplanması, ilaç kutusu veya paketi üzerindeki uyarı ve bilgilere dikkat etmeme ve ilaç uygulamasının yanlış zamanda uygulanması veya unutulmasıdır. Hemşire hasta güvenliğini sağlamak ve ilaç hatalarını önlemek için, uygulayacağı ilacı hazırlar iken, ilaç hazırlama ilkelerine uyarak ilacı hazırlamalı, ilacın saklama koşullarını bilmeli, ilacı uygulamadan önce gerekir ise diğer ekip arkadaşı ile çift kontrol yapmalı, ilacın doğru ilaç, doğru dozda ve doğru hastaya uygulanacağından emin olduktan sonra hastaya doğru zamanda uygulamalıdır (Aygın ve Cengiz, 2011; Göktaş, 2007, Özata ve Altuncan, 2010).

İlaçlar hasta tedavi planının temel taşı olduğu için, hasta güvenliğinin sağlanması için doğru yönetilip uygulanmaları kritik önem taşımaktadır. İlaç hataları önlenabilir bir hatadır. İlaç hatalarını önleyip veya en aza indirip hasta güvenliğini sağlamak için; ilaç uygulama ile ilgili uygun protokol ve prosedürler oluşturarak uygulanması sağlanmalı, ilaç uygulama ve hazırlama konusunda eğitimler verilmeli, yapılan tüm ilaç hataları eksiksiz bir şekilde raporlanmalı, bu raporlar doğrultusunda protokol ve prosedürler tekrar revize edilmelidir (Tansüyer, 2010; Filiz, 2009).

4.2.4. Cerrahi Girişime İlişkin Hatalar

Geçmişten günümüze cerrahi girişimlerden kaynaklı tıbbi hatalar ve bu hatalara bağlı sakatlık, ölümler ve hasta güvenliğini tehdit edecek unsurlar halini almıştır. Bu hatalar, sağlık ekibinin arasındaki yetersiz veya etkisiz iletişim, taraf işaretlemesi prosedürünü yanlış uygulama ve yanlış taraf işaretlemesi, taraf işaretlemesine hastanın katılmaması ve yer doğrulama prosedürünün doğru yapılmamasından kaynaklanmaktadır. Tıbbi kayıtların gözden yetersiz geçirilmesi, hasta ameliyathaneden servise geldiği zaman hasta teslim işleminin yetersiz yapılması, ameliyat öncesi ve sonrası hastayı yetersiz değerlendirme de cerrahi girişime ilişkin hataları oluşturmakta ve hastaların hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Tansüyer, 2010; Gülkaya, 2009).

Cerrahi girişime bağlı hatalar, dikkat edilir ve düzenli kontroller sağlanır ise önlenbilir hatalardır. Güvenli cerrahi, hasta ameliyata gitmeden önce yatan hasta servisinde başlaması gereken önemli bir kavramdır. Bu nedenle, 2007 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından dünya genelinde '*Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır*' sloganı ile hasta güvenliğini sağlamak adına, cerrahi girişimler ile ilişkili tıbbi hataları azaltmak ya da önlemek amacı ile '*Her kurum kendi gereksinimlerine göre kontrol listesi oluşturabilir*' ifadesinden yola çıkarak dört bölümden meydana gelen '*Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi*' oluşturulmuştur. Bu kontrol listesinde, her bölüm için ayrı bir kontrol sorumlusu vardır ve her bölüm farklı yerlerde kontrol edilmektedir (Öğün, 2008; Özdemir, 2014). Bu bölümler aşağıda sıralandığı gibidir:

- Klinikten Ayrılmadan Önce
- Anestezi Verilmeden Önce
- Ameliyat Kesisinden Önce
- Ameliyattan Çıkmadan Önce (www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist).

Cerrahi hataların başında gelen yanlış hasta, yanlış taraf ve yanlış prosedür uygulama gibi kavramlardan, ameliyathaneler veya cerrahi servislerde en çok görüleni ve hasta güvenliğini etkileyeni yanlış taraf cerrahisidir. Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği (AORN) yanlış taraf cerrahisini, yanlış hastaya, yanlış vücut tarafına, doğru bir şekilde işaretlenmemiş anatomik alanın yanlış düzeyi üzerinden gerçekleşen tüm cerrahi uygulamalar olarak tanımlamaktadır (www.aorn.org). Yanlış

taraf cerrahisinin önlenmesi için, ameliyat veya girişimsel işlemler öncesi hastadan yapılacak işlem için kendi rızası ile bilgilendirilmiş onamının alınması, alınan onama hastanın adının, soyadının, doğum tarihinin ve protokol numarasının bulunduğu barkodun yapıştırılması, ameliyatın adı, yapılacak ameliyatın yeri ve tarafı gibi bilgiler cerrahi işlemi gerçekleştirecek hekim tarafından doldurulmalıdır (Filiz, 2009; Gülkaya, 2009; Makary ve ark., 2006).

Yanlış taraf cerrahisini önlemek amacı ile 2004 yılında Joint Commission International (JCI) tarafından preoperatif kontrol listesi olarak tanımlanan ve taraf cerrahisi ilkelerini içeren evrensel protokol oluşturmuş ve yayınlamıştır (www.jointcommission.org). Bu protokole göre, cerrahi girişimin uygulanacağı taraf ve alan uygun ve anlaşılabilir bir simge kullanarak işaretlenmeli, bu işlem sırasında hasta ve diğer ekip çalışanları ile aktif iletişim yöntemleri kurulmalı ve bu sürece hastada dahil edilmelidir. Cerrahi girişime başlamadan önce, doğru taraf, hasta ve işlemin doğrulanmasına yönelik preoperatif kontrolleri içeren bir liste oluşturulmalıdır. Cerrahi işleme başlamadan önce gerçekleştirilecek son bakış aşaması (Time-Out), eksikleri tamamlamaya, cevaplanamayan soruları cevaplamaya, karışıklıkları giderme yarar ve bu işlem tüm ameliyathane ekibi ile birlikte yapılmalıdır (Öğün, 2008; Tansüyer, 2010).

JCI yaptığı bu çalışma ile yanlış taraf cerrahilerinin %70'inin ekip içindeki iletişim yetersizliğinden kaynakladığını, bunun yanında eksik kayıt tutma ve taraf işaretlemeye hastanın katılmamasından dolayı da oluştuğunu belirlemiştir (Tansüyer, 2010).

4.2.5. Enfeksiyonlar

Hastane enfeksiyonları olarak adlandırılan enfeksiyonlar, hastaneye enfeksiyon nedeni dışında bir neden ile gelip, başvuru sırasında kuluçka döneminde olmayan veya hastanede kalış süresince oluşup taburcu olduktan sonra ortaya çıkan enfeksiyonlardır. Hastanede oluşan enfeksiyonların başında cerrahi girişimler sonucu meydana gelen enfeksiyonlar gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde teknolojinin gelişmesi ile hastalara sunulan bakım ve tedavi daha ileriye giderek yaşam kalitesini artmakta, fakat buna paralel olarak gerekli önlemler alınmadan yapılan cerrahi girişimler sonucunda hasta güvenliği tehdit edilerek, ölüm oranı ve enfeksiyon riski de artmaktadır (Ertek, 2008; Öğün, 2008).

Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemek için, yapılacak cerrahi girişimden 60 dakika önce profilaktik antibiyotik uygulanmalı, gerekiyor ise insizyon bölgesine uygun cilt traşı yapılmalı, hastanın vücut sıcaklığının 36-38°C ve kan glukoz seviyesinin 200 mg/dL'nin altında olacak şekilde normal seviyesinde seyretmesi sağlanmalıdır. Bununla birlikte en önemli önlem ise, el hijyenini sağlamadır. Cerrahi bir girişim, invazif bir uygulama, katater değişimi, ilaç uygulama, kan ürünü transfüzyonu gibi girişim uygulanan tüm işlemler öncesi ve sonrası en basit uygulama olan su ve sabun ile, gerekirse antiseptik bir solüsyon ile el hijyeni sağlanmalıdır (Öğün, 2008; Filiz, 2009). Amerika Birleşik Devletleri'nde, Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (Centers for Disease Prevention and Control-CDC)'ne göre el yıkamanın, mortalite, morbidite ve maliyeti arttıran hastane enfeksiyonlarından korunmada en basit ve en temel yaklaşım olduğunu vurgulamaktadır (www.cdc.gov).

Uygulanacak herhangi bir invaziv işlem veya cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrasında kullanılan aletlerin dezenfeksiyon ve sterilizasyonuna dikkat edilmeside enfeksiyonların önlenmesinde önemli bir yöntemdir. Uygulanılacak işlem öncesi kullanılan enjektör, iğne, bistüri ve spanç gibi malzemelerin son kullanma tarihlerine ve sterilizasyon sürelerine, paketlerinin açılıp açılmadığına dikkat edilmelidir. Kullanılan tıbbi cihazların da bakım, kalibrasyon ve sterilizasyonu düzenli bir şekilde yapılmalıdır (Güven, 2007; Özdemir, 2014).

Ayrıca, sağlık hizmeti veren her kuruluşun enfeksiyon kontrolü ve önlemini sağlamak amacı ile oluşturdukları bir komite, bu komitenin uyguladığı bir program olmalıdır. Bu program ile kurum, hastane enfeksiyon risklerini izlemeli, sonuçlarını hastane çalışanları ile paylaşmalı ve hastane enfeksiyonlarını önlemek ve hasta güvenliğini artırmak amacı ile çalışanlarına düzenli eğitimler vermelidir (Öğün, 2008).

4.2.6. Hasta Düşmeleri

Sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta güvenliğini tehdit eden durumlardan biri de çevresel ve bireysel faktörlerden meydana gelen hasta düşmeleri ve yaralanmalarıdır. Düşme, bireyin herhangi bir zorlayıcı kuvvet, baygınlık ya da itme olmadan, dikkatsizlik sonucu bulunduğu yerden başka bir yere konum değiştirerek hareketsiz hale gelmesidir. Hastane ortamında hasta düşmesi ve yaralanmasına neden olan çevresel faktörler arasında, ortamın düzensiz olması, kaygan zemin, yetersiz aydınlatma, banyo,

tuvalet ve yatak kenarında tutunacak bir yerin olmaması, uygun olmayan ayakkabı veya terlik kullanımı ve uygunsuz yatak seviyesi gibi nedenler yer alırken, bireysel faktörler arasında yaşlılık, denge bozukluğu, hipotansiyon, baş dönmesi, görme bozukluğu, bilişsel bozukluklar ve kullanılan bazı ilaçların yan etkileri olarak bilinmektedir. Hasta düşmelerine yol açan bu risk faktörlerinin çoğu sağlık çalışanları tarafından ve hastanelerin aldığı önlemler ile önlenabilir ve tahmin edilebilirken, kardiyak aritmiler ve konvülfif nöbetler gibi ani gelişen olaylar önlenemeyebilir (Duman ve Kitiş, 2011; Savcı ve ark., 2007).

Hastaların düşme eylemini yaşadıkları yerler en sık olarak hasta yatağına yatarken veya yataktan kalkarken, koridorda yürürken, banyo ve tuvalette tutunacak yer bulamadıkları zaman, hasta nakli sırasında veya sandalyede otururken gerçekleşebilmektedir (Özmen ve Başol, 2010).

Sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta güvenliğini sağlayıp sürdürmek ve hastayı düşme ve yaralanmalardan korumak hemşirenin en önemli sorumluluklarından biridir. Düşme riskinin değerlendirilmesi, hastanın kuruma kabulünde, hastanın transferi sırasında, hastanın durumunda fizyolojik, fonksiyonel veya bilişsel bir değişiklik olduğu zaman ve düşme sonrasında yapılmaktadır. Hasta güvenliği kapsamında düşmeleri önlemeye yönelik bazı girişimler uygulanabilir. Bunlar (Özdemir, 2014; Bayar, 2013, Özmen ve Başol, 2010):

- Düşme riski bulunan hastaların birime kabulü sırasında Hemşirelik Hizmetleri Hasta Değerlendirme formuna kaydı alınır,
- Önlem amaçlı olarak hastanın dosyasına, kol bilekliğine veya kaldığı odanın kapısına düşme riski var yazılı bir yazı konur,
- Hastaya bulunduğu ortam, kaldığı oda tanıtılır ve hasta ilk kez ayağa kalkacağı zaman hemşire ile birlikte kalkacağı bilgisi verilir,
- Düşmelerin takibi ve belirli aralıklarla analizi yapılır,
- Sağlık çalışanları hasta transferleri konusunda eğitilir,
- Hasta ve yakınlarına düşme riski ile ilgili bilgilendirici eğitim verilir.

4.2.7. Yanlış ve Uygun Olmayan Malzeme Kullanımı

Sağlık hizmeti verilen kurumlarda tedavi ve bakım sırasında hastaya kullanılan tıbbi cihazların ve malzemelerin yanlış kullanılması veya cihazın hatalı olması hasta güvenliğini tehdit ederek yaralanmalara ve enfeksiyon oluşumuna neden olabilmektedir. Hatanelerde kullanılan cihaz ve malzemelerde, ileri teknoloji kullanılması nedeni ile, cihaz arızaları ve uygulama hataları ile sıkça karşılaşılmaktadır. Tıbbi cihazların düzgün çalışmadığı durumlarda hasta güvenliğini tehdit edici tehlikeler meydana gelmektedir. Bu tehlikelerin önüne geçmek için hastanın tedavisinde kullanılacak cihaz ve malzemelerin kontrolleri ve kalibrasyonları düzenli bir şekilde, bu alanda eğitim almış kişiler tarafından yapılmalıdır (Göktaş, 2007; Tansüyer, 2010; Özdemir, 2014).

Sağlığına kavuşmak için sağlık hizmeti veren bir kuruma başvuran bir birey için güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesindeki temel amaç, sağlık hizmeti veren kurumların hastalara zarar verebilecek tüm etkenlerden kurtulmuş olması ve en kısa sürede bireyin kurum içerisinde hasta güvenliğini koruyarak sağlığına yeniden kavuşmasını sağlamaktır. Bu süreç içerisinde hasta güvenliğini sağlamak, hastanın tedavisi için gerekli invazif işlemleri yapan, tıbbi cihazları kullanan hemşirelerin en önemli sorumluluğundan birisidir (Özmen ve Başol, 2010).

Tıbbi cihaz kazalarının en önemli nedenleri; hatalı veya kusurlu cihazların kullanımı, tıbbi cihaz seçiminin yanlış olması, kalibrasyon ve bakımın yetersiz olması, kullanıcı eğitiminin yetersiz olması, yeni teknolojilerin kullanımında tecrübe ve bilgi eksikliği sayılabilir. Kullanılacak cihazın çalışır vaziyette olması, her an kullanıma hazır, sterilizasyonu ve kalibrasyonu yapılmış olması gerekir. Tanı ve tedavi işlemlerinde kullanılan EKG, defibrilatör, mekanik ventilatör gibi hasta açısından hayati önem taşıyan cihazların emniyetlerinin sağlanması ve çalışılabilirliğinin düzenli olarak kontrol edilmesi gerekir. Bunlardan birinin veya birkaçının hastane veya sağlık çalışanı tarafından ihmali, tıbbi hatalara yol açarak hasta güvenliğini tehdit edebilir (Göktaş, 2007; Özdemir, 2014).

4.2.8. Hasta Transferi

Hasta transferi, acil tıbbi bir müdahale gerektiren durumlarda hastanın güvenli bir şekilde uygun bir sağlık kuruluşuna gecikmeden ulaştırılmasına, hastaların

gerektiğinde hastane içi ileri tanı ve tedaviyi sağlayabilecek bir başka birime veya diğer sağlık kurumlarına uygun şartlarda nakledilmesine denir (Bayar, 2013).

Hasta transferi sırasında hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek durumlar ile karşılaşılabilir. Özellikle, hasta transferi sırasında hastayı taşımak için hastanın genel durumuna uygun taşıma aracı seçilmemesi, hastanın sedyeye doğru bir şekilde sabitlenmemesi, transferin sağlanacağı cihaz ve aletlerin kullanılabilirliğinin kontrol edilmemesi, taşıma esnasında hastanın düzenli olarak gözlenmemesi, transfer sırasında oksijen tüpü kullanılıyor ise, oksijen tüpünün kontrollerinin yapılmaması, transfer sırasında gerekli olan malzeme ve ilaçların kontrollerinin yapılmaması, hastada var ise mevcut kataterlere özen gösterilmemesi ve hastanın düşmemesi için gerekli önlemlerin alınmaması, güvenli hasta transferini engellemektedir (Özdemir, 2014).

4.3. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültüründeki Yeri

Hemşirelik mesleği, bireylerin karşılaştıkları veya karşılaşılabilecekleri sağlık sorunlarını çözmeye bir profesyonelin yardımına ihtiyaç duymalarından dolayı var olmuştur. Hemşirelik, bireyi iyilik ve hastalık halinde, doğumundan yaşam sonuna kadar geçen sürede anlamaya temellenmiş bir meslek grubudur. Tarih boyunca hemşirelik mesleğinin temellerini açıklamak üzere sürekli çalışmalarda bulunmuş, mesleğin tanımı ve rollerini tanımlamaya ve tanıtmaya önem verilmiştir. Hemşirelik mesleğini tanımlamak ve rollerini açıklamak üzere yapılan tüm çalışmalar Florence Nightingale'e kadar uzanmaktadır (Akman-Balçık, 2010).

Florence Nightingale'e göre hemşirelik mesleğinin temel amacı "*doğanın iyileştirmesini sağlamak üzere hastayı en uygun ortama koymaktır*". Uluslararası Hemşirelik Konseyi'ne göre (ICN: International Council of Nursing) hemşirelik tanımı "*Bireyin ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur. Hemşire ayrıca sağlık ekibinin tedavi edici ve eşitsel planlarını geliştirmeye ve uygulamaya katılır*" şeklindedir (www.icn.ch). Türk Hemşireler Derneği (THD) ise, "*Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan*

oluşan bir sağlık disiplini” diyerek hemşirelik mesleğini daha kapsamlı bir yaklaşımla tanımlamıştır (Biol, 2010; www.turkhemsirelerderneği.org.tr).

Hemşireler, bakım ve tedavinin her anında hasta güvenliği ile iç içedir. Sağlık ekibinin diğer üyelerine göre hemşireler, sorumluluklarının çokluğu, çeşitliliği ve hasta ile sürekli beraberliği nedeni ile daha sık tıbbi hata riski ile karşı karşıya gelmektedirler. Hastaya olan yakınlıkları, tedavi ve bakım işlevlerini yürütmedeki etkinliklerinden dolayı hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesinde önemli bir yere sahiptirler. Bakım verdikleri her alanda, hastaları olası tehlikelerden korumak ve girişimlerin istenmeyen sonuçlarını önlemekle sorumludurlar (Rızalar ve ark., 2016). Sağlıkın korunması ve sürdürülmesi, bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ile ilgili hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Ayrıca, hastaya zarar verecek uygulamalardan kaçınarak, başkaları tarafından gelebilecek zararları öngörüp, bu zararları önleyici girişimlerde bulunmalıdırlar. Bundan dolayı, hemşirelik hizmetlerinin temel amacı hasta güvenliği uygulamalarının bakımın en önemli parçası haline getirmek ve bu doğrultuda hemşirelere eğitimler verilmesini sağlamaktır (Aydın, 2010; Türk, 2015).

Bakım ve tedavi kapsamında hemşirelik uygulamaları arasında hasta güvenliği açısından en önemli konu başlıklarından birisi kimlik doğrulamadır. Kimlik doğrulamada yapılan hatalar, ilaç hatalarını, kan uygulamaları ile ilgili hataları, hasta transferi hatalarını ve cerrahi işlemler ile ilgili hataları da beraberinde getirmektedir. Bunun yanında bir diğer önemli hasta güvenliği boyutu ise hasta düşmeleridir (Türk, 2015). Hasta güvenliğini tehdit edeci bir olay gerçekleştiği zaman, hemşirelerin en önemli görevi oluşan vaka ile ilgili olay raporu yazmak ve yöneticilerine iletmektir. Yanlış olay raporu yazma veya olumsuz vakalarda olay raporu yazmama gibi durumları yönetici hemşireler takip etmeli gerekli bilgilendirme ve eğitimler ile hemşirelerin bilinçlilik düzeyi artırılmalıdır. Ayrıca, meydana gelen olumsuz vakaların olay raporları tıbbi kayıt olarak tutulmalı ve yıl sonu gerekli istatistikler yapılarak kurumun, tüm sağlık çalışanlarının, özellikle hemşirelerin, hasta güvenliği kültürü algıları ve aldıkları önlemler istatistiksel olarak değerlendirilmelidir (Françolin ve ark., 2015). Sağlık hizmeti veren kurumların tüm birimlerinde hasta güvenliğini tehdit eden unsurların önlenmesi için en başta hemşirelere hasta güvenliği kültürü kavramını

aşlamak ve bundan yola çıkarak birimlerde hasta güvenliği hedeflerine uygun olarak tedavi ve bakımın sürekliliğini sağlamak gerekmektedir (Türk, 2015).

Hasta güvenliğini sağlama ve sağlık bakımında kaliteyi geliştirmede hemşireler en önemli anahtardır. Sonuç olarak, bir kurumda çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, kurumun güvenlik kültürünün yerleştirilmesi, yürütülmesi ve geliştirilmesinin temelini oluşturmaktadır (Rızalar ve ark., 2016).



5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma ile, cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu konuda hemşirelik uygulamalarına kaynak oluşturması amacıyla tanımlayıcı kesitsel düzeyde gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer

Araştırma, Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi ve Koç Üniversitesi Hastanesi'nin cerrahi yatan hasta servislerinde uygulandı.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, örneklemin tamamı olan 135 cerrahi servisi hemşiresi oluşturdu.

5.3.1. Örneklem Seçim Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya istekli olma
- En az 6 aydır cerrahi hemşiresi olarak görev yapıyor olma

5.4. Araştırmanın Değişkenleri

5.4.1. Bağımsız Değişkenler

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, klinik deneyimleri ve konuya ilişkin bilgi düzeyleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturdu.

5.4.2. Bağımlı Değişkenler

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden elde edilecek puanlar araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturdu.

5.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma, 10.12.2015 – 31.12.2015 tarihleri arasında İstanbul ilindeki Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi ve Koç Üniversitesi Hastanesi'nin cerrahi yatan hasta servislerinde çalışan 135 cerrahi hemşiresi ile gerçekleştirildi. Öncelikle her hemşireye

araştırmanın içeriği ve amacı anlatılarak sözel onamları alındı. Kendilerine sunulan anket formunu doldurmaları istendi ve anket formlarında katılımcıların kimlik bilgileri istenmedi. Anketin doldurulması yaklaşık 12 dakika sürdü ve hemşirelerin iş temposunda aksamaya neden olmamasına özen gösterildi.

5.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Sosyo-Demografik Bilgi Formu ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği kullanılarak toplandı.

5.6.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür ışığında hazırlanan bilgi toplama formu 19 sorudan oluşmaktadır (Önler, 2010; Özdemir, 2014). Bu sorular, hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini, mesleki özelliklerini ve hasta güvenliği ile ilgili bilgi ve deneyimlerini sorgulamaktadır.

5.6.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

Türkmen ve arkadaşları tarafından 2011 yılında geliştirilen Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği, 51 sorudan oluşan 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin; Yönetim ve Liderlik (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 nolu sorular), Çalışanların Eğitimi (37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 nolu sorular), Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama (32, 33, 34, 35, 36 nolu sorular), Bakım Ortamı (44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51 nolu sorular) ve Çalışan Davranışı (18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 nolu sorular) olmak üzere 5 alt boyutu vardır. Ölçek puanının yükselmesi olumlu hasta güvenliği kültürünü gösterirken, düşük ölçek puanı olumsuz hasta kültürünü yansıtmaktadır. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin alt boyutlarının iç tutarlılığını gösteren Chronbach's Alfa güvenilirlik kat sayıları; Yönetim ve Liderlik ($\alpha=0,92$), Çalışanların Eğitimi ($\alpha=0,91$), Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama ($\alpha=0,83$), Bakım Ortamı ($\alpha=0,86$), Çalışan Davranışı ($\alpha=0,91$). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek toplam puanı ($\alpha=0,97$) olarak bulunmuştur (Türkmen ve ark., 2011).

Tablo 1 - Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutlarının Cronbach's Alfa Güvenirlik Katsayıları (N=135)

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha (İç Tutarlılık) Katsayısı
Yönetim ve Liderlik	17	0,86
Çalışanların Eğitimi	7	0,84
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	5	0,96
Bakım Ortamı	8	0,83
Çalışan Davranışı	14	0,92
Ölçek Toplam Puanı	51	0,95

Bu çalışmada ise Tablo 1'de sunulduğu üzere; Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin alt boyutlarının Chronbach's Alpha güvenilirlik katsayıları Yönetim ve Liderlik ($\alpha=0,86$), Çalışanların Eğitimi ($\alpha=0,84$), Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama ($\alpha=0,96$), Bakım Ortamı ($\alpha=0,83$), Çalışan Davranışı ($\alpha=0,92$) ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek toplam puanı için ($\alpha=0,95$) olarak bulundu.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi SPSS programı ile, Yard. Doç. Dr. Meltem Yıldırım tarafından yapıldı. Elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile incelendikten sonra, homojen dağılan verilerin tanımlayıcı analizinde ortalama, standart sapma, frekans dağılımı; karşılaştırmalı analizlerde bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi, Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Hasta Güvenliği Kültürü'nü etkileyen faktörlerin incelenmesinde ise Lineer Regresyon Analizi yapıldı. Veriler %95'lik güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

5.8. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırmanın planlanmasında bilimsel etik ilkelere ek olarak evrensel etik ilkeler de dikkate alındı. Beraberinde, araştırma önerisi Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na sunulurken 27.10.2015 tarihli toplantının 2015.230.IRB3.120 nolu ekte yer alan (Ek-1) kurul kararı ile etik ve bilimsel açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesi uygun bulunmuştur.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın iki özel hastane ile sınırlı olması nedeniyle elde edilen verilerin farklı kurumlarda çalışan tüm cerrahi hemşirelerine genellenemeyeceği,
- Araştırmanın JCI standart belgesi olan iki özel hastanede gerçekleştirilmiş olması nedeniyle elde edilen sonuçların devlet hastanelerinde görev yapan cerrahi hemşirelerine genellenemeyeceği bu araştırmanın sınırlılıkları olarak dikkate alındı.



6. BULGULAR

Bu araştırma, cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla 135 cerrahi hemşiresi ile gerçekleştirildi.

Araştırmadan elde edilen bulgular 3 bölüm halinde sunuldu:

6.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

6.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği İle İlgili Karşılaştırmalar

6.3. İstatistiksel Olarak Anlamlı Olan Bulgulara İlişkin Regresyon Analizleri

6.1. HEMŞİRELERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ VE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI

Tablo 2 - Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=135)

Tanıtcı Özellikler	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Yaş Ortalaması	19	32	25,21	2,80
n			%	
Cinsiyet				
Kadın	113		83,7	
Erkek	22		16,3	
Toplam	135		100,0	
Medeni Durum				
Evli	13		9,6	
Bekar	122		90,4	
Toplam	135		100,0	
Eğitim Durumu				
Lise	33		24,4	
Lisans	84		62,2	
Lisansüstü	18		13,3	
Toplam	135		100,0	

Tablo 2 incelendiğinde; örnekleme oluşturan hemşirelerin yaş ortalamasının $25,21 \pm 2,80$ olduğu, %83,7'sinin (n=113) kadın olduğu, %90,4'ünün (n=122) bekar olduğu ve %62,2'sinin (n=84) lisans mezunu olduğu saptandı.

Tablo 3 - Hemşirelerin Mesleğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=135)

Mesleğe İlişkin Özellikler	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Meslekte Çalışma Ayı	6	120	36,11	21,30
Kurumdaki Çalışma Ayı	4	78	18,80	14,47
Haftalık Ortalama Çalışma Saati	48	48	48,00	00,00
Günlük Ortalama Bakılan Hasta Sayısı	3	5	3,95	0,59
n			%	
Çalışma Şekli				
Sürekli Gündüz Vardiyası	-	-	-	-
Sürekli Gece Vardiyası	-	-	-	-
Gündüz ve Gece Vardiyası	135		100,0	
Toplam	135		100,0	
Günlük Ortalama Bakılan Hasta Sayısı				
3 Hasta	27		20,0	
4 Hasta	87		64,4	
5 Hasta	21		15,6	
Toplam	135		100,0	
En Çok Bakım Verilen Cerrahi Hasta Grubu				
KBB	27		20,0	
Kalp – Damar Cerrahisi	31		23,0	
Genel Cerrahi	77		57,0	
Toplam	135		100,0	
İşe Başlarken Oryantasyon Eğitimi Alma				
Evet	135		100,0	
Hayır	-		-	
Toplam	135		100,0	

Tablo 3 incelendiğinde; örnekleme oluşturan hemşirelerin mesleği 36,11±21,30 aydır yaptığı, ortalama 18,80±14,47 aydır araştırmanın yapıldığı kurumda çalıştığı, haftada 48 saat çalıştıkları, günde ortalama 3,95±0,59 hasta baktığı saptandı. Hemşirelerin tamamının (n=135) gündüz ve gece vardiyasında çalıştığı, %64,4'ü (n=87) günde ortalama 4 hasta baktığı, %57'sinin (n=77) en çok bakım verilen hasta grubunun genel cerrahi hasta grubu olduğu ve tüm örneklemin (n=135) ise işe başlarken oryantasyon eğitimi aldığı bulundu.

Tablo 4 - Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=135)

Hasta Güvenliğine İlişkin Özellikler	n	%
Hasta Güvenliği ile İlgili Eğitim Alma		
Evet	135	100,0
Hayır	-	-
Toplam	135	100,0
Hasta Güvenliği ile İlgili Komitede Çalışma		
Evet	22	16,3
Hayır	113	83,7
Toplam	135	100,0
Kurumda Hasta Güvenliğine Yönelik Çalışma Yapılma Durumu		
Evet	135	100,0
Hayır	-	-
Toplam	135	100,0
Kurumdaki Kalite Çalışmalarında Yer Alma		
Evet	26	19,3
Hayır	109	80,7
Toplam	135	100,0
Hasta Güvenliği ile İlgili Kongre/Sempozyuma Katılma Durumu		
Evet	50	37,0
Hayır	85	63,3
Toplam	135	100,0
Hasta Güvenliği Konusunda Birimi Değerlendirme Düzeyi		
Çok İyi	96	71,1
Yeterli	39	28,9
Toplam	135	100,0
Son 1 Yılda Olay Raporu Yazma Durumu		
Evet	29	21,5
Hayır	106	78,5
Toplam	135	100,0
Son 1 Yılda Yazılan Olay Raporu Sayısı		
1 Olay Raporu	26	89,7
2 Olay Raporu	3	10,3
Toplam	29	100,0

Tablo 4 incelendiğinde; Örneklemi oluşturan hemşirelerin tamamının (n=135) hasta güvenliği ile ilgili eğitim almış olduğu, %16,3'ünün (n=22) hasta güvenliği ile ilgili bir komitede yer almış olduğu, tamamının (n=135) kurumda hasta güvenliğine yönelik çalışmaların yapıldığını belirttiği, %19,3'ünün (n=26) kurumda yürütülen kalite çalışmalarında yer almış olduğu, %37,0'sinin (n=50) hasta güvenliği ile ilgili kongre, sempozyum gibi etkinliklere katılmış olduğu, %71,1'inin (n=96) hasta güvenliği konusunda birimini çok iyi olarak nitelendirdiği, %21,5'inin (n=29) son bir yılda olay raporu yazmış olduğu ve olay raporu yazmış olan hemşirelerin 89,7'sinin (n=26) son bir yılda yalnızca 1 tane olay raporu yazdığı saptandı.

6.2. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ KARŞILAŞTIRMALAR

Tablo 5 - Cinsiyete Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı (N=135)

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Yönetim ve Liderlik	Kadın	113	3,65	0,28	0,781	0,436
	Erkek	22	3,59	0,31		
Çalışanların Eğitimi	Kadın	113	3,60	0,37	-0,616	0,539
	Erkek	22	3,66	0,33		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Kadın	113	3,61	0,45	-0,363	0,717
	Erkek	22	3,65	0,45		
Bakım Ortamı	Kadın	113	3,57	0,36	-0,268	0,789
	Erkek	22	3,59	0,35		
Çalışan Davranışı	Kadın	113	3,37	0,41	-0,013	0,990
	Erkek	22	3,37	0,34		
Ölçek Toplam Puanı	Kadın	113	3,56	0,30	-0,179	0,858
	Erkek	22	3,57	0,27		

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

Tablo 5 incelendiğinde; cinsiyete göre hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 6 - Medeni Duruma Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı (N=135)

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları	Medeni Durum	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Yönetim ve Liderlik	Evli	13	3,67	0,27	0,475	0,635
	Bekar	122	3,63	0,28		
Çalışanların Eğitimi	Evli	13	3,62	0,34	0,086	0,932
	Bekar	122	3,61	0,37		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Evli	13	3,52	0,48	-0,826	0,411
	Bekar	122	3,63	0,45		
Bakım Ortamı	Evli	13	3,60	0,30	0,295	0,768
	Bekar	122	3,57	0,36		
Çalışan Davranışı	Evli	13	3,27	0,35	-0,985	0,326
	Bekar	122	3,38	0,40		
Ölçek Toplam Puanı	Evli	13	3,54	0,25	-0,328	0,743
	Bekar	122	3,57	0,30		

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

Tablo 6 incelendiğinde; medeni duruma göre hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 7 - Eğitim Durumuna Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı (N=135)

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları	Eğitim Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Yönetim ve Liderlik	Lise	33	3,75	0,25	4,189	0,017*
	Lisans	84	3,59	0,29		
	Lisansüstü	18	3,67	0,26		
Çalışanların Eğitimi	Lise	33	3,70	0,35	1,693	0,188
	Lisans	84	3,60	0,35		
	Lisansüstü	18	3,50	0,43		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Lise	33	3,75	0,39	1,971	0,143
	Lisans	84	3,59	0,47		
	Lisansüstü	18	3,52	0,44		
Bakım Ortamı	Lise	33	3,67	0,37	1,620	0,202
	Lisans	84	3,55	0,35		
	Lisansüstü	18	3,50	0,34		
Çalışan Davranışı	Lise	33	3,58	0,42	6,657	0,002**
	Lisans	84	3,33	0,37		
	Lisansüstü	18	3,22	0,34		
Ölçek Toplam Puanı	Lise	33	3,69	0,28	4,058	0,019*
	Lisans	84	3,53	0,29		
	Lisansüstü	18	3,48	0,29		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 7 incelendiğinde; eğitim durumuna göre hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Yönetim ve Liderlik ($p < 0,05$), Çalışan Davranışı ($p < 0,01$) alt boyutları ve ölçek toplamında ($p < 0,05$) aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım gösterdiği saptandı. Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde; Yönetim ve Liderlik alt boyutundaki anlamlı farkın lise ile lisans mezunu hemşirelerin puan ortalamaları farkından kaynaklandığı bulundu. Çalışan Davranışı alt boyutu ve ölçek toplam puanındaki anlamlı farkların ise, eğitim düzeyi azaldıkça azalan puan ortalamaları farkından kaynaklandığı görüldü.

Eğitim durumuna göre hemşirelerin, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Çalışanların Eğitimi, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama ile Bakım Ortamı alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım göstermediği saptandı ($p > 0,05$).

Tablo 8 - En Çok Bakım Verilen Hasta Grubuna Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı (N=135)

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları	Bakım Verilen Hasta Grubu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Yönetim ve Liderlik	KBB	27	3,63	0,23	1,669	0,192
	Kalp-Damar Cerrahisi	31	3,56	0,28		
	Genel Cerrahi	77	3,67	0,27		
Çalışanların Eğitimi	KBB	27	3,51	0,42	1,433	0,242
	Kalp-Damar Cerrahisi	31	3,60	0,35		
	Genel Cerrahi	77	3,65	0,34		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	KBB	27	3,60	0,44	0,453	0,637
	Kalp-Damar Cerrahisi	31	3,56	0,47		
	Genel Cerrahi	77	3,65	0,45		
Bakım Ortamı	KBB	27	3,62	0,38	0,492	0,613
	Kalp-Damar Cerrahisi	31	3,52	0,37		
	Genel Cerrahi	77	3,58	0,34		
Çalışan Davranışı	KBB	27	3,43	0,41	0,723	0,487
	Kalp-Damar Cerrahisi	31	3,31	0,41		
	Genel Cerrahi	77	3,38	0,39		
Ölçek Toplam Puanı	KBB	27	3,56	0,35	0,683	0,507
	Kalp-Damar Cerrahisi	31	3,51	0,30		
	Genel Cerrahi	77	3,59	0,28		

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 8 incelendiğinde; en çok bakım verilen hasta grubuna göre hemşirelerin, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 9 - Günlük Bakılan Hasta Sayısına Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı (N=135)

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları	Bakılan Hasta Sayısı	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Yönetim ve Liderlik	3 Hasta	27	3,67	0,27	0,441	0,645
	4 Hasta	87	3,62	0,28		
	5 Hasta	21	3,67	0,32		
Çalışanların Eğitimi	3 Hasta	27	3,61	0,39	0,072	0,930
	4 Hasta	87	3,61	0,35		
	5 Hasta	21	3,64	0,38		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	3 Hasta	27	3,60	0,47	0,186	0,831
	4 Hasta	87	3,61	0,45		
	5 Hasta	21	3,67	0,44		
Bakım Ortamı	3 Hasta	27	3,64	0,37	0,820	0,443
	4 Hasta	87	3,55	0,34		
	5 Hasta	21	3,60	0,39		
Çalışan Davranışı	3 Hasta	27	3,43	0,41	0,390	0,678
	4 Hasta	87	3,35	0,38		
	5 Hasta	21	3,38	0,44		
Ölçek Toplam Puanı	3 Hasta	27	3,59	0,31	0,312	0,732
	4 Hasta	87	3,55	0,30		
	5 Hasta	21	3,59	0,29		

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 9 incelendiğinde; günlük bakılan hasta sayısına göre hemşirelerin, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 10 - Hasta Güvenliği ile İlgili Bir Komitede alışma Durumuna Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü leği'nden Aldıkları Puanların Dağılımları (N=135)

Hasta Güvenliği Kültürü leği Alt Boyutları	Komitede alışma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Yönetim ve Liderlik	Evet	22	3,64	0,26	-0,018	0,986
	Hayır	113	3,64	0,29		
Çalışanların Eğitimi	Evet	22	3,57	0,34	-0,557	0,579
	Hayır	113	3,62	0,37		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Evet	22	3,61	0,41	-0,049	0,961
	Hayır	113	3,62	0,46		
Bakım Ortamı	Evet	22	3,48	0,29	-1,480	0,148
	Hayır	113	3,59	0,36		
alışan Davranışı	Evet	22	3,26	0,31	-1,796	0,081
	Hayır	113	3,40	0,41		
Ölçek Toplam Puanı	Evet	22	3,51	0,25	-0,850	0,397
	Hayır	113	3,57	0,30		

t=Bağımsız rneklem t-Testi

Tablo 10 incelendiğinde; hasta güvenliği ile ilgili bir komitede çalışma durumuna göre hemşirelerin, Hasta Güvenliği Kültürü leği'nden aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 11 - Kurumda Yürütülen Kalite Çalışmalarında Yer Alma Durumuna Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı (N=135)

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları	Kalite Çalışmalarında Yer Alma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Yönetim ve Liderlik	Evet	26	3,61	0,27	-0,539	0,591
	Hayır	109	3,64	0,28		
Çalışanların Eğitimi	Evet	26	3,57	0,34	-0,632	0,529
	Hayır	109	3,62	0,37		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Evet	26	3,60	0,43	-0,276	0,783
	Hayır	109	3,62	0,46		
Bakım Ortamı	Evet	26	3,48	0,29	-1,780	0,082
	Hayır	109	3,60	0,36		
Çalışan Davranışı	Evet	26	3,27	0,31	-1,803	0,078
	Hayır	109	3,40	0,41		
Ölçek Toplam Puanı	Evet	26	3,50	0,26	-1,110	0,269
	Hayır	109	3,58	0,30		

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

Tablo 11 incelendiğinde; kurumda yürütülen kalite çalışmalarında yer alma durumuna göre hemşirelerin, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 12 - Hasta Güvenliği ile İlgili Kongre/Sempozyuma Katılma Durumuna Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı (N=135)

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları	Kongre/Sempozyum Katılma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Yönetim ve Liderlik	Evet	50	3,64	0,26	-0,062	0,951
	Hayır	85	3,64	0,29		
Çalışanların Eğitimi	Evet	50	3,53	0,36	-2,050	0,042*
	Hayır	85	3,66	0,36		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Evet	50	3,60	0,44	-0,434	0,665
	Hayır	85	3,63	0,46		
Bakım Ortamı	Evet	50	3,49	0,33	-2,216	0,028*
	Hayır	85	3,62	0,36		
Çalışan Davranışı	Evet	50	3,30	0,35	-1,603	0,111
	Hayır	85	3,42	0,42		
Ölçek Toplam Puanı	Evet	50	3,51	0,26	-1,566	0,120
	Hayır	85	3,59	0,31		

* $p < 0,05$

t =Bağımsız Örneklem t -Testi

Tablo 12 incelendiğinde; hasta güvenliği ile ilgili kongre ya da sempozyuma katılmış olan hemşirelerin, katılmamış olanlara göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Çalışanların Eğitimi ve Bakım Ortamı alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan aldığı saptandı ($p < 0,05$).

Hasta güvenliği ile ilgili kongre ve sempozyuma katılma durumuna göre, hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Yönetim ve Liderlik, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama, Çalışan Davranışı alt boyutları ile ölçek toplamından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım göstermediği saptandı ($p > 0,05$).

Tablo 13 - Hasta Güvenliği Konusunda Birimi Değerlendirme Durumuna Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı (N=135)

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları	Hasta Güvenliği Konusunda Birimi Değerlendirme Düzeyi	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Yönetim ve Liderlik	Çok İyi	96	3,68	0,27	2,464	0,015*
	Yeterli	39	3,54	0,29		
Çalışanların Eğitimi	Çok İyi	96	3,61	0,38	0,052	0,958
	Yeterli	39	3,61	0,33		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Çok İyi	96	3,60	0,46	-0,555	0,580
	Yeterli	39	3,65	0,43		
Bakım Ortamı	Çok İyi	96	3,57	0,38	-0,346	0,730
	Yeterli	39	3,59	0,29		
Çalışan Davranışı	Çok İyi	96	3,41	0,42	1,690	0,094
	Yeterli	39	3,29	0,33		
Ölçek Toplam Puanı	Çok İyi	96	3,57	0,31	0,633	0,528
	Yeterli	39	3,54	0,25		

* $p < 0,05$

t=Bağımsız Örneklem *t*-Testi

Tablo 13 incelendiğinde; hasta güvenliği konusunda biriminin çok iyi olduğunu belirten hemşirelerin, birimi yeterli olarak değerlendiren hemşirelere göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Yönetim ve Liderlik alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptandı ($p < 0,05$).

Hasta güvenliği konusunda birimi değerlendirme durumuna göre, hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Çalışanların Eğitimi, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama, Bakım Ortamı, Çalışan Davranışı alt boyutları ile ölçek toplamından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım göstermediği saptandı ($p > 0,05$).

Tablo 14 - Son 1 Yılda Olay Raporu Yazma Durumuna Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı (N=135)

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları	Son 1 Yılda Olay Raporu Yazma	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Yönetim ve Liderlik	Evet	29	3,58	0,25	-1,199	0,233
	Hayır	106	3,65	0,29		
Çalışanların Eğitimi	Evet	29	3,57	0,32	-0,768	0,444
	Hayır	106	3,63	0,37		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Evet	29	3,57	0,46	-0,572	0,568
	Hayır	106	3,63	0,45		
Bakım Ortamı	Evet	29	3,49	0,27	-1,745	0,086
	Hayır	106	3,60	0,37		
Çalışan Davranışı	Evet	29	3,24	0,31	-2,459	0,017*
	Hayır	106	3,41	0,41		
Ölçek Toplam Puanı	Evet	29	3,49	0,24	-1,498	0,136
	Hayır	106	3,58	0,31		

* $p < 0,05$

t=Bağımsız Örneklem *t*-Testi

Tablo 14 incelendiğinde; son 1 yılda olay raporu yazan hemşirelerin, son 1 yılda olay raporu yazma durumuna hayır diyen hemşireler yazmayanlara göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Çalışan Davranışı alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan aldığı saptandı ($p < 0,05$).

Son bir yılda olay raporu yazma durumuna göre, hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Yönetim ve Liderlik, Çalışanların Eğitimi, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama, Bakım Ortamı alt boyutları ile ölçek toplamından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım göstermediği saptandı ($p > 0,05$).

Tablo 15 - Son 1 Yılda Yazılan Olay Raporu Sayısına Göre Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı (N=29)

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları	Son 1 Yılda Yazılan Olay Raporu Sayısı	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Yönetim ve Liderlik	1 Olay Raporu	26	3,59	0,23	0,400	0,692
	2 Olay Raporu	3	3,52	0,46		
Çalışanların Eğitimi	1 Olay Raporu	26	3,58	0,30	0,796	0,433
	2 Olay Raporu	3	3,42	0,51		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	1 Olay Raporu	26	3,58	0,46	0,179	0,859
	2 Olay Raporu	3	3,53	0,50		
Bakım Ortamı	1 Olay Raporu	26	3,49	0,26	-0,056	0,956
	2 Olay Raporu	3	3,50	0,43		
Çalışan Davranışı	1 Olay Raporu	26	3,25	0,32	0,841	0,408
	2 Olay Raporu	3	3,09	0,28		
Ölçek Toplam Puanı	1 Olay Raporu	26	3,50	0,23	0,563	0,578
	2 Olay Raporu	3	3,41	0,35		

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

Tablo 15 incelendiğinde; son 1 yılda yazılan olay raporu sayısına göre hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 16 - Yaş ile Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki (N=135)

	Yönetim ve Liderlik	Çalışanların Eğitimi	Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Bakım Ortamı	Çalışan Davranışı	Ölçek Toplam Puanı
Yaş	r=-0,098 p=0,257	r=-0,040 p=0,647	r=-0,058 p=0,507	r=-0,059 p=0,500	r=-0,199 p=0,021*	r=-0,113 p=0,194

* $p < 0,05$

r = Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 16 incelendiğinde; yaş ile hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Çalışan Davranışı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf güçte bir ilişki saptandı ($p < 0,05$).

Yaş ile hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Yönetim ve Liderlik, Çalışanların Eğitimi, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama, Bakım Ortamı alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

Tablo 17 - Meslekte Çalışma Yılı ile Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki (N=135)

	Yönetim ve Liderlik	Çalışanların Eğitimi	Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Bakım Ortamı	Çalışan Davranışı	Ölçek Toplam Puanı
Meslekte Çalışma Yılı	r=0,079 p=0,363	r=0,050 p=0,564	r=0,024 p=0,782	r=0,054 p=0,532	r=-0,037 p=0,669	r=0,038 p=0,665

r=Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 17 incelendiğinde; meslekte çalışma yılı ile hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin tüm alt boyutları ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 18 - Kurumda Çalışma Yılı ile Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki (N=135)

	Yönetim ve Liderlik	Çalışanların Eğitimi	Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Bakım Ortamı	Çalışan Davranışı	Ölçek Toplam Puanı
Kurumda Çalışma Yılı	r=-0,118 p=0,173	r=-0,116 p=0,179	r=-0,082 p=0,344	r=-0,144 p=0,095	r=-0,235 p=0,006**	r=-0,172 p=0,046*

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

r = Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 18 incelendiğinde; kurumda çalışma yılı ile hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Çalışan Davranışı ve Ölçek Toplamından aldıkları puanlar arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf güçte bir ilişki saptandı ($p < 0,05$).

Kurumda çalışma yılı ile hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Yönetim ve Liderlik, Çalışanların Eğitimi, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama, Bakım Ortamı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

Tablo 19 - Günlük Bakılan Hasta Sayısı ile Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Arasındaki İlişki (N=135)

	Yönetim ve Liderlik	Çalışanların Eğitimi	Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Bakım Ortamı	Çalışan Davranışı	Ölçek Toplam Puanı
Günlük Bakılan Hasta Sayısı	r=-,006 p=0,942	r=0,024 p=0,782	r=0,048 p=0,583	r=-0,049 p=0,571	r=-0,043 p=0,623	r=-0,004 p=0,963

r=Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 19 incelendiğinde; günlük bakılan hasta sayısı ile hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin tüm alt boyutları ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

6.3. İSTATİSTİKSEL OLARAK ANLAMLI OLAN BULGULARA İLİŞKİN REGRESYON ANALİZLERİ

Tablo 20 - Eğitim Durumunun, Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları Üzerine Etkisi

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları	R	R ²	β	F	p
Yönetim ve Liderlik	0,175	0,030	-0,175	4,178	0,043*
Çalışanların Eğitimi	0,152	0,023	-0,152	3,156	0,078
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	0,170	0,029	-0,170	3,967	0,048*
Bakım Ortamı	0,155	0,024	-0,155	3,259	0,073
Çalışan Davranışı	0,302	0,091	-0,302	13,382	0,000***
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Ölçek Toplam Puan	0,239	0,057	-0,239	8,052	0,005**

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

R=Lineer Regresyon Analizi

Tablo 20 incelendiğinde; eğitim durumunun hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Yönetim ve Liderlik alt boyutundan aldıkları puanlar üzerinde %3 oranında, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama alt boyutundan alınan puanları üzerinde ise %2,9 oranında açıkladığı ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Eğitim durumunun, hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Çalışan Davranışı alt boyutundan aldıkları puanlar üzerinde %9,1 oranında açıkladığı ve bu etkinin istatistiksel olarak ileri derecede olduğu saptandı ($p < 0,001$).

Eğitim durumunun, hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden aldıkları toplam puan üzerinde %5,7 oranında açıkladığı ve bu etkinin istatistiksel olarak ileri derecede olduğu saptandı ($p < 0,01$)

Tablo 21 - Kongre ve Sempozyuma Katılma Durumunun, Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları Üzerine Etkisi

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları	R	R ²	β	F	p
Yönetim ve Liderlik	0,005	0,000	-0,005	0,004	0,951
Çalışanların Eğitimi	0,175	0,031	0,175	4,205	0,042*
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	0,038	0,001	0,038	0,188	0,665
Bakım Ortamı	0,189	0,036	0,189	4,911	0,028*
Çalışan Davranışı	0,138	0,019	0,138	2,571	0,111
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Ölçek Toplam Puan	0,135	0,018	0,135	2,452	0,120

* $p < 0,05$

R=Lineer Regresyon Analizi

Tablo 21 incelendiğinde; kongre ve sempozyuma katılma durumunun hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Çalışanların Eğitimi alt boyutundan aldıkları puanları üzerinde %3,1 oranında, Bakım Ortamı alt boyutundan aldıkları puanlar üzerinde ise %3,6 oranında açıkladığı ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Tablo 22 - Hasta Güvenliği Konusunda Birimi Değerlendirme Durumunun, Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları Üzerine Etkisi

Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği Alt Boyutları	R	R ²	β	F	p
Yönetim ve Liderlik	0,209	0,044	-0,209	6,073	0,015*
Çalışanların Eğitimi	0,005	0,000	-0,005	0,003	0,958
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	0,048	0,002	0,048	0,308	0,580
Bakım Ortamı	0,027	0,001	0,027	0,098	0,755
Çalışan Davranışı	0,131	0,017	-0,131	2,326	0,130
Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği Ölçek Toplam Puan	0,055	0,003	-0,055	0,400	0,528

* $p < 0,05$

R=Lineer Regresyon Analizi

Tablo 22 incelendiğinde; hasta güvenliği konusunda birimi değerlendirme durumunun hemşirelerin Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği'nin Yönetim ve Liderlik alt boyutundan aldıkları puanları üzerinde %4,4 oranında açıkladığı ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Tablo 23 - Son 1 Yılda Olay Raporu Yazma Durumunun, Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları Üzerine Etkisi

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları	R	R ²	β	F	p
Yönetim ve Liderlik	0,103	0,011	0,103	1,438	0,233
Çalışanların Eğitimi	0,066	0,004	0,066	0,589	0,444
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	0,050	0,002	0,050	0,327	0,568
Bakım Ortamı	0,127	0,016	0,127	2,169	0,143
Çalışan Davranışı	0,180	0,032	0,180	4,457	0,037*
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Ölçek Toplam Puan	0,129	0,017	0,129	2,245	0,136

* $p < 0,05$

R=Lineer Regresyon Analizi

Tablo 23 incelendiğinde; son 1 yılda olay raporu yazma durumunun hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Çalışan Davranışı alt boyutundan aldıkları puanlar üzerinde %3,2 oranında açıkladığı ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0,05$).

7. TARTIŞMA

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti veren kurumlarda hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu yaralanma ve ölümlerin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalardır (Akalin, 2010). Ulusal Hasta Güvenliği Ajansına (National Patient Safety Agency) göre hasta güvenliği; hastanelerde risk değerlendirme, hasta ile ilişkili risklerin yönetimi ve tanımlanması, yinelenen risklerin azaltılması için raporlanması ve analizi, geliştirilen çözümlerin uygulanması sonucu hastaya daha güvenli bakım verme süreci olarak tanımlanmıştır (Özdemir, 2014).

Sağlık bilimlerinin temel öğelerinden biri olan “önce zarar verme ilkesi” doğrultusunda, sağlık hizmeti sunumu öncelikle hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğine odaklanmakta ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinin her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır. Bu doğrultuda hasta güvenliğini sağlamadaki amaç, hasta ve yakınlarını bedensel ve ruhsal olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratmaktır. Böylece sağlık bakım hizmeti sürecindeki basit hataların hastaya zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engellemek, hataların hastaya ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlamak mümkün olabilir (Türk, 2015).

Sağlık hizmeti veren kurumlarda tedavi ve bakım kalitesi hasta güvenliğinin sağlanması ile başlar. Hastanın tedavi ve bakım sürecinde ona en yakın grup olan hemşireler, kurumlardaki hasta güvenliği verilerini doğrudan etkilemektedirler (Gülkaya, 2009). Hasta güvenliğini etkileyen faktörler kapsamında hemşirelerin bireysel ve mesleki özellikleriyle tıbbi hata sonuçları arasındaki ilişkiiyi vurgulayan çalışmalar gün geçtikçe artmakta ve hasta güvenliği kavramına sağlık hizmeti veren kurumlar tarafından daha çok önem verilmektedir (Çırpı ve ark., 2009; Gökdoğan ve Yorgun, 2010; Estabrooks ve ark., 2005).

Bu çalışmaya göre, eğitim durumuna göre hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Yönetim ve Liderlik ($p<0,05$), Çalışan Davranışı ($p<0,01$) alt boyutları ve ölçek toplamında ($p<0,05$) aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım gösterdiği saptandı. Yönetim ve Liderlik alt boyutundaki anlamlı farkın lise ile lisans mezunu hemşirelerin puan ortalamaları farkından kaynaklandığı bulundu. Çalışan

Davranışı alt boyutu ve ölçek toplam puanındaki anlamlı farkların ise, eğitim düzeyi azaldıkça azalan puan ortalamaları farkından kaynaklandığı görüldü (Tablo 7). Benzer şekilde Özdemir'in (2014) çalışmasında hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı her bir alt ölçek için eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermekte olup, önlisans ve lisans mezunu hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin tüm alt ölçeklerde (çalışılan birim, yönetici, iletişim, raporlama ve genel hasta güvenliği) daha düşük ortalamalara sahip oldukları saptanmıştır. Aiken ve arkadaşları (2003) tarafından Amerika'da yapılan bir araştırmada deneyimli ve eğitim seviyesi yüksek olan hemşire sayısının fazla olduğu hastanelerde cerrahi hastaların düşme ve mortalite düzeyinin daha düşük olduğunu vurgulanmaktadır. Lisans ve üzeri düzeyde eğitim almış hemşire sayısının daha fazla olduğu hastanelerde hasta ölümlerinin ve ameliyat sonrası komplikasyonların daha az olduğu saptanmıştır. Eğitimli hemşire oranındaki her %10'luk artışın hasta ölüm riskini %5 azalttığı öngörülmekte ve hemşirelerin deneyimli olmasından çok eğitim düzeyinin yüksek olmasının hasta bakımının kalitesini etkilediği ve yükselttiği vurgulanmaktadır. Rosseter'in (2014) yayımladığı derlemede, kaliteli bakımı ve hasta güvenliğini etkileyen en önemli faktörlerden birinin hemşirelerin eğitim seviyeleri olduğu belirtilmiş ve eğitim seviyesi arttıkça bakım kalitesinin artacağı ve hasta güvenliğini tehlikeye sokacak uygulamaların azalacağı vurgulanmıştır. Erdağı ve Özer'in (2015) cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamları, hasta güvenliği kültürü algılarını ve tükenmişlik durumlarını inceledikleri çalışmada, eğitim durumuna göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında çalışanların eğitimi dışındaki alt boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır. Çalışanların eğitimi alt boyutunda en düşük puan, lisansüstü eğitime sahip hemşirelerde görülmüş, eğitim ve oryantasyon programlarına yönelik unsurların yer aldığı çalışan eğitimi alt boyutunda ise lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin daha düşük puan almaları, hasta güvenliği konularıyla ilgili lisansüstü programlarda aldıkları eğitimi tutuma dönüştürdükleri ve bu nedenle konuyla ilgili daha fazla beklenti içinde oldukları şeklinde yorumlanmıştır. Gülkaya'nın (2009) yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki bilgi düzeylerini araştırdığı çalışmasında bu araştırmanın aksine hemşirelerin mezuniyet durumlarıyla hasta güvenliği ile ilgili bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadığı görülmüştür. Bu çalışmada da örneklem grubunun eğitim düzeyine bakıldığında araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun lisans mezunu olduğu görülmekte olup eğitim düzeyinde çeşitlilik olmamasından dolayı istatistiksel

anlamlılık elde edilemediği düşünülmektedir. Balık'ın (2014) acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını araştırdığı çalışmada ise hemşirelerin %43,4'ü lisans mezunu olduğu ve hemşirelerin eğitim düzeylerine göre hasta güvenliği tutum ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda, örneklemin bireysel özelliklerinden ve kurum politikalarından dolayı eğitim düzeyinin hasta güvenliği üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada, örneklemi oluşturan hemşirelerin yaş ortalamasının $25,21 \pm 2,80$ olduğu ve %83,7'sinin ($n=113$) kadın olduğu saptandı (Tablo 2). Cinsiyete göre hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım göstermediği görülmüşken (Tablo 5), yaş ile hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Çalışan Davranışı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf güçte bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu bulguya benzer olarak Erdağı ve Özer'in (2015) yaptığı çalışmada da cinsiyete ve yaşa göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin puan ortalamaları karşılaştırıldığında tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Balık'ın (2014) çalışmasında da benzer olarak, hemşirelerin cinsiyetlerine göre hasta güvenliği tutum ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Aynı şekilde Önler'in (2010) çalışmasında da araştırmaya katılanların kadınların %71,7'lik bir oran ile araştırma grubunun büyük bir çoğunluğunu oluşturduğu ve çalışanların cinsiyetine göre güvenlik tutumları puan ortalaması karşılaştırıldığında; kadınların güvenlik tutumlarının erkekler göre daha yüksek olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Çalışılan ortamın cinsiyet ve yaş farklılığı gözlemeksizin aynı özellikleri taşıdığı düşünüldüğünde bu beklenen bir sonuç olarak görülebilmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine bakıldığında, ortalama $36,11 \pm 21,30$ aydır hemşirelik yaptığı saptanmıştır (Tablo 3). Meslekte çalışma yılı ile hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin tüm alt boyutları ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 17). Benzer olarak Gülkaya'nın (2009) yaptığı çalışmada hemşirelerin meslekte çalışma süreleriyle hasta güvenliği bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ongün'ün

(2015) ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmada meslekte, kurumda ve birimde 15 yıldan fazla süredir çalışmanın güvenlik tutumları puanını arttırdığı görülmüştür. Bu çalışmanın aksine, Filiz'in (2009) çalışmada meslekte çalışma süresi arttıkça hasta güvenliği kültürü düzeyinin azaldığı belirtilmiştir. Erdağı ve Özer'e (2015) göre meslekte çalışma süresinin artması ile birlikte, çalışma ortamının olumlu algılanmasının giderek arttığı saptanmış, bunun yanında 18 yıldan sonra bu olumlu algının tersine döndüğü görülmüştür.

Bu araştırmada, örnekleme oluşturan hemşirelerin ortalama $18,80 \pm 14,47$ aydır araştırmanın yapıldığı kurumda çalıştığı (Tablo 3) ve kurumda çalışma yılı ile hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Çalışan Davranışı ve Ölçek Toplamından aldıkları puanlar arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf güçte bir ilişki olduğu görüldü ($p < 0,05$) (Tablo 18). Literatür incelendiğinde, Özmen ve Başol'un (2010) yaptıkları çalışmada, hastanede uzun süre çalışan kişilerin, hasta güvenliği açısından hastaneyi daha güvenilir buldukları görülmüştür. Önler'in (2010) araştırma sonucuna göre, örneklem grubunun %60,7'sinin çalıştıkları kurumda 1-5 yıl arasında çalışmakta olduğu, kurumda çalışma yılına göre güvenlik tutumları puan ortalamaları karşılaştırılığında, çalışma süresi 11 yıldan daha fazla olan grubun güvenlik tutumu puan ortalamalarının 11 yıldan daha az olan çalışanların ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gülkaya'nın (2009) çalışmasına göre, kurumda ve bölümde çalışma süreleri ile hasta güvenliği bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuş olup, bunun nedeni olarak kurumdaki akreditasyon çalışmaları ve kurumun hemşirelerinin hasta güvenliği konusunda bilgilendirme faaliyetleri düzenleyerek eğitimler vermesi ve hemşirelerin bu bilgileri kurumda deneyimleriyle ile birleştirerek uygulamaları olarak gösterilmiştir.

Uzun çalışma saatleri hasta güvenliğini tehdit eden önemli bir unsurdur. Bu araştırmaya katılan hemşirelerin tamamının ($n=135$) haftada 48 saat çalıştıkları görüldü (Tablo 3). Amerika da 393 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada, 12 saatten fazla nöbet tutan ve haftada 40 saatten fazla çalışan hemşirelerin hata yapma olasılığının arttığı ve hasta güvenliğini tehlikeye atabildiği belirtilmiştir. Ayrıca, hemşirelerin çalışma saatleri uzadıkça hastanın durumundaki olumlu veya olumsuz değişiklikleri fark etmede azalma, ilaç hataları, klinik karar vermede hatalar, hastane enfeksiyonunda ve

yatak yaralarında artış görülmüştür (Rogers et al, 2004). Özmen ve Başol (2010) ile Göz ve Kayahan'ın (2011) yaptığı çalışmalarda haftalık çalışma saati ile hasta güvenliği açısından anlamlı bir fark görülmediği belirtilmiştir. Türk'ün (2015) ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını incelediği çalışmada, hemşirelerin çalışma saatlerine göre Güvenlik Ölçeği alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür. Filiz'in (2009) çalışmasında ise sağlık çalışanlarının, uzun çalışma saatleri yüzünden yaşanan yorgunluk ve stresin en önemli tıbbi hata sebebi olduğunu ifade ettiği sağtanmıştır. Kapalı ortamda geçen uzun çalışma saatleri uykusuzluk, yorgunluk ve yüksek düzeyde sorumluluk bireylerde belirgin bir huzursuzluk, iş doyumunu düzeyinin azalması ve depresyona neden olabilmekle birlikte, hasta ve çalışan güvenliği açısından risk oluşturduğu görülmüştür (Aiken et al 2002). 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 99. maddesi uyarınca sağlık personellerinin haftalık çalışma saati 40 saat olarak belirlenmiştir (www.resmigazete.gov.tr). Örneklemi oluşturan hemşirelerin ideale yakın saatlerde çalışıyor olmasının, çalışmanın yapıldığı kurumun Joint Commission International (JCI) düzenlemeleri gereği çalışma saatlerine ve beraberinde hasta ve çalışan güvenliğine dikkat ediliyor olması ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Bu araştırmaya göre, araştırmaya katılan tüm örneklemin (n=135) işe başlarken oryantasyon eğitimi aldığı belirlendi. Ongün'ün (2015) araştırmasına göre, ameliyathane çalışanlarının hastanede çalışmaya başlamadan önce ameliyathane oryantasyon programına katılmalarının, güvenlik tutumlarını olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir. Önler'in (2010) çalışmasına göre, araştırmaya katılanların %57,2'sinin işe yeni başladığında oryantasyon programı uygulandığı saptanmış olup, bu bireylerin hastanede çalışmaya başlarken oryantasyon programına katılma durumuna göre güvenlik tutumları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; oryantasyon programına katılan ve katılmayan grubun güvenlik tutumları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bu bulgu, oryantasyon programının süre, içerik ve etkinlik açısından yetersiz olabileceğini düşündürmektedir. İşe başlarken oryantasyon eğitimi alan hemşirelerin, kurum kültürü farkındalığının arttığı ve kendini kurumun bir parçası olarak görüp hasta güvenliği kültürüne ilişkin tutumlarının olumlu derecede arttığı söylenebilir.

Araştırmanın sonucuna göre, örnekleme oluşturan hemşirelerin tamamının (n=135) hasta güvenliği ile ilgili eğitim almış olduğu saptandı (Tablo 4). Karaca ve Arslan'ın (2014) hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %76,2'sinin hasta güvenliğiyle ilgili eğitim aldıklarını, eğitim alanlardan %91,3'ünün ise alınan eğitimleri yeterli gördüğü saptanmıştır. Hemşirelerin, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına göre bağımsız gruplar ile karşılaştırıldığında, "Bakım ve Teknoloji" alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. "Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama" alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$), "Yönetim ve Liderlik" alt boyutu ile ölçek toplamında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p<0,01$) ve "Çalışan Davranışı" ile "Eğitim" alt boyutlarında da istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı ($p<0,001$) fark bulunmuştur (Karaca ve Arslan, 2014). Önler'in (2010) çalışmasında örneklemin sadece %28,6'sının hasta güvenliği konusunda eğitim programına katıldığı saptanmıştır. Çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılma durumuna göre güvenlik tutumları karşılaştırıldığında; eğitim programına katılan ve katılmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Balık'ın (2014) çalışmasında ise, hemşirelerin hasta güvenliği konusunda eğitim alma ve hasta güvenliği konusunda kendini yeterli hissetme durumları ile hasta güvenliği tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan örneklem grubunun %16,3'ünün (n=22) hasta güvenliği ile ilgili bir komitede yer almış olduğu, %19,3'ünün (n=26) kurumda yürütülen kalite çalışmalarında görev aldığı saptandı (Tablo 4). Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili bir komitede yer alma durumu ve kurumda yürütülen kalite çalışmalarında yer alma durumuna göre, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nden aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım göstermediği belirlendi (Tablo 10, Tablo 11). Bu çalışmanın aksine, Gülkaya'nın (2009) yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerinin hasta güvenliği konusundaki bilgi düzeylerini araştırdığı çalışmasında, kaliteye yönelik komite çalışmalarına katılma düzeyinin çok yetersiz (%11) olduğu bulunmuş olup, özellikle hasta güvenliği açısından kritik öneme sahip yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin kaliteli hasta bakımı için kalite çalışmalarına daha aktif katılmaları gerektiği vurgulanmıştır. Gülkaya'nın (2009) çalışması İzmir ilindeki üniversite ve

eğitim araştırma hastanelerinde yürütülmüş olup, hasta sayısı çokluğu ve hemşire sayısı azlığı nedeni ile veya kamu hastanelerinin hemşire eğitimi konusunda JCI standartlarına göre çalışmalar yapmadıklarından dolayı böyle bir sonuç çıktığı düşünülebilir. Bu çalışmada ise, alışma JCI standartlarına uygun ve tüm prosedürleri uygulayan özel bir hastanede yapıldığı için hemşirelere hasta güvenliği kültürünü benimsetmeye yönelik destekler verildiği görülmektedir.

Yapılan bu araştırmaya göre, örneklem grubunun tamamının (n=135) kurumda hasta güvenliğine yönelik çalışmaların yapıldığını belirttiği görüldü (Tablo 4). iek'in (2012) hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik görüş ve tutumları incelediği çalışmasında, hemşirelerin %67,8'i "*Hastanemizde hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif çalışmalar yapılmaktadır*" ifadesine katıldığı saptanmıştır. Hemşirelerin yarısından fazlasının, yönetimin hasta güvenliğini iyileştirmek ve geliştirmek için aktif çalışmalar yapıldığı yönünde tutumlarının olduğunu belirtilmiş, diğer hemşirelerin ise bu konuda yöneticilerin yeterli tutumu göstermediklerini ifade ettiği belirtilmiştir. Bu çalışmada ise, hemşirelerin tamamı kurum yöneticileri tarafından hasta güvenliğine yönelik çalışmaların planlandığını ve yapıldığını desteklemektedirler.

Bu araştırmaya göre rneklemi oluşturan hemşirelerin %71,1'inin (n=96) hasta güvenliği konusunda birimini çok iyi olarak nitelendirdiği belirlenmiştir (Tablo 4). Hasta güvenliği konusunda biriminin çok iyi olduğunu belirten hemşirelerin, birimi yeterli olarak değerlendiren hemşirelere göre Hasta Güvenliği Kültürü leği'nin Yönetim ve Liderlik alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 13). Bu çalışmanın aksine literatür incelendiğinde, Gündoğdu-Karaboğa'nın (2010) alışmasında eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %48,7'sinin çalıştığı birimi hasta güvenliği konusunda kabul edilebilir olarak değerlendirdiği grlmştir. Filiz'in (2009) alışmasında, hasta güvenliği ile ilgili olarak örneklem grubunun sadece %46'sının çalıştığı birimi hasta güvenliği konusunda kabul edilebilir gördüğü saptanmıştır. Tunçel'in (2013) alışmasına göre, hemşirelerin çalıştığı birimi hasta güvenliği açısından değerlendirmeleri incelendiğinde, hasta güvenliği açısından %44,6 oranında "kabul edilebilir", %34,2 oranında ise "ok iyi" olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir. ırpı ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin alıştığıkları birimleri %72,3 oranında iyi, ikinci olarak orta derece olarak değerlendirdikleri grlmştir. Dursun ve arkadaşlarının (2010)

çalışmasında ise, araştırmaya katılanların %14,9'u hasta güvenliğiyle ilgili olarak kendi kurumunu mükemmel olarak değerlendirirken, %49,2'si çok iyi, %27,6'sı kabul edilebilir ve %8,3'ü zayıf olarak değerlendirmiştir. Bu araştırma, JCI standartlarına uygun çalışan bir özel hastanede yapıldığı için, tüm prosedürleri uygulayıp hasta ve çalışanlarına eksiksiz hizmet sunma hedefi ile çalışmaktadır. Bu bulgu, hasta güvenliğini tehdit edici unsurlar ile karşılaşma olasılığının kamu hastanelerine göre daha az olması ve kurumun sürekli yeni prosedürler ile gelişmekte olması nedeniyle örnekleme oluşturan hemşirelerin hasta güvenliği açısından birimini çok iyi olarak nitelendirildiğini göstermektedir.

Bu çalışmada, örnekleme oluşturan hemşirelerin %21,5'inin (n=29) son bir yılda olay raporu yazmış olduğu ve olay raporu yazmış olan hemşirelerin 89,7'sinin (n=26) son bir yılda yalnızca 1 tane olay raporu yazdığı belirlendi (Tablo 4). İstatistiksel olarak incelendiğinde, son 1 yılda olay raporu yazan hemşirelerin, hiç olay raporu yazmayanlara göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Çalışan Davranışı alt boyutundan anlamlı düzeyde daha düşük puan aldığı saptandı (Tablo 14). Literatürde olay raporu yazma durumu incelendiğinde, Tunçel'in (2013), çalışmasına göre, hemşirelerin son 12 ayda %80,2 oranında hiç olay raporlamadıkları, %16,2 oranında 1-2 olay raporladıkları belirlenmiştir. Gündoğdu'nun (2010) yaptığı çalışmada, eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %72'sinin ve özel hastanede çalışan hemşirelerin %73,5'inin, son 12 ayda yöneticilerine birimleriyle ilgili hiç olay raporu vermediği görülmüştür. Aynı şekilde, Dursun ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada da katılımcıların %71,3'ünün hasta güvenliğini tehlikeye düşürebilecek hiç bir olay raporlamadığı, Filiz'in (2009) çalışmasında sağlık personellerinin %83,9'unun son 12 ayda hiç olay raporu doldurmadığı, %10,9'unun ise 1-2 olay raporu doldurduğu belirtilmiştir. Bu sonuca göre, kurumda olay olmadığından veya hemşirelerin olay raporu yazıktan sonra yöneticiler tarafından cezalandırılma korkusu yaşadıklarından dolayı gibi net bir sonuç olmaması nedeniyle, olay raporu yazmama nedenlerini tartışmak güçtür. Çakır'ın (2007) çalışmasında da görüldüğü üzere, çalışanların cezalandırılacakları korkusuyla hataların raporlanmasına sıcak bakmadıkları dikkat çekmektedir. Benzer olarak, Kim ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da hemşirelerin hastanın zarar görmesine yol açabilecek hataları dahi düşük oranda (%23) raporladığı; Scherer ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise hekim ve hemşirelerin (%63) hata yaptıklarında cezalandırılma endişesi taşıdıklarını bildirdikleri belirlenmiştir. Çiçek'in

(2012) araştırmasına göre ise, hemşirelerin %76,4'ü “*Bir hata gerçekleştiğinde bu durum raporlanır ve hastane yönetimine sunulur*” ifadesine katıldığı görülmüştür. Hemşirelerin önemli bir kısmının, hata gerçekleştiği zaman durumun raporlandığı ve yönetime sunulduğu yönünde tutumlarının olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, hemşirelerin %62,2'si “*Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, hastane personeli hataları rahatça yönetime iletebilmektedir*” ifadesine katıldığı görülmüştür. Hemşirelerin yarısından fazlasının, hata meydana geldiğinde hataları rahatça yönetime iletebildiği yönünde bir tutumlarının olduğu belirlenmiştir. Tüm bu çalışmalarda görüldüğü üzere, kurumlarda olay raporu yazma oranı oldukça düşüktür. Bunun nedeninin kurumların hasta güvenliği açısından güvenilir olmasından kaynaklı mı, yoksa hemşirelerin olay raporu yazdıktan sonra yöneticilerinden alacakları olumsuz geri dönüşlerden korktukları için mi olduğu tartışılır bir bulgudur. Bu çalışmada ise, hasta güvenliğini tehdit eden tüm olasılıklara karşı JCI standartları doğrultusunda önlemler alındığından dolayı olay raporu yazma oranının düşük olduğu dikkati çekmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta güvenliğinin sağlanabilmesi ve sürdürülebilmesi, öncelikli olarak hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi ve var olan mevcut durumun farkında olunması ile mümkündür. Bu araştırma tanımlayıcı bir nitelik taşımakla birlikte cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi bakımından kesitsel bir özellikte taşımaktadır. Bu çalışmada elde edilen sonuçların hemşirelerin, hasta güvenliğini sağlaması, sürdürmesi ve tedaviyi istenilen kalitede uygulaması için hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktörleri belirleyip, bu doğrultuda eğitimler vererek hasta güvenliği farkındalığının artırılması adına yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Yapılan bu araştırmada;

- Eğitim durumuna göre hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Yönetim ve Liderlik, Çalışan Davranışı alt boyutları ve ölçek toplamından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım gösterdiği saptandı.
- Hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili kongre ve sempozyuma katılma durumlarına göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Çalışanların Eğitimi ve Bakım Ortamı alt boyutlarından; son 1 yılda olay raporu yazma durumuna göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Çalışan Davranışı alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan aldığı görüldü.
- Hasta güvenliği konusunda biriminin çok iyi olduğunu belirten hemşirelerin, birimi yeterli olarak değerlendiren hemşirelere göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Yönetim ve Liderlik alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı görüldü.
- Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ile hemşirelerin yaşları karşılaştırıldığında Çalışan Davranışı alt boyutlu ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf güçte bir ilişki olduğu belirlendi.
- Benzer şekilde, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ile hemşirelerin kurumda çalışma yılları karşılaştırıldığında Çalışan Davranışı alt boyutu ve ölçek toplam puanı ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf güçte bir ilişki olduğu belirlendi.

- Hemşirelerin eğitim durumunun Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Çalışan Davranışı alt boyutundan aldıkları puanlar üzerinde %9,1 oranında etkili olduğu saptandı.
- Hemşirelerin kongre ve sempozyuma katılma durumunun Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Bakım Ortamı alt boyutundan aldıkları puanlar üzerinde ise %3,6 oranında etkili olduğu görüldü.
- Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda birimi değerlendirme durumunun Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Yönetim ve Liderlik alt boyutundan aldıkları puanlar üzerinde %4,4 oranında etkili olduğu belirlendi.
- Hemşirelerin son 1 yılda olay raporu yazma durumunun Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Çalışan Davranışı alt boyutundan aldıkları puanlar üzerinde %3,2 oranında etkili olduğu saptandı.

Elde edilen bu bulgular, hemşirelere sunulacak eğitimler ile hasta güvenliğine yönelik algı ve uygulamaların daha başarılı bir boyuta getirilmesi gerekliliğini göstermektedir. Sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılarının belirlenmesi, konu hakkında daha bilgili olmasını sağlayacak ve hasta güvenliğine ilişkin eksiklerin ve/veya hataların ortaya çıkmasını engelleyebilecektir.

Araştırmada elde edilen sonuçlar çerçevesinde;

- Sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta güvenliği kültürünün tedavi ve bakım sürecinde, sağlık hizmetinin en önemli yapı taşı olduğu bilincinin yerleştirilmesi,
- Kurumlarda hasta güvenliği kültürüne ilişkin düzenli çalışmalar yapılarak mevcut durumun değerlendirilmesi ve iyileştirilerek sürdürülmesi,
- Hastane yöneticilerinin, hasta güvenliği hedeflerini, uygulamalarını ve gerçekleştirme yüzdelerini düzenli olarak hemşireler ile paylaşması,
- Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamaları içerisindeki rol ve görevlerini benimsemeleri için en etkili yolun eğitim çalışmaları olması ile paralel olarak, hemşirelerde hasta güvenliğine yönelik gerekli farkındalığın kazandırılması ve sürdürülmesi için eğitimlerin verilmesi,
- Hastanede göreve yeni başlayacak olan hemşirelere oryantasyon eğitimi içeriğinde hastanenin hasta güvenliği hedefleri ve uygulamalarının anlatılması,

- Hemşirelerin kurumda çalıştıkları süre boyunca düzenli olarak hasta güvenliği ile ilgili eğitim, kongre, sempozyum gibi organizasyonlara katılmaları yönünde teşvik edilmesi ve gerekli kaynakların sağlanması,
- Hasta ile en çok zaman geçiren sağlık çalışanı grubu hemşireler olduğu için kurum yöneticilerinin hasta güvenliği ile ilgili aldıkları karar ve eylemlerde hemşirelerin düşüncelerini dikkate alması,
- Kurumlarda hasta güvenliği kültürünü oluşturmak için sadece çalışanlara değil hasta ve hasta yakınlarına da eğitimlerin verilmesi ve işbirliği sağlanması,
- Hemşirelerin tedavi ve bakım sürecinde herhangi bir hata yaptıkları zaman yöneticileri ile açıkça konuşabilmeleri, tartışabilmeleri ve bildirimde bulunmaları konusunda cesaretlendirilmesi,
- Hemşireler ve yöneticiler tarafından hataların araştırılması, bulunması, tartışılması ve önlemesine yönelik çalışma grupları oluşturulması ve bu grupların hazırlayacağı raporlar ile hemşirelere eğitimler verilerek hasta güvenliği kültürü farkındalığının arttırılabilmesi,
- Elde edilen verilerin kurum içerisindeki diğer birimler ile de karşılaştırarak, birimlerin hasta güvenliği kültürü algı ve tutumlarının değerlendirilmesi,
- Elde edilen veriler doğrultusunda hasta güvenliği kültürüne yönelik kurumlar arası kıyaslamalar yapılarak, eksik ve geliştirilmesi gereken alanlar belirlenip, kurumlarda daha iyi olma çalışmalarının yapılması,
- Hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algı, görüş ve tutumlarının belirlenmesine yönelik yapılan araştırmaların sayıca arttırılması önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

1. Adıgüzel O. Hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanları tarafından algılanmasına yönelik bir araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2010; 28: 159-170.
2. Aiken L.H, Clarke S.P, Cheung R.B, Sloane D.M. and Silber J.H. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA* 2003; 290(12): 1617-1623.
3. Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Sochalski J. ve Silber J.H. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal Of the American Medical Association* 2002; 288(16): 1987-93.
4. Akalın H.E. hasta güvenliği kültürü: nasıl geliştirebiliriz? *ANKEM Derg.* 2004; 18 (Ek 2): 12-13.
5. Akman Balçık A. Hasta güvenliği kültürü ve bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile ilgili algılarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi ile ilgili bir çalışma (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010, (Danışman: Doç. Dr. Ahmet Köse).
6. Alp Yetkin F. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürünün incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Melek Ardahan).
7. Aydın Ş. Bir üniversite hastanesinde görev yapan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin algılamaları (Yüksek Lisans Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010, (Danışman: Prof. Dr. Selma Doğan).
8. Aygin D. ve Cengiz H. İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2011; 45(3): 110-114.
9. Bahrami M., Chalak M., Montazeralfaraj R. and Tafti A. Iranian nurses perception of patient safety culture. *Iran Red Crescent Med Journal* 2014; 16(4): 1-2.
10. Balık H. Acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili tutumları (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010, (Danışman: Doç. Dr. Hülya Kaya).

11. Bayar H. Acil birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamaları (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013, (Danışman: Prof. Dr. Neriman Akyolcu).
12. Birol L. *Hemşirelik Süreci*. İstanbul: Etki Yayınları; 2010.
13. Bonner A.F., Castle N.G., Perera S. and Handler S.M. Patient safety culture: a review of the nursing home literature and recommendation for practice. *Ann Longterm Care* 2008; 16(3): 18-22.
14. Çakır A. Hasta güvenliği kültürü ile kalite yönetim sistemi arasındaki ilişkinin analizi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Üniversitesi, 2007, (Danışman: Doç. Dr. Özkan Tütüncü).
15. Çelen Ö. Ekip çalışması etkinliğinin iş tatmini ve hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi: gülhane askeri tıp fakültesi eğitim hastanesinde bir uygulama (Doktora Tezi). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011, (Danışman: Doç. Dr. Sağ. Kd. Alb. Abdülkadir Teke).
16. Çırpı F., Merih Doğan Y. ve 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.
17. Çiçek A. Hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik görüş ve tutumlarının incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012, (Danışman: Prof. Dr. Gülümser Argon).
18. Duman S. ve Kitiş Y. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta düşmeleri ile ilgili farkındalıklarının belirlenmesi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2013; 11: 72-79.
19. Dursun S., Bayram N. ve Aytaç S. (2010), Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. *Sosyal Bilimler Dergisi* 2010; 8(1): 1-14.
20. Erdağı S. ve Özer N. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 18(2): 94-106.
21. Ertek M. Hastane enfeksiyonları: Türkiye verileri. *Hastane Enfeksiyonları: Koruma ve Kontrol Sempozyum Dizisi* 2008; 60: 9 -14.

22. Estabrooks C. A., Midodzi W. K., Cummings G. G., Ricker K. L. ve Giovannetti P. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research* 2005; 54(2): 74-84.
23. Filiz E. Hastanede hasta güvenliği kültürü algılamasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunun belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Şelçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009, (Danışman: Prof. Dr. Said Bodur).
24. Françolin L., Gabriel C.S., Bernandes A., Silva A.E.B.C., Brito M.F.P. and Machado J.P. Patient safety management from the perspective of nurses. *Journal of School of Nursing* 2015; 49(2): 275-281.
25. Gökdoğan F. ve Yorgun S. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13(2): 53-59.
26. Göktaş S. Bir kamu hastanesinde hemşire istihdamının hasta güvenliğine etkisi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007, (Danışman: Prof. Dr. Sevgi Oktay).
27. Göz F. ve Kayahan M. Hemşirelerin çalıştıkları kurumlardaki hasta güvenliği kültürünü değerlendirmeleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2011; 8(2): 44-50.
28. Gözlü K. Akreditasyon belgesine sahip bir hastanede hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011, (Danışman: Prof. Dr. Sıdıka Kaya).
29. Gülkaya E. Hacettepe üniversitesi erişkin hastanesinde yapılan akreditasyon çalışmaları süresince, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği konusunda bilgi düzeyleri (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009, (Danışman: Prof. Dr. Sabahat Tezcan).
30. Gündoğdu Karaboğa S. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Nefise Bahçecik).
31. Güven R. Dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarında hasta güvenliği kavramı. *Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi* 2007; 411-422.

32. Hashjin A.A., Kringos D.S., Manoochehri J., Ravaghi H. and Klazinga N.S. Implementation of patient safety and patient-centeredness strategies in Iranian hospitals. *Plos One* 2014; 9(9): 1-8.
33. International Atomic Energy Agency (IAEA), Safety Series. Vienna, 1991.
34. Karaca A. ve Arslan H. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2014; 1(1): 9-18.
35. Kim J, An K, Kim M.K and Yoon S.H. Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea. *Journal of Nursing Research* 2007; 29: 827.
36. Maeda S., Kamishiraki E., Starkey J. and Ehara K. Patient safety education at Japanese nursing schools: results of a nationwide survey. *BMC Research Notes* 2011; 4: 416.
37. Makary M.A., Sexton J.B., Freischlag J.A., et al. Patient safety in surgery. *Annals of Surgery* 2006; 243(5): 628-635.
38. Mearns K., Flin R., Gordon R. and Fleming M. Measuring safety climate on offshore installations. *Work & Stress* 1998, 12(3): 238-254.
39. Mira J., Navarro I., Guilabert M., et al. A Spanish language patient safety questionnaire to measure medical and nursing students' attitudes and knowledge. *Pan American Journal of Public Health* 2015; 38(2): 110-111.
40. Nie Y., Mao X., Cui H., He S., Li J. and Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China, *BMC Health Service Research* 2013; 13: 228.
41. Ongün P. Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2015, (Danışman: Doç. Dr. Şeyda Seren İntepeler).
42. Ögün B. Ameliyathanede hasta güvenliğinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008, (Danışman: Prof. Dr. Fatma Eti Aslan).
43. Önler E. Ameliyathane çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi (Doktora Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010, (Danışman: Prof. Dr. Neriman Akyolcu).
44. Özata M. ve 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.

45. Özdemir H. Cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algılarının belirlenmesi: Afyonkarahisar’da bir uygulama (Yüksek Lisans Tezi). Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Yeliz Ciğerci).
46. Özmen S. ve Başol O. Hasta güvenliği kültürü: Bursa’da özel bir hastane uygulama örneği. İçinde: Kırılmaz H., ed. *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, Ankara, 2010: 81-97.
47. Prabhakar H., Cooper J.B., Sabel A., Weckbach S., Mehler P.S. and Stanel P.F. Introducing standardized “readback” to improve patient safety in surgery: A prospective survey in 92 providers at a public safety-net hospital. *BMC Surgery* 2012; 12: 2-8.
48. Rızalar S., Büyük Tural E., Şahin R., As T. ve Uzunkaya G. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2015; 9(1): 9-15.
49. Rogers A.E., Hwang W.T., Scott L.D., Aiken L.H. and Dinges D.F. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs* 2004; 23(4): 202-212.
50. Rosseter R.J. The impact of education on nursing practice. *American Association of College of Nursing* [serial online] 2014, Erişim internet adresi: <http://www.aacn.nche.edu/media-relations/EdImpact.pdf>. Erişim 16.05.2016.
51. Savcı C., Kaya H., Acaroğlu R. ve ark. Nöroloji ve nöroşirürji kliniklerinde hastaların düşme riski ve alınan önlemlerin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(3): 20-24.
52. Scherer D and Fitzpatrick J. Perceptions of patient safety culture among physicians and RNs in the perioperative area. *AORN-Association of Peri Operative Registered Nurses Journal* 2008; 87: 163-175.
53. Tansüyer T. Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusunda sağlık personelinin görüşlerinin belirlemeye yönelik bir alan çalışması (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010, (Danışman: Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu).
54. Teleş M. Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları ile hastaların sağlık hizmeti kalitesi algıları arasındaki ilişkinin analizi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2011, (Danışman: Prof. Dr. Sıdıka Kaya).

55. Turasan Altuntaş B. Bir psikiyatri hastanesinde hasta güvenliği kültürü düzeyi ve güvenlik raporlamasının incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010, (Yard. Doç. Dr. Ayça Gürkan).
56. Tunçel K. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılama düzeyi ve hasta güvenliği uygulamaları (Yüksek Lisans Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Serap Sökmen).
57. Türk S. Ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumları (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2015, (Danışman: Doç. Dr. Ayfer Özbaş).
58. Vural F., Çiftçi S. ve Vural B. Sık karşılaşılan ilaç uygulama hataları ve ilaç güvenliği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 5(4): 271–275.
59. Wahr J. A., Prager R.L., Abernathy J.H. et al. Patient safety in the cardiac operating room: human factors and teamwork. *American Heart Association Journals* 2013; 128: 1139-1169.
60. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Switzerland; 2005.
61. Yeniterzi E. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin uygulamaları (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013, (Danışman: Doç. Dr. Fatma Taş Arslan).
62. Yılmaz Z. ve Goris S. Determination of the patient safety culture among nurses working at intensive care units. *Pad J. Medical Science* 2015; 31(3): 597-598.
63. www.tdk.gov.tr Erişim Tarihi: 10.03.2016
64. <http://www.resmigazete.gov.tr> Erişim Tarihi: 18.05.2016
65. <http://www.resmigazete.gov.tr> Erişim Tarihi: 17.06.2016
66. <http://www.npsa.nhs.uk> Erişim Tarihi: 17.06.2016
67. <https://www.nationalacademies.org> Erişim Tarihi: 17.06.2016
68. <http://www.nccmerp.org> Erişim Tarihi: 17.06.2016
69. <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist> Erişim Tarihi: 17.06.2016
70. <https://www.aorn.org/education/staff-development/prevention-of-sentinel-events/wrong-site-surgery> Erişim Tarihi: 17.06.2016
71. <https://www.jointcommission.org> Erişim Tarihi: 17.06.2016

72. <https://www.cdc.gov/handhygiene> Erişim Tarihi: 17.06.2016

73. <http://www.icn.ch> Erişim Tarihi: 17.06.2016

74. <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr> Erişim Tarihi: 17.06.2016



10. EKLER

Ek 1- Koç Üniversitesi Etik Kurul Kararı

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



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**

ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	27.10.2015
Karar No:	2015.230.IRB3.120
Sorumlu Araştırmacı:	Gizem Durmaz
Araştırma Başlığı:	Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi
Başlangıç tarihi:	03.11.2015
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversite Akademik Kurulu'nun 05.04.2012 tarih ve 04 Nolu kararıyla "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Sekreteryası" tarafından birinci düzey inceleme yapılmasına karar verilmiştir.Yapılan inceleme sonucunda etik ve bilimsel açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesi uygun bulunmuştur.

Notlar:

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

Saygılarımla,

Hakan S. Ozer
Başkan

Ek 2 – Araştırma İzni Formu – 1




Sayı : 18897253-4000/263
Konu : Gizem Durmaz'ın Tez Konusu Hk.

26.11.2015

VEHBİ KOÇ VAKFI AMERİKAN HASTANESİ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı 20133037002 No'lu Yüksek Lisans öğrencisi **Gizem DURMAZ**'ın "Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" adlı tez konusunun uygun olduğuna, Yönetim Kurulumuzun 16.11.2015 tarih ve 2015/28-04 no'lu toplantısında karar verilmiştir.
Gereğini ve bilgilerinizi saygılarımla arz ederim.



Prof. Dr. Bayram YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

Ek 3 – Araştırma İzni Formu – 2

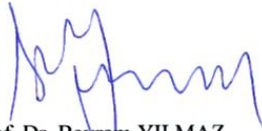


Sayı : 18897253-4000/262
Konu : Gizem Durmaz'ın Tez Konusu Hk.

26.11.2015

KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı 20133037002 No'lu Yüksek Lisans öğrencisi **Gizem DURMAZ**'ın "Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" adlı tez konusunun uygun olduğuna, Yönetim Kurulumuzun 16.11.2015 tarih ve 2015/28-04 no'lu toplantısında karar verilmiştir.
Gereğini ve bilgilerinizi saygılarımla arz ederim.



Prof. Dr. Bayram YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

Ek 4 – Araştırma İzni Formu – 3



Moment Eğitim Araştırma
Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş.
Merkez Adres: Güzelbahçe Sokak, No:20
Nişantaşı, 34365 İstanbul / Türkiye
Telefon: 444 3 777
Faks: 0 (212) 311 21 90
Web site: www.amerikanhastanesi.org
e-posta: info@amerikanhastanesi.org
Vergi Dairesi: Büyük Mükellefler
Vergi No: 0680783441
Ticaret Sicil/Numarası:
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü/685633

Sayı : 08122015 – 104
Konu : Gizem DURMAZ'ın Tez Konusu Hak.

08.12.2015

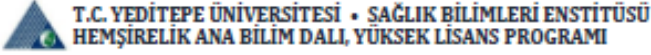


T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ'NE,

Fakülteniz Hemşirelik Anabilim Dalı 20133037002 No'lu Yüksek Lisans öğrencilerinden Sn. Gizem DURMAZ'ın "Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" adlı tez konusunu hastanemizde yapabileceği konusundaki izin isteğiniz uygun görülmüştür.

Saygılarımla,

Ülkü BURGESS
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Ek 5 – Sosyo-Demografik Bilgi Formu ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

			
Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi			
<p>Değerli Katılımcı, Bu araştırma, cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır. Soru formlarında isim belirtilmeyecektir ve verdiğiniz cevaplar araştırmacılar tarafından gizli tutulacaktır. Lütfen boş yanıt bırakmayınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.</p> <p>Yüksek Lisans Öğrencisi: Gizem Balıcı Durmaz Danışman: Yrd. Doç. Dr. Meltem Yıldırım İletişim: gizembcl@yahoo.com</p>			
Yaşınız:	Cinsiyetiniz nedir? <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	Medeni durumunuz nedir? <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul/Boşanmış	Eğitim durumunuz nedir? <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Ön Lisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisans Üstü
Mesleki çalışma yılınız: 0 ay 0 yıl	Kurumdaki çalışma yılınız: 0 ay 0 yıl	Çalışma şekliniz nasıldır? <input type="checkbox"/> Sürekli gündüz vardiyası <input type="checkbox"/> Sürekli gece vardiyası <input type="checkbox"/> Gündüz ve gece vardiyası	En çok bakım verdiğiniz cerrahi hasta grubu? (Yalnızca en sık bakım verdiğiniz, tek bir grubu işaretleyiniz) <input type="checkbox"/> Üroloji <input type="checkbox"/> Kalp-Damar cerrahi <input type="checkbox"/> Ortopedi <input type="checkbox"/> Kadın-Doğum <input type="checkbox"/> Göğüs cerrahisi <input type="checkbox"/> KBB <input type="checkbox"/> Genel Cerrahi <input type="checkbox"/> Beyin cerrahi
Haftada ortalama çalışma saatiniz nedir? saat		Günde ortalama kaç hasta bakıyorsunuz? hasta	
İşe başlarken oryantasyon eğitimi aldınız mı?			<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Hasta güvenliği ile ilgili bir eğitim aldınız mı?			<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Hasta güvenliği ile ilgili bir komitede çalıştınız mı?			<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kurumunuzda hasta güvenliğine yönelik çalışmalar (seminer, bilimsel araştırma...) yapıyor mu?			<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kurumunuzda yürütülen kalite çalışmalarında yer alıyor musunuz ?			<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Hasta güvenliği ile ilgili kongre/sempozyum katılımınız oldu mu ?			<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Hasta güvenliği konusunda biriminizi nasıl değerlendirirsiniz? <input type="checkbox"/> Çok İyi <input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Zayıf <input type="checkbox"/> Başarısız		Son 1 yılda hiç olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz mi? <input type="checkbox"/> Evet <i>yandaki soruyu cevaplayınız →</i> <input type="checkbox"/> Hayır	Cevabınız evet ise; son 1 yılda kaç kez olay raporu doldurdunuz? kez
▶ HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ			
<p>Aşağıdaki ölçek, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısını ölçek için geliştirilmiştir. Lütfen size doğru gelen şıkku işaretleyiniz ve boş yanıt bırakmayınız. Cevaplarınızı işaretlerken yandaki açıklamaları dikkate alınız.</p>			
			
1. Tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.			
2. Sunulan tüm hizmetler, hasta güvenliği açısından değerlendirilir.			
3. Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır.			
4. Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır.			
5. İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (İsim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır.			
6. Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır.			
7. Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömöni oranları, düşmeler vb göstergelerden yararlanır.			
8. Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb göstergelerden yararlanır.			
9. Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir.			
10. Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate alınır.			
11. Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.			
12. Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme) çalışılır.			
13. Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.			
14. Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreci kullanılır.			
15. Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.			

Lütfen arka sayfaya geçiniz

► HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ				
Aşağıdaki ölçek, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısını ölçmek için geliştirilmiştir. Lütfen size doğru gelen şıkki işaretleyiniz ve boş yanıt bırakmayınız. Cevaplarınızı işaretlerken yandaki açıklamaları dikkate alınız.	Hiçbir şekilde katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Hiçbir şekilde katılmıyorum
16. Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.				
17. Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.				
18. Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir.				
19. Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder.				
20. Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandırmada meslektaşları tarafından cesaretlendirilir.				
21. Çalışanlar, hatalar oluştuğunda hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır.				
22. Çalışanlar, hasta güvenliği konusundaki kurumsal hedefleri bilir.				
23. Çalışanlar, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır.				
24. Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır.				
25. Çalışanlar, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır.				
26. Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır.				
27. Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır.				
28. Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır.				
29. Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır.				
30. Tüm çalışanlar (tüm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (Güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme) katılır.				
31. Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.				
32. Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.				
33. Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.				
34. Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.				
35. Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.				
36. Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.				
37. Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir.				
38. Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır.				
39. Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.				
40. Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay-hataları tanımlama ve raporlama süreçleri, vb) eğitimler düzenli olarak verilir.				
41. Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.				
42. Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.				
43. Hasta güvenliği eğitim programlarında, isim vermeden gerçek olay raporlarından yararlanılır.				
44. Kurumumuzun fiziksel yapısı, hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.				
45. Mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde, hasta güvenliği kriterleri göz önüne alınır.				
46. Kurumumuzun tümünde kullanılan malzeme, cihaz ve teknolojiler standardize edilmiştir.				
47. Kurumumuzda tüm tıbbi kayıtlar elektronik ortamda tutulur.				
48. Tıbbi malzeme ve ilaçlar için barkodlama sistemleri kullanılır.				
49. Kurumumuzda kullanılan tüm alet ve ekipmanın bakımı (kalibrasyonu, ayarı) düzenli olarak yapılır.				
50. Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır.				
51. Kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınır.				

Bu bilimsel çalışmaya verdiğiniz değerli destekten ötürü teşekkür ederiz.

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişiler Bilgileri

Adı	Gizem	Soyadı	DURMAZ
Doğum Yeri	ANTALYA	Doğum Tarihi	25.11.1989
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	16729484854
E - mail	gizemblc@yahoo.com	Tel	00 44 7426 925920

Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü	Yeditepe Üniversitesi	2013
Lise	Sayısal	Antalya Çağlayan Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı Lise)	2007

Bildiği Yabancı Diller	Seviyesi
İngilizce	Üst - Orta
İspanyolca	Başlangıç

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Sigara Bırakma Polikliniği Hemşiresi	Amerikan Hastanesi	06.2015 – 12.2015
Cerrahi Servisi Hemşiresi	Amerikan Hastanesi	10.2013 – 06.2015
Intern Hemşiresi	Yeditepe Üniversitesi Hastanesi	06.2012 – 01.2013

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

Yayın Adı	Bildirim Yeri
Böbrek transplantasyonu olmuş bireylerin ilaç kullanım bilgi ve uygulamaları (Poster Bildirimi)	1. Uluslararası İlaç ve Eczacılık Kongresi İVEK, 28-30 Kasım 2014, İstanbul, Türkiye.