



CELAL BAYAR
ÜNİVERSİTESİ

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMLARININ HASTA VE
HEMŞİRE GÜVENLİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAZIRLAYAN: ÜMRAN BİNGÖL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE YÖNETİM ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
DOÇ.DR.ADALET KOCA KUTLU

MANİSA-2015



CELAL BAYAR
ÜNİVERSİTESİ

REPUBLIC OF TURKEY
CELAL BAYAR UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

**THE EVALUATION OF NURSES' WORKING ENVIRONMENT IN
TERMS OF PATIENTS AND NURSES SAFETY**

ÜMRAN BİNGÖL
MASTER'S THESIS

MANAGEMENT OF NURSING SERVICES DEPARTMENT

SUPERVISOR
ASSOC. PROF. ADALET KOCA KUTLU

MANİSA-2015



CELAL BAYAR
ÜNİVERSİTESİ

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMLARININ HASTA VE
HEMŞİRE GÜVENLİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAZIRLAYAN: ÜMRAN BİNGÖL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE YÖNETİM ANABİLİM DALI

Doç.Dr.Adalet KOCA KUTLU

(Tez Danışmanı)

Doç.Dr. Dilek ÖZMEN

(Jüri Üyesi)

Yrd.Doç.Dr. Dilek ÇEÇEN

(Jüri Üyesi)

MANİSA-2015



CELAL BAYAR
ÜNİVERSİTESİ

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMLARININ HASTA VE
HEMŞİRE GÜVENLİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAZIRLAYAN: ÜMRAN BİNGÖL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE YÖNETİM ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
DOÇ.DR.ADALET KOCA KUTLU

MANİSA-2015



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

DOKTORA/YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ümran BİNGÖL'ün YÜKSEK LİSANS tezi olarak hazırladığı **“Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi”** başlıklı bu çalışma, jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek “KABUL” kararı verilmiştir.

22/06/2015

Jüri Üyesi:

İmza

Doç.Dr.Adalet KOCA KUTLU (Tez Danışmanı)

Doç.Dr. Dilek ÖZMEN (Üye Öğretim Üyesi)

Yrd.Doç.Dr. Dilek ÇEÇEN (Üye Öğretim Üyesi)

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
...../...../..... tarih ve.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ

Enstitü Müdürü

BEYAN

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

Öğrencinin Adı, Soyadı

Ümran BİNGÖL

İmza

TEŞEKKÜR

Beni bu çalışmaya yönlendiren, yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmam sürecinde desteğini esirgemeyen, değerli bilgileri, sabrı, görüş ve önerileriyle bana yol gösteren tez danıŐmanım Sayın Doç.Dr. Adalet Koca KUTLU'ya,
Yüksek lisans eğitimim sürecinde bilgi ve deneyimleri ile katkı sağlayan Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün değerli hocalarına,Araştırmanın gerçekleŐtirilmesi sürecinde yardımcı olan hastane yöneticilerine ve araştırmaya gönüllü katılmalarıyla destek veren tüm meslektaŐlarıma,çalıŐmalarım süresince her zaman yanımda olan çalışma arkadaŐlarıma,
YaŐamın her döneminde yanımda olan, bana güvenen ve her türlü desteklerini yanımda hissettiğim canım anneme ve babama,
Her zaman bana güvenip destek veren, baŐarma cesaretini ve gücünü aŐılayan sonsuz sabrı olan değerli eŐim Turgay BİNGÖL'e ve canım oğlum Ahmet Yiğit BİNGÖL'e çok teşekkür ederim.

Ümran BİNGÖL

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar LİSTESİ.....	iv
KISALTMALAR.....	v
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
1.3. Araştırma Soruları.....	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Sağlık Hizmetleri ve Hastaneler	8
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	9
2.3. Hastanelerde Tehlike ve Riskler	11
2.4. Çalışma Ortamı	13
2.5. Hemşire Güvenliği	17
2.6. Hasta Güvenliği	21
2.6.1. Tıbbi hatalar	23
2.6.2. Hata / Olay bildirimini	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Tipi.....	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemini	28
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.5. Veri Toplama Yöntemi	28
3.6. Veri Toplama Araçları	29
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
3.9. Araştırmada Etik	31
3.10. Süre ve Olanaklar.....	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular	32

4.2. Hasta ve Hemşire Güvenliğine Yönelik Bulgular.....	35
4.3.Çalışma Ortamı Ölçeğine İlişkin Bulgular	43
Tablo 12.Hemşirelerin Çalışma Ortamı Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı.....	43
5. TARTIŞMA	49
5.1. Hasta Güvenliğine İlişkin Bulguların İncelenmesi	49
5.2. Hemşire Güvenliğine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	51
5.3. Çalışma Ortamı Ölçeğine İlişkin Bulguların İncelenmesi	55
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	60
6.1. Sonuçlar	60
6.2. Öneriler	62
KAYNAKLAR.....	63
EKLER	72
EK 1: Veri Toplama Araçları.....	73
k 2: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu Kararı.....	80
EK 3: Kurum İzin Belgesi	81
EK 4: Çalışma Ortamı Ölçeği İzin Belgesi.....	82
Ek 5: Özgeçmiş.....	83

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri (n=393).....	32
Tablo 2.Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=393)	33
Tablo 3. İlaç Uygulama Hatalarının ve Hasta Düşmelerinin Raporlandırılma Durumları (n=393)	34
Tablo4. Hemşirelere Göre Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Durumlar	35
Tablo 5. Hemşirelere Göre İlaç Uygulama Hata Nedenleri	36
Tablo6. Hemşirelere Göre Hasta Düşme Nedenleri	37
Tablo 7.Hemşirelere Göre Kanla/Vücut Sıvılarıyla/ Solunum Yoluyla Bulaşan Hastalıklara Maruz Kalma Nedenleri	38
Tablo8.Hemşirelere Göre Bel/Sırt İncinmelerinin Nedenleri	39
Tablo 9. Hemşirelere Göre Kesici/Delici Alet Yaralanmalarına Maruz Kalma Nedenleri	40
Tablo10.Hemşirelere Göre Şiddete Maruz Kalma Nedenleri	41
Tablo11.Hemşirelerde Gerçekleşen Mesleki Yaralanmalar ve Raporlandırma Durumlarının Dağılımı (n=393)	42
Tablo 12.Hemşirelerin Çalışma Ortamı Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı	43
Tablo 13.Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Çalışma Ortamı Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
Tablo 14.Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri ile Çalışma Ortamı Ölçeği Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 14.Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri ile Çalışma Ortamı Ölçeği Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)	47

KISALTMALAR

ANA: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)

ICN: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Health Care (Sağlık Kurumları Akreditasyon Birleşik Komisyonu)

JCI: Joint Commision International (Uluslararası Akreditasyon Birleşik Komisyonu)

ILO: International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)

IOM: Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)

NIOSH: National Institue for Occupational Safety and Healt (Ulusal İşçi Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü)

OSHA: Occupational Safety & Health Administration (Mesleki Sağlık ve Güvenliği Birliği)

SML: Sağlık Meslek Lisesi

TKY: Toplam Kalite Yönetimi

WHO: World HealthOrganization (Dünya Sağlık Örgütü)

HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMLARININ HASTA VE HEMŞİRE GÜVENLİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ümran BİNGÖL

Danışman: Doç.Dr.Adalet KOCA KUTLU

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Hizmetlerinde
Yönetim Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, hemşirelerin çalışma ortamlarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, İzmir Kamu Hastaneler Kurumu Güney Genel Sekreterliği Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 393 hemşire oluşturdu. Araştırmanın verileri, sosyo-demografik özellikler, hasta ve hemşire güvenliğine yönelik hazırlanan "Bilgi formu" ve "Çalışma Ortamı Ölçeği" kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde, sıklık, yüzde ve ortalama kullanıldı. Bağımsız değişkenler ile ölçek alt boyut ortalamaları için tek yönlü varyans analizi yapıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $35,76 \pm 7,1$, %50,4'ünün 30-39 yaş grubunda olduğu, %57,8'inin lisans mezunu ve %79,1'inin servis hemşiresi olarak çalıştığı belirlendi. Hasta güvenliğini tehdit eden en önemli olayın %66,2 ile " Hasta düşmeleri", ilaç hatalarının en önemli nedeni %59,8 ile "Uzun çalışma saatleri", şiddete maruz kalmanın en önemli nedeni %81,7 ile "Güvenlik tedbirlerinin ve yasal yaptırımların yeterli olmaması" olduğu, hemşirelerin %22,9'unun iş ile ilgili olarak sırt incinmesi ya da yaralanmasına maruz kaldığı ve bunların %8,9'unun raporlandırıldığı saptandı. Çalışma Ortamı Ölçeği puan ortalaması $3,51 \pm 1,0$ (Min:2,94, Max:3,97) saptandı. 30-39 yaş grubunda olan hemşirelerin "iş doyumu" alt boyut puan ortalamalarının ve cerrahi birimlerde çalışanların ise "mesleki ilişkiler" alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p < 0,05$).

Sonuçlar: Hemşirelerin alışma ortamlarını olumlu değerlendirdikleri, hasta ve hemşire güvenliğini tehdit eden durumları düşük oranda raporladıkları belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Çalışma ortamı, Hasta güvenliği, Hemşire güvenliği.



THE EVALUATION OF NURSES' WORKING ENVIRONMENT IN TERMS OF PATIENTS AND NURSES SAFETY

Ümran BİNGÖL

Supervisor: Assoc. Prof. Adalet KOCA KUTLU

Celal Bayar University Health Sciences Institute, Management of Nursing Services Department

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to evaluate nurses' working environment in terms of patients and nurses safety.

Methods: This study was administered with 393 volunteered nurses who work at İzmir General Secretary of South State Hospitals Organization Bozyaka Training and Research Hospital. The data of this study was collected through "The Information Form" which prepared related to patient and nurse safety and socio-demographic information and "Working Environment Scale". For analyze of the study was applied frequency, percent, and cross-section. For analyzes of independent variables and the scale sub-dimensions averages was used one way anova.

Findings: Age mean of the nurses attending this study $35,76 \pm 7,1$ were in 30-39 age group 50,4% of them, bachelor's degree 57,8% of them and work as clinical nurses 79,1% of them. The most important threaten to patients' safety was stated "Patient falling down" with 66,2%, the biggest cause of the medication errors were stated "Overworking" with 59,8%, the most important cause of exposing to violence was stated "Inadequacy of safety measures and legal regulations" with 81,7%, suffered from back pain or injury related the job of 22,9% of the nurses and only 8,9% of them were reported. Working Environment Scale score average was $3,51 \pm 1,0$ (Min:2,94, Max:3,97). The "Job Satisfaction" points of the nurses in 30-39 age group and Surgical Clinic staff's "Professional relations" dimension point averages were found significantly higher than the others ($p < 0,05$).

Results: The findings showed that the nurses participate reported low level of the situations threatening patients' and nurses' safety and assessed their working environment favorable.

Key Words: Working environment, Patient safety, Nurse safety.



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denir.Sağlık hizmetlerinin koruma, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere üç boyutu vardır (Taşçıoğlu 2007).

Sağlık kuruluşları, sağlık profesyonelleri dışında profesyonel olmayan insan gücü ile hasta ve hasta yakınları, firma yetkilileri vb. grupları bir araya getiren kurumlardır.Uzman insan gücü ve ileri teknoloji, hastaneleri hizmet sektörü içerisinde en güçlü kurumlar konumuna getirmektedir.Ancak yeterince önlem alınmadığında hasta çeşitliliği, uygulanan süreçler, karmaşık teknoloji, çalışma ortamlarını riskli hale sokmaktadır (Sezgin 2007).Sağlık kuruluşlarının tüm faaliyetleri çeşitli riskler içermektedir.Risk yönetim süreci, tehlikelerin ve bu tehlikeler sonucu ortaya çıkan risklerin değerlendirilmesi faaliyetlerini kapsar.Kurum içinde riskleri ortadan kaldırmaya yönelik yapılan çalışmaların amacı, hizmet sunumu sırasında gerekli önlemlerin alınarak tehlike kaynaklarının zarar verme potansiyelini azaltmak olmalıdır.Hastane uygulamalarına yönelik yapılan risk yönetimi süreci; hastane ortamındaki tehlikeleri belirlemek, risk analizini yapmak ve riskleri değerlendirerek ileriye dönük bir yaklaşım ile bu riskleri yönetmek ve kazaları oluşmadan önlemektir

(http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_temmuz_2012/cilt1sks.pdf, Erişim tarihi: 21 Mart 2014).

Sağlık hizmetlerinin giderek karmaşık bir yapıya dönüşmesi, gelişen ve değişen sağlık gereksinimleri ve sağlık teknolojisindeki hızlı gelişmeler, hizmet sunan ve hizmet alanlar açısından riskleri de beraberinde getirmektedir (Sezgin 2007).

İnsanlar, günlük yaşamlarının 1/3'ünü çalışma ortamında geçirmektedirler. Günün en aktif döneminin yaşandığı çalışma ortamları, çalışanın sağlığını bozacak olumsuzluklar, kazalar ve riskler taşıması nedeniyle bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı etkileyebilmektedir. Bu nedenle çalışma ortamının özelliklerinin çalışanların sağlığının korunması ve sürdürülmesinde çok önemli olduğu belirtilmektedir (Mollaoğlu ve ark. 2009).

Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses -ICN) 2006 temasını güvenli ortam-güvenli istihdam üzerine oluşturmuş ve 2007 temasında da olumlu uygulama-çalışma ortamı üzerine odaklanmıştır. Çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli hale getirilmesi, çalışanın sağlığı ve güvenliği açısından olumlu olduğu kadar çalışan kişilerin iş verimini de olumlu yönde etkilemesi ve çalışanın sosyal yaşamından hizmet sunduğu alana kadar iyilik halinin devamının sağlanması bakımından çok önemlidir. ICN, hemşirelerin vardiya ile hafta sonları çalışmalarının iş stresini önemli ölçüde arttırdığını bildirmektedir. ICN'in yayınladığı "Hemşireler İçin İş Sağlığı ve Güvenliği" konulu raporda, vardiyalı çalışmanın hemşirelerin yaşam düzenini bozarak, sağlıklarını ve iş güvenliğini tehdit ettiği belirtilmektedir (International Council of Nurses, Occupational health and safety for nurses <http://www.icn.ch/publications/position-statements>, Erişim tarihi: 17 Mart 2014).

Hasta güvenliği ise, olumsuz sonuçlara yol açan tıbbi hataların raporlanması, analizi ve önlenmesini vurgulayan sağlığı koruma yaklaşımıdır. Tıbbi hatalar yeni bir olgu olmamakla birlikte, tıbbi hatalara bağlı zararlar ve ölümlere ilişkin araştırmaların artması ve yayınlanan sonuçların yarattığı etki, özellikle son yıllarda hasta güvenliği kavramının ön plana çıkmasında etkili olmuştur (Tanrıkulu 2010).

Hasta güvenliği; sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının önlenmesi ya da azaltılmasıdır (Akalin 2007).

Sağlık iş gücünün önemli bir kısmını oluşturan hastaneler, riskli bir alandır ve hemşireler çeşitli sağlık ve güvenlik tehlikeleri ile karşı karşıya

bulunmaktadırlar. Kaliteli hasta bakımı ancak sağlıklı çalışan ve güvenli çalışma ortamı ile sağlanabilmektedir. Bu nedenle hemşireleri çalışma ortamında tehdit eden başlıca risk faktörleri; biyolojik, fiziksel, kimyasal psikososyal ve ergonomik risk faktörlerinin belirlenmesi ve risklerin önlenmesine yönelik çalışmaların yapılması kurumsal açıdan önemlidir (Özkılıç 2005; Parlar 2008).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, hemşirelerin çalışma ortamlarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

1.3. Araştırma Soruları

1. Hemşireler çalışma ortamlarını hasta ve hemşire güvenliği açısından nasıl değerlendiriyorlar?
2. Hemşireler çalışma ortamıyla ilgili risklerin öncelikli nedenlerini nasıl değerlendiriyorlar?
3. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri çalışma ortamı güvenliği ile ilgili değerlendirmelerini etkiliyor mu?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetleri ve Hastaneler

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı ve düzenli çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri”denir. Başka bir tanıma göre sağlık hizmetleri; sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, hastalananlara en kısa dönemde tanı koyarak tedavi etmek, sakatlıkları önlemek, sakatlananlara tıbbi ve sosyal destek hizmeti sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin bütünüdür (Taşçıoğlu 2007; Teleş 2011).

Toplumda, üyelerin gelirlerine bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlanması, temel insan hakkı olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle bireylerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek, devletin en önemli görevleri arasında yer alır (Ekici 2013a). Sağlık hizmetleri toplum yararına olmakla birlikte hizmetle ilgili süreçler, teknolojiler ve aynı amaca hizmet eden farklı meslek gruplarının dahil olduğu bu sürecin karmaşık yapısı nedeniyle hata ve istenmeyen olayların meydana gelme riski bulunmaktadır (Akalin 2004; ICN 2006).

Hastaneler, insanlar için sağlık hizmeti veren, birçok uzmanlık alanı ve ekip üyesini bünyesinde barındıran sağlık kuruluşlarıdır (Akman 2010). Hastaneler haricinde hiçbir iş yerinde elektrikli-elektronik cihazların sürekli kullanımı, ağır malzemelerin taşınması, kimyasal maddeler ile işlemler, radyoaktif maddelerin kullanımı, enfeksiyonriski taşıyan biyolojik materyal, kesici-delici aletler bir arada bulunmamaktadır. Hastane içinde binlerce kişi için üç öğün yemek hazırlayan mutfak, sürekli temiz malzeme sağlanması gereken çamaşırhane, sterilizasyon ünitesi, çeşitli bürolar, depolar bulunduğu gibi, sağlık çalışanları ve sağlık hizmeti alan kişilerle birlikte hastaneler karmaşık yapıda organizasyonlardır. Tüm bu etmenlerle birlikte yoğun çalışma temposu, uzun süreli ve kesintisiz çalışma, ergonomik olmayan çalışma ortamları ve iş gerilimi

sağlık çalışanlarının diğer iş kollarında çalışanlara göre çok daha çeşitli meslek riskleri ile karşılaşmasına ve sağlıklarının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır (Parlar 2008). Hastaneler sağlık profesyonelleri dışında profesyonel olmayan insan gücü ile hasta ve hasta yakınları, firma yetkilileri vb meslek gruplarını da bir araya getiren kurumlardır. (Sezgin 2007).

Ulusal İşçi Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (National Institute for Occupational Safety and Health-NIOSH), sağlıklı ve güvenli hastane ortamını, “işin yürütülmesi ile ilgili olarak oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik tehlike ve risklerin bunlara bağlı meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmaması durumu” olarak tanımlamaktadır. Sağlıklı ve güvenli hastane ortamının mevcut olması; çalışanların sağlığının geliştirilmesi, meslek hastalıkları ve iş kazalarının önlenmesinde temel koşul olarak kabul edilmektedir (<http://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-116>, Erişim tarihi: 11 Kasım 2014).

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık kurumları, hasta yararına faaliyet gösteren ve sağlık hizmeti sunan organizasyonlardır. Sağlık hizmeti soyut olduğundan, hizmetin depolanması, son aşamada kalite kontrolünün yapılması, kalitesiz hizmetin test edilmesi, sayılması ve ayıklanması mümkün değildir. Sağlık hizmeti verilirken o anda kalite gerçekleşir ya da gerçekleşmez (Ekici 2013b).

Sağlık hizmetinde kalite, hizmetin standartlarını belirlemek, standarda uygun hizmet sunulmasını sağlamak, hizmetin kalitesini ölçmek, hatalı uygulamaları önceden belirlemek ve önlemekle mümkündür. Hatalı teşhis, yanlış ilaç planlaması, yanlış doz ilaç istemi, hatalı ameliyatlara, hasta bakımındaki farklılıklar, aseptik-antisepsiye uymama, hastane kaynaklı enfeksiyon, hastadan kaynaklanan beslenme ve ilaç rejimine uymama gibi birçok faktör sağlık hizmetinin kalitesini etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite, hastada arzu edilen sonuçların oluştuğu, arzu edilmeyen sonuçların ortaya çıkmadığı bir süreçtir (Ekici 2013b).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin bir diğer tanımı ise; “Hastanın mümkün olan en iyi fonksiyonel ve psikososyal iyileşmeyi sağlayan teknik ve ilmi olanaklarla,

iyi insan ilişkilerinin bir araya konmasıdır” (Yılmaz 2014).Sağlık hizmetlerinde kalite, hastaların ihtiyaçlarının belirlenerek, sürekli ve kararlı bir şekilde giderilmesidir.Kalite yönetiminin sağlık hizmetlerindeki karşılığı hasta mutluluğu da denilebilir (Çakır 2007).

Amerika'da Institute of Medicine'ın 21.yüzyıl için kaliteli sağlık hizmeti ölçütleri şu şekilde belirlenmiştir:

Güvenli; hastalara yardım ederken zarar verilmemesi,

Etkili; sağlık hizmetinin eksik, yanlış ya da gereksiz sunumunu engellemek için bilimsel bilgi ve kanıta dayalı verilmesi,

Hasta odaklı; hasta ihtiyaçlarının ve tercihlerinin, klinik karar ve uygulamalara dahil edilmesi,

Zamanında; hastanın zamanında sağlık hizmetine ulaşabilmesi, beklemenin neden olduğu zaman kaybının hastaya zarar vermesinin engellenmesi,

Verimli; malzeme ve insan gücü israfını engelleyen, maliyet etkili sağlık hizmeti sunulması,

Eşit ve hakkaniyetli olması; hizmet kalitesinin din, dil, ırk, cinsiyet ve sosyoekonomik farklılık gözetmeden, eşit sunulması gerektiği belirtilmektedir (Ekici 2013).

Kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek için tüm ölçütler dikkate alınmalıdır. Başarılı bir kalite programı ise; mevcut kalite düzeyinin belirlenmesini, kalite düzeyinin sürekli iyileştirilmesini, yöneticinin desteğini, sorumlulukların paylaşımını, etkin bir iş bölümünü ve hasta memnuniyetinin yanı sıra çalışan memnuniyetini de içermelidir. Hastaya mümkün olan en iyi tedaviyi sunarak bakımını sağlamak, sağlık çalışanlarının birincil sorumluluğudur. Hastanın kaliteli bir sağlık hizmeti almasının sağlanması, sadece hastaya değil herkese yarar sağlamaktadır. Bu şekilde hem hasta hem de sağlık çalışanları yüksek bir tatmin duygusuna ulaşmış olurlar (Doğanay 2008).

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran hasta beklentisinin ne olduğunun belirlenmesi en önemli ölçüttür. Hastaların ne tür bir sağlık hizmeti alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere oranla yok denecek kadar azdır. Hasta yalnızca hizmeti sunanların

tutumları ile ilgili bir değerlendirme yapabilmektedir.Yalnızca bu değerlendirmelere dayalı olarak kalite ölçümü yapmak, yanıltıcı sonuçlar verebilir.Şöyle ki; hastaların beklentilerinin düşük olması, bu beklentilerinin karşılanması, verilen hizmetin kaliteli olduğu anlamına gelmeyebilir (Çakır 2007).

2.3. Hastanelerde Tehlike ve Riskler

Bir sağlık kurumunun tüm faaliyetleri risk içerir.Risk yönetimi süreci, tehlikelerin ve bu tehlikeler sonucu ortaya çıkan risklerin değerlendirilmesi aşamalarını içermektedir.Kurum içinde yapılan çalışmalar, hizmet sunumu sırasında gerekli önlemlerin alınarak tehlike kaynaklarının zarar verme potansiyelini azaltmak olmalıdır. Sağlık kurumlarında riski yönetebilmek için risk ve risk ile ilgili tanımları bilmek gerekir.

Hasta, sağlık bakımı alan kişi,

Sağlık bakımı, sağlığın düzeltilmesi, korunması, sürdürülmesi ve iyileştirilmesi için bireyler ve toplum tarafından alınan hizmetler olarak tanımlanmıştır.

Güvenlik,tehlikeden uzak olma halidir.

Hasta güvenliği, sağlık bakımı ile ilişkili olarak hastanın gereksiz zarar veya olası zarar görme durumundan uzak olmasıdır.

Hata, yanlış bir plan yapılması veya planlanmış bir eylemin yanlış yürütülmesidir.

İhlal etme, bir işlemin sürecinden, standardından veya kurallarından kasıtlı olarak sapmadır.

Kaza, ölüme, hastalığa, yaralanmaya, hasara ve diğer kayıplara sebebiyet veren istenmeyen olaydır.

Risk, tehlikelerden kaynaklanan bir olayın, meydana gelme ihtimali ile zarar verme derecesinin bileşkesidir.

Olay, kazaya sebep olan veya sebep olacak potansiyele sahip olan oluşum/ davranış etkinliğidir.

Ters olay, hastada bir zararın meydana gelmesini sağlayan olaydır.

Tehlike, çalışma ortamı veya şartlarında var olan ya da dışarıdan gelebilecek içeriği belirlenmemiş hasta, çalışan, kurum ve çevreye zarar ya da hasar verme potansiyelidir.

Risk analizi, tehlikeleri tanımlamak ve risklerini tahmin etmek için elde bulunan bilgilerin sistematik kullanımınıdır.

Ramak kala, istenmeyen bir olay oluşturabilecek ciddi bir olayın, şans eseri hastaya zarar vermemesidir.

İstenmeyen olay, hastanın içinde bulunduğu durumdan değil de yapılan veya yapılması gerektiği halde yapılmayan tıbbi bir müdahaleden dolayı ortaya çıkan yaralanma, kalıcı hasar veya ölümdür. Verilen/verilmesi gerektiği halde sunulmayan tedavi/bakım hizmeti sonucunda oluşan beklenmedik şekildeki ölüm, majör yaralanma veya kalıcı hasar durumudur.

Zarar, vücudun işlevinin ya da yapısının bozulması veya bundan dolayı sağlığa zararlı bir etkinin olmasıdır.

Artık risk, riski iyileştirme faaliyetlerinden sonra geriye kalan riske denir.

Risk yönetimi, riskleri tanımlamayı, değerlendirmeyi, onlara karşı yürütülecek faaliyetleri ve sorumlulukları belirlemeyi, belirlenen faaliyetleri uygulamayı ve bunları izlemeyi, sonuçlarını gözden geçirmeyi içeren süreçlerin bütünüdür. Hastane uygulamalarına yönelik yapılan risk yönetiminin temel amacı; hastane ortamındaki tehlikeleri belirlemek risk analizini yapmak ve riskleri değerlendirerek bu riskleri yönetmek ve kazalar oluşmadan önlemleri almaktır. Çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre; meydana gelen kaza ve tıbbi hataların büyük bir kısmının kişisel hatalardan çok sistemdeki hatalardan kaynaklandığını göstermektedir (Özkan 2006; WHO 2007 ; Aras 2013).

Risk ve tehlikeleri önlemek için öncelikle kurumun/işyerinin risk değerlendirmesinin yapılması gerekmektedir. Riskler değerlendirilir, derecelendirilir ve gerekli kontrol ölçümlerinin yapılması için prosedürler oluşturulur ve sonra risk seviyelerinin kabul edilebilirliğinin önceden teşhis edilmiş ölçütler ile kıyaslaması yapılır. Risk değerlendirmesi aşamasında, riskin kabul edilebilirliğine karar vermek için, riskin önemi üzerinde kapsamlı olarak karar verilir. İş sağlığı ve iş güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri de sağlık hizmetleri alanıdır (Parlar 2008). İşyerlerinde sağlık üzerinde olumsuz etkiler yapabilecek çeşitli faktörler bulunduğuna göre, bu faktörlerin neler olduğu ve işyeri ortamında hangi düzeyde bulunduğu, işyerinde kaç kişiyi etkilemekte olduğu gibi özelliklerin ortaya konması gereklidir (Bilir 2005).

Risk değerlendirmesi aşamasında, olayların ortaya çıkma olasılığı ve ortaya çıktığında maruz kalınabilecek sonuçlar belirlenmeli ve buna yönelik önlemler alınmalıdır (Özkılıç 2014).

2.4. Çalışma Ortamı

Çalışanların katılımlarının sağlanması, çalışma yaşamı kalitesinin düzenlenmesi, çalışanların motive edilmesi, etkili iletişimin oluşturulması ve güvene dayalı bir çalışma ortamının düzenlenmesi günümüz yönetim felsefesinin temel öğeleri olarak ortaya çıkmaktadır (Saygılı 2008; Bostan ve ark. 2011).

Çalışma unsurlarının birey ve davranışları üzerine etkili olmasının belirlenmesi sonucunda çalışma ortamı ifade edilir (Saygılı 2008). Çalışma ortamı kavramı; fiziksel çevre, çalışma saatleri, iş sağlığı ve güvenliği, ücret gibi konuları içine alan çalışma koşulları kavramını da kapsayan ancak; farklı olarak profesyonel kimlik, anlamlı iş, karara katılma, özerklik, yöneticiler ve diğer meslektaşlarla ilişkiler, etkili liderlik, karşılıklı güven, profesyonel gelişim ve öğrenmenin teşvik edilmesi, fiziksel ve psikolojik güvenlik, etkili iletişim ve ekip çalışması gibi etkenleri barındıran bir kavramdır.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 'nun çalışmaları sonucunda, işçilerin olumsuz koşullarının düzenlenmesi için 1976 yılında “Çalışma Şartlarını ve Çevresini İyileştirmek İçin Uluslararası Program” kabul edilmiştir. Bu programın amacı, çalışma hayatını her yönüyle değerlendirmek ve kesin hedefler belirlemek, ilgili ILO standartlarının uygulanmasını geliştirmek, çalışma şartlarını iyileştirmek, iş kazaları ve meslek hastalıklarını azaltma çabalarına destek olmak konularında yoğunlaşmıştır. Ayrıca işyerinde sağlık ve güvenlik, ergonomi, çalışma saatleri, teknoloji seçimi, iş çevresi, kadın ve erkek çalışanların durumunu etkileyen konularla da ilgilenilen programın, 1984 yılındaki konferansının ardından “çalışma şartlarının ve çevresinin iyileştirilmesi, sosyal adaletin zorunlu bir unsurudur” değerlendirmesinde bulunulmuştur (Saygılı 2008).

Çalışma ortamlarındaki tehlikenin hangi aşamada riske dönüştüğünün bilinmesi ve tanınması önemlidir. Oluşabilecek tehlike ve riskler göz ardı edildiğinde, çalışanın sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışması, işe bağlı sağlık sorunlarının önlenmesi mümkün olmamaktadır. Sağlığın korunabilmesi için öncelikle sağlığı bozan etmenlerin iyi bilinmesi gerekir. Çalışma ortamındaki tehlikeler önlenemediğinde riske, risk önlenemediğinde ise işe bağlı sağlık sorunlarına, iş kazalarına, meslek hastalıklarına ve bunlara bağlı sakatlık, iş görmezlik durumlarına ve işe devamsızlıkların oluşmasına yol açmaktadır. Sağlık çalışanlarında hem çalışma ortamı hem de işin yoğunluğu, mesleki hatalarının oluşmasına neden olabilmektedir (Bilir 2005; Özkan 2006; Sezgin 2007; Saygılı 2008).

Sağlık sektöründe sağlıklı çalışma ortamı, var olan belirli işlem, politika ve sistemler yoluyla çalışanların kurumsal hedefleri tanıyabilecekleri ve bireysel memnuniyetlerini kazanabilecekleri şekilde tasarlanan ortamlardır. Aynı zamanda sağlıklı çalışma ortamı, insanı bütünüyle destekleyen, hasta odaklı ve memnun edici çalışma ortamıdır (Shirey 2006).

Çalışma ortamından kaynaklanan tehlikeler, çoğunlukla hatalara yol açmakta, hasta güvenliğini, tedavi sonuçlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu

tehlike ve riskler açısından çalışma ortamını değerlendirmek önemlidir.Çalışma ortamını değerlendirmenin amaçları; yüksek riskli personeli, çalışma alanlarını, materyal ve süreçleri sistematik bir şekilde tanımlamaktır. Çalışma ortamını değerlendirmenin faydaları; mevcut veya olası tehlikeleri ortaya çıkarma, çalışanların kendilerinin göremediği problemlere işaret etmek ve var olan kontrollerin etkinliğini arttırmaktır (Sezgin 2007; <http://www.cdc.gov/niosh/docs/88-119/pdfs/88-119.pdf>, Erişim tarihi:11 Kasım 2014).

Çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli hale getirilmesi, çalışanın sağlığı ve güvenliği açısından olumlu olduğu kadar çalışan kişilerin iş verimini de olumlu yönde etkilemesi ve çalışanın sosyal yaşamından hizmet sunduğu alana kadar iyilik halinin devamının sağlanması bakımından da çok önemlidir (Parlar 2008). Çalışma ortamlarının değerlendirilmesi ile ilgili yapılan bir çalışmada, sağlıklı ve iyi bir çalışma ortamında çalışan personelin daha kaliteli bakım verdiği, hizmet veren ve hizmet alanın memnuniyetinin arttığı belirlenmiştir (Bostan 2008).

Sağlık sektöründeki yapısal değişikliklerle birlikte ILO 1970’li yılların başlarında Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği (Occupational Safety & Health Administration OSHA), Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH), Amerikan Hastaneler Birliği ve sağlık sendikaları ile birlikte her çalışanın olduğu kadar sağlık çalışanlarının da “sağlıklı olma hakkı” ve “sağlıklı ve güvenli hastane ortamında çalışma hakkı” bulunduğunu ve bunu sağlamanın bir yolunun da hastanelerde ilgili birimlerin kurulması gerektiği şeklinde belirtmiştir. (NIOSH 2002, Özkan 2006).

Olumlu çalışma ortamlarında ekip çalışması desteklenmekte ve bu durum çalışma ortamına yansımaktadır.Sağlık ekibi; sağlık kurumlarında, ortak hedefleri bireye en kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımının verilmesinde değişik sağlık mesleklerinden üyelerin bir araya geldikleri, her birinin kendi görevlerini yerine getirdiği, bilgi ve deneyimlerin sürekli paylaşıldığı, ortak kararların

alındığı ve kararların birlikte uygulandığı bir birliktir. Olumlu çalışma ortamları bütün sağlık bakım çalışanlarını etkilemekte ve hizmetlerde mükemmelliği desteklemekte ve hastalarla ilgili olarak elde edilen sonuçları iyileştirmektedir (<http://www.icn./indikit2007.pdf>, Erişim tarihi: 18 Haziran 2014).

Personel eksikliği, düşük motivasyon ve yetersiz teknik beceriden dolayı personelin kötü performansı hasta güvenliğini önemli ölçüde etkilemektedir. Düşük nitelikli sağlık bakımı önemli sayıda olumsuz olaya ve sağlık bakım harcamalarında ciddi artışa neden olmaktadır. İşleyiş olarak kurumsallaşmış hastanelerde bile yetersiz personel alımı, yetersiz araç ve gereçler, hasta bakımı dışındaki işlemlere öncelik verilmesi gibi sorunlar görülmektedir. Hemşirelerin bakım işlevi dışında kendisine ait olmayan işleri yapmalarına bağlı olarak; öfke, tükenme, benlik saygısında azalma ve iş doyumumsuzlukları ortaya çıkmaktadır (Saygılı 2008).

Çalışanların içinde bulunduğu çalışma ortamı ve onu etkileyen fiziksel koşullar, motivasyonu, verimliliği ve iş tatminini etkileyen önemli faktörler arasında sayılmaktadır. Aşırı gürültü, yüksek/düşük ısı veya nem koşulları, yetersiz aydınlatma, gürültü, aşırı beden gücü kullanımı gibi koşulların olduğu çalışma şartları, en fazla doyumumsuzluk yaratan fiziksel çalışma koşulları arasında yer almaktadır. Bu faktörler, işin yapılmasını büyük ölçüde aksatan aynı zamanda bireyin bedensel ve ruhsal fonksiyonlarının bozulmasına yol açan durumlar olarak ele alınmaktadır (Eronat 2004). ICN'e göre, iş doyumumsuzluğuna neden olan ana faktörler arasında; yetersiz ücret, kötü çalışma koşulları, araç gereç yetersizliği gibi çalışma ortamındaki eksiklikler sayılmaktadır (<http://www.icn./indikit2007.pdf>, Erişim tarihi: 18 Haziran 2014). Hem sosyal açıdan hem de fiziksel açıdan güvenli bir iş ortamında çalışmak kişinin işine karşı olumlu duygular hissetmesine yol açmakta ve iş doyumunu artırabilmektedir (Eronat 2004).

Ontario Hemşirelik Koleji tarafından “Kaliteli Çalışma Koşulları Nitelikleri Modeli” adıyla hemşirelerin kaliteli bakım hizmeti yerine getirmesini desteklemek üzere sağlık kurumlarının sahip olması gereken yedi nitelik

tanımlanmıştır. Bu niteliklerden ilki; bakım hizmetlerinin sunum süreci olarak adlandırılır ve kurumdaki bakım hizmetlerinin verilmesine yönelik hasta-hemşire oranları, bakım standartları, bakım modeli ve sürekli kalite gelişim ölçümleri gibi etmenleri ele alır. İkincisi; iletişim sistemleridir ve hasta bakım hizmetleri ile ilgili bilgilerin ve alınan kararların paylaşımını destekleyen hastalar ve ailelerle iletişim, profesyonel iletişim biçimi, bilgi sistemleri ve teknolojiler gibi unsurları içerir. Üçüncüsü; fiziksel çevre ve hasta bakım uygulamaları ile malzemelere ulaşılabilirlik durumunu içeren aktiviteler ve malzemelerdir. Dördüncü faktör ise liderliktir. Liderlik çalışanlarda işbirliği ve bağlılık oluşturmak ve ortak amaçlara ulaşılmasını sağlamak yoluyla hasta bakımının yükseltilmesi ve profesyonel uygulamaların geliştirilmesine katkıda bulunur. Beşinci faktör; hasta bakımının dağıtım sürecini, hizmetleri ve programları etkileyen örgütsel destektir. Örgütün felsefesi, politika ve prosedürler, sağlık ve güvenlik için gereklilikler, işe alma ve elemanı elde tutma stratejilerini içerir. Altıncı faktör; mesleki gelişim sistemleri olarak tanımlanan oryantasyon programlarını, sürekli eğitim fırsatlarının artırılmasını, öğrenme ortamının zenginleştirilmesini, performans yönetim sürecini ve mesleki uygulamaları kapsar. Yedinci faktör ise; dış taleplere cevap verme sistemleri olarak adlandırılmıştır. Bunların tümü genel olarak hemşirelerin çalışma ortamının kalitesini yansıtmaktadır (Uğur ve Abaan 2008).

Güvenli, nitelikli ve verimli sağlık hizmetlerinin sunulması, kapasitesine ve performansta mükemmelliği destekleyen bir çalışma ortamına bağlıdır. ICN, ulusal ve uluslararası sağlık amaçlarına ulaşılmasının, tüm sağlık sektöründe olumlu çalışma ortamlarının oluşturulması ile sağlanabileceğini belirtmektedir (<http://www.icn./indikit2007.pdf>, Erişim tarihi: 18 Haziran 2014).

2.5. Hemşire Güvenliği

Hemşireler farklı meslek grupları içerisinde hem sayısal anlamda hem de işlevleri gereğince önemli bir yere sahiptirler (Nemcek 2007; Gül 2010). Hastanın bakım ve takipleri nedeniyle hasta ile en fazla zaman geçiren hemşirelere uygun çalışma ortamının sağlanması önemlidir (Gül 2010).

ICN, sağlık çalışanları ve hemşireleri çalıştıkları ortamda güvensiz duruma getiren nedenleri şoye sıralamaktadır:

- Çalışma ortamının insan veya endüstri aktiviteleri sonucunda atıklarla kirlenmesi,
- Riskler (kimyasal, biyolojik, fiziksel, gürültü, radyasyon, monoton iş), koruyucu elbise ve güvenli donanıma yetersiz erişim,
- Vardiya çalışmasıyla ilgili olarak günlük yaşam aktivitelerinin bozulması,
- Cinsel taciz de dahil olmak üzere şiddet olayları,
- Zayıf ergonomi,
- Kaynakların yetersiz dağılımı. (<http://www.icn./indikit2007.pdf>, Erişim tarihi: 18 Haziran 2014).

Bu nedenlerden dolayı hemşireler çalışma ortamlarından kaynaklanan; kimyasal, fiziksel, biyolojik, psikolojik ve ergonomik olmak üzere çeşitli risklere maruz kalmaktadırlar (Ergüney 2001; zkan 2006; Sarıçam 2012). **Kimyasal tehlike ve riskler** oldukça geniş bir grubu oluşturmaktadır. Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının, çalıştığı tüm ortamlarda kimyasal zararlı etkenlerle karşılaşma olasılığı çok yüksektir. Dezenfektanlar, antiseptikler, sterilizasyon işlemleri sırasında kullanılan sıvılar, etilen oksit, pek çok boya ve çözücüler, etil alkol ve türevleri, formaldehit, iyotlu bileşikler, lateks ürünler, anestezi gazları, kemoterapötik ajanlar, ilaçlar, solüsyonlar ve sitostatik ilaçlar sağlık çalışanlarının sıklıkla karşılaştığı kimyasal tehlike ve risklerdendir (Sarıçam 2012). nder ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada, hemşirelerin %21,0'i antiseptiklerden, %26,7'si anestezi gazlarından, %10,0'u kemoteraptiklerden, %44,9'u dezenfektanlardan etkilendikleri görüşünde olduklarını belirtmişlerdir (nder ve ark 2011).

Hastalar ve sağlık çalışanları için **fiziksel tehlikeler** grubunda olanlar; radyasyon (iyonize, lazer, ultraviyole, infra-kırmızı, elektromanyetik, radyo aktif madde ve işınım), gürültü, aydınlatma, elektrik düzeneği, kaygan zemin, sıcak/soğuk, havalandırma, vibrasyon ve tozların olduğu belirlenmiştir

(Sarıçam 2012).İş ortamındaki gürültü düzeyi, insan sağlığını ve verimliliğini etkileyen en önemli unsurlardan biridir (Tanrıkulu 2010).

Hemşirelerin çalışma ortamından kaynaklanan bir diğer risk faktörü **biyolojik risk faktörüdür**. Bu riskler; hemşirelerin maruz kaldıkları kan, kan ürünleri ve vücut sıvıları ile temas, solunum, damlacık yolu ile ve diğer yollarla bulaş gibi biyolojik risklerdir (AIDS, Tüberküloz, Hepatit B vb.) (Ergüney 2004; Sezgin 2007; Sarıçam 2012). Omaç'ın yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin %62,7 'sinin son üç ay içerisinde bir kez kesici-delici yaralanma geçirdikleri belirtilmiştir (Omaç 2006).

Hemşirelerin en çok karşı karşıya olduğu risk faktörlerinden biri de **psikososyal risklerdir** ve en yaygın nedenler; şiddet, stres ve iş doyumdur. Psikososyal riskler arasında sayılan şiddet, kişiye fiziksel ya da psikolojik zarar vermeyi amaçlayan eylemlerdir (Sarıçam 2012).İş yerinde yaşanan şiddet hemşireler için genel mesleki bir tehlike olarak kabul edilmektedir. Pasif saldırganlıktan cinayete kadar uzanabilen ve cinsel tacizi de kapsayan psikolojik şiddetin etkisi fiziksel şiddetin etkisinden daha fazla olmasa da en az onun kadar yoğun yaşanmakta, ayrıca daha da yaygın görülmektedir (Baykal ve Türkmen 2014). Hemşireler, çalışma ortamında zaman zaman hasta, hasta ailesi, meslektaşları ve diğer ekip üyeleri tarafından yapılan şiddetle karşılaşabilmektedirler. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation–WHO), ILO ve ICN, işyerinde şiddeti, uluslararası düzeyde öncelikli olarak ilgilendirilmesi ve müdahale politikaları geliştirilmesi gereken bir konu olarak tanımlamışlardır. Aşırı iş yükü, güvenli olmayan çalışma koşulları ve yetersiz destek de şiddet biçimleri olarak değerlendirilmektedir (ICN, WHO, ILO,2005).

Hastanede şiddet için en sık rapor edilen risk faktörleri; ilaç, alkol ya da şiddet öyküsü olan psikiyatrik hastalık tanısı almış personel, özellikle yemek ve ziyaret saatlerinde eksik personelin olduğu zamanlar, hastaların transferi, muayene ya da tetkik için uzun süre beklenmesi, aşırı kalabalık, konforsuz bekleme odaları, yalnız başına çalışma, çevresel düzenin yetersiz olması (yetersiz aydınlatma vb.), güvenliğin yetersiz olması, kriz yönetimi için

personelin eğitilmemiş olması, ateşli silahlara erişim, halkın hastanede sınırsız dolaşması, aydınlatılması iyi olmayan koridor, oda, park yerleri ve diğer yerlerdir (CDC; NIOSH 2002).

Stres; çalışanlarda, en başta rol belirsizliği ve çatışması olmak üzere, meslektaşların ve denetmenlerin (süpervizörler) desteğinin olmaması, çalışanların uygun olmayan dağılımı, sağlık bakımı vermede yeni düzenlemeler, hastalarla uzun süre temas, insanların sağlık ve iyiliğinden sorumlu olma gibi nedenlerle ortaya çıkmaktadır(Kebapçı 2010). Hemşirelerin çalışma ortamındaki stres kaynakları; fiziksel, zihinsel ve duygusal iş talepleriyle ilişkili rotasyon ve uzun vardiyalar ile; meslektaşlarıyla, denetmenlerle ve sağlık hizmetleri personeliyle olan yetersiz iletişimidir. 12 saatten uzun süren vardiyalara bağlı hastalıklar, işe gel(e)meme ve artan hemşire hataları arasında bir bağlantı söz konusudur (Sarıçam 2012). Çalışma ortamında gittikçe artan ve pek çok kişinin maruz kaldığı zorbalık/tehditlerden, hemşirelerin sağlık ve refahlarının olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir. Hemşirelerin %20-30'unda psikiyatrik ek hastalıklarının olduğu ve %8-10'unun bağımlılık problemlerinin olduğu tahmin edilmektedir (Sharon ve ark. 2010).

İş doyumu; çalışanların iş ve iş yaşamındaki beklentilerine ulaştıkları zaman duydukları olumlu duygusal bir durumdur. Sağlık hizmetlerinin sunumunda en büyük insan gücünü günün 24 saati hizmet vermesi bakımından hemşireler oluşturduğundan, hemşirelerde iş doyumu daha da önem taşımaktadır. Çalışma ortamında doyumsuzluk yaşayan birey, olumsuz duygulara yönelerek, bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı bozulacaktır. Bunun sonucunda bireyde işten uzaklaşma, işi terk etme, sık sık iş değiştirme gibi iş doyumsuzluğu ve tükenmişlik durumları yaşayacaktır (Parlar 2008; Mollaoğlu ve ark.2010). Araştırmalar, daha çok sağlık personelinin çoğunluğunu oluşturması yanında, hem kadınların çoğunlukta olduğu, hem de işleri dışında farklı rol, sorumluluklar yüklenen ve tükenmişlik sendromunun yoğun olarak yaşandığı bir meslek grubu olduğu için hemşirelere odaklanmaktadır. Özellikle iş doyumunda azalma ve tükenmişlik nedenlerinden birisi olarak görülen vardiyalı çalışma ve nöbetli çalışmanın

etkilerinin araştırılması ve bu etkilerle baş edebilmek için gerekli önlemlerin alınması hemşireler ve yöneticiler için büyük bir önem taşımaktadır (ILO 2001).

İşyerindeki çalışma koşullarının çalışanın niteliklerine uygun hale getirilmesi olarak ifade edilen ergonomi ilkeleri, genel yaşam bakımından da önem taşımaktadır. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de hemşirelerin uygun vücut mekaniğini kullanmamaya bağlı bel, boyun, omuz ve kol ağrısı, varis gibi **ergonomik riskleri**önemli boyutlardadır (Ergüney 2001; Sezgin 2007; Sarıçam 2012). Ergonomik tehlikelere maruz kalma sonucunda gelişebilecek sağlık sorunları arasında; iş kazaları, bel yaralanmaları, kesici-delici-batıcı cisim yaralanmaları, yanıklar, kırıklar, kas-iskelet sistemi sorunları, dolaşım bozukluğu, işitme kayıpları, merkezi sinir sistemi depresyonu, görme bozuklukları yer alır (Sarıçam 2012). Sharon ve arkadaşları çalışma ortamı ile ilgili araştırmalarında; araştırmaya katılan 3132 hemşirenin 2/3'sinin sırt ve boyun incinmeleri yaşadıklarını bildirmişlerdir (Sharon ve ark 2010).

2.6. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır (Baykal ve Türkmen 2014).Hasta güvenliğinde amaç, hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır.Temel hedef, hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Güven 2007).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesini ve bu hataların neden olduğu yaralanma ve ölümlerin ortadan kaldırılması için tüm sistemin yeniden tasarlanmasını gerektirir (Ekici 2013b).Hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinde artan dikkate rağmen klinik uygulamalarda hatalar ve olumsuz sonuçlarla sıkça karşılaşılmaktadır. Her ne kadar güvenilir hata tahminleri yapmak zor olsa da, uluslararası alanda hastaneye yatan hastaların % 10'unun

tıbbi yönetimden zarar gördüğü ve bunların en az yarısının önlenemez olumsuz sonuçlar olduğu konusunda fikir birliğine varılmıştır (Flotta 2012).

Risklerin erken dönemde belirlenmesi, hasta yaralanmalarının önlenmesi açısından son derece önemlidir.(Baykal ve Türkmen 2014).ICN hasta güvenliğini, hemşirelik uygulamalarının ve sağlık hizmetinin kalitesi olarak vurgulamaktadır. Hemşirelerin doktor ve eczacılardan kaynaklanan hataları hastaya zarar vermeden önceki aşamada%86 oranında engelleyebildikleri bildirilmektedir (ICN 2006).

Joint Commission International (JCI) Uluslararası Hastane Standartları kullanılarak akredite edilen bütün kurumlarda 1 Ocak 2011 tarihinden itibaren uygulanması gereken Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerini tanımlamıştır. "Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri"nin amacı, hasta güvenliğinde iyileştirmelerin artırılmasıdır. Hedefler, sağlık bakımındaki problemleri alanları aydınlatmakta ve bu problemler için kanıt ve uzman temelli çözüm yolları tanımlamaktadır.

JCI Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri: (JCI 2011)

Hedef 1: Hastaların doğru kimliklendirilmesi

Hedef 2:Etkili iletişimin artırılması

Hedef 3: Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi

Hedef 4:Doğru taraf, doğru prosedür ve hasta cerrahisinin sağlanması

Hedef 5: Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesi

Hedef 6: Düşmelerden kaynaklanan hastaların zarar görme riskinin azaltılmasıdır.

Hemşirelerin çalışma şartlarının ağır olması, kritik hastalarla karşılaşılması, yaşanan yoğun stres, olumsuz çalışma şartları ve uyulması gereken prosedürlerin çokluğu her zaman hata yapma olasılığını artırmaktadır.Ayrıca sağlık kuruluşlarında hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle çoğu zaman hastalara yeterince zaman ayıramamakta ve hasta bakımı için yeterli özen gösterilememektedir. Bu durum günlük rutin faaliyetlerin tam olarak yapılamaması sonucunu getirmekte ve hemşirelerin yoğun iş baskısı

yaşamalarına yol açmaktadır. Yaşanan baskı ise hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Özata ve ark. 2010).

2.6.1. Tıbbi hatalar

Tıbbi hata, hastada herhangi bir olumsuz etki yaratıp yaratmadığına bakılmaksızın, konunun uzmanları tarafından yanlış olduğu kabul edilen eylemlerdir. Tıbbi hatalar, sağlık hizmeti sürecinde kısıtlı olmayan beklenmedik bir şekilde meydana gelen süreçten sapma durumlarıdır. American Tıp Enstitüsü (Institute of medicine-IOM) tıbbi hatayı, "planlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanmaması veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanması" şeklinde tanımlamıştır (Ekici 2013b).

IOM tarafından yayınlanan raporda, tıbbi hataların hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerindeki kalite sorunu olduğu ifade edilmektedir. Tıbbi hataların büyük bir kısmı kişisel hatalardan çok sistemdeki hatalardan kaynaklanmaktadır (Kohn ve ark, 2000; IOM 2001).

Hasta güvenliğini tehdit eden olayları sınıflandırmak ve uluslararası sistematik bir yaklaşım geliştirmek amacıyla DSÖ tarafından 2005 yılında "Uluslararası Hasta Güvenliği Olay Taksonomisi" geliştirmiştir. Tıbbi hataların sınıflandırılmasında **hata tiplerine göre** (tanı koyma hataları, ilaç hataları, cerrahi hatalar, hastane kaynaklı hatalar), **hastaya etki eden sonuca göre** (neredeyse hata, yan etki, istenmeyen olay), **hatanın nedenine göre** (işleme, ihmale ve uygulamaya bağlı), **sağlık meslek üyelerine göre** (doktor, hemşire veya laborant hatası), **etkileyen faktöre göre** (kullanılan araç, gereç vb.), **sağlık hizmeti sürecinin hangi aşamasında olduğuna, sağlık hizmetinin işleyişine göre** (planlama ve uygulama hataları) gibi çeşitli hata sınıflama yöntemleri bulunmaktadır (Akalin 2001; Ekici 2013b, Baykal ve Türkmen 2014).

Hemşireler açısından önemli olan ilaç hataları, en sık karşılaşılan tıbbi hataların başında gelmektedir. İlacın hekim tarafından istem edilmesinden, ilacın hemşire tarafından uygulandıktan sonra ilaç etkisinin takibini de içine alan süreç içinde ilaç hataları görülebilmektedir. Hastanın hastane kayıtlarının tanımlanması aşamasında yanlış kimlik bilgilerinin girilmesi, yanlış boy, kilo

bilgisinin kayda geçilmesi, hastanın ilaç ya da besin alerjisinin kayda geçilmemesi, okunaksız ilaç istemleri, sözel ilaç istemlerinin yanlış algılanması, endikasyona uygun olmayan ilaç seçimi, tedavi süresi, uygun olmayan verilme yolu, ilacın uygun olmayan teknikle hazırlanması, ilaç dozunun atlanması, tamamen unutulması, uygulama kaydının yapılmaması nedeniyle tekrar ilaç uygulanması, ilaç seçimi yaparken ilaç-ilaç veya ilaç-besin etkileşimlerinin dikkate alınmaması gibi nedenler ilaç hatalarına neden olabilmektedir. İlaç hataları, reçeteleme, ilaç istem iletimi, ilaçların etiketlenmesi, paketlenmesi, adlandırılması, birleştirilmesi, dağıtımı, ilaç yönetimi, izlenmesi ve ilaç kullanımını içeren sağlık hizmeti süreçlerine bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir (Ekici 2013; Aygün 2013). Çırpı ve ark.'ı hemşirelerin uygulamalarda karşılaştıkları mesleki hatalar arasında %47 oranıyla ilaç uygulama hatalarını birinci sırada bulmuşlardır (Çırpı ve ark 2009). Özata ve ark.'nın sağlık personelinin tıbbi hata nedenlerine ilişkin görüşlerini aldıkları çalışmalarında, hataya yol açan ilk beş neden sırasıyla; iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, stres ve yorgunluk olarak belirtilmiştir (Özata 2010a).

İstenmeyen olaylar; verilen sağlık hizmeti nedeniyle ölüm, kalıcı fonksiyon kaybı, ciddi psikolojik yaralanma gibi çok ciddi zarar gelişen ve kabul edilemez etik boyutları bulunan olaylara denir. Yanlış kan transfüzyonu sonucu ölümler, yanlış taraf cerrahisi, yanlış hastanın ameliyat edilmesi, operasyon sırasında hastanın vücudunda ameliyat malzemesi unutulması, hastanede doğan bir bebeğin kaybolması, hastanın düşmesi sonucu fonksiyon kaybı gibi ciddi olaylar istenmeyen olaylara örnek verilebilir (Ekici 2013b).

Enfeksiyon kontrolü, hasta güvenliği konuları arasında çok önemli bir yer tutmaktadır. Tüm dünyada %5-15 oranında görülmekte olan sağlık hizmetine bağlı enfeksiyonlar, tıbbi hatalar arasında kabul edilmektedir. Söz konusu enfeksiyonların üçte birinin önlenmesi konunun önemini daha da arttırmaktadır (Güven 2007). Hastanelerde enfeksiyonların önlenmesinde enfeksiyon kontrol komitelerine, genel olarak DSÖ ve CDC' nin geliştirdiği kanıta dayalı kılavuzları kullanmaları önerilmektedir (Baykal ve Türkmen 2014).

Düşme, şiddetli vurma ya da maksatlı hareketlerin dışında, ani, kontrol edilemeyen, istemsiz bir şekilde vücudun bir yerinden başka bir yere ya da nesnelere doğru hareket etmesi olarak tanımlanabilir. Hasta düşmeleri, tüm Dünya’da sağlık bakım kurumlarında önemli bir hasta güvenliği problemi olarak belirtilmekte, hastanelerde en sık görülen ikincil yaralanma nedenleri arasında önemli yer tutmaktadır (Bulut ve ark. 2013).

Düşmeye neden olan etmenler, bireysel/içsel ve çevresel/dışsal faktörler olarak gruplandırılmıştır. Düşmelere neden olabilecek **bireysel risk faktörleri**; yürüme ve denge bozuklukları, hipotansiyon, baş dönmesi, düşme öyküsü, psikoaktif ilaç kullanımı, korku, beceri azalması, nörolojik ve kas yetersizlikleri, demans ve görme bozuklukları, **çevresel risk faktörleri ise**; ıslak zemin, kapı eşiği, banyo, tuvalet ve yatak yanında tutunacak destek yerlerin olmaması, yetersiz aydınlatma, yerde ve çevrede sabit olmayan objelerin varlığı, uygun olmayan ayakkabı kullanımı olduğu belirtilmiştir (JCI 2010; Çeçen ve Özbayır 2011).

Yapılan bir araştırmada, kliniklere göre düşme oranları incelenmiş (her 1000 hastada) ve Dahiliye’de % 6,12, Nöroloji’de % 6,12, Genel Cerrahi’de %2,18 ve Ortopedi kliniğinde %0.8 olarak bulunmuştur (Hitcho ve ark. 2004). Hastanelerde düşmelerin en çok hasta transferler sırasında (%37), sandalyeye oturma sırasında (%20), yürüme esnasında da (%15) düşmelerin olduğu saptanmıştır (Çapacı 2007).

Heinze ve arkadaşları, Almanya’daki hastanelerde 2002-2004 yılları arasında yaptıkları prevalans çalışmalarında, 2002’de 40 hastane ve toplam 3923 hasta, 2004’de 39 hastaneden toplamda 4451 hastanın düşmelerini araştırmışlardır. Yüksek bakım isteyen hastaların, daha az bakım gereksinimi olanlara göre daha fazla düştüklerini belirlemişlerdir (Heinze ve ark. 2007).

“Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına Yönelik Usul ve Esaslar Hakkında Yayınlanan Tebliğ”de hasta güvenliği hedefleri kapsamında düşmelerin önlenmesine yönelik işlemler belirlenmiştir. Düşme riski bulunan hastaların “Hemşirelik

Hizmetleri Hasta Değerlendirme Formu'nun doldurulması esnasında değerlendirilmesi, risk alanlarının belirlenmesi, düşmelerin takibinin ve belirli aralıklarla analizinin yapılması, personellerin hasta transferleri konusunda eğitilmesi, gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması önerilmektedir. (27214 Sayılı Resmi Gazete, 2009 Nisan; Sanar 2013).

2.6.2. Hata / Olay bildirim

Hata/ olay bildirimleri gönüllülük esasına dayalı olup, sıklıkla elektronik ya da el yazısı ile doldurulan standart formlar aracılığı ile yapılan bildirimlerdir. Gönüllü olay bildirimleri; olay bildirim, olay meydana gelir gelmez hızla yapılmalıdır. Çünkü olay yeri incelemesi için zaman önemlidir. Bildirimler suçlama amacıyla değil, sistemdeki eksik ve hataları düzeltme amacıyla kullanılmalıdır. Olayda geçen kişi ve birimler gizlilik esas çerçevesinde gerekli olmadıkça paylaşılmamalıdır. Bildirimlerin devamlılığını sağlamak için, bildirim yapan kişi cezalandırılmamalıdır. Olayla ilgili kesin kasıt ve ihmal olmadıkça olayda geçen kişiler cezalandırılmamalıdır. Olay bildirim yapan kişiye geri bildirimde bulunulmalı, mümkünse kalite çemberi çalışmalarının içine dahil edilmelidir. (Ekici 2013b).

Ölüm, sakatlık gibi en kötü biçimlerde sonuçlanan hatalar, daha önce böyle olumsuz sonuçlanmamış, ancak bu potansiyeli taşıyan hata süreçlerinin gözden kaçırılması ya da yeterince dikkatle analiz edilmemesi sonucunda oluşmaktadır. Hatayı oluşturan sürecin gözardı edilerek hatanın tüm sorumluluğunu hatayı yapana yüklemek ve hata oluşturan süreci görmezden gelmek, aynı hatanın bir başkası tarafından yapılmasının önüne geçemeyecektir. "Neredeyse olacaktı" denilen ve "ramak kaldı" olarak da adlandırılan olaylar organizasyonlarda sık olarak yaşanmaktadır. Bu olayların saptanması, raporlanması ve düzeltici faaliyetlerin yapılması önem taşımaktadır (WHO 2005).

Yapılan bir çalışmada, çalışanlara son bir yıl içerisinde kaç tane olay bildirim formu doldurduğu sorulduğunda, %81,5'i hiç olay bildirim yapmadığını ifade etmişlerdir. Olay bildirim raporlarını doldurmayanların %81,5'inden, "personel

yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar" ifadesine çalışanların %71,4'ü "katılıyorum" şeklinde yanıt vermişlerdir (Çakır ve Tütüncü 2009).

6 Nisan 2011 tarihinde "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" yayımlamıştır (Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, 2011).Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması için; hasta ve çalışanlara zarar veren veya zarar vermesi olası olayların kontrol altına alınması, benzer olayların tekrar yaşanmaması için etkin bir güvenlik raporlama sisteminin kurulması ve etkin bir şekilde işletilmesi en önemli unsurlarıdır.Güvenlik raporlama sistemi, ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, hasta düşmeleri, kesici-delici alet yaralanmaları kapsamaktadır. Güvenlik raporlama sisteminin amacı olay bildirimlerinde kişiye değil sisteme odaklanılmasını sağlayarak hastanelerde kurumsal bir öğrenme sürecinin oluşturulmasıdır (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 2011; İstanbullu ve ark. 2012).

Kılıç ve Elbaş'ın (2014), yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin %69,2'i bir hata oluşması durumunda "kesinlikle bildirilmelidir" şeklinde düşünürken hemşirelerin %30,8'i "ortaya çıkan duruma göre bildirilmelidir"şeklinde görüş belirtmişlerdir. Hemşirelerin %47,5'i bir hata yapıldığı zaman cezalandırıcı olunmaması gerektiğini düşünmektedirler (Kılıç ve Elbaş 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İzmir Kamu Hastaneler Kurumu Güney Genel Sekreterliği'ne bağlı İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 15 Haziran- 1 Eylül 2014 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 490 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadı, gönüllülük esas alındı. Hemşirelere araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra katılmaya gönüllü olanlar araştırmaya dahil edildi. Araştırmanın veri toplama sürecinde rapor, yıllık izin, şua izni, doğum izni kullanan, geçici görev ile başka kurumda çalışan ve çalışmaya katılmak istemeyen kişi sayısı 97'dir. Araştırmaya katılım oranı %80 idi.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken; hemşirelerin çalışma ortamı ölçeğine ilişkin puan ortalamalarıdır.

Bağımsız değişkenler; hemşirelerin yaşı, eğitim durumu, çalıştığı birim, çalıştığı pozisyon, mesleki deneyimi, kurumda çalışma süresi, bulunduğu pozisyonda çalışma süresi, haftalık çalışma saati, günlük bakım verilen ortalama hasta sayısı, servis sorumlu hemşiresinin sorumlu olduğu hasta sayısı, çalıştıkları vardiya, hasta ve hemşire güvenliği ile ilgili öncelik durumlarıdır.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, araştırmaya katılan hemşirelerden yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, “Hemşire Bilgi Formu” ve “Çalışma Ortamı Ölçeği” kullanıldı. Hemşire Bilgi Formu, literatüre dayalı olarak araştırmacı tarafından hazırlandı ve üç bölümden oluşmaktadır.

1. Bölüm: Bu bölümde hemşirelere yaş, eğitim durumu, çalıştığı birim, hemşirelikte çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, bulunduğu pozisyonda çalışma süresi, sorumlu hemşire ise sorumlu olduğu hasta sayısı, çalıştığı birimde görevi, haftalık ortalama çalışma süresi, günlük bakım verdiği ortalama hasta sayısı, hangi vardiyada çalıştığı, çalıştığı birimde ilaç uygulama hataları ve hasta düşmelerinin raporlandırılmasına yönelik 13 soru yer almaktadır.

2. Bölüm: Bu bölümde hemşirelere hasta güvenliğini tehdit eden en sık karşılaştıkları üç olayı, ilaç uygulama hatalarının nedenlerinden üç tanesini, hasta düşme nedenlerinden üç tanesini önem sırasına göre birden üçe kadar numaralandırmaları istendi. Bu bölüm üç sorudan oluşmaktaydı.

3. Bölüm: Bu bölümde hemşirelere çalıştıkları ortamda kanla/vücut sıvılarıyla/solunum yoluyla bulaşan hastalıklara maruz kalma, bel/sırt incinmeleri, kesici/delici alet yaralanmaları ve şiddete maruz kalma nedenlerinden üç tanesini önem sırasına göre birden üçe kadar numaralandırmaları ve bu olaylarla karşılaşma sıklıkları ve raporlandırma durumları soruldu. Bu bölüm ise beş sorudan oluşmaktadır.

Çalışma Ortamı Ölçeği (Work Environment Scale –WES)

Blegen MA ve ark.tarafından 2003 yılında Amerika’da İngilizce olarak geliştirilen ölçek, hemşirelerin ilaç uygulama hatalarını raporlamama nedenleri, çalışma ortamı ve hemşirelerin iş doyumunu tanımlamayı amaçlamaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2007 yılında Burcu Sezgin tarafından yapılmıştır.

I. Boyut: Çalışan korkuları; 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

II. Boyut: Kalite yönetimi; 9, 12, 14, 17, 18, 20

III. Boyut: Mesleki ilişkiler; 10, 11, 16, 19

IV. Boyut: Fiziksel kaynaklar; 8, 13, 15

V. Boyut: İş doyumunu; 21, 22, 23, 24, 25, 26

Ölçekte yer alan 15, 21, 23, ve 24. maddelerde puanlama ters yönlü uygulanmaktadır. Ölçekte her bir ifade 1'den 5'e kadar puanlanmış ve her bir madde için; 1- “kesinlikle katılmıyorum”, 2- “katılmıyorum”, 3- “kararsızım”, 4- “katılıyorum”, 5- “tamamen katılıyorum” şeklinde seçeneklere yer verilmiştir. Ölçektoplampuan ortalamasının yanı sıra alt boyut puan ortalamaları da hesaplanabilmektedir. Alt boyutlardaki seçeneklere cevap verenlerin ortalaması alınarak, her boyutu kendi içinde alınan puana göre değerlendirilmektedir. Ölçek puanı arttıkça çalışma ortamına ilişkin memnuniyet de artmaktadır (Sezgin 2007).

Çalışma Ortamı Ölçeği'nin 32 maddesi için Cronbach alfa katsayısı $\alpha=0,74$ ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları $\alpha=0,62-0,77$ arasında bulunmuştur. (Sezgin 2007). Kebapçı'nın çalışmasında da bu ölçeğin Cronbach alfa katsayısı $\alpha=0,72$, alt boyutlarının katsayıları $\alpha=0,39- 0,82$ arasında bulunmuştur (Kebapçı 2007). Bu araştırma için, Çalışma Ortamı Ölçeği'nin Cronbach alfa katsayısı $\alpha= 0,86$ olup; alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları $\alpha= 0,68 - 0,87$ arasında bulundu.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21.0 istatistik paket programı ile analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde; demografik özellikler, hasta ve hemşire güvenliğine ilişkin sorular için sıklık, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Bağımsız değişkenler ile ölçek alt boyut puanlarının ilişkilerinin incelenmesinde, tek yönlü varyans analizi yapıldı. Bu araştırmada kullanılan ölçeğin iç tutarlılığı için Cronbach alfa katsayısı hesaplandı. Araştırmada tüm bulgular, $p< 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya geçici görevle kurum dışında olan, doğum sonrası izinli olan ve uzun süreli raporlu olan hemşirelerin alınmaması, araştırmanın tek bir kurumda yürütülmüş olması, sonuçların yalnızca araştırmanın yürütüldüğü hastaneyi kapsamaması ve diğer kurumlara genellenemez olması araştırmanın sınırlılığı olarak değerlendirildi.

3.9. Araştırmada Etik

Araştırmaya başlamadan önce alışma Ortamı leği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini yapan Burcu SEZGİN'den e-posta yolu ile izin alındı (EK 4). Araştırma için Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan onay (EK 2) ve araştırmanın yürütüldüğü İzmir Kamu Hastaneler Kurumu Güney Genel Sekreterliği'ne bağlı İzmir BozyakaEğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (EK 3) de yazılı izin alındı.

3.10. Süre ve Olanaklar

ZAMAN	İŞLEMLER
Mart 2014- Mayıs 2014	Literatür taraması ve tez konusunun belirlenmesi
Mayıs 2014- Haziran 2014	Tez nerisinin hazırlanması
Haziran 2014	Etik kurul ve kurum izninin alınması
Haziran 2014-Eylül 2014	Araştırma verilerinin toplanması
Ekim 2014- Aralık 2014	Verilerin analizlerinin yapılması
Ocak 2015- Mayıs 2015	Tez raporunun yazımı

4. BULGULAR

4.1. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri (n=393)

Özellikler	n	%
20-29 yaş	85	21,6
30-39 yaş	198	50,4
40-49 yaş	98	24,9
50 ve üzeri yaş	12	3,1
Yaş ort: 35,76±7,10 (Min:20, Max=65)		
Eğitim durumu		
Sağlık Meslek Lisesi(SML)	34	8,7
Önlisans	112	28,5
Lisans	227	57,8
Lisansüstü	20	5,1
Çalışılan birim		
Dahili birimler	104	26,5
Cerrahi birimler	113	28,8
Ameliyathane	19	4,8
Poliklinik	24	6,1
Yoğun bakım	89	22,6
Acil servis	42	10,7
Diğer*	2	0,5
Çalışma Pozisyonu		
Servis sorumlu hemşiresi	38	9,7
Servis hemşiresi	311	79,1
Diğer**	44	11,2

(*Kalite Birimi, **Ameliyathane ve Poliklinik hemşiresi)

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de gösterildi. Buna göre hemşirelerin yaş ortalaması 35,76±7,10 (Min:20, Max=65), %50,4’ünün 30-39 yaş grubunda, %57,8’inin lisans mezunu, %28,8’inin cerrahi birimlerde ve %79,1’inin servis hemşiresi olarak çalıştığı bulundu.

Tablo 2. Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=393)

Özellikler	n	%
Mesleki deneyim		
1-5 yıl	65	16,5
6-10 yıl	77	19,6
11-15 yıl	76	19,3
16-20 yıl	93	23,7
21 ve üzeri yıl	82	20,9
Kurumda çalışma süresi		
1-5 yıl	187	47,6
6-10 yıl	75	19,1
11-15 yıl	50	12,7
16-20 yıl	39	9,9
21 ve üzeri yıl	42	10,7
Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi		
1-5 yıl	187	47,6
6-10 yıl	75	19,1
11-15 yıl	50	12,7
16-20 yıl	39	9,9
21 ve üzeri yıl	42	10,7
Haftalık çalışma saati		
35-44 saat	83	21,1
45-54 saat	234	59,5
55 ve üstü saat	76	19,3
Günlük bakım verilen hasta sayısı (n=354)		
1-5 hasta	93	26,3
6-10 hasta	127	35,9
11-15 hasta	59	16,7
16-20 hasta	17	4,8
21 ve üstü hasta	58	16,4
Servis sorumlu hemşiresinin baktığı hasta sayısı(n=37)		
1-20	11	29,7
21 ve üstü	26	70,3
Vardiya şekli		
Gündüz	91	23,2
Gece	15	3,8
Gece-gündüz	287	73,0

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri incelendiğinde; mesleki deneyimlerinin %23,7'sinin 16-20 yıl arasında, %47,62'sinin kurumda ve bulunduğu pozisyonda çalışma süresinin 1-5 yıl arasında, %59,5'inin haftalık

çalışma saatinin 45-54 saat arasında, %35,9'unun günlük bakım verdiği hasta sayısının 6-10 arasında olduğu, %73,0'ünün hem gece hem gündüz olmak üzere karma vardiyada çalıştığı, çalışmaya katılan hemşirelerin %9,7'sinin servis sorumlu hemşirelerinden oluştuğu, servis sorumlu hemşirelerinin %70,3'ünün baktığı hasta sayısının 21 ve üzerinde olduğu saptandı (Tablo 2).

Tablo 3. İlaç Uygulama Hatalarının ve Hasta Düşmelerinin Raporlandırılma Durumları (n=393)

Hataların Raporlanma Durumu	EVET		HAYIR	
	n	%	n	%
İlaç uygulama hatalarını rapor etme durumu	305	77,6	88	22,4
Hasta düşmelerini rapor etme durumu	352	89,6	41	10,4

Hemşirelerin ilaç uygulama hataları ve hasta düşmelerini raporlandırma durumları incelendiğinde; hemşirelerin %77,6'sının ilaç uygulama hatalarını ve %89,6'sının hasta düşmelerini raporladığı bulundu (Tablo 3).

4.2. Hasta ve Hemşire Güvenliğine Yönelik Bulgular

Tablo4. Hemşirelere Göre Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Durumlar

Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Durumlar	n	%
Hasta düşmeleri	260	66,2
İlaç uygulama hataları	237	60,3
Yaşambulgularındaki değişikliklerin atlanması	214	54,5
Uygun olmayan koşullarda hastaya bakım ve tedavinin verilmesi	115	29,3
Hasta bakım ve tedavisinde el hijyenine dikkat edilmemesi	107	27,2
Sözel/fiziksel şiddet	87	22,1
Hasta bakım ve tedavisinde sterilizasyona dikkat edilmemesi	84	21,4
Yanlış kan transfüzyonu	82	20,9
Diğer*	7	1,8

(*Fiziksel koşulların sağlanmaması, kimlik kontrolünün atlanması)

Hemşirelere göre hasta güvenliğini tehdit eden en önemli olay, %66,2 ile "Hasta düşmeleri" olarak belirtilirken, ikincisi %60,3 ile "İlaç uygulama hataları"ve üçüncüsü de %54,5 ile "Yaşam bulgularındaki değişikliklerin atlanması" olarak saptandı (Tablo 4).

Tablo 5. Hemşirelere Göre İlaç Uygulama Hata Nedenleri

İlaç Uygulama Hataları Nedenleri	n	%
Uzun çalışma saatleri	235	59,8
Hemşire başına düşen hasta sayısının çokluğu	223	56,7
İlaç hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması	122	31,0
Çok sayıda hastaya birden çok ilaç verilmesi	110	28,0
İlaç uygulama esnasında birimin karışık olması	87	22,1
İyi düzenlenmemiş ilaç uygulama kayıtları	74	18,8
Hasta hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması	62	15,8
Hastayla ilgili alerji bilgisinin yokluğu	55	14,0
İnfüzyon cihazı/diğer araç-gereçlerin bulunmaması	51	13,0
Okunamayan etiketler ve paketler	37	9,4
Araç gerecin bozuk olması	35	8,9
İlaçların eczaneden alınmaması ya da yanlış dozlarda alınması	20	5,1

Hemşirelere göre ilaç uygulama hata nedenlerinin önem sırası incelendiğinde; ilk önem sırasını %59,8 ile "Uzun çalışma saatleri" ikinci %56,7 ile "Hemşire başına düşen hasta sayısının çokluğu" ve üçüncü olarak %31 ile "İlaç hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması" olarak belirlendi (Tablo 5).

Tablo6. Hemşirelere Göre Hasta Düşme Nedenleri

Hasta Düşme Nedenleri	n	%
Hastanın bilinç durumu	248	63,1
Hastanın fiziksel durumu	230	58,5
Sedye/yatakların parmaklıklarının kullanılmaması	134	34,1
Refakatçi olmaması	108	27,5
Hemşire başına düşen hasta sayısı	104	26,5
Bozuk sedyelerin kullanılması	88	22,4
Hastanın aldığı ilaç tedavisi	87	22,1
Islak zeminler	58	14,8
Fiziksel ortamın dağınık olması	53	13,5
Personelin dikkatsizliği	48	12,2
Diğer*	8	2,0

(*Hastaların uygun terlik kullanmaması, hasta odalarının fiziki koşullarının uygun olmaması, refakatçilerin dikkatsiz olması)

Hemşirelere göre hasta düşme nedenlerinin önem sırası incelendiğinde; ilk sırada %63,1 ile "Hastanın bilinç durumu" saptanırken ikinci sırada %58,5 ile "Hastanın fiziksel durumu" ve üçüncü sırada %34,1 ile "Sedyenin / yatakların kenar parmaklıklarının kullanılmaması" saptandı (Tablo 6).

Tablo 7.Hemşirelere Göre Kanla/Vücut Sıvılarıyla/ Solunum Yoluyla Bulaşan Hastalıklara Maruz Kalma Nedenleri

Bulaşıcı hastalıklara maruziyet nedenleri	n	%
Kısa zamanda hızlı hareket edilmesi	339	86,3
Çalıştığınız servisin stresli ortam olması	223	56,7
Standart önlemlere uyulmaması	155	39,4
Uygun havalandırma sisteminin olmaması	123	31,3
Damar yolu tedavilerinin artması	115	29,3
Kesici alet kaplarının olmaması, dolu olması/ arızalı olması	113	28,8
İğne uçlarını imha sisteminin yetersizliği	87	22,1

Hemşirelere göre kanla/vücut sıvılarıyla/solunum yoluyla bulaşan hastalıklara maruz kalma nedenlerinin önem sırası incelendiğinde; birinci olarak %86,3 ile "Kısa zamanda hızlı hareket edilmesi" bulunurken, ikinci %56,7 ile "Çalışılan servisin stresli bir ortam olması" ve üçüncü %39,4 ile "Standart önlemlere uyulmaması" bulundu (Tablo 7).

Tablo8.Hemşirelere Göre Bel/Sırt İncinmelerinin Nedenleri

Bel/sırt incinmelerinin nedenleri	n	%
Hastaları hareket ettirmeye yardım için yeterli personel olmaması	325	82,7
Hastaları kaldırmak için aracın olmaması	196	49,9
Fazla sayıda yatağa bağımlı hastanın varlığı	153	38,9
Uygun olmayan taşıma teknikleri	148	37,7
Vücut mekaniğini uygun kullanmama	123	31,3
Yardım edilmesi zor çok kilolu hastaların olması	115	29,3
Hastanın bilinç durumu	106	27,7

Hemşirelere göre bel/sırt incinmelerinin nedenlerinin önem sırası incelendiğinde; ilk olarak % 82,7 ile “Hastaları hareket ettirmeye yardım için yeterli sayıda personel olmaması” bulunurken, ikinci %49,9 ile "Hastaları kaldırmak için aracın olmaması" ve üçüncü olarak da %38,9 ile "Fazla sayıda yatağa bağımlı hastanın varlığı" şeklinde saptandı (Tablo 8).

Tablo 9. Hemşirelere Göre Kesici/Delici Alet Yaralanmalarına Maruz Kalma Nedenleri

Kesici/delici alet yaralanmalarına maruz kalma nedenleri	n	%
Kısa zamanda hızlı hareket edilmesi	381	96,9
Kesici alet kaplarının olmaması, dolu olması /arızalı olması	318	80,9
İğne uçlarını uygun imha sisteminin yetersizliği	255	64,9
Kesici/delici aletlerin nereye atılacağı bilinmemesi	131	33,3
Diğer*	34	8,7

(*Stres, iş yoğunluğu, dikkat eksikliği ve yorgunluk)

Hemşirelere göre kesici/delici alet yaralanmalarına maruz kalma nedenlerinin önem sırası incelendiğinde; ilk olarak % 96,9 "Kısa zamanda hızlı hareket edilmesi" bulunurken, ikinci sırada % 80,9 "Kesici alet kaplarının olmaması,dolu olması ya da arızalı olması" ve üçüncü % 64,9 ile "İğne uçlarını uygun imha sisteminin yetersizliği" olarak belirlendi (Tablo 9).

Tablo10.Hemşirelere Göre Şiddete Maruz Kalma Nedenleri

Şiddete maruz kalma nedenleri	n	%
Güvenlik tedbirlerinin ve yasal yaptırımların yeterli olmaması	321	81,7
Hasta ve yakınlarına yeterli açıklamanın yapılmaması	195	49,6
Hasta ve yakınlarında stres	157	39,9
Hasta yakınları için uygun bekleme ortamının olmaması	135	34,4
Hasta ve yakınları ile iletişim yetersizlikleri	129	32,8
Personel azlığı	107	27,2
Kayıp yaşanmasından dolayı hasta yakınlarının yaşadığı anksiyete	94	23,9
Vakaların alkol/ ilaç kullanması,intoksikasyonu	24	6,1
Diğer*	8	2,0

(*Nöbet saatlerinde hekime ulaşamama, hastaların hastalıkları ile ilgili anksiyete düzeylerinin yüksek olması, sağlık çalışanlarına karşı önyargı)

Hemşirelere göre şiddete maruz kalma nedenlerinin önem sırası incelendiğinde; ilk olarak %81,7 “Güvenlik tedbirlerinin ve yasal yaptırımların yeterli olmaması”, ikinci olarak %49,6 ile “Hasta ve yakınlarına yeterli açıklamanın yapılmaması” ve üçüncü olarak da %39,9 oranında “Hasta ve yakınlarında stres”olarak bulundu (Tablo 10).

Tablo11.Hemşirelerde Gerçekleşen Mesleki Yaralanmalar ve Raporlandırma Durumlarının Dağılımı (n=393)

MESLEKİ YARALANMALAR	Evet		Hayır		Raporlama		Raporlamama	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mesleki işlere bağlı sırt incinmesi / yaralanma yaşama durumu	90	22,9	303	77,1	8	8,9	82	91,1
Herhangi bir iğne batması/ kesici alet yaralanmasına maruz kalma	34	8,7	359	91,3	10	29,5	24	70,5
Hastanın vücut sıvılarına maruz kalma durumu	65	16,5	328	83,5	4	6,2	61	93,8
Herhangi başka mesleki yaralanma yaşama durumu	10	2,5	383	97,5	0	0	10	100

Hemşirelerde son üç ayda gerçekleşen mesleki yaralanmalar ve bunları raporlama durumları incelendiğinde; hemşirelerin %22,9'unun mesleki olarak sırt incinmesi/ yaralanmasına maruz kaldığı ve bunların %8,9'unun raporlandırıldığı, hemşirelerin %8,7'sinin herhangi bir iğne batması/ kesici alet yaralanmasına maruz kaldığı ve bunların %29,5'inin raporlandırıldığı, %16,5'inin hastaların vücut sıvılarına maruz kaldığı ve bunların %6,2'sinin raporlandırıldığı, %2,5'inin başka tür mesleki yaralanmalara maruz kaldığı ve bunları raporlamadıkları saptandı (Tablo 11).

4.3.Çalışma Ortamı Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 12.Hemşirelerin Çalışma Ortamı Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı

Çalışma Ortamı Ölçeği alt grupları	Ortalama±SS	Min-Maks
Personel korkuları	3,75±1,1	3,55-3,94
Kurum kalite yönetimi	3,59±0,9	3,41-3,76
Mesleki ilişkiler	3,81±0,9	3,55-3,97
Fiziksel kaynaklar	2,90±1,2	2,78-2,98
İş doyumu	3,28±1,2	2,94-3,45
TOPLAM	3,51±1,0	2,94-3,97

Araştırmaya katılan hemşirelerin Çalışma Ortamı Ölçeği puan ortalaması 3,51±1,0 (Min-Maks:2,94-3,97); personel korkuları alt boyut ortalaması 3,75 ±1,1 (Min-Maks:3,41-3,76), kurum kalite yönetimi alt boyutu ortalaması 3,59±0,9 (Min-Maks:3,41-3,76), mesleki ilişkiler alt boyutu ortalaması 3,81±0,9 (Min-Maks:3,55-3,97), fiziksel kaynaklar alt boyutu ortalaması 2,90±1,2 (MinMaks:2,78-2,98) ve iş doyumu alt boyutu ortalaması 3,28±1,2 (Min-Maks:2,94- 3,97) olarak bulundu (Tablo 12).

Personel korkuları madde puan ortalamasının 4'e yakın olması; "*Hemşireler, ilaç uygulama hatasına bağlı olarak hastaya birşey olursa suçlanırlar*",maddesine yüksek oranda ve "*Hemşireler, ilaç uygulama hatası yaparlarsa, meslektaşlarının onları yetersiz olduklarını düşüneceklerine inanırlar*",maddesine düşük oranda **katıldıklarını** ifade eder.

Kurum kalite yönetimi madde puan ortalamasının 4'e yakın olması; "*Ünitemizde, hasta bakımını geliştirmek için kalite geliştirme süreçleri kullanılır*", maddesine yüksek oranda ve "*Hastane olay(kaza) raporu verilerini, hasta güvenlik sistemlerini geliştirmek için kullanır*" maddesine düşük orandakatıldıklarını ifade eder.

Mesleki ilişkiler madde puan ortalamasının 4'e yakın olması; "*Ünitemdeki hemşirelerden rahatça yardım isterim*", maddesine yüksek oranda"*Birlikte*

çalıştığım insanlara büyük güvendiuyarım" maddesine düşük oranda **katıldıklarını** ifade eder.

Fiziksel kaynaklar madde puan ortalamasının 3'e yakın olması; "*Ünitem, hastalara en iyi bakım vermek için ihtiyacım olan araç gerece sahiptir*",maddesine yüksek oranda, "*Mevcut imkanlar, hastalarımın en iyi bakımı vermeme engeller*" maddesine düşük oranda **kararsız** kaldıklarını ifade eder.

İş doyumunu madde puan ortalamasının 3'e yakın olması; "*İşimde, çoğu çalışma arkadaşlarımdan daha mutlu olduğumu düşünürüm*"maddesine yüksek oranda, "*Bu işi yapmaya başladığımdan beri, hayal kırıklığına uğruyorum*" maddesine düşük oranda **kararsız** kaldıklarını ifade eder.

Tablo 13. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Çalışma Ortamı Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Ölçek Alt Boyutları				
	Personel Korkuları	Mesleki İlişkiler	Fiziksel Kaynaklar	İş Doymumu	Kurum Kalite Yönetimi
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş grupları					
20-29 yaş (a)	26,42±5,77	15,24±3,10	9,03±2,30	17,89±3,35	21,40±4,23
30-39 yaş (b)	26,52±5,46	15,30±2,44	9,14±1,91	19,05±2,61	21,56±3,74
40-49 yaş (c)	25,69±5,60	15,19±2,48	9,19±1,85	18,84±2,68	21,72±3,32
50 yaş ve üzeri (d)	27,08±4,98	14,91±2,42	9,50±1,78	19,75±3,19	22,08±2,93
	F=0,58 p=0,63	F=0,11 p=0,96	F=0,23 p=0,87	F=3,88 *p=0,01 b>c>a=d	F=0,19 p=0,90
Eğitim durumu					
SML (a)	24,97±5,89	14,41±3,58	8,85±2,31	17,79±3,69	19,70±5,00
Önlisans (b)	25,59±5,42	15,20±2,57	9,22±1,98	19,25±2,77	21,16±3,38
Lisans (c)	26,77±5,57	15,44±2,33	9,16±1,93	18,77±2,61	22,17±3,44
Lisansüstü (d)	27,35±4,78	14,70±3,41	8,90±2,07	17,75±3,80	20,40±4,67
	F=2,05 p=0,11	F=1,94 p=0,12	F=0,41 p=0,74	F=3,28 *p=0,02 b>c>a=d	F=6,18 *p=0,00 c>b>d>a

*p<0.05 Varyans Analizi

Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile çalışma ortamı ölçeği alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde, 30-39 yaş grubunda olan hemşirelerin **iş doymumu** madde puan ortalaması diğer yaş gruplarında olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,01). Yaş grupları ile personel korkuları, mesleki ilişkiler, fiziksel kaynaklar ve kurum kalite yönetimi boyutları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Hemşirelerin eğitim durumu ile iş doymumu boyutu (p=0,02) ve kurum kalite yönetimi boyutu (p=0,00) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Önlisans mezunlarının **iş doymumu boyutu** puan ortalaması, SML, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre, lisans mezunlarının **kurum kalite yönetimi** boyutu ortalaması SML, önlisans ve lisansüstü mezunlarına göre anlamlı olarak daha yüksek belirlendi (p<0,05). Eğitim durumu ile personel korkuları, mesleki ilişkiler boyutu ve fiziksel kaynaklar boyutu arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05, Tablo 13).

Tablo 14. Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri ile Çalışma Ortamı Ölçeği Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikler	Ölçek Alt Boyutları				
	Personel Korkuları	Mesleki İlişkiler	Fiziksel Kaynaklar	İş Doyumu	Kurum Kalite Yönetimi
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Çalışılan birim					
Dahili Birim(a)	26,67±5,25	15,26±2,61	8,96±1,93	18,52±2,66	21,48±3,61
Cerrahi Birim(b)	25,84±5,91	15,80±2,29	9,24±2,08	18,84±2,69	22,38±3,43
Ameliyathane(c)	28,31±4,24	14,94±2,71	9,57±1,57	19,42±3,09	21,94±2,79
Poliklinik(d)	25,79±5,20	15,08±2,71	9,41±1,81	18,54±2,87	21,37±3,52
Yoğun Bakım(e)	26,35±5,97	15,26±2,73	9,08±2,15	18,69±3,22	21 34±4,16
Acil Servis(f)	25,85±5,09	14,04±2,60	9,04±1,79	19,16±2,93	20,28±3,94
Diğer(g)	28,00±,00	12,50±2,12	9,50±,70	19,00±,00	18,50±3,53
	F=0,73 p=0,63	F=2,87 *p=0,01 b>e>d>=a>c >f>g	F=0,46 p=0,84	F=0,47 p=0,83	F=2,09 p=0,05
Mesleki deneyim					
1-5 yıl	27,16±5,31	15,87±2,15	9,47±2,09	18,20±2,28	21,95±3,53
6-10 yıl	25,55±5,90	14,58±3,20	9,01±2,27	18,67±3,65	20,64±4,86
11-15 yıl	25,67±5,79	15,36±2,51	8,69±1,88	19,14±3,00	21,43±3,77
16-20 yıl	27,04±5,23	15,34±2,39	9,37±1,81	18,93±2,19	22,23±3,02
21 yıl ve üzeri	26,09±5,42	15,17±2,5	9,14±1,83	18,78±2,93	21,56±3,17
	F=1,44 p=0,22	F=2,32 p=0,05	F=1,84 p=0,12	F=1,07 p=0,37	F=2,14 p=0,08
Çalışma Biçimi					
Gündüz	26,40±5,31	15,14±2,56	9,29±1,79	18,80±2,74	21,62±3,56
Gece	27,33±5,57	14,00±2,50	9,00±1,85	19, 60±3,39	20,26±4,52
Karma	26,22±5,62	15,35±2,60	9,10±2,05	18,71±2,86	21,63±3,73
	F=0,30 p=0,74	F=2,03 p=0,13	F=0,37 p=0,68	F=0, 68 p=0,50	F=0,97 p=0,37

Tablo14.Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri ile Çalışma Ortamı Ölçeği Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikler	Ölçek Alt Boyutları				
	Personel Korkuları	Mesleki İlişkiler	Fiziksel Kaynaklar	İş Doyumu	Kurum Kalite Yönetimi
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Bulunduğu pozisyonda çalışma süresi					
1-5 yıl	26,46±5,65	15,38±2,61	9,15±2,04	18,74±2,91	21,79±3,77
6-10 yıl	26,44±5,29	14,75±2,73	9,30±1,92	18,60±2,89	21,47±3,87
11-15 yıl	24,29±5,73	14,73±2,68	8,82±2,02	18,60±2,89	20,73±3,91
16-20 yıl	28,18±4,86	15,56±2,60	9,37±1,54	19,25±2,54	21,12±2,47
21 yıl ve üzeri	25,95±4,84	15,83±1,60	8,87±1,70	19,12±2,99	21,12±3,10
	F=1,67 p=0,16	F=1,50 p=0,20	F=0,49 p=0,74	F=0,27 p=0,90	F=0,80 p=0,52
Haftalık çalışma saati					
35-44 saat	26,02±5,56	15,63±2,74	9,19±1,71	19,26±2,54	21,91±2,98
45-54 saat	26,60±5,53	15,24±2,66	9,17±2,05	18,52±3,01	21,91±4,00
55 ve üstü saat	25,71±5,56	14,85±2,19	8,98±2,04	18,97±2,60	21,03±3,55
	F=0,88 P=0,41	F=1,80 P=0,16	F=0,29 P=0,74	F=2,28 P=0,10	F=1,16 P=0,31
Bakım Verilen Hasta Sayısı					
1-5 hasta	26,52±5,20	15,02±2,83	9,04±2,08	18,29±3,10	21,39±3,85
6-10 hasta	25,65±5,58	15,27±2,54	9,03±1,92	18,95±2,88	21,19±3,73
11-15 hasta	26,13±6,24	15,89±2,31	9,13±2,16	18,66±2,59	22,38±3,81
16-20 hasta	26,58±5,23	14,82±3,26	9,64±1,76	19,11±3,62	22,11±3,83
21 ve üstü hasta	25,82±5,52	14,65±2,50	9,12±2,08	19,05±2,66	20,68±3,57
	F=0,39 p=0,81	F=1,90 p=0,11	F=0,36 p=0,83	F=0,97 p=0,42	F=1,78 p=0,13

*p<0.05 Varyans analizi

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Çalışma Ortamı Ölçeği alt boyutları Tablo 14'de incelendi. Hemşirelerin çalıştıkları birim ile mesleki ilişkiler boyutu (p=0,01) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin **mesleki ilişkiler** boyutu puan ortalaması,

Dahili Birimler, Ameliyathane, Poliklinik ve Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin mesleki deneyim, çalışılan vardiya, bulunduğu pozisyonda çalışma süresi, günlük bakım verilen hasta sayısı ve haftalık çalışma saati ile çalışma ortamı ölçeği alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p >0,05$) (Tablo 14 ve devamı).



5. TARTIŞMA

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerin çalışma ortamlarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın tartışması üç başlık altında literatür doğrultusunda tartışıldı.

5.1. Hasta Güvenliğine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Bu araştırmada; hemşirelere göre **hasta güvenliğini tehdit eden** en önemli durumlar sırasıyla "Hasta düşmeleri" (%66,2), "İlaç uygulama hataları" (%60,3) ve "Yatak başı bakımda yaşam bulgularındaki değişikliklerin atlanması" (%54,5) olarak saptandı. Bu sonuçlar, hemşirelik bakımı ve hemşirelik hizmetleri yönetimi tarafından alınabilecek önlemlerle ortadan kaldırılabılır olduğundan çok önemlidir. İstanbullu ve ark.yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik en sık karşılaştıkları olayların hasta düşmeleri (%13,8) ve ilaç güvenliği (%15,2) ile ilgili olduğunu bildirmişlerdir (İstanbullu 2011). Her iki çalışma arasında hasta güvenliğine yönelik sık yaşanan sonuçlar açısından benzerdir. Yapılan başka bir çalışmada, hemşirelerin %93,6'sı ilaç uygulama hatalarını ve %75,6 'sı hasta düşmelerini hata olarak değerlendirmektedir (Kılıç ve Elbaş 2014).

Araştırmamızda; hemşirelere **göre ilaç uygulama hata nedenlerinin** ilk üç sırası "Uzun çalışma saatleri", "Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması" ve "İlaçlar hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması" olarak belirlendi. Hemşirelerin ilaç uygulama hatalarının çalışma saatleri, hasta sayısının yüksek olması ve ilaçlarla ilgili bilgilerinde yetersizliğe bağlı olduğunu düşünmeleri, kurumdaki hemşire insangücü planlaması ve ilaçlarla ilgili eğitim programlarına ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Sezgin'in yapmış olduğu çalışmada da ilaç uygulama hata nedenlerinin önem sırası incelendiğinde; %61,2 ile "Hemşire başına düşen hasta sayısının çokluğu" ve % 38,5 ile "Uzun çalışma saatleri" saptanmıştır (Sezgin 2007). Yapılan başka bir çalışmada %17 ile "Hemşire başına düşen hasta sayısının çokluğu" ilaç uygulama hata nedenlerinde öncelikli olarak bulunmuştur (Tanrıku 2010). Yapılan çalışmalar arasında

oranlar açısından farklar olmasına rağmen ilaç uygulama hata nedenleri ile ilgili sonuçlar benzerdir.

Dünya’da düşme sıklığının 65 yaş ve üstü hasta grubunda %30 oranında olduğu belirtilmektedir. Amerika’da 70 yaş ve üstü yaş grubu için düşmeler beşinci ölüm nedeni olarak gösterilmektedir (Baykal ve Türkmen 2010). Ülkemizde ise düşmeler 50-64 yaş grubu için %3,4 iken (Karataş ve Maral 2001), 65-79 yaş grubu için %55 ve 80 yaş ve üstü grubu için %54 oranında bulunmuştur (Yeşilbakan ve Karadakovan 2005). Düşmeden kaynaklanan sorunların kurum maliyetlerini artırdığı göz önüne alındığında, sağlık bakım hizmeti veren kurumların hasta düşmelerini önlemeye yönelik çalışmalara önem vermeleri gerekmektedir (Baykal ve Türkmen 2010).

Hastayı ikincil yaralanmalardan korumak için hastanelerde güvenli ortamın sağlanması önemlidir. Özellikle hareket ve denge sorunu olan hastalarda bu güvenli ortamın sürdürülmesi önem kazanır. Araştırmamızda; **hasta düşme nedenlerinin** ilk üç sırasını "Hastanın bilinç durumu", "Hastanın fiziksel durumu" ve "Sedyenin / yatakların kenar parmaklıklarının kullanılmaması" olarak saptandı. Bu bulgular hemşirelerin düşmelerin önlenmesi konusunu hasta bakım süreçlerine dahil etmelerine olan gereksinimi vurgulamaktadır. Tanrıkulu'nun acil serviste çalışan hemşireler ile yapmış olduğu çalışmada, %22,7 ile ilk olarak “Hastanın bilinç durumu”, ikinci olarak %17,5 ile “Hastanın fiziksel durumu” sonuçları ile çalışmamızla benzerlikler göstermektedir (Tanrıkulu 2010). Yapılan başka bir çalışmada ise hasta düşmelerinin nedenleri olarak en yüksek oranda hastanın bilinci ve fiziksel durumu, refakatçi olmaması, kenar parmaklıkları ve sınırlayıcıların olmaması şeklinde belirlenmiştir (Sezgin 2007).

Bulut ve ark.’nın yapmış oldukları çalışmada, düşme nedenleri olarak hastaların genel durumları, bilinç düzeyleri ve yaşın etkili olduğu bulunmuştur (Bulut ve ark.2013).

Schwendimann ve ark.’nın çalışmalarında, ilk kez düşen hastaların düşme risk faktörleri arasında bilişsel yetersizliği %55,3 olarak tanımlamışlardır (Schwendimann ve ark. 2006). Fonda ve ark.da hastanedeki düşmelerin kök neden

analizinde, konfüzyon durumunu düşme için bir risk faktörü olarak belirtmişlerdir (Fonda 2006).

Araştırmamızda, hasta düşme nedenlerinin verilen diğer çalışma sonuçlarındaki nedenlerle oldukça benzerlik gösterdiğini ve hemşireler tarafından hastanın bilinç durumunun hasta düşmelerinde en önemli neden olarak ifade edildiği belirlenmiştir.

5.2. Hemşire Güvenliğine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Sağlık personeli verdiği sağlık hizmeti sırasında sıklıkla birçok enfeksiyon etkeni ile temas etmektedir ve risk altında bulunmaktadır. Sağlık kuruluşlarında gerekli önlemler alınmazsa kan yoluyla bulaşan etkenler, hastadan hastaya, hastadan sağlık personeline ve sağlık personeline hastaya bulaşabilmektedir (Parlar 2008).

Araştırmamızda hemşirelere göre **kanla/vücut sıvılarıyla/ solunum yoluyla bulaşan hastalıklara** maruz kalmanın en önemli nedeni "Kısa zamanda hızlı hareket edilmesi", "Çalışılan servisin stresli bir ortam olması" ve "Standart önlemlere uyulmaması" olarak bulunmuş olması ile hemşirelerin çalışma ortamlarının düzenlenmesi, standartlara uyulması ve stresle başa çıkma konusunda yetersizlik olduğunu ifade etmektedir.

Hasta ve hemşire güvenliği açısından acil servislerin çalışma ortamına ilişkin hemşirelerin görüşlerine yönelik yapılan bir çalışmada, ilk üç sırada "Kısa zamanda hızlı hareket edilmesi", "Acil servisin stresli bir ortam olması", "İğne uçlarını uygun imha sisteminin yetersizliği" ve "Kesici alet kaplarının olmaması, dolu olması ya da arızalı olması" gibi nedenler yer almaktadır (Tanrıku 2010).

Sezgin 'in yapmış olduğu çalışmada da hemşire güvenliğine yönelik **kanla bulaşan hastalıklara** maruz kalmanın potansiyel nedenlerine ilişkin hemşirelerin en yüksek oranda **standart önlemlere uyulmaması, birimde stres ve kriz hali olması**, damar yolu tedavilerinin artması, kesici alet kaplarının olmaması, dolu olması ya da arızalı olması ve iğne uçlarını uygun imha sisteminin yetersizliğini ilk beş sırada belirtmişlerdir (Sezgin 2007). Verilen çalışma sonuçları araştırma bulgularımızı desteklemektedir.

Araştırmamızda hemşirelere göre **bel/sırt incinmelerinin nedenlerinin** önem sırası incelendiğinde; “Hastaları hareket ettirmeye yardım için yeterli sayıda personel olmaması”, "Hastaları kaldırmak için aracın olmaması" ve "Fazla sayıda yatağa bağımlı hastanın varlığı" saptandı. Bu sonuçlar, hemşirelerin ergonomik çalışma ortamlarına sahip olmadığını göstermektedir.

Alçelik ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, hemşirelerin **%52,9'unda bel ağrısı**, %38,2'inde boyun ağrısı, %38,2'inde omuz ağrısı, %30,8'inde kol ağrısı, %35,3'ünde varis saptanmıştır (Alçelik ve ark. 2005). Ergüney ve ark.'nın çalışmasında, hemşirelerin % 12,1'inde **sırt ve bel ağrıları**, % 12,2'sinde eklem ve bacak ağrıları olduğu belirtilmektedir (Ergüney ve ark 2011).

Tanrıkulu'nun yapmış olduğu benzer bir çalışmada, hemşirelerin bel/sırt incinmelerinin nedenlerinin önem sırasında ilk olarak “Hastaları hareket ettirmeye yardım için yeterli sayıda personel olmaması” belirtilirken, ikinci olarak “Fazla sayıda yatağa bağımlı hastanın varlığı” ve üçüncü olarak “Hastanın bilinç durumu” belirtilmiştir (Tanrıkulu 2010).

Sezgin'in yapmış olduğu çalışmada hemşire güvenliğine yönelik **sırt-bel incinmelerinin potansiyel nedenlerine** ilişkin hemşirelerin en yüksek oranda, hastaları hareket ettirmeye yardım için yeterli sayıda personel olmaması, vücut mekaniğini uygun kullanılmaması, hastaları kaldırmak için aracın olmaması, uygun olmayan taşıma teknikleri ve fazla sayıda yatağa bağımlı hastanın varlığını ilk beş sırada önemli olarak ifade etmişlerdir (Sezgin 2007).

Rogers ve ark. Almanya'da yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin %51'nin hasta transferi ve ağır kaldırma gibi ergonomik nedenlerle kas iskelet sistemi yaralanmalarına maruz kaldığı belirlenmiştir (Rogers ve ark. 2004).

Verilen çalışma sonuçlarındaki sırt-bel incinme nedenleri araştırma bulgularımızdaki nedenlerle oldukça benzer bulunmuştur. Tüm çalışmaların bulguları birlikte değerlendirildiğinde, hemşirelerin sırt-bel incinmelerinin nedenini yeterli sayıda personel olmaması olarak gördükleri söylenebilir.

Araştırmamızda hemşirelere göre **kesici/delici alet yaralanmalarına maruz kalma** nedenlerinin önem sırası incelendiğinde; " Kısa zamanda hızlı hareket

edilmesi", "Kesici alet kaplarının olmaması, dolu olması ya da arızalı olması" ve "İğne uçlarını uygun imha sisteminin yetersizliği"olarak belirlendi.

Gücük ve ark.cerrahi kliniklerde yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin %65'i ampul kırarken kesici delici alet ile yaralandığı ve bunların %77'sinin de acele ederken olduğu saptanmıştır (Gücük ve ark. 1999). Verilen çalışma sonuçları, araştırma bulgularımızı desteklemektedir ve kesici/delici alet yaralanmalarının önlenmesinde standart önlemlerin alınması ve uyulmasının önemini ifade etmektedir.

Araştırmamızda; hemşirelere göre **şiddete maruz kalma** nedenlerinin ilk olarak "Güvenlik tedbirlerinin ve yasal yaptırımların yeterli olmaması", ikinci olarak "Hasta ve yakınlarına yeterli açıklamanın yapılmaması"ve üçüncü olarak da "Stres"olarak bulundu.

Acil serviste yapılan bir çalışmada hemşirelerin **şiddete maruz kalma** nedenlerini önem sırasına göre; "Güvenlik tedbirlerinin ve yasal yaptırımların yeterli olmaması", "Stres" ve "İlk muayenede uzun süre bekleme" olarak ifade etmişlerdir (Tanrıkulu 2010). Hemşireler öncelikli şiddete maruz kalma nedenlerinin sistemden kaynaklandığını ifade etmektedirler.

Özcan ve Bilgin'in yapmış oldukları sistematik derlemede; şiddetin nedenlerini inceleyen 10 çalışmadan beşinde **uzun bekleme süresi** önemli bir neden olarak gösterilirken, dördünde hasta ve yakınlarının aşırı istekte bulunması, eğitim düzeylerinin düşük olması ve kurallara uymaması, birinde hemşirenin zamanının kısıtlı olması ve uzun çalışma süreleri gibi nedenler bildirilmiştir (Özcan ve Bilgin 2011).

Yapılmış bir başka çalışmada; işyerinde yaşanan tüm şiddet olaylarını azaltacak önlemler sırası ile eğitim, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve güvenlik önlemlerinin alınması şeklinde bulunmuştur (Dinçer 2010). Verilen çalışma sonuçlarındaki şiddete maruz kalma nedenleri araştırma sonuçlarımızdaki nedenlerle oldukça benzer bulunmuştur. Bu bulgulardan, güvenlik tedbirlerinin ve yasal yaptırımların yeterli olmaması ve hastaların bekleme sürelerinin uzun olması nedeni ile hemşirelerin şiddete maruz kaldıkları söylenebilir.

Hemşirelerde son üç ayda gerçekleşen mesleki yaralanmalar ve bunları raporlama durumları incelendiğinde; hemşirelerin %22,9'unun iş ile ilgili olarak **sırt incinmesi/** yaralanmasına maruz kaldığı ve bunların %8,9'unun raporlandırıldığı, hemşirelerin %8,7'sinin herhangi **bir iğne batması/ kesici alet yaralanmasına** maruz kaldığı ve bunların %29,5'inin raporlandırıldığı, %16,5'inin **hastaların vücut sıvılarına maruz kaldığı ve bunların** %6,2'sinin raporlandırıldığı, %2,5'inin başka tür mesleki yaralanmalara maruz kaldığı ve bunları raporlamadıkları saptandı. Araştırmamız hemşirelerin mesleki yaralanmalar içerisinde en fazla **iğne batması/kesici alet yaralanmasına** maruziyet durumunda bildirim yaptıklarını göstermektedir. Bu durum hemşirelerin **iğne batması/kesici alet yaralanmasında** bulaş sonrasında hastalık olasılığını daha çok önemsediklerini ayrıca hastanelerde **iğne batması/kesici alet yaralanmalarının** kalite birimi tarafından indikatör takibi yapılan parametrelerden biri olması bildirim oranını artırdığı düşünülmektedir

Blegen ve arkadaşlarının çalışmasında, önceki üç ay boyunca hemşirelerin %17'sinin sırt incinmesi deneyimlediği ve %17'sinin bu incinmeyi raporladığı belirtilmektedir (Blegen ve ark.2004). Sezgin'in yapmış olduğu çalışmada; **iğne batması/kesici aletle yaralanma** oranı %19,9, kan dışında **vücut sıvıları ile temas** oranı ise %24,0 olarak bulunmuştur. Ayrıca, hemşirelerin toplam mesleki yaralanma oranı %60,1 iken, bu yaralanmaların sadece %7,0'sinin raporlandırılması araştırmamız ile benzerdir (Sezgin 2007).

Tanrıkulu'nun yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin %23,9'unun **kanla/vücut sıvılarıyla/solunum** yoluyla bulaşan hastalıklara ortalama iki kez maruz kaldıkları ve bunların %38,1'inin raporlandırıldığı, %37,5'nin **bel/sırt incinmelerine** neden olacak bir olayla ortalama iki kez karşılaştığı ve bunların %9,1'inin raporlandırıldığı, %20,5'inin **kesici/ delici alet yaralanmalarına** ortalama iki kez maruz kaldığı ve bunların %16,7'sinin raporlandırıldığı, %40,9'unun **sözel veya fiziksel şiddete** ortalama üç kez maruz kaldıkları ve bunların %13,9'unun raporlandırıldığı saptanmıştır (Tanrıkulu 2010).

İstanbulu ve ark. yapmış oldukları çalışmada; sağlık çalışanlarının **kesici delici alet yaralanmaları** % 23,7 ve **kan vücut sıvıları ile bulaş olayları** % 22,4 ile en sık karşılaşılan olaylar olarak belirtilmiştir. Katılımcıların % 62' si karşılaştığı bir olayla ilgili olay bildiriminde bulunmadığını belirtirken, % 24,6'ü 1 kez, % 13,4'ü 2 ve daha fazla kez olay bildiriminde bulunduğunu, % 84,1'i olay bildiriminde bulunma konusunda herhangi bir çekincelerinin olmadığını belirtirken % 15,9'u olay bildiriminde bulunma konusunda çekinceleri olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır (İstanbulu ve ark 2012).

Tüm çalışmaların sonuçlarında; hemşirelerin sırt incinmesi/yaralanması, iğne batması/kesici alet yaralanması, hastanın vücut sıvıları ile temas hemşirelerin mesleki yaralanmalara maruz kaldığı ve bunları çok az oranda raporladıkları belirlenmiştir.

5.3. Çalışma Ortamı Ölçeğine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Çalışmaya katılan hemşirelerin **personel korkuları, kurum kalite yönetimi, mesleki ilişkiler** alt boyutlarına ilişkin yanıtları değerlendirildiğinde, puan ortalamaları 4'e yakın bulundu. Puan ortalamalarının 4'e yakın olması katıldıkları anlamına gelmektedir. Sezgin'in çalışma sonuçlarına paralellik göstermekte (Sezgin 2007), ancak Kebapçı'nın yapmış olduğu çalışmada personel korkuları ve kurum kalite yönetimi boyutu puan ortalaması 3'e yakın bulunması nedeniyle çalışmamızın ölçek puan ortalamalarından daha düşüktür (**Kebapçı 2010**).

Personel korkularına genel olarak baktığımızda, hemşirelerin en fazla hastalara bir şey olması durumunda suçlanmaktan, ilaç uygulama hatası yaparlarsa hatalarını rapor etmenin istenmeyen sonuçlarından ve ilaç uygulama hatası rapor edildiğinde ceza almaktan çekindiklerini söyleyebiliriz. Blegen ve ark.'nın çalışmasında, hemşirelerin çalışma ortamında istenmeyen olayların meydana gelmesinde **personel korkularının** etkili olduğu ve bu alt boyutun puan ortalamasının 3'e yakın olduğu bulunmuştur. Koohestani ve Baghcheghi yaptığı bir çalışmada, 240 hemşirelerden %80'inin tıbbi hataları bildirdikleri ancak yönetimsel engeller ve **korku nedeniyle** tıbbi hata bildirimi yapmaktan çekindiklerini ortaya koymuştur (Koohestani ve Baghcheghi 2009).

Ünitelerde güvenliği geliştirmede sistem yaklaşımı oldukça önemlidir. Çünkü sistem yaklaşımı olay/kaza raporlamayı geliştirmek ve desteklemektir. Sistem yaklaşımı, suçlanma ve ayıplanmanın hasta güvenliğini geliştirmede etkili olmadığını, çalışma ortamlarının da hataya neden olduğunu, hatalar ve kazaların ise buzdağının sadece bir bölümünü oluşturduğunu vurgulamaktadır (Webster ve Anderson 2002).

Kurum kalite yönetimine baktığımızda hemşirelerin en fazla "Ünitemizde, hasta bakımını geliştirmek için kalite geliştirme süreçleri kullanılır ", ifadesine yüksek oranda katılım olduğu saptandı. Sezgin ve Kebapçı'nın yapmış oldukları çalışmalarında benzer sonuçlar saptanmış olup, Gül'ün yapmış olduğu çalışmada ise kurum kalite yönetimi madde puan ortalaması düşük saptanmıştır. Bu çalışmada alt boyut puan ortalamasının 4'e yakın olduğu bulundu ve hemşirelerin çalışma ortamında kurum kalite yönetimine yönelik çalışmaları olumlu değerlendirdikleri anlaşılmaktadır. Hall ve Doran çalışmasında, üniteadaki kalite algısının pozitif, iş baskısı ve korkusunun iş doyumunu negatif etkilediği bulunmuştur (Hall ve Doran 2007).

Mesleki ilişkiler boyutuna hemşireler yüksek oranda olumlu görüş bildirmişlerdir. "Ünitemdeki hemşirelerden rahatça yardım isterim" ifadesine ölçek genelinde de yüksek oranda katılım olduğu saptandı. Erzurum il merkezine bağlı hastanelerde çalışan hemşirelerin mesleki ilişkiler boyutu puan ortalamasının çalışmamızla benzer olduğu saptanmıştır (Tan ve ark. 2012). Bu sonuca göre hemşirelerin çalışma ortamında mesleki ilişkilere yönelik olumlu düşündükleri anlaşılmaktadır.

Fiziksel kaynaklar boyutuna hemşirelerin " Ünitem, hastalara en iyi bakım vermek için ihtiyacım olan araç gerece sahiptir" ifadesine yüksek oranda **kararsız** kaldıkları saptandı. Bu çalışmada alt boyut puan ortalaması 3'e yakın olduğu bulundu. Sezgin yapmış olduğu çalışmada da fiziksel kaynaklar boyutu puan ortalaması 3'e yakın saptanmıştır.(Sezgin 2007). Bu çalışmada da ilgili altboyutun puan ortalaması, Sezgin'in yapmış olduğu araştırma sonucuyla oldukça yakın bulunmuş ve hemşirelerin çalışma ortamında fiziksel kaynakların yeterliliğini değerlendirmede **kararsız** kaldıkları düşünülmektedir..

İş doyum boyutuna hemşirelerin “İşimde, çoğu çalışma arkadaşlarımdan daha mutlu olduğumu düşünürüm” ifadesine yüksek oranda **kararsız** kaldıkları bulundu. Bu çalışmada alt boyut puan ortalaması 3'e yakın olduğu bulundu. Blegen ve ark.'nın çalışmasında, hemşirelerin çalışma ortamında istenmeyen olayların meydana gelmesinde iş doyumunun önemli olduğu ve bu alt boyutun puan ortalaması 3'e yakın olması araştırmamız sonucu ile benzerlik göstermektedir (Blegen 2004). Yapılan benzer çalışmalarda da hemşirelerin çalışma ortamında iş doyum puan ortalamaları 3'e yakın bulunmuştur (Sezgin 2007; Gül 2010; Kebapçı 2010). Bu araştırma sonucundan da genel olarak hemşirelerin çalışma ortamında işten doyum alma konusunda kararsız kaldıkları anlaşılmaktadır. Çalışır yapmış olduğu çalışmada; çalışma ortamındaki olumlu veya olumsuz faktörlerin iş doyumunu, iş doyumunun da çalışma ortamını etkilediğini saptamıştır (Çalışır 2012).

Araştırmamızda hemşirelerin **yaş grupları ile Çalışma Ortamı Ölçeği alt boyut puan ortalamalarına göre; 30-39 yaş** grubunda olanların **iş doyum** puan ortalaması istatistiksel olarak daha yüksek bulundu ve çalışma ortamında işlerini yapmaktan memnun oldukları saptandı. Çam ve Yıldırım, hemşirelerde iş doyumunun bireysel (yaş, medeni durum, eğitim, kişilik özellikleri ve sosyo-kültürel çevre) ve kurumsal (çalışma ortamı ve koşulları, ücret, yönetim şekli ve yöneticilerle ilişkiler, iş yerindeki iletişim, gelişme ve yükselme olanakları) faktörlerden etkilendiğini belirlemişlerdir (Çam ve Yıldırım 2010). Mollaoğlu ve ark. çalışmasında, 30-39 yaş grubu hemşirelerin personel korkuları puan ortalaması yüksek bulunmuştur (Mollaoğlu ve ark. 2010).

Yaş grupları ile fiziksel kaynaklar, personel korkuları, mesleki ilişkiler ve kurum kalite yönetimi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p > 0,05$). Gül tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuçlar saptamıştır (Gül 2010). Yapılan araştırma sonuçları 30-39 yaş grubunda olan hemşirelerin çalışma ortamı ölçeği alt boyutlarını farklı değerlendirdiklerini göstermektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin **eğitim durumu ile Çalışma Ortamı Ölçeği alt boyut puan ortalamalarına göre; önlisans** mezunlarının iş doyum boyut puan

ortalaması diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Tan ve ark. yapmış olduğu çalışmada ise önlisans mezunu olan hemşirelerin kurum kalite yönetimi, mesleki ilişkiler ve personel korkuları alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tan ve ark. 2012).Sezgin çalışmasında, lisans ve lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin mesleki ilişkiler ve **kurum kalite yönetimi puan** ortalamalarını yüksek, Gül yapmış olduğu çalışmada ise çalışma ortamı ölçeği alt boyut puan ortalamalarının eğitim durumuna göre değişim göstermediğini bulunmuştur (Sezgin 2007; Gül 2010).Yapılan çalışmalar araştırma sonuçları ile farklılık göstermektedir.

Yapılan çalışmada; **çalışılan birim ile mesleki ilişkiler boyutu** ($p=0,01$) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Cerrahi birimde çalışanların **mesleki ilişkiler** boyut puan ortalaması diğer birimlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Cerrahi birimlerdeki cerrahi bakım sürecinde yer alan birimlerde çalışan ekip üyelerinin, ilişkiler çerçevesinde puanlarının daha yüksek olması beklenen bir durumdur.Yapılan başka bir çalışmada cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin kurum kalite yönetim boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tan ve ark. 2012). Gül'ün yapmış olduğu çalışmada ise bu çalışmadan farklı olarakyoğun bakımda çalışan hemşirelerin mesleki ilişkiler boyut ortalaması daha yüksek saptanmıştır (Gül 2010).

Araştırmamızda hemşirelerin mesleki deneyimleri ile Çalışma Ortamı Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bulundu.Sezgin yapmış olduğu çalışmada, mesleki deneyimi 1-5 yıl olanların **iş doyumupuan** ortalaması diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ancak diğer alt boyutlar arasında araştırma sonuçlarımızda olduğu gibi anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur(Sezgin 2007).

Araştırmamızda hemşirelerin çalışma biçimi, mesleki deneyim, bulunduğu pozisyonda çalışma süresi, çalışma saati, bakım verilen hasta sayısıile Çalışma Ortamı Ölçeği alt boyutları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı. Gül'ün çalışmasında nöbet ve vardiya sistemi ile çalışan hemşirelerin iş doyum boyutu puan ortalaması, nöbet sistemi ile çalışan hemşirelerin iş doyum boyutu puanı ortalamasından yüksektir (Gül

2010).Sezgin'in çalışmasında çalışılan vardiya ile kurum yönetim, mesleki ilişkiler, fiziksel kaynaklar ve personel korkuları puan ortalamaları arasında bir fark belirlenmemiştir (Sezgin 2007).Başka bir çalışmada ise gündüz çalışan hemşirelerin mesleki ilişkiler, personel korkuları ve toplam puan ortalamaları gece çalışan hemşirelere göre yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ve sonuçlarımızla benzer olduğu saptandı.

Gül yapmış olduğu çalışmada ise 6-10 yıl mesleki deneyime sahip hemşirelerin kurum kalite puan ortalamasının düşük diğer alt boyut puanlarının mesleki deneyim ile değişim göstermediğini bulmuştur (Gül 2010). Bu araştırmanın sonucu, yapılan diğer araştırma sonuçları ile kurum kalite puan ortalamasında farklılıklar ve diğer alt boyut ortalama sonuçları ile benzerlikler saptanmıştır.

Aksoy ve Polat'ın yapmış oldukları çalışmada, haftalık çalışma saati arttıkça genel iş doyumunun azaldığı bulunmuştur (Aksoy ve Polat 2013). Sezgin'in çalışmasında haftada 46-50 saat çalışanların kurum kalite ve iş doyumunun yüksek olduğu diğer alt boyut ortalama sonuçları ile çalışmamız sonuçlarının benzer olduğu saptanmıştır (Sezgin 2007).

Tan ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada 20'den daha az sayıda hastaya bakım veren hemşirelerin mesleki ilişkiler puan ortalaması,21-40 hastaya bakım veren hemşirelerin fiziksel kaynak ve iş doyumunu puan ortalamaları, 41 ve üzeri hastaya bakım veren hemşirelerin personel korkuları puan ortalaması yüksek bulunmuştur (Tan 2012). Gül çalışmasında, 30-39 hastaya bakım veren hemşirelerin kurum kalite yönetimi boyutu puanı ortalamasını yüksek saptamıştır (Gül 2010). Sezgin çalışmasında 16-20 hastaya bakım veren hemşirelerin mesleki ilişkiler ve personel korkuları, 1-5 hastaya bakım veren hemşirelerin iş doyumunu puan ortalamasını yüksek bulmuştur (Sezgin 2007). Bu araştırmaların sonucu yapılan araştırma sonuçlarından farklıdır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırma sonucunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Hemşirelerin yaş ortalamasının $35,76 \pm 7,10$ olduğu, %50,4'ünün 30-39 yaş grubunda, %57,8'inin lisans mezunu, %28,8'inin cerrahi birimlerde ve %79,1'inin servis hemşiresiolarak çalışmakta olup, bunların %35,9'unun günlük bakım verdiği hasta sayısının 6-10 arasında olduğu, %9,7 'sini servis sorumlu hemşirelerinin oluşturduğu, servis sorumlu hemşirelerinin de %70,3 ve sorumlu oldukları hasta sayısının 21 ve üzerinde olduğu mesleki deneyimlerinin 16-20 yıl arasında ve bulunduğu pozisyonda çalışma süresinin 1-5 yıl olduğu, %59,5'inin haftalık çalışma saatlerinin 45-54 saat arasında olduğu saptandı.

Hemşirelerin ilaç uygulama hataları ve hasta düşmelerini raporlandırma durumlarına göre; %77,6'sının ilaç uygulama hatalarını, %89,6'sının hasta düşmelerini raporladığı bulundu.

Hemşirelere göre hasta güvenliğini tehdit eden en önemli olayın %66,2 ile "Hasta düşmeleri" olarak belirtilirken, ikinci olarak %60,3 ile "İlaç uygulama hataları" ve üçüncü olarak da %54,5 ile "Yaşam bulgularındaki değişikliklerin atlanması" olarak saptandı.

Hemşirelere göre ilaç uygulama hata nedenleri incelendiğinde; ilk önem sırasını %59,8 ile "Uzun çalışma saatleri" ikinci olarak " %56,7 ile "Hemşire başına düşen hasta sayısının çokluğu" ve üçüncü olarak " %31 ile "İlaç hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması" olarak bulundu.

Hemşirelere göre hasta düşme nedenleri; ilk sırada %63,1 ile "Hastanın bilinç durumu" bulunurken ikinci sırada %58,5 ile "Hastanın fiziksel durumu" ve üçüncü sırada %34,1 ile "Sedyenin/yatakların kenar parmaklıklarının kullanılmaması" saptandı.

Hemşirelere göre kanla/vücut sıvılarıyla/solunum yoluyla bulaşan hastalıklara maruz kalma nedenleri; birinci olarak %86,3 ile "Kısa zamanda hızlı hareket edilmesi", ikinci olarak %56,7 ile "Çalışılan servisin stresli bir ortam olması" ve üçüncü olarak %39,4 ile "Standart önlemlere uyulmaması " olarak bulundu.

Hemşirelerin; bel/sırt incinmelerinin nedenleri; %82,7 ile "Hastaları hareket ettirmeye yardım için yeterli sayıda personel olmaması", %44,9 ile "Hastaları kaldırmak için yeterli sayıda personel olmaması" ve %38,9 ile "Fazla sayıda yatağa bağımlı hastanın varlığı" olarak saptandı.

Hemşirelere göre kesici/delici alet yaralanmalarına maruz kalma nedenleri %96,9 ile "Kısa zamanda hızlı hareket edilmesi", %80,9 ile "Kesici alet kaplarının olmaması, dolu olması ya da arızalı olması" ve %64,9 ile "İğne uçlarını uygun imha sisteminin yetersizliği" şeklinde belirlendi.

Hemşirelere göre şiddete maruz kalma nedenleri, %81,7 "Güvenlik tedbirlerinin ve yasal yaptırımların yeterli olmaması", %49,6 "Hasta ve yakınlarına yeterli açıklamanın yapılmaması" ve %39,9 "Stres" olarak bulundu.

Hemşirelerde son üç ayda gerçekleşen mesleki yaralanmalar ve bunları raporlama durumları; hemşirelerin %22,9'unun iş ile ilgili olarak sırt incinmesi/yaralanmasına maruz kaldığı ve bunların %8,9'unun raporlandırıldığı, hemşirelerin %8,7'sinin herhangi bir iğne batması/kesici alet yaralanmasına maruz kaldığı ve bunların %29,5'inin raporlandırıldığı, %16,5'inin hastaların vücut sıvılarına maruz kaldığı ve bunların %6,2'sinin raporlandırıldığı saptandı.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma ortamı ölçeği ortalaması $3,51\pm 1,0$; personel korkuları boyut ortalaması $3,75\pm 1,1$, kurum kalite yönetimi boyut ortalaması $3,59\pm 0,9$, mesleki ilişkiler boyut ortalaması $3,81\pm 0,9$, fiziksel kaynaklar boyut ortalaması $2,90\pm 1,2$ ve iş doyumu boyut ortalaması $3,28\pm 1,2$ olarak bulundu.

Hemşirelerin çalışma ortamı ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile sosyo demografik özellikleri karşılaştırıldığında; 30-39 yaş grubunda olanların ve ön lisans mezunlarının iş doyumu boyut ortalaması, lisans mezunlarının kurum kalite yönetimi boyut ortalaması ve cerrahi birimde çalışan hemşirelerin mesleki ilişkiler boyut ortalaması anlamlı olarak yüksek bulundu.

6.2. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda öneriler aşağıda belirtildiği gibidir.

- Hasta ve hemşire güvenliğini tehdit eden durumların ortadan kaldırılabilmesi için çalışma ortamlarındaki fiziki düzenlemelerin yapılması,
- Hemşirelerin hasta bakımı sırasında bel/sırt incinmelerinden korunabilmesi için yeterli personel ve uygun araç gerecin sağlanması,
- Hasta/hemşire oranları göz önüne alınarak yöneticilerin insan gücü planlamalarını bu doğrultuda yapması,
- Kurumların hasta ve hemşire güvenliğine yönelik istenmeyen olayların raporlanabilmesi için olay bildirim sisteminin geliştirilmesi,
- Hasta ve hemşire güvenliğine yönelik eğitimlerin yapılması ve çalışanların hata bildirimine yönelik korkularının giderilmesi,
- Hemşirelerin alışma ortamında şiddete maruz kalmalarının önlenmesi için yöneticilerin güvenlik tedbirlerine yönelik önlemlerini alması,
- Hemşirelerin, hasta güvenliği açısından ilaç uygulama hatalarının önlenmesi için çalışma saatlerinin düzenlenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Akalın E. Tıbbi Hatalar: Nedir, Nasıl Önlenebilir? ANKEM Dergisi. 2001; 15(3): 244-246.

Akalın E. Klinik araştırmalar ve Hasta Güvenliği.İyi Klinik Uygulamalar Dergisi. 2007; 32-35

Akman BA. Hasta Güvenliği Kùltürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kùltürü ile ilgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Deđerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurulularında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul (Danışmanı: Doç. Dr. A. Köse).

Aksoy N, Polat C. Akdeniz Bölgesindeki Bir İlde Üç Farklı Hastanenin Cerrahi Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2013; 10 (2): 45-53.

Alçelik A, Deniz F, Yeşıldal N, Mayda AS, şerifi BA. AİBÜ Tıp Fakùltesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bùlteni. 2005; ,4:2, 55-65.

Aras D. Isparta İl Merkezinde Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamı Riskleri, Risk Alguları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Yüksek Lisans Tezi, 2013, Isparta (Danışmanı: Doç. Dr. E. Uskun).

Aygin D, Cengiz H. İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2011; 45 (3): 110-114.

Baykal TÜ, Türkmen EE. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi. 1. Baskı, Akademi Basım ve Yayımcılık, İstanbul, 2014, s: 336-337.

Blegen AM, Vaugh T, Pepper G, Vojir C, Stratton K, Boyd M, Armstrong G. Patient and Staff Safety: Voluntary Reporting. American Journal of Medical Quality. 2004; 19(2): 67-73.

Bilir N. İş Sağlığı ve Güvenliğinde Çağdaş Bir Yaklaşım: Risk Değerlendirmesi ve Risk Yönetimi. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi. 2005; 25: 8-11.

Bulut S, Türk G, Şahbaz M. Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemeye Yönelik Uygulamalarının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;16(3): 163-169.

Bostan S, Köse A. Hemşirelerin Yönetimsel Hizmetleri ve Çalışma Ortamlarını Değerlendirmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2011; 1(3): 178-183.

Çakır A. Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, İzmir (Danışmanı: Doç. Dr. Ö. Tütüncü).

Çakır A, Tütüncü Ö. İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı.1.Basım, Turunç Matbaacılık, Ankara, 2009, s: 189-205.

Çalışır H. Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu (Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi) Hemşire- Ebe Hemşireler Örneği. Beykent Üniversitesi Sosyal

Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Ankara (Danışmanı: Prof. Dr. M.F. Gezin).

Çam O, Yıldırım S. Hemşirelerde İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2010; 2(1): 64-70.

Çapacı K. İnmede Düşme ve Kırıklar.Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 2007; 53 (Özel Sayı 1): 7-10.

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

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

Diñer Ü.N. Hemşirelerin İşyeri Şiddetine Maruz Kalma Durumları ile İş Doyumları ve İşten Ayrılma Eğilimleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2010, Ankara (Danışmanı: Prof.Dr.S. Görgülü).

Doğanay P. Kaizen – Sürekli İyileştirme ile Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Ankara (Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. B. Aydın).

Ekici D (a). Sağlık Bakım Hizmetinin Yönetimi. 1. Baskı, Sim Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara; 2013, s:14.

Ekici D (b). Sağlık Hizmetinde Toplam Kalite Yönetimi. Sim Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara; 2013, s: (12-14),(184-187).

Ergüney S, Tan M, Sivrikaya S, Erdem N. Hemşirelerin Karşılaştıkları Mesleki Riskler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001; 4(1): 63.

Eronat Z. İşletmelerde İş Tatmini ve İşgücü Devir Hızı Problemlerinin Çözümünde Bir Faktör Olarak İletişim: KOBİ'lerde Ampirik Bir Uygulama. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2004, Ankara (Danışmanı: Prof. Dr. B. Kaya).

Flotta D, Rizza P, Bianco A, Pleggi C, Pavia M. Patient safety and medical errors: knowledge, attitudes and behavior among Italian hospital physicians. International Journal for Quality in Health Care. 2012; 24(3): 1-8.

Fonda D, Cook J, Sandler V, Ailey M. Sustained Reduction in Serious Fall – Related Injuries in Older People in Hospital. Medical Journal of Australia (MJA). 2006; 168 (8): 379- 382.

Gücük M, Karabey S, Yolsal N, Özden İY. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Çalışanlarında Kesici-Delici Alet Yaralanmaları. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı I. Ulusal Kongresi.Sözel Bidiri, 1999; s134.

Gül İ. Kalite Yönetim Sistemi Çerçevesinde Hasta Güvenliği Kültürünün Çalışma Ortamı Açısından Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul (Danışmanı: Doç. Dr. V. L. Tüzüner).

Güven R. Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi. 2007; 411-427.

Hall ML, Doran D. Nurses Perceptions of Hospital Work Environments. Journal of Nursing Management.2007; 15: 264-273.

Heinze C, Halfens R, Dassen T. Falls in German in-patients and residents over 65 years of age. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16: 495-501.

T.C. Resmi Gazete.Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. 29 Nisan 2009.Sayı: 27214, Başbakanlık Basımevi, Ankara (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm>, Erişim tarihi: 12 Aralık 2014).

İstanbulu Tİ, Yıldız H, Zora H. Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi'nde Uygulanan Güvenlik Raporlama Sisteminin Geliştirilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi*. 2012; 4: 1-17.

Karataş KG, Maral I. Ankara Gölbaşı İlçesinde Geriatrik Popülasyonda 6 Aylık Düşme Sıklığı ve Düşme İçin Risk Faktörleri. *Geriatry Dergisi*. 2001; 4(4):152-158.

Kebapçı A. Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamının Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul (Danışmanı:Prof. Dr. E. Akyolcu).

Kılıç SH, Elbaş N. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Doktorların Hasta Güvenliği Hakkındaki Bilgileri ve Tıbbi Hataların Bildirilmesi Hakkındaki Görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 17(2), 97-104.

Koohestani H, Baghcheghi N. Barriers to The Reporting of Medication Administration Errors Among Nursing Students. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2009; (27)1: 66.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer

health system. Institute of Medicine. The National Academy Press, Washington, 1999.

Mollaoğlu M, Fertelli KT, Tuncay ÖF. Hastanede alışan Hemşirelerin alışma Ortamlarına İlişkin Algularının Değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010; 5: 17-30.

Nemcek AM, James DG. Relationships among the nurse work environment, self-nurturance and life satisfaction. Journal for Advanced Nursing. 2007; 59 (3): 240-247

Omaç M. Malatya İl Merkezi Hastanelerinde alışmakta Olan Hemşirelerde Kesici-Delici Yaralanma Durumu ile Uykululuk Düzeyleriyle İlişisinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Malatya (Doç. Dr. M. Eğri).

Önder ÖR, Ağırbaş İ, Yaşar GY, Aksoy A. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde alışan Hekim ve Hemşirelerin Geçirdikleri İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Yönünden Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2011; 10 (1): 31-44.

Özata M, Altukan H. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı. 1. Basım, Baydan Ofset , Ankara; 2010, s:3-20.

Özcan KN, Bilgin H. Türkiye'de Sağlık alışanlarına Yönelik şiddet: Sistematik Derleme. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2011; 31(6): 1442-1456.

Özata M, Altukan H, Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği. Tıp Araştırma Dergisi. 2010; 8(2): 100-111 (b).

Özkan Ö. Emiroğlu NO.Hastane Sağlık alışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2006; 10(3): 43-51.

Özkılıç Ö. İSG Yönetim Sistemleri ve Risk Değerlendirme Metodolojileri.1.Baskı, Ajans Türk Basın ve Basım A.ř., Ankara; 2005, 103-105.

Parlar S. Sağlık alışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı alışma Ortamı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2008: 7 (6): 547-554.

Rogers AE, Hwang TW, Scott LD, Aiken LH, Dingers DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Affairs.2004, 33(4):202-212.

Sanar PS, Demirci H, Taşcıoğlu S. Bir Devlet Hastanesinin Dahili ve Cerrahi Servislerinde Düşme Riski, Alınan Önlemlerin Belirlenmesi ve Yönetimi. IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite kongresi. 3. Ulusal Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri, Pozitif Matbaa, Ankara; 2013; s:3-16.

Sarıçam H. İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Hemşirelerin Karşılaştığı Risk ve Tehlikelerin İş Stresi Düzeyleri Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İzmir (Danışmanı: Yrd.Doç.Dr. N. Devecan).

Saygılı M. Hastane alışanlarının alışma Ortamlarına İlişkin Algıları ile İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Ankara (Danışmanı: Doç. Dr. Y. elik).

Schwendimann R, Bühler H, De Gest S, Milisen K. Falls and Consequent Injuries in Hospitalized Patients: Effects of an Interdisciplinary Falls Prevention Program BMC Healty Services Research. 2006; 6 (69): 1-7.

Sezgin B. Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2007, İstanbul (Danışmanı: Doç.Dr.A. Yıldırım).

Sharon JT, Marcelline R, Teri B, Stevens R. Nurses Ratings of Their Health and Professional Work Environments. AAOHN Journal. 2010; 58(6): 253-267

Shirey M. Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. American Journal of Critical Care. 2006; 15(3): 256-267.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. 1.H.K.S. Okulu Ders Notları. Pozitif Matbaa Ltd. şti., Ankara; 2011, s:65.

Tan M, Polat H, Şahin AZ. Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi.2012; 4: 67-78.

Tanrıkulu G. Hemşirelerin Hasta Ve Hemşire Güvenliği Açısından Acil Servislerin Çalışma Ortamına İlişkin Görüşleri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Ankara (Danışmanı: Prof.Dr.N. Ö. Elbaş).

Taşçıoğlu İ. Lüleburgaz Devlet Hastanesi Ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanelerinde İş ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Bu Riskleri Hemşirelerin Algılama Düzeylerinin Saptanması, Trakya Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Edirne (Danışmanı: Doç. Dr. G. Ekukulu).

Teleş M. Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ile Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Ankara (Danışmanı: Prof. Dr. S. Kaya).

Uğur E, Abaan S. Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri. Türkiye Klinikleri Dergisi. 2008; 28: 297-310.

Webster CS, Anderson DJ. A Practical Guide To The Implementation Of An Effective Incident Reporting Scheme To Reduce Medication Error On The Hospital Ward. International Journal of Nursing Practice.2002; 8: 176-183.

Yeşilbakan UÖ, Karadokovan A. Narlidere dinlenme ve Bakımevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerdeki Düşme Sıklığı ve Düşmeyi Etkileyen Faktörler. Türk Geriatri Dergisi. 2005; 8 (2): 72-77.

Yılmaz Ş. Kaizen Sürekli İyileştirme Stratejisi ile Hastanede İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara (Danışmanı: Prof. Dr. H. İ. Ülker).

EKLER

Ek 1: Veri Toplama Araçları

Ek 2: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu Kararı

Ek 3: Kurum İzin Belgesi

Ek 4: Çalışma Ortamı Ölçeği İzin Belgesi

Ek 5: Özgeçmiş



EK 1: Veri Toplama Araçları

HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMININ HASTA VE HEMŞİRE GÜVENLİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli Meslektaşlarım,

Bu çalışma, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmakta olan hemşirelerin çalışma ortamının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın güvenilir olması için her soruyu içtenlikle ve doğru olarak cevaplamanızı rica ederim. Araştırma sürecindeki katılımınız için teşekkür ederim.

Ümran BİNGÖL

1) Hemşirelerin Bireysel Özellikleri

1. Yaşınız:.....
2. Eğitim durumunuz: 1-Sağlık Meslek Lisesi 3- Lisans
2-Önlisans 4-Lisansüstü
3. Çalıştığınız birim: 1-Dahili Birim 2-Cerrahi Birim 3- Ameliyathane
4- Poliklinik 5-Yoğun bakım 6- Acil Servis 7-Diğer.....
4. Göreviniz: 1-Servis Sorumlu Hemşiresi 2-Servis Hemşiresi 3-Diğer.....
5. Mesleki deneyiminiz (hemşire olarak kaç yıldır çalışıyorsunuz?):
6. Kurumdaki çalışma süreniz:
7. Bulduğunuz pozisyonda çalışma süreniz:.....
8. Haftalık ortalama çalışma saatiniz:
9. Günlük bakım verdiğiniz ortalama hasta sayısı:
10. Servis sorumlu hemşiresi iseniz, sorumlu olduğunuz hasta sayısı:.....
11. Hangi vardiyada çalışıyorsunuz?
1-Gündüz 2-Gece 3- Gece-Gündüz karma
12. Servisinizde, ilaç uygulama hatalarını rapor ediyor musunuz?
1-Evet 2-Hayır
13. Servisinizde, hasta düşmelerini rapor ediyor musunuz?
1-Evet 2-Hayır

II) Aşağıda hasta güvenliğine ilişkin sorular vardır. Lütfen cevaplayınız.

1. Servisinizde hasta güvenliğini tehdit eden, en sık karşılaştığımız 3 olayı sizin için önem sırasına göre 1'den 3'e kadar sıralayınız.(Sayı değeri arttıkça önem derecesinin azalacağını göz önünde bulundurarak işaretleyiniz).

- İlaç uygulama hataları
- Hasta düşmeleri
- Yatak başı bakımda vital bulgulardaki değişikliklerin atlanması
- Yanlış kan transfüzyonu
- Hasta bakım ve tedavisinde el hijyenine dikkat edilmemesi
- Hasta bakım ve tedavisinde sterilizasyona dikkat edilmemesi
- Sözel veya fiziksel şiddetin uygulanması
- Uygun olmayan koşullarda (sedye üstünde, farklı hastalık gruplarının aynı ortamda bulunması) hastaya bakım ve tedavinin verilmesi

Diğer (açıklayınız.....)

2. Servisinizde ilaç uygulama hatalarının nedenlerinden 3 tanesini sizin için önem sırasına göre 1'den 3'e kadar sıralayınız.

- İlaç hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması
- Hasta hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması
- Hastayla ilgili alerji bilgisinin yokluğu
- İyi düzenlenmemiş ilaç uygulama kayıtları
- İlacın eczaneden alınmaması ya da yanlış doz alınması
- Okunamayan etiketler ve paketler
- Pump'ın ya da diğer araç-gerecin bulunmaması
- Araç- gerecin bozuk olması
- Çok sayıda hastaya birden çok ilaç verilmesi
- Dozların iki kez kontrol edilmemesi
- İlaç uygulama esnasında birimde meydana gelen karışıklıklar
- Uzun çalışma saatleri
- Hemşire başına düşen hasta sayısının çokluğu
- Diğer (açıklayınız).....

3. Servisinizde hasta düşme nedenlerinden 3 tanesini sizin için önem sırasına göre 1'den 3'e kadar sıralayınız.

- Hastanın fiziksel durumu
- Hastanın aldığı ilaç tedavisi
- Sedyenin / yatakların kenar parmaklıklarının kullanılmaması
- Bozuk sedyelerin kullanılması
- Islak zeminler
- Personelin dikkatsizliği
- Refakatçi olmaması
- Hastanın bilinç durumu
- Fiziksel ortamın dağınık olması
- Hemşire başına düşen hasta sayısı
- Diğer (açıklayınız)

III) Aşağıda hemşire güvenliğine ilişkin sorular vardır. Lütfen cevaplayınız.

1. Servisinizde, kanla/ vücut sıvılarıyla/ solunum yoluyla bulaşan hastalıklara maruz kalma nedenlerinizden 3 tanesini sizin için önem sırasına göre 1'den 3'e kadar sıralayınız.

- İğne uçlarını uygun imha sisteminin yetersizliği
- Kesici alet kaplarının olmaması, dolu olması ya da arızalı olması
- Kısa zamanda hızlı hareket edilmesi
- Çalıştığınız servisin stresli bir ortam olması
- Damar yolu tedavilerinin artması
- Standart önlemlere uyulmaması
- Uygun havalandırma sisteminin olmaması
- Diğer (açıklayınız).....

2. Servisinizde, bel/ sırt incinmelerinin nedenlerinden 3 tanesini sizin için önem sırasına göre 1'den 3'e kadar sıralayınız.

- Hastaları kaldırmak için aracın olmaması
- Hastaları hareket ettirmeye yardım için yeterli sayıda personel olmaması
- Fazla sayıda yatağa bağımlı hastanın varlığı

- () Uygun olmayan taşıma teknikleri
- () Vücut mekaniğini uygun kullanmama
- () Hastanın bilinç durumu
- () Yardım edilmesi zor çok kilolu hastanın olması
- () Diğer (açıklayınız).....

3. Servisinizde, kesici/ delici alet yaralanmalarına maruz kalma nedenlerinizden 3 tanesini sizin için önem sırasına göre 1'den 3'e kadar sıralayınız.

- () İğne uçlarını uygun imha sisteminin yetersizliği
- () Kesici alet kaplarının olmaması, dolu olması ya da arızalı olması
- () Kısa zamanda hızlı hareket edilmesi
- () Kesici/delici aletlerin nereye atılacağı bilinmemesi
- () Diğer (açıklayınız).....

4. Servisinizde şiddete maruz kalma nedenlerinizden 3 tanesini sizin için önem sırasına göre 1'den 3'e kadar sıralayınız.

- () Güvenlik tedbirlerinin ve yasal yaptırımların yeterli olmaması
- () Hasta ve yakınlarına yeterli açıklamanın yapılmaması
- () Hasta ve yakınları ile iletişim yetersizlikleri
- () Hasta yakınları için oturabilecekleri, dinlenebilecekleri ve temel ihtiyaçlarını giderebilecekleri uygun bekleme ortamının olmaması

- () Stres
- () Vakaların alkol, ilaç kullanımı-intoksikasyonu
- () Personel azlığı
- () Kayıp yaşanmasından dolayı hasta yakınlarının yaşadığı anksiyete
- () Diğer (açıklayınız.....)

5. Lütfen, aşağıda belirtilen mesleki yaralanmalardan son üç ay içerisinde hangisini maruz kaldığınızı ve bunları sağlık birimine rapor edip etmediğinizi belirtiniz.

OLAY	Evet	Hayır	RAPORLAMA	Evet	Hayır
1. Son üç ay içinde, işle ilgili olarak sırt incinmesi ya da yaralanması yaşadınız mı?			Evet ise, bu sırt incinmesi ya da yaralanmayı sağlık birimine rapor ettiniz mi?		
2. Son üç ay içinde, herhangi bir iğne batması ya da kesici alet yaralanmasına maruz kaldınız mı?			Evet ise, bu yaralanmaları sağlık birimine rapor ettiniz mi?		
3. Son üç ay içinde, kesici alet yaralanmalarının dışında hastanın vücut sıvılarına maruz kaldınız mı?			Evet ise, bu maruz kalmayı sağlık birimine rapor ettiniz mi?		
4. Son üç ay içinde, herhangi başka tür bir mesleki yaralanma yaşadınız mı? Lütfen tanımlayınız:			Evet ise, sağlık birimine rapor ettiniz mi?		

ÇALIŞMA ORTAMI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki bölümlerde hemşirelerin, ilaç uygulama hatalarını rapor etmememe nedenleri, ünitedeki çalışma ortamı ve işleri hakkındaki düşüncelerini yansıtan ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra, buna ne derece katıldığınızı ölçek üzerindeki ilgili kısma işaretleyiniz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Hemşireler, ilaç uygulama hatasında bağlı olarak hastaya bir şey olursa suçlanabilirler					
2. Hemşireler, ilaç uygulama hatası yaparlarsa, meslektaşlarının onların yetersiz olduklarını düşüneceklerine inanırlar					
3. Hemşireler, ilaç uygulama hatalarını rapor etmenin istenmeyen sonuçlarından çekinirler					
4. Hastalar, olumsuz tutum geliştirebilirler					
5. Hemşireler, hekimlerin tepkisini almaktan çekinirler.					
6. Hemşireler, ilaç uygulama hatası rapor edildiğinde, ceza almaktan çekinirler.					
7. Hemşireler, ilaç uygulama hatalarının medyaya yansımından kaçınırlar.					
8. Ünitem, hastalara en iyi bakımı vermek için ihtiyacım olan araç-gerece sahiptir.					
9. Hemşireler, sorumlu hemşire ve başhemşire en yüksek bakım kalitesini sağlamak için birlikte çalışırlar.					
10. Ünitemdeki hemşirelerden rahatça yardım isterim.					
11. Ünitemizdeki hemşireler, hasta bakımında birbirlerine yardım ederler.					
12. Ünitemizde, hasta bakımını geliştirmek için kalite geliştirme süreçleri (Toplam Kalite Yönetimi ve Sürekli Kalite İyileştirme) kullanılır.					
13. Bu ünite, güvenli hasta bakımı için yeterli alana sahibim.					
14. Hastane olay (kaza) raporu verilerini, hasta güvenlik sistemlerini geliştirmek için kullanır.					
15. Mevcut imkanlar, hastalarımın iyi bakımı vermeme engeller.					
16. Bu ünite, hasta bakım problemleri ile ilgili düşüncelerimi, meslektaşlarımla ve					

sorumlularıyla açıkça tartışabilirim.					
17. İstenmeyen olaylara ilişkin bilgiler (ilaç uygulama hataları, hasta düşmeleri, yatak yaraları vb.) hemşirelerle düzenli olarak paylaşılır.					
18. Ünitemdeki yönetici ve sorumlular hasta güvenliğini öncelikli düşünürler.					
19. Birlikte çalıştığım insanlara büyük bir güven duyarım					
20. Ünitemdeki hemşireler hasta olaylarının raporlandırılması için desteklenirler.					
21. Bu işi yapmaya başladığımdan beri, hayal kırıklığına uğruyorum.					
22. İşimden gerçekten hoşlanıyorum.					
23. Her iş günü hiç bitmeyecek gibi görünür.					
24. Çoğu zaman işe gitmek için kendimi zorlarım.					
25. Şu ana kadar isimden memnunum.					
26. İşimde, çoğu çalışma arkadaşımdan daha mutlu olduğumu düşünürüm.					

k 2: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu Kararı

T.C.
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	04 /06 / 2014 / 20478486 - 219				
ARAŞTIRMANIN ADI	Hemşirelerin çalışma ortamının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Adalet KOCA KUTLU – CBÜ. Sağlık Yüksekokulu				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yük.Lisans Öğr.Ümran BİNGÖL				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS–DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	<p>Araştırma başvuru formu ve gerekli ekleri incelenmiş; Etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.</p> <p>Etik kurulumuzun çalışma prensipleri gereği dosya taraması içeren çalışmalarda başhekimlik onayı gerekmektedir. Diğer araştırmalar için ise günlük işleyişin bozulmaması ve olası hasta mağduriyetlerinin oluşmaması açısından araştırmaya başlamadan önce, mutlaka ilgili anabilim dalı/bilim dalı onayı alınması gerekmektedir.</p>				
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Farmakoloji AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Erhun KAŞIRGA Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. F. Sırm ÇAM Tıbbi Genetik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Selda BEREKET Antrenörlük Eğitimi AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Tank ULUÇAY Adli Tıp AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naâli KÜEY Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derviş KILIÇ Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;">Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Başkan</p>					

EK 3: Kurum İzin Belgesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığı
İzmir Güney Örneği Sekreterliği
Tarih: 16.06.2014 09:56
Gelen evrak
2014-16466
Tıbbi Hizmetler Başkanlığı

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

Sayı : 23592379 / 16466
Birim : Tıbbi Hizmetler Başkanlığı
Konu : Ümran BİNGÖL Çalışması

16/06/2014

İZMİR BOZYAKA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİMİNE

Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi olan, Ümran BİNGÖL' ün " Hemşirelerin Çalışma Ortamının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi " konulu çalışması ile ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla 01/06/2014-01/01/2015 tarihleri arasında kurumunuzda yürütülmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Mesut ÖZGÜL
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

- Sağlık Bekir Arz. Mad.
- Personel

TÜRKİYE KAMU HAST. K.
İZMİR İLİ (GÜNEY) GENEL SEKRETERLİĞİ
İZMİR BOZYAKA EĞT. ARAŞ. HASTANESİ
Gelen evrak
19.06.2014 07:31
12796

123/11 Sokak No:6 Poligon Mah. Karabağlar /İzmir
Tlf: (232)232 32 32 Ayrıntılı Bilgi : 2239 S.TOKSOY
Fax: (232)246 88 00 e-mail: khb35g.egitim@saglik.gov.tr

İzmir
Dışişleri Bakanlığı

EK 4: Çalışma Ortamı Ölçeği İzin Belgesi

Burcu Sezgin (burcu_sezgin35@yahoo,,com)

[Kişilere ekle](#)

03.03.2014

Kime: Ümran bingöl



Kimden: **Burcu Sezgin** (burcu_sezgin35@yahoo.com) Bu iletiyi şu anki konumuna taşıdınız.

Gönderme tarihi: 03 Mart 2014 Pazartesi 18:50:07

Kime: Ümran bingöl (ubngl@hotmail.com)

Merhaba Umran Hanım,
Calisma Ortami Olcegini tezimi kaynak gostererek kullanabilirsiniz.Olcegin son hali 26 maddedir.

Kolay gelsin

Burcu

On Monday, March 3, 2014 4:59:47 AM, Ümran bingöl <ubngl@hotmail.com> wrote:

Merhaba Burcu Hanım;

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü'nde Süpervisör hemşire olarak çalışmaktayım. Aynı zamanda Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim.Tezim ile ilgili yapacağım çalışmada geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Çalışma Ortamı Ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Saygılarımla

Ümran Bingöl

Tel No:05052364396

Ek 5: Özgeçmiş

ÜMRAN BİNGÖL

ubngl@hotmail.com

30 Ağustos Mah.7124 Sok. No:5/2 Egekent 2 Menemen/İZMİR

0 505 236 43 96

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Ümran BİNGÖL
Doğum Yeri : Diyarbakır
Doğum Tarihi : 08.08.1980
Medeni Hali : Evli
Cinsiyeti : Bayan
Yabancı dil : İngilizce

Eğitim Bilgileri

Üniversite : Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu
Lise : Teğmen Ali Rıza Akıncı Lisesi

İş Denevimi :

2012-.... : Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Süpervisör Hemşire
2010-2012 : İzmir Bozyaka Eğitimve Araştırma Hastanesi Başhemşire yardımcısı
2008-2010 : İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi yoğun bakım sorumlu hemşire
2006-2008 : İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi yoğun bakım hemşire
20004-2006 : Fırat Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji kliniği hemşire