

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAGLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN VE İŞ
DOYUMUNUN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Öğr. Gör. Kader ÇİFÇİ

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Arzu KARABAĞ AYDIN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KARS-2018

**T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN VE İŞ
DOYUMUNUN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ**

**Öğr. Gör. Kader ÇİFÇİ
Hemşirelik Anabilim Dalı**

YÜKSEKLİSANS TEZİ

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Arzu KARABAĞ AYDIN**

2018-KARS

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Arzu KARABAĞ AYDIN'a tez danışmanı olarak çalışmanın planlanmasında ve yürütülmesinde deneyim ve bilgileriyle yol göstermiş, her aşamasında manevi destek vermiştir.

Sayın Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR ve Sayın Prof. Dr. Yeliz AKKUŞ tez savunma sınavında jüri üyesi olarak görev almış, değerli görüşleri ve önerileri ile katkı sağlamışlardır.

Sayın Doç. Dr. Erol AYDIN çalışmanın istatistiksel analizlerinin yapılmasına katkıda bulunmuştur.

Kars Harakani Devlet Hastanesi, Ardahan Devlet Hastanesi ve Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi Başhekimlikleri araştırmanın uygulamasına izin vermiş, Hemşireler araştırmanın uygulamasına gönüllü olarak katılmayı kabul etmişlerdir.

Ayrıca her zaman yanımda olan ve beni destekleyen sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	I
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER	III
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	V
TABLolar DİZİNİ	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Güvenlik ve Güvenlik Kültürü	4
2.2. Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliği Kültürü	5
2.3. Hasta Güvenliğinin Dünya'daki ve Türkiye'deki Gelişimi	8
2.4. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri	9
2.5. Sağlıkta Renkli Kod Uygulaması	14
2.6. Hasta Güvenliğinde ve Hasta Güvenliği Kültüründe Hemşirenin Sorumlukları	15
2.7. İş Doyumu	16
2.8. Hemşirelerde İş Doyumu	17
3. MATERYAL ve METOT	19
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	20
3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.5. Verilerin Toplanması	22
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	46
7. KAYNAKLAR	48

8. EKLER	59
EK-1: Veri Toplama Formu	59
EK-2: Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği Kullanımı İzin Yazısı	66
EK-3: Hemşirelerde İş Doyumu Ölçeği Kullanımı İzin Yazısı	67
EK-4: Kafkas Üniversitesi Tıp Fakùltesi Etik Kurulu İzin Yazısı	68
EK-5: Ardahan Devlet Hastanesi Kurum İzin Yazısı	69
EK-6: Kars Harakani Devlet Hastanesi Kurum İzin Yazısı	70
EK-7: Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi Kurum İzin Yazısı	71
9. ÖZGEÇMİŞ	72

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACSNI	Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations
ACSQHC	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care
ADH	Ardahan Devlet Hastanesi
CDC	Centers for Disease Prevention and Control
CIHI	Kanada Sağlık Bilgi Enstitüsü
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
F	Anova
HGK	Hasta Güvenliği Kültürü
HİD	Hemşirelerde İş Doyumu
HGKÖ	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği
HİDÖ	Hemşirelerde İş Doyumu Ölçeği
KHDH	Kars Harakani Devlet Hastanesi
KS	Kolmogorov- Smirnov
KSDH	Kars Sarıkamış Devlet Hastanesi
KÜSAUMH	Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi
ICN	International Council of Nursing
IOM	Institute of Medicine
NPSA	National Patient Safety Agency
NPSF	National Patient Safety
t	t-Testi
JCI	Joint Commission International
TDK	Türk Dil Kurumu
TÖF	Tanıtıcı Özellikler Formu
WHO	World Health Organization
Z	Man Whitney U

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 3. 1.	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Alt Boyutları	21
Tablo 3. 2.	Hemşirelerde İş Doyumu Ölçeğinin Alt Boyutları	22
Tablo 4. 1.	Hemşirelerin Bazı Bağımsız Değişkenlerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Puan Ortalamaları ve İş Doyumu Ölçeğinin Puan Ortalamaları Dağılımı	26
Tablo 4. 2.	Tanıttıcı Özelliklere Ait Bazı Bağımsız Değişkenlerin Puan Ortalamaları	38
Tablo 4. 3.	Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları	38
Tablo 4. 4.	Hemşirelerde İş Doyumu Ölçeği Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları	39
Tablo 4. 5.	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ve Hemşirelerde İş Doyumu Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	39

ÖZET**Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün ve İş Doyumunun Karşılaştırmalı Analizi**

Amaç: Araştırma, hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün ve iş doyumunun karşılaştırmalı analizini yapmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Materyal ve Metot: Araştırma tanımlayıcı-kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma, 1 Ağustos 2017-9 Mart 2018 tarihleri arasında KHDH’de çalışan 100, ADH’de çalışan 65 ve KÜSAUH’de çalışan 95 olmak üzere toplam 260 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Bu sayı ile evrenin %61.2’sine ulaşılmıştır. Araştırma verilerinin elde edilmesinde “Tanıtıcı Özellikler Formu-TÖF”, “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği-HGKÖ” ve “Hemşirelerde İş Doyumu Ölçeği-HİDÖ” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ölçek toplam puan ve ölçek alt boyut puan ortalamaları hesaplanmıştır. Ölçeklerden alınan puan ortalamalarının bağımsız değişkenlere göre analizinde parametrik testlerden Anova (F) ve t-Testi, non-parametrik testlerden Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testleri kullanılmıştır. Ayrıca “Hasta Güvenliği Kültürü” ile “Hemşirelerde İş Doyumu” arasındaki ilişkinin varlığına bivariante sperman korelasyon analizi ile bakılmıştır.

Bulgular: Çalışmada hemşirelere ilişkin değişkenler incelenmiş ve hemşirelerin %36.5’inin KÜSAUH’de, %38.5’inin KHDH’de, %25’inin ADH’de çalıştığı belirlenmiştir. HGKÖ toplam puan ortalaması 2.78 ± 0.47 olarak saptanmıştır. HİDÖ toplam puan ortalaması 3.34 ± 0.68 olarak bulunmuştur. Araştırmada ele alınan bazı bağımsız değişkenlerden hemşirelik mesleğini seçme durumuna göre, çalıştığı bölümdeki pozisyonuna göre ve işini yeteneklerine uygun bulma durumuna göre HGKÖ ve HİDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). HGKÖ ile HİDÖ arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p = 0.000$, $r = 0.598$).

Sonuç: Hemşirelerde hem hasta güvenliğini kültürünü hem de iş doyumunu etkileyen 31 bağımsız değişken olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve iş doyumunu arasında pozitif yönlü orta derecede bir ilişki bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: Hasta Güvenliği Kültürü, İş Doyumu, Hemşirelik.

ABSTRACT**A Comparative Analysis of Patient Safety Culture and Job Satisfaction in Nurses**

Aim: The aim of this study is to performance comparative analysis of patient safety culture and job satisfaction in nurses.

Materials and Methods: The research was conducted as descriptive and cross-sectional. The sample of the study consisted of a total of 260 nurses, 100 of them working in Kars Harakani State Hospital, 65 working in Ardahan State Hospital, and 95 working in Caucasian University Health Research and Application Center Hospital between the dates 1st August 2017 and 9th March 2018. With this number, 61.2% of the universe was reached. Introductory Characteristics Form, Patient Safety Culture Scale and Job Satisfaction Scale in Nurses, were used to obtain the research data. In the evaluation of the data, scale total score and scale sub-scale mean scores were calculated. Anova (F) and t-Test were used for parametric tests and Mann Whitney U and Kruskal Wallis H tests were used for non-parametric tests to analyze the mean scores of the scales according to the independent variables. In addition, the relationship between the Patient Safety Culture and Job Satisfaction in Nurses was examined with bivariate Spearman correlation.

Results: In the study, variables related to nurses were examined and it was determined that 36.5% of the nurses work in Caucasian University Health Research and Application Center Hospital, 38.5% work in Kars Harakani State Hospital, 25% work in Ardahan State Hospital. The mean total score of the Patient Safety Culture Scale was 2.78 ± 0.47 . The mean total score of the Job Satisfaction Scale was 3.34 ± 0.68 . According to the choice status of the nursing profession of some of the independent variables discussed in the research, and to their positions in the department they work and to consider their profession suitable for their abilities, the difference between the groups of independent variables in the Patient Safety Culture Scale and the Job Satisfaction Scale total score averages was found to be statistically significant ($p < 0.05$). A moderate positive correlation was found between the Patient Safety Culture Scale and Job Satisfaction Scale ($p = 0.000$, $r = 0.598$).

Conclusion: It was found that there are 31 independent variables affecting both patient safety in nurses and job satisfaction. There is a positive correlation between nurses' job satisfaction and patient safety culture.

Keywords: Patient Safety Culture, Job Satisfaction, Nursing

1. GİRİŞ

Hasta güvenliği, günümüzde teknolojik yöntemlerin, tedavi ve bakım olanaklarının gelişmesine ve birçok bilimsel çalışmanın yapılmasına rağmen sağlık bakım sistemi içinde önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (Filiz 2009, WHO 2018a.). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) belirttiğine göre Avrupa'daki her on hastadan biri hastanede önlenebilir bir zarara ya da olumsuz bir olaya maruz kalmaktadır (WHO 2018a). Dünya'da yıllık olarak 421 milyon kişinin hastanede yatarak tedavi edildiği ve bu yatışlarda yaklaşık olarak 42.7 milyon istenmeyen olayın ortaya çıktığı öne sürülmüştür. En son veriler göstermiştir ki hastanede yatışa bağlı oluşan hasta zararları dünyadaki morbidite ve mortalite nedenleri arasında 14. sırada yer almaktadır (WHO 2018b). Baker ve arkadaşlarının 2004 yılında Kanada'daki hastanelerde yapmış olduğu çalışmada istenmeyen olayların oranı %7.5 olarak saptanmış ve bu oranın yaklaşık % 37'sinin önlenebilir olduğu ifade edilmiştir. Kanada Sağlık Bilgi Enstitüsü (Canadian Institute for Health Information-CIHI) 2014-2015 yıllarında Kanada'da 138 binden fazla hasta yatışı olduğunu ve bu hastaların beşte birinden fazlasının önlenebilir nedenlerden dolayı hastanede zarar gördüğünü beyan etmektedir (CIHI 2016). Bu durum hasta, aileleri ve bakım hizmeti sunan sağlık profesyonelleri için çeşitli sorunlara ve aynı zamanda sağlık sistemi üzerinde ciddi ekonomik yüke neden olmaktadır (WHO 2018a). Bu nedenle hasta güvenliği hem organizasyonlar hem de toplum tarafından önemsenmesi gereken bir konudur (WHO 2018c).

Hasta güvenliği, sağlık bakım sisteminde öncelikli kalite bileşenlerinden biri olup kalitenin geliştirilmesinde önemlidir (Bahadori ve ark. 2013). Çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamaları arasındaki bağlantı sağlık bakım hizmetlerinde kalite iyileştirme ve güvenliğin bir unsuru olarak vurgulanmaktadır (Hughes 2008). Hemşirenin çalışma ortamının iyi olması, hasta güvenliğini ve bakım kalitesini etkileyen önemli göstergelerden biridir (Chiang ve ark. 2016).

Hasta güvenliği kültürü (HGK) ise, hasta güvenliğini ve sağlık bakım hizmetinin kalitesini etkileyen önemli bir faktör olarak tanımlanmaktadır (Institute of Medicine 2004). Hemşireler sağlık bakım kuruluşlarında en büyük iş gücünü oluştururlar ve kurumsal kültürü hasta güvenliği kültürüne aktarmak için yeterli güce

sahiptirler (Fei ve Vlasses 2008). Hasta güvenliği kültürü değerlendirmeleri, kurum yetkililerine kalite iyileştirme hedeflerini belirleme fırsatı vermektedir (Bondevik ve ark. 2017). Hasta güvenliği hedefleri 2017 yılında Amerika’da güncellenmiş olup; hastaların doğru olarak tanımlanması, etkili iletişimin ve yüksek riskli ilaçların güvenliğinin geliştirilmesi, güvenli cerrahinin sağlanması, sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması ile düşmelerden kaynaklı hasta zararı riskinin en aza indirilmesi maddelerini içermektedir (JCI 2018a). Hasta güvenliği hedefleri arasında yer alan “ilaç güvenliğinin geliştirilmesi” maddesinin ihlal edilmesiyle hastanın sakat kalması ve hatta ölümü söz konusu olmaktadır. İlaç güvenliğinin sağlanamaması nedeniyle oluşan hataların, sağlık profesyonellerinin yorgun olması, kötü-olumsuz çalışma koşulları, iş akışının kesintiye uğraması, ilaç reçetelendirme ve uygulama aşamasındaki personel eksikliği gibi faktörlerden kaynaklandığı bildirilmektedir (WHO 2018a). Hasta güvenliğini tehdit eden faktörlerin sistemsel ya da birey kaynaklı olabileceği bilinmektedir. Ayrıca iş doyumu gibi unsurların hasta güvenliğini etkilediği ifade edilmektedir (Choi ve Boyle 2013). Choi ve Boyle’nin (2013) dört akut bakım hastanesinde iş doyumu ile hasta düşmeleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; iş doyumu arttıkça hasta düşme oranının azaldığı yani iş doyumunun hasta düşme oranıyla ters ilişkili olduğu belirtilmiştir. Boamah ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada; çalışma tecrübesinin kısa olması, iş yaşamında dengesizliklerin ve sorunların olması iş doyumunu ve hasta bakım kalitesini olumsuz yönde etkilediği sonucu ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin iş doyumunun (HİD) artması ile performansın arttığı ve hasta memnuniyeti ile hastanelerdeki hasta bakım kalitesinin geliştiği ifade edilmektedir (Inoue ark. 2017).

Boamah ve arkadaşlarının (2018), Kanada’da hemşirelerin transformasyonel liderlik davranışlarının iş doyumu ve hasta güvenliği sonuçlarına etkisini araştırmak amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada; transformasyonel liderlik davranışlarının artması hemşirelerin iş doyumlarını artırdığı ve istenmeyen hasta sonuçlarının sıklığını azalttığı belirlenmiştir. Ball ve arkadaşlarının (2017), İngiltere’de, vardiya süreleri, iş doyumu, bakım kalitesi ve hasta güvenliği gibi bazı unsurlar arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; 12 saatten uzun süre çalışan hemşirelerin sunduğu bakımın kalitesinin ve iş doyumunun azaldığı bildirilmiştir. Inoue ve arkadaşlarının (2017), yaptıkları çalışmada; hasta güvenliğinin artırılmasına

yönelik yapılan uygulamaların iş doyumunu da olumlu etkilediği belirtilmiştir. Heikkinen ve arkadaşlarının (2008) Finlandiya'da hemşirelerin çalışma ortamı ile iş doyumunu, iş stresi, hasta memnuniyet, hemşirelerdeki ve hastalardaki istenmeyen olaylar arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada; bu faktörlerden iş doyumunun artması, iş stresinin azalması, hasta memnuniyetinin artması, istenmeyen olayların azalması faktörleri çalışma ortamını pozitif yönde etkilemektedir. Ayrıca hemşirelerin bakımın kalitesi hakkında endişeli oldukları ve algıladıkları bu endişenin klinik çalışmalarını olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir. Duffield ve arkadaşlarının (2007) Avustralya'da yaptıkları araştırmada hemşirelerin iş yükünün fazla olması ve uygun olmayan klinik ortamlar ile ilaç hatalarını ve hasta düşmelerini içeren olumsuz hasta sonuçları arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

Yukarıdaki uluslararası çalışmalar incelendiğinde hasta güvenliğinin ve iş doyumunun birbirini etkilediği görülmektedir. Türkiye'de yapılan araştırmalar tarandığında hasta güvenliğini ve iş doyumunu birlikte ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu noktadan hareketle hemşirelerde hasta güvenliği ve iş doyumunu etkileyen unsurların neler olduğu ve hasta güvenliği kültürü ile iş doyumunu arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Çalışmamızın araştırma soruları aşağıda yer almaktadır.

1. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünü etkileyen bağımsız değişkenler nelerdir?
2. Hemşirelerde İş Doyumunu etkileyen bağımsız değişkenler nelerdir?
3. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve İş Doyumu arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Güvenlik ve Güvenlik Kültürü

Güvenlik, Abraham H. Maslow (1943)'un Temel İnsan Gereksinimleri Teorisinde belirttiğine göre ikinci basamakta yer alan, insan yaşamının her dönemi için önem arz eden, insan yaşamının devamlılığı için temel oluşturan ve fizyolojik ihtiyaçların karşılanması kadar önemli olan bir gereksinimdir (Aştı ve Karadağ 2014). Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre güvenlik, *“toplum yaşamında yasal düzenin aksamadan yürütülmesi, kişilerin korkusuzca yaşayabilmesi durumu”* olarak ifade edilmektedir (Türk Dil Kurumu 2018).

Sağlık bakımında “hasta güvenliği” ve “hasta güvenliği kültürü” kavramlarının daha anlaşılır olmasını sağlamak için öncelikle “Güvenlik Kültürü”nü açıklamak gerekir. Sözer'in (2012) aktardığına göre Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency-NPSA 2006) güvenlik kültürünü *“tüm çalışanların potansiyel olarak yanlış yapılma olasılığı olan iş ve işlemler konusunda sürekli ve aktif bir farkındalığa sahip olduğu”* kültür olarak tanımlar. Güvenlik kültürü, sağlık profesyonellerinin davranışlarına kılavuzluk eden önemli bir faktördür (JCI 2012b). Güvenlik kültürünün incelenmesi, sistem anormalliklerini ve güvenlik açıklarını tanımlamak, hata raporlama sistemlerinin cezalandırıcı olmayan kullanımını sağlamak, insan hatasının ve hata önleme yöntemlerinin doğasını anlamak açısından önemlidir (Sorra ve Dyer 2010). Güvenlik kültürü ile ilgili en güncel tanımı Fang ve arkadaşları (2006) *“organizasyonun güvenlikle ilgili sahip olduğu, inançlar ve değerler ile hâkim göstergelerin bir seti”* şeklinde yapmıştır (Fang ve ark. 2006). Ancak literatürde en yaygın kullanılan tanımlardan birisi İngiltere'deki Nükleer Tesislerin Güvenliği Komitesi (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations-ACSNI) tarafından 1993 yılında yapılmıştır. Sammer ve arkadaşlarının (2010) aktardığına göre, ACSNI güvenlik kültürünü, *“bir kuruluşun sağlık ve güvenlik yönetimine bağlılığını, bu yönetimin tarzını ve etkinliğini belirleyen bireysel ve grup değerlerinin, tutumlarının, algılarının, yetkinliklerinin ve davranış kalıplarının ürünü”* olarak tanımlamıştır (Sammer ve ark. 2010). İstenilen güvenlik kültürü, bireyleri ortaya çıkan hatalar için suçlamak yerine içinde

bulunulan sistemi iyileştirmeye odaklanır, istemedi den oluşan hataları bildirmeyi ve onlardan ders almayı, güvenli olmayan faaliyetlerin sık olmamasını sağlar (Thomas ve ark. 2005)

2.2. Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliği Kùltürü

Hasta güvenliği kavramı, çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Hasta güvenliği kavramının Sağlık kurumlarında öncelikli hale gelmesini sağlayan Amerikan Tıp Enstitüsü'nün (Institute Of Medicine-IOM) 1999 yılında hazırlamış olduğu "To Err is Human" raporunda hasta güvenliği "*hastalara zarar vermeme*" olarak tanımlanmıştır (IOM 1999). Yine aynı yıl Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation [NPSF]) ise hasta güvenliğini; "*hem uzmanlık alanına hem de alanda kullanılan uygulamalara atıfta bulunan bir terim, en güvenli durum ve zarardan kaçınma sağlayan uygulamalar, prosedürler ve ortamlar yaratmayı düşünen güvenlik bilimi ve sistemlerini kullanma*" şeklinde açıklamıştır (National Patient Safety 2018a). Daha sonraki yıllarda hasta güvenliğinin birçok tanımı yapılmıştır. DSÖ 2004 yılında, hasta güvenliğini "*sağlık bakım sürecinde hastaya önlenebilecek bir zararın verilmemesidir*" şeklinde tanımlamıştır (WHO 2017). Hemşirelik mesleğinin en büyük temsilcisi Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nursing-ICN) 2006 yılında hasta güvenliğini "*Profesyonel sağlık bakım personelinin işe kabul edilmesi, eğitimi, deneyimi, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyon ile mücadele, doğru ilaç kullanımı, cihaz güvenliği, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamının istenilen şekilde sağlanması, hasta güvenliği konusunda odaklanmış bilimsel bilgi ve liderlik gelişmesini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütün halinde birleştirilmesi*" olarak tanımlamıştır (ICN 2006, Çoban 2012). Türkiye'de ise yaygın olarak kullanılan hasta güvenliği tanımı Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında güncellenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu tanıma göre hasta ve çalışan güvenliği "*Sağlık hizmeti sunumunda hasta ve sağlık çalışanlarının zarar görmesine yol açabilecek her türlü işlem ve süreçlere karşı, alınabilecek tedbir ve iyileştirme uygulamaları*" olarak ifade edilmiştir (Resmi Gazete 2011).

Yapılan tüm tanımlar incelendiğinde tanımlardan çıkarılan ortak nokta sağlık uygulamalarında önlenabilir bir zararın oluşmaması ya da hastaya zarar vermeme şeklinde özetlenebilir. Konunun dünyadaki önemini ortaya çıkarması açısından IOM'un 1999 yılında yapmış olduğu "To Err is Human" çalışması oldukça önemli bir yere sahiptir. Ayrıca IOM 21. yy sağlık sisteminde iyileştirilmesi gereken konulara yönelik aşağıdaki hedefleri belirlemiştir. Bu hedeflere bakıldığında en önemli hedefin güvenlik olduğu ve diğer hedefleri de etkilediği görülmektedir. Buna göre sağlık sistemlerinin taşıması gereken özellikler şunlardır;

1. **Güvenli:** Hastalara sağlık hizmeti sunumunda zarar vermeme,
2. **Etkili:** Kanıt temelli ve bilimsel bilgilere dayalı sağlık uygulamalarını içeren hizmet sunumu ile eksik ya da gereksiz sağlık uygulamalarını önleme,
3. **Hasta Merkezli:** Hastanın ihtiyaçlarının karşılanmasında değerlerinin ve tercihlerinin doğrultusunda birlikte karar verme,
4. **Zamanında:** Sağlık hizmetine ihtiyaç olduğunda ulaşabilme ve gereksiz beklemelemlerden kaynaklı zararları önleme,
5. **Verimli:** Sağlık hizmeti sunumunda maliyet etkin çalışma ve insan gücü planlaması yapma,
6. **Eşit ve Hakkaniyetli:** Dünya'daki tüm insanlar için doğru ilkeler olarak kabul edilen sağlık hizmetlerinde ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik düzeye bakılmaksızın eşitlikçi yaklaşım ile zarar vermeden kaliteli hizmet sunma (Sayek 2010).

Güvenliği etkileyen faktörler hastaya ve çevreye ait özellikler olmak üzere iki grup altında ele alınmaktadır. Hastaya ait özellikler; yaş ve gelişim düzeyi, hareketlilik ve sağlık durumu, duyuşsal ve algısal değışiklikler, bilişsel farkındalık, emosyonel durum, iletişim becerisi, yaşam biçimi gibi faktörlerdir. Hemşirenin güvenliği etkileyen faktörlerin farkında olması potansiyel zararların tanımlanmasını ve iyilik halinin artırılmasını sağlar (Özden 2011).

Hasta Güvenliği Kùltürü ise hasta güvenliğinin ve sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen önemli bir faktör olarak tanımlanmaktadır (IOM 2004). Hasta güvenliği kùltürü, sağlık çalışanları ve kurumdaki diğer personeller tarafından belirtilen ortak inançları, değerleri ve normları ifade eder. Hasta güvenliği kùltürü, hasta güvenliği ile ilgili olarak bir kurumda neyin kabul edildiğini, beklenildiğini, desteklendiğini ve ödüllendirildiğini belirleyerek ölçülebilir (AHRQ 2018). Hasta güvenliği kùltüründe ilk aşamayı güvenli bir sağlık hizmeti meydana getirmektedir. Sağlık hizmetinde çalışan bütün personelin hasta güvenliği konusunu benimsemesi gerekir (Peter ve Peter 2008). Sağlıkta kaliteyi geliştirmek amacıyla bütün sağlık profesyonellerinin ve yardımcı sağlık personellerinin hasta güvenliği bilinci ile hareket etmesi ve sağlık personeli tarafından hasta ve çalışan güvenliğine zarar veren olayların tespit edilmesi, izlenmesi, raporlanması, analiz edilmesi ve iyileştirilmesi, hastaya zarar verebilecek olayların ortadan kaldırılıp uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulması gerekir (Dursun ve ark. 2010).

Hasta güvenliği kùltürü değerlendirmeleri uluslararası akreditasyon kuruluşları tarafından yapılmaktadır. Organizasyonun bulunan güvenlik kùltürünü değerlendirmek geliştirilmek istenen güvenlik kùltürünün ilk aşamasıdır. Hasta güvenliği kùltürü değerlendirmeleri, sağlık kuruluşlarının acil dikkat gerektiren hasta güvenliği konularını net bir şekilde görebilmelerini, güvenlik kùltürlerinin güçlü ve zayıf yönlerini tespit etmelerini, ünitelerin mevcut hasta güvenliği sorunlarını tanımlamalarına yardımcı olmalarını sağlar. Akreditasyon kuruluşu kurum için vermiş olduğu puanı diğer hastanelerle karşılaştır (Stavrianopoulos 2012).

Hemşirelik bakımının her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması gerekmektedir ve bütün sağlık personelinin sorumluluğunun olmasının yanı sıra, hastayla en çok vakit geçiren hemşirelerin daha fazla sorumluluğu bulunmaktadır. Hasta güvenliğini sağlamak için öncelikli olarak hasta güvenliği kùltürünü oluşturmak ve benimsemek oldukça önemlidir (Altuntaş Turasan 2010).

Hasta güvenliğinin yetersizliği/eksikliği sağlık bakımında hatalı uygulama yapılmasına neden olmaktadır. Literatürde sağlık bakımında ve tedavisinde yapılan hatalı uygulamaların sağlık profesyonellerinin bilgisizliğinden ve deneyimsizliğinden, iletişim eksikliğinden, fiziki yorgunluğundan, motivasyon eksikliğinden ve eğitim ile ilgili faktörlerinden kaynaklandığı bildirilmektedir (Özdilek 2006).

2.3. Hasta Güvenliğinin Dünya'daki ve Türkiye'deki Gelişimi

Hasta güvenliğinin Dünya'daki tarihsel gelişiminin kronolojik sıraya göre özeti aşağıda yer almaktadır.

Tarih Hasta Güvenliği İle İlgili Gelişme

- | | |
|------|--|
| 1860 | Hipokrat “Öncelikli Zarar Verme” ilkesini açığa çıkarmıştır (Gillon 1985). |
| 1883 | İngiltere’de “Tıbbi İhmal” kavramı kanunu gündeme gelmiştir (Yılmaz 2006 aktaran Ovalı 2010). |
| 2001 | İngiltere’de Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı kurulmuştur (NPSF 2018a). |
| 2002 | WHO 55. Dünya Sağlık Asemble’sinde hasta güvenliğinin küresel bir sağlık sorunu olduğunu ifade etmiştir (WHO 2002). |
| 2003 | NPSF “Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri” içerisinde ilk hedefi olarak “Hastanın Doğru Tanımlanmasını İyileştirmek’ olarak belirtmiş (NPSF 2018b). |
| 2003 | Kanada’da CPSI kurulmuştur (CPSI 2008). |
| 2004 | 57. Dünya Sağlık Asamble’sinde “Uluslararası Hasta Güvenliği Birliği”nin kurulması fikri ortaya atılmıştır (WHO 2004). |
| 2006 | Avustralya Sağlık Hizmetleri Güvenlik ve Kalite Komisyonu (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care-ACSQHC) kurulmuştur (ACSQHC 2018). |

Hasta güvenliğinin Türkiye’deki tarihsel gelişiminin kronolojik sıraya göre özeti aşağıda yer almaktadır.

Tarih	Hasta Güvenliği İle İlgili Gelişme
1990	1990’lı yıllarda sağlıkta reform hareketleri (Akdağ 2008).
2000	2000’li yıllarda sağlıkta özelleştirme, özel hastanelerde başlayan kalite ve akreditasyon çalışmaları kamu hastanelerinde devam etmiştir (Akdağ 2008).
2003	Sağlık Bakanlığı uluslararası boyutta hasta güvenliği toplantıları yapmaya başlamıştır, bu toplantılarda hastanelerin kalite standartları belirlenmiştir (Ardahan ve Alp 2015).
2007	Sağlık Bakanlığı “Ulusal Hastane İnfeksiyonu Sürveyans Programı” nı aktif hale getirmiştir (Erayman 2009).
2009	Sağlık Bakanlığı “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” yayınlamıştır (Resmi Gazete 2009).

2.4. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri

Uluslararası hasta güvenliği hedefleri bilim ve teknolojiye bağlı olarak çok hızlı bir gelişim göstermektedir. Uluslararası Kalite Komisyonu (Joint Commission International-JCI) akreditasyonu küresel sağlık bakımında altın standart olarak kabul edilmektedir. JCI Dünya genelinde pratik, hasta odaklı çözümler sunmak için gayret gösteren, sağlık uzmanlarından oluşan bir ekibe sahiptir. Yetkili uzmanlardan, memurlardan ve yönetimden danışmanlara kadar hasta güvenliği uygulamalarının sürekli iyileştirilmesine yönelik çalışan bir kurumdur. Uluslararası hasta güvenliği hedefleri JCI tarafından belirlenmiştir ve son olarak 2018 yılında güncellenmiştir (JCI 2018c).

“Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri” şunlardır:

- Hedef 1: Hastanın Doğru Kimliklendirilmesi/Tanımlanması
- Hedef 2: Etkili İletişimin Sağlanması/Arttırılması
- Hedef 3: Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin Sağlanması/İyileştirilmesi
- Hedef 4: Doğru Taraf, Doğru Prosedür ve Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması
- Hedef 5: Sağlık Bakımı ile İlişkili Enfeksiyon Riskinin Azaltılması
- Hedef 6: Düşmelerden Kaynaklanan Hasta Yaralanma/Zarar Görme Riskinin Azaltılmasıdır (JCI 2018d).

2.4.1. Hedef 1: Hastanın Doğru Kimliklendirilmesi/Tanımlanması

Hastanın doğru olarak kimliklendirilmesi, sağlık bakım hizmeti sunan tüm sağlık kuruluşlarında hasta ya da sağlıklı bireylere yapılan tüm uygulamalarda hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli adımlardan biri olarak kabul edilmektedir (Dilmen 2016). Kimliklendirmenin temel amacı, sunulan sağlık bakım hizmetini doğru hastanın almasını sağlayarak olası hataları önlemektir (Özdemir 2014). Hastaları tanımlamak için kimlik bilgilerinden hasta adı soyadı, doğum tarihi, protokol numarası, T.C. kimlik numarası gibi bilgilerden en az iki tanesi kullanılmalıdır. Hastaları tanımlamak için oda ya da yatak numarası kullanılmamalıdır (Akman 2010, Görgülü ve Dinç 2011, JCI 2018). Hastanın kliniğe yatışı ile birlikte bileğine takılan kol bandı ya da barkotlu kol bandı hastaya yapılacak her türlü tıbbi tedavi ve bakımdan kaynaklanacak hataları önlemeye/azaltmaya yardımcı olmaktadır (Hasta Kimliklendirme Uygulama Talimatı 2017, JCI 2018d). Hastaneye yatışı yapılan her hastaya BEYAZ renkli, alerjisi olan hastalar için KIRMIZI renkli, bulaşıcı hastalığı olan hastalar için SARI renkli, Aynı klinikte yatan aynı isimli hastalar için LACİVERT renkli bileklik takılması standart bir uygulama olarak kullanılmaya başlanmıştır. Doğumdan önce anneye BEYAZ bileklik takılırken doğumdan sonra bebeğin cinsiyetine göre MAVİ ya da PEMBE renkli bileklik takılır. Ayrıca anne ve bebeğin bilekliğinin seri numarasının aynı olması gerekmektedir (Dilmen 2016, Hasta Kimliklendirme Uygulama Talimatı 2017). Hastanın doğru

olarak kimliklendirilmemesi durumunda tedavi ve bakım uygulamalarının yanlış hastaya yapılması bir hastanın kendisi için planlanan bakım ve tedaviden yararlanamamasına neden olurken diğer hastanın fazladan tedaviye maruz kalmasına ve buna bağlı zarar görmesine neden olmaktadır (Dilmen 2016).

2.4.2. Hedef 2: Etkili İletişimin Sağlanması/Arttırılması

Etkili iletişiminin sağlanmasında iletişim için doğru zamanın belirlenmesi, iletilmek istenen mesajın belirsizlik taşıması kadar iletişimin açık, net, kısa ve alıcı tarafından doğru anlaşılan destekleyici, hataları önleyen/en aza indirgeyen ve hasta bakımına pozitif katkı sağlayan nitelikte olması istenmektedir (Wahr ve ark. 2013, JCI 2010, Önler 2010).

Sağlık Bakanlığı, sağlık ekibini; bilgileri, becerileri, yetkileri ve sorumlulukları yönünden birbirlerini tamamlayarak, aynı amaç için bir arada çalışan, farklı meslek üyelerinden oluşan grup olarak tanımlamaktadır (Resmi Gazete 2011). Ekip içi iletişim sağlık kurumlarında sunulan hizmetin kalitesini ve hasta güvenliğini etkileyen önemli bir faktördür (Önler 2010) Literatürde ekip çalışması ve etkin iletişim sayesinde daha iyi bir çalışma ortamının oluştuğu, çalışanların iş doyumlarının ve kurumda çalışmaya devam etme isteklerinin arttığı, çalışan memnuniyetini yükselttiği bildirilmektedir (Yalçınkaya 2010, Kalisch ve Lee 2013, Muller ve ark, 2014)

İletişim ile ilgili olarak hasta güvenliğini tehdit eden, en fazla sorun yaşanan alanlardan birisi hekim istemleridir (Önler 2010). Hekim istemleri yazılı ya da sözlü olabilmektedir. Yazılı istem elektronik değil ise yaşanan en büyük sorun okumadan kaynaklı hataların olmasıdır (Ulusoy ve Görgülü 2001, JCI 2010). Buna karşılık sözlü istemlerde telaffuz, aksan, gürültü, maske kullanımı, net olmayan konuşma ve yorgunluktan kaynaklı daha fazla sorun ve hatalar oluşmaktadır (Önler 2010, Yeniterzi 2013).

2.4.3. Hedef 3: Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin Sağlanması/İyileştirilmesi

İlaç güvenliği; hasta güvenliğinin ve çalışan güvenliğinin sağlanmasında/sürdürülmesinde zorunlu olarak dikkat edilmesi gereken bir unsur olduğundan sağlık bakım hizmeti veren tüm birimlerde ilaç güvenliğini sağlayacak çalışmaların titizlikle planlanması ve uygulanması önem arz etmektedir (Sağlık Bakanlığı 2015a).

İlaç uygulamaları multisistem ve multidisipliner bir süreçtir. İlaç tedavisi istem etme, istemin alınması, ilacın hazırlanması ve uygulanması olmak üzere dört aşamadan oluşan sürecin doğru bir şekilde gerçekleştirilmesi ile tamamlanır. Bu süreçte oluşan hatalar, ilaçların istem edilmesinden uygulanmasına kadar olan tüm aşamalarda meydana gelebilmektedir. İstem etme sırasında oluşan hatalardan doktorlar/hekimler sorumlu iken, hazırlama ve uygulama aşamasındaki hatalardan ise hemşireler sorumludur. Uygulama aşamasında hataları düzeltme olanağı sınırlıdır ve yapılan hatalar, doğrudan hastaya zarar vermektedir (THD 2009).

Orijinal ambalajında uyarıcı bir unsur bulunmayan yüksek riskli ilaçlar için uyarıcılar (kırmızı etiket) kullanılmalıdır. Yüksek riskli ilaçlar diğer ilaçlarla karışmayacak şekilde depolanmalıdır. Depo için bir yerleşim planı bulunmalı ve sık sık güncellenmelidir (Sağlık Bakanlığı 2015a).

2.4.4. Hedef 4: Doğru Taraf, Doğru Prosedür ve Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması

Güvenli cerrahi; bireyin ameliyat edilmesi amacıyla hastaneye yatışından başlayıp taburculuğuna kadar devam eden ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemleri kapsayan tedavi ve bakım sürecinde, hastayı oluşabilecek önlenemez hatalara karşı korumak ya da hataları en aza indirmek olarak tanımlanmaktadır (Candaş ve Gürsoy 2015).

DSÖ, 2007-2008 yılları arasında 25 ülkenin ulusal düzeyde katıldığı “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarı” projesini başlatarak cerrahide hasta güvenliğine dikkat çekmiştir. Bu proje kapsamında cerrahi hastalarının güvenliğini sağlamaya

yönelik birçok uygulama rehberi geliştirilmiştir (Haynes ve ark. 2009, Hurdato 2012).

DSÖ Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi için minimum standartları tanımlamış ve klinik disiplinler arasında iyi bir iletişim ve takım çalışması sağlamayı hedeflemiştir. Kontrol Listesi, ameliyatların güvenliğini artırmayı ve gereksiz cerrahi komplikasyonları azaltmayı hatta ölümleri engellemeyi amaçlayarak oluşturulmuştur. Bu gelişmeler doğrultusunda Türkiye’de Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından 2009 yılında uzman görüşleri ve ülke öncelikleri dikkate alınarak “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL)” kullanıma sunulmuştur. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi’nin uygulanmasına yönelik hazırlanmış olan bu rehber, ameliyat ekibinde yer alan cerrahlar, anestezi görevlileri, hemşireler, teknisyenler ve ameliyatla ilgisi olan diğer ameliyathane görevlilerini kapsamaktadır (Sağlık Bakanlığı 2015b)..

2.4.5. Hedef 5: Sağlık Bakımı İle İlişkili Enfeksiyon Riskinin Azaltılması

Hastada sağlık kurumunda bakım ya da diğer sağlık hizmetleri sunulması sırasında gelişen ve o kuruma başvuru sırasında var olmayan ya da kuluçka döneminde olmayan enfeksiyonlar “sağlık bakımı/hizmeti ilişkili enfeksiyonlar” olarak tanımlanmaktadır.

Hastane kaynaklı enfeksiyonlar hastanede yatış süresinin uzamasına, fazla sayıda ilaç kullanımına, gereksiz/plan dışı laboratuvar ya da diğer tanı yöntemlerinin kullanılmasına bağlı nedenlerle maliyetlerin artmasına, hastalarda fonksiyonel bozukluklara/kayıplara, duygusal strese, yaşam kalitesinin azalmasına, iş gücü ve üretkenlik kaybına daha önemlisi hastanın ölümüne neden olmaktadır (Ertek 2008).

Türkiye’de “Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği” 11 Ağustos 2005 tarihli 25903 sayılı resmi gazetede yayınlanmış ve 25 Haziran 2011 tarihli 27975 sayılı gazetede güncellenmiştir. Bu yönetmeliğe göre; yataklı tedavi kurumlarında sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen enfeksiyon hastalıklarını önlemek ve kontrol altına almak, konu ile ilgili sorunları tespit etmek, çözümüne yönelik faaliyetleri düzenleyip yürütmek ve yataklı tedavi kurumları düzeyinde

alınması gereken kararları gerekli mercilere iletmek üzere, enfeksiyon kontrol komitesinin oluşturulması gerekmektedir (Resmi Gazete 2011).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi'ne (Centers for Disease Prevention and Control-CDC) göre hastane enfeksiyonlarından korunmada en basit ve en temel yaklaşım el yıkama olduğu belirtilmiştir. El yıkama ile mortalite, morbidite ve maliyet oranlarının azaldığı vurgulamaktadır (CDC 2005).

2.4.6. Hedef 6: Düşmelerden Kaynaklanan Hasta Yaralanma/Zarar Görme Riskinin Azaltılması

Hasta düşmeleri, yaralanma ve ölümlere neden olması, bakım kalitesini azaltması, bakım gereksinimi ve maliyeti artırması, işgücü kayıplarına sebep olması gibi ciddi sonuçlar doğurduğu için düşmelerin önlenmesi büyük önem taşımaktadır (Barış ve İntepeler 2017).

Literatürde, hasta düşmelerini önlemek için yapılması önerilen çeşitli uygulamalar bulunmaktadır. Bunlar; hasta düşme riskinin değerlendirilmesi, yüksek riskli hastaların yataklarına düşme riski levhalarının asılması (örn., dört yapraklı yonca), yüksekliği ayarlanabilir yatakların en alt seviyede tutularak kullanılması, ortam aydınlatmasının yeterli olması, hastanın mobilizasyon sırasında desteklenmesi, hasta odalarında, banyolarda ve servis koridorlarında tutamakların bulundurulması, servis, banyo ve tuvalet zeminlerinin kuru tutulması, hastalara çorap ya da kaymayan ayakkabıların giydirilmesi, hastaların kullandığı ilaçların incelenmesi, hasta ve hasta yakınlarına eğitim verilmesi, hasta transferinde gerekli önlemlerin alınması, yatak ve sandalyelerin frenlerin kapalı tutulması konularını içermektedir (Moore ve Van Gilder 2006, Özmen ve Başol 2010, Sağlık Bakanlığı 2012, Özden 2013, Barış ve İntepeler 2017).

2.5. Sağlıkta Renkli Kod Uygulaması

Sağlık bakım hizmetinin sunulduğu alanlarda acil müdahale gerektiren çeşitli riskler bulunmaktadır. Bu riskleri tespit etmek ve yönetmek amacıyla tüm dünyada uygulanan önemli araçlardan biriside renkli kod uygulamasıdır (Sağlık Bakanlığı 2017).

Türkiye’de sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında oluşturulan renkli kod uygulamalarından mavi kod 2008 yılında, pembe kod 2009 yılında, beyaz kod 2011 yılında ve kırmızı kod 2015 yılında kullanılmaya başlanmıştır. **Beyaz Kod (1111)** sağlık kurum ve kuruluşunda görevli personele yönelik şiddet riski olduğunda ya da şiddet uygulaması halinde kullanılması istenen acil uyarı kodudur. **Mavi Kod (2222)** acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan hastalar, hasta yakınları ve tüm hastane personeline en kısa sürede müdahale edilmesini sağlayan acil durum kodudur. **Pembe Kod (3333)** sağlık kurum ve kuruluşunda bebek ya da çocuk kaçırma durumları için kullanılan bir koddur. **Kırmızı Kod (4444)** ise, sağlık kurum ve kuruluşlarında çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek/önlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur (Sağlık Bakanlığı 2017).

2.6. Hasta Güvenliğinde ve Hasta Güvenliği Kültüründe Hemşirenin Sorumlulukları

Uluslararası Hemşirelik Konseyi tarafından 2002 yılında oluşturulan ve 2012 yılında güncellenen dokümana göre kaliteli sağlık hizmeti ve hemşirelik bakımı sunulmasında hasta güvenliği en temel unsur olarak ifade edilmektedir (ICN 2012).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi hasta güvenliğinin sağlanmasında hemşirelerin sorumluluklarını şu şekilde sıralamıştır.

- Hastaları ve aileleri olası riskler hakkında bilgilendiriniz.
- Olumsuz olayları derhal uygun yetkililere bildirin.
- Güvenlik ve bakım kalitesini değerlendirmede aktif rol alınız.
- Hastalar ve diğer sağlık profesyonelleri ile iletişiminizi geliştiriniz.
- Olumlu çalışma ortamları için savunuculuk yapınız.
- Sıkı enfeksiyon önleme ve kontrol programlarının kullanılmasını teşvik ediniz.
- Standartlaştırılmış tedavi politikalarını ve hataları en aza indiren protokolleri oluşturmak için görüşmeler yapınız.

- Eczacıları, hekimleri ve diğer sağlık profesyonellerini temsil eden meslek kuruluşları ile ilaçların ambalajlanmasını ve etiketlenmesini geliştirmek için işbirliği yapınız.
 - Güvenli bakım sağlamak için yeterli personel sayısı, uygun becerilerin bir arada kullanılması ve yeterli malzeme kaynağı oluşturmak için gerekli görüşmeleri yapınız.
 - Eğitim ve araştırmaları içeren hasta güvenliğini artıracak önlemleri destekleyiniz.
 - Olumsuz olayların raporlanması konusunda net politikaların geliştirilmesine ve uygulanmasına katılınız. Bu konuda hastalara ve ailelerine açıklama yapınız.
 - Olumsuz olayları kaydetmek, analiz etmek ve öğrenmek için ulusal raporlama sistemleriyle işbirliği yapınız.
 - Akreditasyon yoluyla, hasta güvenliğinde mükemmellik için bir ölçüt sunan sağlık hizmeti sağlayıcılarının özelliklerini tanımak için mekanizmalar geliştiriniz.
- (ICN 2012).

2.7. İş Doyumu

Küresel olarak bütün sağlık bakım sistemlerinde maliyet etkin ve kaliteli bakım verme, hastaneden erken taburculuk, akut ve kronik sağlık sorunları olan hastaların bakım yükü gibi konular gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Sağlık hizmetleri sistemindeki bu artan değişiklikler ve beklentiler, bakımın kalitesini, hemşirelerin iş doyumunu ve hastaların bakım algısını etkilemektedir (Dharitri 2016).

Kelime olarak “iş” için TDK birden fazla tanım yapmıştır. Bu tanımlardan bazıları “*bir sonuç elde etmek, herhangi bir şey ortaya koymak için güç harcayarak yapılan etkinlik, çalışma, bir değer yaratan emek, birinden istenen hizmet veya birine verilen görev*”dir. Kişisel, duygusal ve sosyal olmak üzere birçok farklı boyutu olan doyum ise “*eldekenden hoşnut olma durumu, doyma işi, yetinme, kanma, kanaat, bazı istekleri giderme, tatmin*” anlamlarına gelmektedir (TDK 2018). İş doyumunu ile

ilgili yapılan çalışmaların 1930'lu yıllardan sonra hızlandığı belirtilmektedir (Karakoç 2016). İş doyumunun birçok tanımı yapılmış olup literatürde rastlanan ilk tanımlardan birisi Zhu'nun (2013) aktardığına göre Hoppock tarafından 1935 yılında yapılmıştır. Hoppock "*iş doyumunu bir insanın işinden memnun olduğunu söylemesine neden olan psikolojik, fizyolojik ve çevresel koşulların herhangi bir kombinasyonu*" olarak tanımlamıştır (Azırı 2011, Zhu 2013).

İş doyumunu, bireyin tutumları ve inançları davranışlarını etkilediği için önemlidir (Patsey 2017). Genellikle yaşadığı olumsuz deneyimlere rağmen birey bulunduğu kurumda çalışmayı sürdürmeye karar verdiğinde algıladığı olumsuzluğu ilişkilerine, davranışlarına, tutumlarına yansıtmaktadır. Bu durumda istenilen iş verimi ve doyumunu azaltmakta, hem bireyi etkileyen hem de kurum başarısını azaltan olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Fidan ve ark. 2016).

İş doyumunu etkileyen faktörler bireysel ve çevresel/örgütsel özellikler olmak üzere iki grup altında toplanmaktadır. Belli bir gelişme düzeyine gelen bireylerin farklı değerleri, inançları, tutumları, becerileri ve bilgileri bulunmakta ve bunların etkilediği farklı davranışları, algılamaları, iş yaşamından beklentileri ve iş yaşamına katılma durumlarının değişiklik gösterdiği bilinmektedir (Bayrak 2004, Karakoç 2016).

Literatürde iş doyumunu etkileyen yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, statü/konum, sosyo-kültürel çevre, kişilik yapısı, medeni durum, hizmet süresi ve zeka gibi özellikler bireysel faktörler içerisinde yer almaktadır (Bayrak 2004, Durmuş ve Günay 2007, Bellou 2010, Park ve ark. 2012, Çalışkan, 2014). Bahsedilen bireysel özelliklerin yanı sıra iş doyumunu etkileyen işin niteliği, alınan ücret/maaş, çalışan güvenliği, gelişme ve yükselme olanakları, çalışma koşulları, yönetim biçimi, ödüllendirme ve iş ortamındaki ilişkiler gibi faktörler ise çevresel/örgütsel özelliklerden bazılarıdır (Bayrak 2004, Durmuş ve Günay 2007, Park ve ark.2012, Çalışkan 2014).

2.8. Hemşirelerde İş Doyumu

Hemşirelerde iş doyumunun verimlilik, devir hızı, işe gelmeme ve hasta sonuçlarına bağlı olduğu ifade edilmektedir (Prosen ve Pikar 2013). Hemşirelik;

farklı gün ve saatlerde nöbet usulü çalışılan, görev ve sorumluluklarını yerine getirirken sağlığı tehdit eden risklerle karşı karşıya kalan, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması nedeniyle zamanla yarışan, farklı teknolojileri bir arada kullanan ve yeni teknolojileri takip etmek zorunda olan, hasta, ailesi ve diğer sağlık profesyonelleri ile etkili iletişim kurması gereken, toplum içindeki mesleki saygınlığı yetersiz olan, ücret konusunda yetersizlikler ve eşitsizlikler ile mücadele eden bir meslek olup diğer mesleklere göre iş doyumsuzluğu açısından çok daha riskli olduğu belirtilmektedir (Durmuş ve Günay 2007, Bilazer ve ark. 2008, Yüksel-Kaçan ve ark. 2016).

Hemşirelerde iş doyumunun düşük olması ya da iş doyumsuzluğu durumunda sağlık bakım hizmetlerinin yavaşlaması ya da yetersiz hale gelmesi, hasta bakım kalitesinin azalması gibi olumsuz hasta sonuçlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Yüksel-Kaçan ve ark. 2016).

Hemşirelerde iş doyumunun yüksek olması moral düzeyinin artmasında, kuruma ve mesleğe bağlılık hissetmelerinde ve hemşirelikte kalma kararının devam etmesinde, güvenli ve kaliteli hasta bakımının verilmesinde etkili bir unsur olarak görülmektedir (Tilev ve Beydağ 2014). Hemşirelerin iş doyumunu yalnızca hemşirelik kalitesini etkilemekle kalmayıp aynı zamanda hasta memnuniyetini de etkileyen sağlık bakım kurumları için önemli bir faktördür (Lorber ve Savic 2012). Ulusoy ve Alpar'ın (2013) çalışmasında meslektaş dayanışmasının iş doyumunu artırdığı belirlenmiştir. Lorber ve Savic'in (2012) araştırmasında iş doyumunun bir kurumun başarısında önemli bir faktör olduğu ifade edilmiştir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, hemşirelerde hasta güvenliği ve iş doyumunu etkileyen unsurların neler olduğu ve hasta güvenliği kültürü ile iş doyumunu arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Sağlık Bakanlığı Kars Harakani Devlet Hastanesi (KHDH), Sağlık Bakanlığı Ardahan Devlet Hastanesi (ADH) ve Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi'nde (KÜSAUMH) yapılmıştır.

KHDH 1992 yılından itibaren hizmet vermekte olup 276 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede toplam 205 hemşire görev yapmaktadır. Diyaliz servisi hariç tüm servislerde hemşireler, hafta içi 08:00-16:00 ve 16:00-08:00 olmak üzere iki vardiya, hafta sonu ise 08.00-08.00 tek vardiya, Diyaliz servisindeki hemşireler Pazar günü hariç haftanın 6 günü 07:30- 17:00 tek vardiya halinde çalışmaktadırlar.

ADH 1995 yılından itibaren hizmet vermekte olup 150 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede toplam 85 hemşire görev yapmaktadır. Tüm servislerde hemşireler, hafta içi 08:00-16:00 ve 16:00-08:00 olmak üzere iki vardiya, hafta sonu ise 08:00-08:00 tek vardiya halinde çalışmaktadırlar.

KÜSAUMH 2011 tarihinden itibaren hizmet vermekte olup 276 yatak kapasitelidir. Hastanede toplam 135 hemşire görev yapmaktadır. Tüm servislerde hemşireler hem hafta içi hem de hafta sonu 08:00-16:00 ve 16:00-08:00 olmak üzere iki vardiya halinde çalışmaktadırlar.

Hemşirelik hizmetleri KHDH ve ADH'de bakım hizmetleri müdürlüğü tarafından, KÜSAUMH'de ise başhemşirelik tarafından yürütülmektedir.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı Kars Sarıkamış Devlet Hastanesi (KSDH) Kars ilinin en büyük ilçe hastanesi olması nedeniyle ön uygulama için seçilmiştir. KSDH 1964

yılından itibaren hizmet vermekte olup 50 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede toplam 50 hemşire görev yapmaktadır. Tüm servislerde hemşireler, 08:00-16:00 ve 16:00-08:00 olmak üzere iki vardiya, hafta sonu ise 08:00-08:00 tek vardiya halinde çalışmaktadırlar.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kars Harakani Devlet Hastanesi (KHDH) 205, Ardahan Devlet Hastanesi (ADH) 85 ve Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi (KÜSAUMH) 135 olmak üzere toplam 425 hemşire oluşturmaktadır.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada 317 hemşireye ulaşılmış ve çalışmanın amacı belirtilerek açıklama yapılmıştır. Ancak 44 hemşire çalışmaya katılmayı kabul etmediğinden araştırmaya gönüllü olarak KÜSAUMH'den 102, KHDH'den 106 ve ADH'den 65 olmak üzere toplam 273 hemşire katılmıştır. Ayrıca KHDH'de 6 ve KÜSAUMH'de 7 veri toplama formu eksik doldurulduğundan değerlendirme dışında tutulmuştur. Araştırma 260 (%61.2) hemşire ile tamamlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla hazırlanan form (EK-1) üç bölümden oluşmaktadır. I. Bölümde "Tanıtıcı Özellikler Formu-TÖF", II. Bölümde "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği-HGKÖ", III. Bölümde ise, "Hemşirelerde İş Doyumu Ölçeği-HİDÖ" yer almaktadır.

3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Tanıtıcı Özellikler Formu, kapalı uçlu 26 sorudan (çalıştığı kurum, yaş, cinsiyet, medeni durum, en son tamamladığı eğitim programı, çalıştığı birim, işini yeteneklerine uygun bulma, iş yerinde kararların alınmasına katkıda bulunma, kurumunda yürütülen kalite çalışmaları, kalite eğitimi alma durumu vb.) oluşmaktadır.

3.4.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

“Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” (HGKÖ) Türkmen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup geçerlilik ve güvenilirliği 2011 yılında yapılmıştır. Toplamda 51 maddeden oluşan 4’lü likert tipli bir ölçektir. Ölçek maddeleri 1 “Tamamen Katılmıyorum”, 2 “Katılmıyorum”, 3 “Katılıyorum”, 4 “Tamamen Katılıyorum” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin 5 alt boyutu bulunmaktadır. Bu alt boyutlar; yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi ve bakım ortamıdır. Ölçeği değerlendirirken; toplam 51 maddenin puan ortalaması alınır, alt boyut maddelerinin kendi aralarında puan ortalaması alınır, ölçek puan ortalaması 2’nin üzerinde ve artıyor ise olumlu hasta güvenliği kültürünü, 2 ve 2’nin altında ise, olumsuz hasta güvenliği kültürünü göstermektedir. HGKÖ’nin Cronbach’s Alfa güvenilirlik katsayısı 0.97 olarak bulunmuştur (Türkmen ve ark, 2011). Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin alt boyutları Tablo 3.1.’de gösterilmiştir. Bu araştırmada HGKÖ Cronbach’s Alfa güvenilirlik katsayısı 0.95 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3.1. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Alt Boyutları

Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı
Yönetim ve Liderlik	17 Madde (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17)
Çalışan Davranışı	14 Madde (18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31)
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	5 Madde (32, 33, 34, 35, 36)
Çalışanların Eğitimi	7 Madde (37, 38, 39, 40, 41, 42, 43)
Bakım Ortamı	8 Madde (44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51)
Toplam Madde Sayısı	51 Madde

3.4.3. Hemşirelerde İş Doyumu Ölçeği

“Hemşirelerde İş Doyumu Ölçeği” (HİDÖ) Japonya’da Muya ve arkadaşları tarafından 2014 yılında geliştirilmiştir. Türkçe’ye uyarlama geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Yılmaz ve Yıldırım tarafından 2016 yılında yapılmıştır. HİDÖ 27 madde ve 4 alt boyuttan oluşmakta olup 5’li likert tipi bir ölçektir. Ölçek maddeleri 1 “Kesinlikle Katılmıyorum”, 2 “Katılmıyorum”, 3 “Kararsızım”, 4 “Katılıyorum”, 5 “Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek alt boyutları; işle ilgili olumlu duygular, üstlerden uygun destek, iş yerinde algılanan önem ve keyifli çalışma ortamıdır. Ölçeği değerlendirmek için; toplam 27 maddenin puan ortalaması alınır, alt boyutların da tek tek puan ortalaması alınır. Ölçekten alınan toplam puan 5’e doğru yaklaştıkça iş doyumunu yüksek, 1’e doğru yaklaştıkça iş doyumunu düşük olarak değerlendirilmektedir. Madde 6 (işimin anlamsız olduğunu düşünüyorum) ve Madde 20 (hekimlere, fikirlerimi belirtemem) tersten puanlanmaktadır. HİDÖ’nin Cronbach’s Alfa güvenilirlik katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur. İş Doyumu ölçeğinin alt boyutları Tablo 3.2.’de gösterilmiştir. Bu araştırmada HİDÖ Cronbach’s Alfa güvenilirlik katsayısı 0.91 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3.2. Hemşirelerde İş Doyumu Ölçeğinin Alt Boyutları

Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı
İşle İlgili Olumlu Duygular	8 Madde (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)
Üstlerden Uygun Destek	6 Madde (9, 10, 11, 12, 13, 14)
İş Yerinde Algılanan Önem	8 Madde (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22)
Keyifli Çalışma Ortamı	5 Madde (23, 24, 25, 26, 27)
Toplam Madde Sayısı	27

3.5. Verilerin Toplanması

Tanıttıcı Özellikler Formu’nun anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla KSDH’de ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama için başhemşire ve servis sorumlu hemşireleri ile görüşülerek araştırma hakkında bilgi verilmiş ve sözel izinleri alınmıştır. Servis hemşirelerine, araştırma hakkında açıklama yapılarak bilgi verilmiş ve çalışmaya

katılmayı gönüllü olarak kabul eden 8 hemşireye TÖF, HGKÖ ve HİDÖ'den oluşan veri toplama formu verilerek doldurmaları sağlanmıştır. Veri toplama formunun yanıtlanması için gereken ortalama süre 7-15 dakikadır. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlara göre TÖF'de gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Araştırma verilerinin toplanmasına 1 Ağustos 2017 tarihinde ADH'de başlanmış, 10 Ağustos 2017 tarihinde ADH'de uygulama tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasına 8 Ağustos 2017-22 Eylül 2017 tarihleri arasında KHDH'de, 8 Şubat 2018-09 Mart 2018 tarihleri arasında KÜSAUMH'de devam edilmiştir. Veri toplama formlarının uygulanması için hemşirelerin az yoğun olduğu, iş akışını bozmayacak saatler belirlenmiştir. Veri toplamaya başlamadan önce servis sorumlu hemşirelerine bilgi verilmiştir. Hemşirelere veri toplama formu verilerek araştırmacının bulunduğu ortamda doldurmaları sağlanmıştır. Araştırma süresince ulaşılamayan hemşirelerin çalışma günleri ve saatleri vardiya listesinden öğrenilmiş, belirlenen gün ve saatte tekrar gidilerek veri toplama formunu doldurmaları sağlanmıştır. Uygun olmayan hemşirelerden uygun oldukları gün ve saat için randevu alınarak uygulama yapılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hemşirelere araştırma hakkında açıklama yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır. Araştırmada kullanılan "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği"nin (Ek-2) ve "Hemşirelerde İş Doyumu Ölçeği"nin (Ek-3) kullanılabilmesi için izin alınmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 27 Nisan 2017 tarih ve 80576354-050-99/89 sayılı yazı ile etik izin alınmıştır (Ek-4). Araştırma uygulamasının gerçekleştirilebilmesi için; Ardahan Devlet Hastanesi'nden (Ek-5), Kars Harakani Devlet Hastanesi'nden (Ek-6), Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır (Ek-7).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmacı tarafından SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Science) paket programında değerlendirilmiştir. Hemşirelere ait tanıtıcı özellikler formunda yer alan soruların sayı ve yüzdeleri hesaplanmıştır. Tanıtıcı özellikler formunda bulunan 2., 12, 13., 14., 16., 26. soruların ortalamaları alınarak gruplandırılmıştır.

Her bir hemşire için “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” ve “ Hemşirelerde İş Doyumu Ölçeği” ölçek toplam puanı ve ölçek alt boyut puan ortalamaları hesaplanmıştır. Ölçeklerden alınan puan ortalamalarının bağımsız değişkenlere göre normal dağılım gösterip göstermedikleri Kolmogorov-Smirnov (KS) testi ile sınıanmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin analizinde parametrik testlerden Anova (F) ve t-Testi (t), normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde non-parametrik testlerden Mann Whitney U (Z) ve Kruskal Wallis H (KW) testleri kullanılmıştır. “Hasta Güvenliği Kültürü” ile “Hemşirelerde İş Doyumu” arasındaki ilişkinin varlığına HGKÖ toplam puan ortalaması normal dağılım göstermediğinden korelasyon bivariante sperman korelasyon ile bakılmıştır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma Kars ilinde bulunan Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi, Kars Harakani Devlet Hastanesi ve Ardahan ilinde bulunan Ardahan Devlet Hastanesi’nde çalışan hemşirelerle sınırlıdır ve bu hemşirelere genellenebilir.

4. BULGULAR

Hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün ve iş doyumunun karşılaştırmalı analizini yapmak amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın bulguları bu bölümde sunulmuştur.

Tablo 4.1: Hemşirelerin Bazı Bağımsız Değişkenlerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamaları ve İş Doyumu Ölçeğinin Puan Ortalamaları Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	N	%	HGKÖ				HİDÖ					
			Min.	Max.	Median	S.E.	P	Min.	Max.	Med./ Mean	S.E.	P
Çalışılan Kurum												
KÜSAUH	95	36.5	1.12	4.00	2.80	0.051	0.408	1.44	4.67	3.26	0.066	0.230
KHDH	100	38.5	1.57	4.00	2.78	0.045	KW= 1.793	1.30	5.00	3.35	0.073	F=1.478
ADH	65	25	1.47	3.88	2.90	0.059		1.63	4.89	3.45	0.082	
Cinsiyet												
Kadın	231	88.8	1.12	4.00	2.80	0.031	0.880	1.30	4.89	3.33	0.045	0.525
Erkek	29	11.2	1.45	3.94	2.80	0.092	Z=-0.151	2.07	5.00	3.42	0.131	t=-0.637
Medeni Durum												
Evli	135	51.9	1.12	4.00	2.82	0.040	0.348	1.44	5.00	3.40	0.056	0.174
Bekâr	125	48.1	1.45	3.94	2.78	0.043	Z=-0.938	1.30	4.89	3.28	0.064	t=1.363
Çocuk Sahibi Olma Durumu												
Var	109	41.9	1.12	4.00	2.82	0.046	0.315	1.59	4.89	3.42	0.061	0.113
Yok	151	58.1	1.45	3.94	2.78	0.038	Z=-1.005	1.30	5.00	3.28	0.058	t=1.592
Çocuk Sayısı												
1	48	44.0	2.02	3.51	2.78	0.053	0.035	2.15	4.26	3.25	0.074	0.024
2	51	46.8	1.12	4.00	2.96	0.080	KW= 6.697	1.59	4.89	3.60	0.102	F=3.193
3	10	9.2	1.98	2.94	2.74	0.108		2.70	3.93	3.33	0.127	
Evli İse Eşinin Çalışma Durumu												
Çalışıyor	122	90.4	1.12	4.00	2.82	0.043	0.124	1.44	4.81	3.37	0.057	0.152
Çalışmıyor	13	9.6	2.31	3.94	2.98	0.126	Z=-1.537	2.19	5.00	3.64	0.210	t=-1.441
Birlikte Yaşadığı Kişiler												
Yalnız	59	22.7	1.57	3.88	2.84	0.058	0.496	1.30	4.70	3.29	0.088	0.673
Eş/ Çocuklar	121	46.5	1.12	4.00	2.82	0.043	KW= 2.387	1.44	5.00	3.39	0.060	F=0.514
Anne/Baba/Kardeş	47	18.1	1.45	3.82	2.76	0.074		1.44	4.67	3.35	0.109	
Diğer	33	12.7	1.47	3.84	2.75	0.080		1.63	4.89	3.24	0.118	

Tablo 4.1. Hemşirelerin Bazı Bağımsız Değişkenlerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamaları ve İş Doyumu Ölçeğinin Puan Ortalamaları Dağılımı (Devam)

Tanıtıcı Özellikler	N	%	HGKÖ				HIDÖ					
			Min.	Max.	Median	S.E.	P	Min.	Max.	Med./Mean	S.E.	P
Gelir Durumu												
Gelirim Giderimden Fazla	49	18.9	1.73	3.94	2.82	0.074	0.496	1.59	5.00	3.22	0.099	0.779
Gelirim ve Giderime Eşit	135	51.9	1.12	4.00	2.80	0.040	KW _{0.424}	1.44	4.81	3.37	0.061	KW = 0.500
Gelirim Giderimden Az	76	29.2	1.80	4.00	2.79	0.052		1.30	5.00	3.33	0.042	
En Son Tamamladığı Eğitim Programı												
Sağlık Mestlek Lisesi	50	19.2	1.45	3.76	2.75	0.064	0.777	1.59	4.67	3.24	0.084	0.343
Ön Lisans Programı	72	27.7	1.82	3.92	2.80	0.047	KW = 1.098	1.44	4.89	3.40	0.079	F=1.115
Lisans programı	123	47.3	1.12	4.00	2.80	0.046		1.30	5.00	3.32	0.066	
Lisansüstü	15	5.8	2.12	4.00	2.84	0.142		2.19	4.44	3.57	0.152	
Hemşirelik Mesleğini Seçme Durumu												
İsteyerek Seçtim	170	65.4	1.45	4.00	2.82	0.033	0.008	1.30	5.00	3.46	0.051	0.000
İstemeden Seçtim	90	34.6	1.12	4.00	2.67	0.055	Z=-2.637	1.44	4.78	3.12	0.071	t=3.904
Çalıştığı Bölümdeki Pozisyonu												
Hemşire	212	81.5	1.12	4.00	2.78	0.032	0.011	1.30	5.00	3.29	0.047	0.014
Sorumlu Hemşire	38	14.6	1.78	3.86	2.85	0.074	KW _{9.003}	1.59	4.59	3.55	0.113	KW = 8.538
Süpervizör Hemş./Hemş. Hiz. Müdür Yrd./Diğer	10	3.9	2.55	3.88	3.21	0.112		2.67	4.41	3.67	0.179	
Kurum Kadro Pozisyonu												
Kadrolu	174	66.9	1.12	4.00	2.78	0.036	0.295	1.30	5.00	3.33	0.053	0.737
Sözleşmeli	86	33.1	1.45	3.82	2.82	0.050	Z=-1.047	1.44	4.70	3.36	0.071	t=-0.336
Çalıştığı Birim												
Klinik/Servis	147	56.5	1.47	4.00	2.80	0.040	0.349	1.30	5.00	3.33	0.060	0.415
Yoğun Bakım/Acil/ Ameliyathane	71	27.3	1.98	3.88	2.76	0.046	KW=4.447	2.44	4.70	3.36	0.061	F=0.987
Yönetim/İdare	5	1.9	2.82	3.35	3.14	0.107		3.11	4.26	3.45	0.224	
Poliklinik	10	3.9	1.12	3.37	2.76	0.210		2.19	4.04	2.97	0.190	
Diğer	27	10.4	1.45	3.88	2.78	0.109		2.07	4.89	3.45	0.161	

Tablo 4.1. Hemşirelerin Bazı Bağımsız Değişkenlerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamaları ve İş Doyumu Ölçeğinin Puan Ortalamaları Dağılımı (Devam)

Tanıtıcı Özellikler	N	%	HGKÖ				HIDÖ				P
			Min.	Max.	Median	S.E.	Min.	Max.	Med./ Mean	S.E.	
Hekim Sayısı											
Memnunum	143	55.0	1.47	4.00	2.90	0.040	1.63	5.00	3.47	0.056	0.001 t=3.354
Memnun Değilim	117	45.0	1.12	3.88	2.75	0.041	1.30	4.70	3.19	0.062	
Hasta Sayısı											
Memnunum	108	41.5	1.12	4.00	2.96	0.049	1.63	5.00	3.61	0.062	0.000 t=5.639
Memnun Değilim	152	58.5	1.45	3.76	2.74	0.034	1.30	4.67	3.15	0.053	
Çalışma Ortamındaki Kişilerarası İlişkiler											
Memnunum	187	71.9	1.12	4.00	2.84	0.036	1.59	5.00	3.46	0.047	0.000 t=4.705
Memnun Değilim	73	28.1	1.75	3.49	2.71	0.044	1.30	4.81	3.03	0.081	
Bu Kurumda Çalışıyor Olmak											
Memnunum	137	52.7	1.57	4.00	2.96	0.039	2.22	5.00	3.64	0.048	0.000 t=8.464
Memnun Değilim	123	47.3	1.12	3.88	2.67	0.039	1.30	4.67	3.00	0.059	
Çalışılan Birim/Servis/Ünitede Çalışmaktan											
Memnunum	197	75.8	1.12	4.00	2.86	0.035	1.59	5.00	3.48	0.045	0.000 t=6.417
Memnun Değilim	63	24.2	1.75	3.45	2.69	0.046	1.30	4.26	2.89	0.084	
Hasta Güvenliğine Yönelik Eğitimler											
Memnunum	152	58.5	1.45	4.00	2.94	0.034	2.07	5.00	3.54	0.049	0.000 t=6.040
Memnun Değilim	108	41.5	1.12	3.88	2.54	0.043	1.30	4.48	3.06	0.066	
Gelir Durumu											
Memnunum	80	30.8	1.12	4.00	2.94	0.059	1.63	5.00	3.66	0.074	0.000 t=5.200
Memnun Değilim	180	69.2	1.45	3.92	2.75	0.032	1.30	4.78	3.20	0.048	
Hafta Sonu Çalışma Durumu											
Evet	198	76.2	1.47	4.00	2.80	0.033	1.30	5.00	3.31	0.048	0.229
Hayır	62	23.8	1.12	4.00	2.81	0.065	2.07	4.89	3.43	0.088	

Tablo 4.1. Hemşirelerin Bazı Bağımsız Değişkenlerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamaları ve İş Doyumu Ölçeğinin Puan Ortalamaları Dağılımı (Devam)

Tanıtıcı Özellikler	N	%	HGKÖ				HIDÖ				P	
			Min.	Max.	Median	S.E.	Min.	Max.	Med./ Mean	S.E.		
Nöbet Tutma Durumu												
Evet	187	71.9	1.45	4.00	2.80	0.035	0.544	1.30	5.00	3.29	0.051	0.079 t=-1.762
Hayır	73	28.1	1.12	4.00	2.82	0.055	Z=-0.607	2.15	4.89	3.46	0.076	
Mesleğini Sevme Durumu												
Evet	187	71.9	1.45	4.00	2.88	0.033	0.000	1.59	5.00	3.50	0.046	0.000 t=6.461
Hayır	73	28.1	1.12	4.00	2.59	0.055	Z=-4.904	1.30	4.70	2.93	0.074	
İşi Bırakma Düşüncesi												
Evet	84	32.3	1.57	4.00	2.71	0.052	0.016	1.30	4.67	3.14	0.077	0.001 t=-3.309
Hayır	176	67.7	1.12	4.00	2.83	0.035	Z=-2.412	1.59	5.00	3.44	0.049	
Çalıştığı Kurumda Hasta Güvenliği Komitesinin Bulunma Durumu												
Evet	194	74.6	1.75	4.00	2.83	0.031	0.002	1.30	5.00	3.41	0.049	0.015 Z=-2.433
Hayır	66	25.4	1.12	4.00	2.75	0.065	Z=-3.130	1.44	4.70	3.24	0.082	
Daha Önce Hasta Güvenliği Hakkında Herhangi Bir Eğitim Alma Durumu												
Evet	202	77.7	1.57	4.00	2.82	0.030	0.004	1.30	4.81	3.42	0.045	0.000 t=3.661
Hayır	58	22.3	1.12	4.00	2.60	0.077	Z=-2.875	1.59	5.00	3.06	0.098	
Çalışmakta Olduğu Kurumda Hasta Güvenliğiyle Alakalı Herhangi Bir Eğitim Alma Durumu												
Evet	183	70.4	1.12	4.00	2.84	0.033	0.001	1.30	4.81	3.42	0.047	0.006 t=2.785
Hayır	77	29.6	1.45	4.00	2.63	0.057	Z=-3.284	1.44	5.00	3.16	0.086	
Çalıştığı Kurumda Hasta Güvenliğiyle Alakalı Komitede Görev Almayı İsteme Durumu												
Evet	87	33.5	1.57	3.86	2.84	0.049	0.389	1.59	4.81	3.41	0.069	0.255 t=1.141
Hayır	173	66.5	1.12	4.00	2.78	0.036	Z=-0.862	1.30	5.00	3.31	0.053	
Hastanelerde Bulunan Hasta Güvenliği Komitesinin Gerekli Olduğunu Düşünme Durumu												
Evet	227	87.3	1.73	4.00	2.82	0.029	0.001	1.30	5.00	3.39	0.044	0.002 t=3.313
Hayır	33	12.7	1.12	3.45	2.55	0.097	Z=-3.464	1.44	4.07	3.00	0.125	

Tablo 4.1. Hemşirelerin Bazı Bağımsız Değişkenlerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamaları ve İş Doyumu Ölçeğinin Puan Ortalamaları Dağılımı (Devam)

Tanıtıcı Özellikler	N	%	HGKÖ				HIDÖ				P	
			Min.	Max.	Median	S.E.	Min.	Max.	Med./ Mean	S.E.		
Kurumda Ekip Çalışmasıyla Alakalı Herhangi Bir Eğitim Alma Durumu												
Evet	143	55.0	1.80	4.00	2.92	0.035	0.000	1.44	5.00	3.56	0.051	0.000 t=6.178
Hayır	117	45.0	1.12	4.00	2.69	0.043	Z=-5.849	1.30	4.70	3.07	0.062	
İşe Başlarken Kurum Tarafından Oryantasyon Eğitimi Verilme Durumu												
Evet	167	64.2	1.57	4.00	2.86	0.033	0.000	1.30	5.00	3.50	0.048	0.000 t=5.403
Hayır	93	35.8	1.12	3.53	2.67	0.049	Z=-4.880	1.44	4.70	3.05	0.072	
Aileye Yeterli Zaman Ayırma Durumu												
Evet	73	28.1	1.12	3.94	2.92	0.056	0.002	2.07	5.00	3.68	0.069	0.000 t=5.280
Hayır	187	71.9	1.47	4.00	2.76	0.034	Z=-3.058	1.30	4.78	3.21	0.049	
Bir Daha Meslek Seçiminde Olursanız Yine Hemşire Olmayı İsteme Durumu												
Evet	77	29.6	1.47	3.94	2.90	0.054	0.002	1.63	5.00	3.66	0.068	0.000 t=5.114
Hayır	183	70.4	1.12	4.00	2.76	0.034	Z=-3.052	1.30	4.89	3.21	0.050	
Hemşirelik Mesleğini Stresli Bulma Durumu												
Evet	237	91.2	1.12	4.00	2.80	0.031	0.660	1.30	5.00	3.35	0.044	0,314 t=1.010
Hayır	23	8.8	1.57	3.37	2.92	0.105	Z=-0.440	1.44	4.41	3.20	0.156	
Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Tebliği Okuma Durumu												
Evet	101	38.9	1.73	4.00	2.92	0.044	0.000	1.44	5.00	3.53	0.065	0.001 F=6.805
Hayır	108	41.5	1.12	3.88	2.75	0.048	KW=20.288	1.44	4.67	3.24	0.064	
Hatırlamıyorum	51	19.6	1.78	3.88	2.73	0.056		1.30	4.89	3.18	0.098	

Tablo 4.1. Hemşirelerin Bazı Bağımsız Değişkenlerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Puan Ortalamaları ve İş Doyumu Ölçeğinin Puan Ortalamaları Dağılımı (Devam)

Tanıtıcı Özellikler	N	%	HGKÖ				HİDÖ					
			Min.	Max.	Median	S.E.	P	Min.	Max.	Med./ Mean	S.E.	P
Çalıştığı Kurumda Yürütülen Kalite Çalışmalarını Bilme Durumu												
ISO Standardizasyon												
Çalışmaları												
Bilmeyen	167	64.2	1.12	3.94	2.80	0.037	0.254	1.44	5.00	3.33	0.052	0.712
Bilen	93	35.8	1.78	4.00	2.82	0.046	Z=-1.140	1.30	4.78	3.36	0.072	t=-0.370
JCI Akreditasyon												
Bilmeyen	236	90.8	1.12	4.00	2.80	0.031	0.895	1.30	4.89	3.33	0.044	0.350
Bilen	24	9.2	1.92	3.94	2.80	0.090	Z=-0.133	2.41	5.00	3.46	0.155	t=-0.936
EFQM Modeli												
Bilmeyen	256	98.5	1.12	4.00	2.80	0.029	0.335	1.30	5.00	3.34	0.043	0.698
Bilen	4	1.5	2.20	4.00	3.07	0.374	Z=-0.965	2.85	4.44	3.47	0.341	t=-0.389
Toplam Kalite Yönetimi												
Çalışmaları												
Bilmeyen	132	50.8	1.12	3.88	2.75	0.041	0.002	1.30	4.70	3.25	0.058	0.031
Bilen	128	49.2	1.47	4.00	2.88	0.040	Z=-3.076	1.44	5.00	3.43	0.061	t=-2.171
Kalite Eğitimi Alma Durumu												
Evet	175	67.3	1.57	4.00	2.84	0.033	0.001	1.30	5.00	3.44	0.049	0.001
Hayır	85	32.7	1.12	3.86	2.71	0.056	Z=-3.212	1.44	4.89	3.14	0.076	t=-3.307
Hemşirelerin Kendilerini Tanımladıkları Kişilik Tipi												
A Tipi (hızlı, sabırsız, vb.)	149	57.3	1.12	4.00	2.76	0.039	0.035	1.30	4.81	3.27	0.059	0.045
B Tipi (sakin, sabırlı, vb.)	111	42.7	1.45	4.00	2.84	0.043	Z=-2.114	1.59	5.00	3.44	0.059	t=-2.014

Araştırmada, hemşirelerin bazı bağımsız değişkenlerine göre hasta güvenliği kültürü ölçeği puan ortalamaları ve iş doyumu ölçeğinin puan ortalamaları dağılımı Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Çalışmada hemşirelere ilişkin değişkenler incelenmiş ve hemşirelerin % 36.5’inin KÜSAUH’de, %38.5’inin KHDH’de, %25’inin ADH’de çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin % 88.8’inin kadın, % 51.9’unun evli, % 41.9’unun çocuk sahibi olduğu ve evli olanların % 90.4’ünün eşinin çalıştığı saptanmıştır. Katılımcıların % 46.5’i eş ve çocukları ile birlikte yaşadığını, % 51.9’u gelirinin giderine eşit olduğunu, % 47.3’ü en son tamamladıkları eğitim programının lisans programı olduğunu, % 65.4’ü hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiğini, %81.5’i çalıştığı bölümdeki pozisyonunun hemşire olduğunu, % 66.9’u kurumda kadrolu olarak çalıştığını, % 56.5’i çalıştığı birimin klinik ve servisler olduğunu, % 46.5’i işini yeteneklerine uygun bulduğunu ve % 54.2’si iş yerinde kararların alınmasına katkıda bulunduğunu ifade etmiştir. Hemşirelerin, % 51.9’unun çalışma saatlerinden/nöbetlerden memnun olmadığı, % 51.5’inin görev dağılımından memnun olduğu, % 73.1’inin iş yükünden memnun olmadığı, % 60.8’inin iş hızından memnun olmadığı, % 81.2’sinin hemşire sayısından memnun olmadığı, % 55.0’inin hekim sayısından memnun olduğu, %58.5’inin hasta sayısından memnun olmadığı, % 71.9’unun çalışma ortamındaki kişilerarası ilişkilerden memnun olduğu, % 52.7’sinin bulunduğu kurumda çalışıyor olmaktan memnun olduğu, % 75.8’inin çalıştıkları birim/servis/ünitede çalışmaktan memnun olduğu, %58.5’inin hasta güvenliğine yönelik eğitimlerden memnun olduğu, % 69.2’sinin gelir durumundan memnun olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin, % 76.2’sinin hafta sonu çalıştığı, % 71.9’unun nöbet tuttuğu, %71.9’unun mesleğini sevdiği, % 67.7’sinin işi bırakma düşüncesinin olmadığı, % 74.6’sının çalıştığı kurumda hasta güvenliği komitesi bulunduğu, % 77.7’sinin daha önce hasta güvenliği hakkında eğitim aldığı, % 70.4’ünün çalışmakta olduğu kurumda hasta güvenliğiyle alakalı eğitim aldığı, % 66.5’inin hasta güvenliği komitesinde görev almayı istemediği, %87.3’ünün hastanelerde bulunan hasta güvenliği komitesinin gerekli olduğunu düşündüğü, % 55.0’inin kurumunda ekip çalışmasıyla alakalı eğitim aldığı, % 64.2’sine işe başlarken kurumu tarafından oryantasyon eğitimi verildiği, % 71.9’unun ailesine yeterli zaman ayırmadığı, % 70.4’ünün bir daha meslek seçecek olursa hemşire

olmayı istemediği, %91.2'sinin mesleğini stresli bulduğu, % 41.5'inin sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tebliği okumadığı saptanmıştır. Çalıştıkları kurumda yürütülen kalite çalışmalarını bilme durumuna göre hemşirelerin % 64.2'sinin ISO standardizasyon çalışmalarını bilmediği, % 90.8'inin JCI akreditasyonu bilmediği, % 98.5'inin EFQM modeli bilmediği, % 50.8'inin Toplam Kalite Yönetimi çalışmalarını bilmediği belirlenmiş, % 67.3'ünün kalite eğitimi aldığı, % 57.3'ünün kişilik tipinin A tipi (Hızlı Konuşma, Hızlı Yeme, Hızlı Yürüme, Sabırsız, Aynı Anda Birçok Şeyi Yapma, Rekabetçi vb.) olduğu ve % 42.7'sinin kişilik tipinin B tipi (Rahat ve Sabırlı, Aşırı Hırslı Olmayan, Kolay Kolay Sinirlenmeyen ve Tedirgin Olmayan, Sakin, Zaman Saplantısı Olmayan vb.) olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada hemşirelerin çocuk sayısına göre HGKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Araştırmada hemşirelerin çocuk sayısına göre HİDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Çalışmada hemşirelerin hemşirelik mesleğini seçme durumuna göre HGKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Çalışmada hemşirelerin hemşirelik mesleğini seçme durumuna göre HİDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Araştırmada hemşirelerin çalıştığı bölümdeki pozisyonuna göre HGKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Araştırmada hemşirelerin çalıştığı bölümdeki pozisyonuna göre HİDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Çalışmada hemşirelerin işlerini yeteneklerine uygun bulma durumuna göre HGKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Çalışmada hemşirelerin işlerini yeteneklerine uygun bulma durumuna göre HİDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Araştırmada hemşirelerin iş yerinde kararların alınmasına katkıda bulunma durumuna göre HGKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Araştırmada hemşirelerin iş yerinde kararların alınmasına katkıda bulunma durumuna göre HİDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Çalışmada hemşirelerin çalışma saatlerine/nöbetlere göre, görev dağılımına göre, iş yüküne göre, iş hızına göre, hemşire sayısına göre, hekim sayısına göre, hasta sayısına göre, çalışma ortamındaki kişilerarası ilişkilere göre, bu kurumda çalışıyor olmasına göre, çalışılan birim/servis/ünitede çalışmasına göre, hasta güvenliğine yönelik eğitimlere göre, gelir durumuna göre HGKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Çalışmada hemşirelerin çalışma saatlerine/nöbetlere göre, görev dağılımına göre, iş yüküne göre, iş hızına göre, hemşire sayısına göre, hekim sayısına göre, hasta sayısına göre, çalışma ortamındaki kişilerarası ilişkilere göre, bu kurumda çalışıyor olmasına göre, çalışılan birim/servis/ünitede çalışmasına göre, hasta güvenliğine yönelik eğitimlere göre, gelir durumuna göre HİDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Çalışmada hemşirelerin mesleğini sevme durumuna göre, çalıştığı kurumda hasta güvenliği komitesinin bulunma durumuna göre, daha önce hasta güvenliği hakkında herhangi bir eğitim alma durumuna göre, çalışmakta olduğu kurumda hasta güvenliğiyle alakalı herhangi bir eğitim alma durumuna göre, hastanelerde bulunan hasta güvenliği komitesinin gerekli olduğunu düşünme durumuna göre, kurumda ekip çalışmasıyla alakalı herhangi bir eğitim alma durumuna göre, işe başlarken kurum tarafından oryantasyon eğitimi verilme durumuna göre, aileye yeterli zaman

ayırma durumuna göre, bir daha meslek seçiminde olursanız yine hemşire olmayı isteme durumuna göre HGKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Çalışmada hemşirelerin mesleğini sevme durumuna göre, çalıştığı kurumda hasta güvenliği komitesinin bulunma durumuna göre, daha önce hasta güvenliği hakkında herhangi bir eğitim alma durumuna göre, çalışmakta olduğu kurumda hasta güvenliğiyle alakalı herhangi bir eğitim alma durumuna göre, hastanelerde bulunan hasta güvenliği komitesinin gerekli olduğunu düşünme durumuna göre, kurumda ekip çalışmasıyla alakalı herhangi bir eğitim alma durumuna göre, işe başlarken kurum tarafından oryantasyon eğitimi verilme durumuna göre, aileye yeterli zaman ayırma durumuna göre, bir daha meslek seçiminde olursanız yine hemşire olmayı isteme durumuna göre HİDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Araştırmada hemşirelerin işi bırakma düşüncesine göre HGKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Araştırmada hemşirelerin işi bırakma düşüncesine göre HİDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Çalışmada hemşirelerin sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına ilişkin tebliği okuma durumuna göre HGKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Çalışmada hemşirelerin sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına ilişkin tebliği okuma durumuna göre HİDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Araştırmada hemşirelerin çalıştığı kurumda yürütülen kalite çalışmalarından toplam kalite yönetimi çalışmalarını bilen grup ile bilmeyen grup arasında HGKÖ

toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Araştırmada hemşirelerin çalıştığı kurumda yürütülen kalite çalışmalarından toplam kalite yönetimi çalışmalarını bilen grup ile bilmeyen grup arasında HİDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Çalışmada hemşirelerin kalite eğitimi alma durumuna göre HGKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Çalışmada hemşirelerin kalite eğitimi alma durumuna göre HİDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Araştırmada hemşirelerin katılımcıların kişilik tipine göre HGKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Araştırmada hemşirelerin katılımcıların kişilik tipine göre HİDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Çalışmada hemşirelerin çalışılan kuruma göre, cinsiyete göre, medeni duruma göre, çocuk sahibi olma durumuna göre, evli ise eşinin çalışma durumuna göre, birlikte yaşadığı kişilere göre, gelir durumuna göre, en son tamamladığı eğitim programına göre, kurumdaki kadro pozisyonuna göre, çalıştığı birime göre, hafta sonu çalışma durumuna göre, nöbet tutma durumuna göre, kurumda hasta güvenliğiyle alakalı komitede görev almayı isteme durumuna göre, hemşirelik mesleğini stresli bulma durumuna göre, çalıştığı kurumda yürütülen kalite çalışmalarından ISO standardizasyon çalışmalarına, JCI akreditasyona göre, EFQM modeline göre, HGKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.1).

Çalışmada hemşirelerin çalışılan kuruma göre, cinsiyete göre, medeni duruma göre, çocuk sahibi olma durumuna göre, evli ise eşinin çalışma durumuna göre, birlikte yaşadığı kişilere göre, gelir durumuna göre, en son tamamladığı eğitim

programına göre, kurumdaki kadro pozisyonuna göre, çalıştığı birime göre, hafta sonu çalışma durumuna göre, nöbet tutma durumuna göre, kurumda hasta güvenliğiyle alakalı komitede görev almayı isteme durumuna göre, hemşirelik mesleğini stresli bulma durumuna göre, çalıştığı kurumda yürütülen kalite çalışmalarından ISO standardizasyon çalışmalarına göre, JCI akreditasyona göre, EFQM modeline göre, HİDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Tanıtıcı Özelliklere Ait Bazı Bağımsız Değişkenlerin Ortalamaları

Değişkenler	Minimum	Maksimum	$\bar{X} \pm SS$
Yaş	19	58	28.64±7.36
Haftalık Çalışma Saati	25	96	47.63±10.70
Hemşirelikteki Hizmet Süresi (Yıl)	0.09	37	7.51±7.12
Kurumdaki Çalışma Süresi (Yıl)	0.01	31	5.08±5.63
Bir Yıl İçinde Kullanılan İzin Süresi (Gün)	0.00	90	16.37±11.15
İş Ortamında Algılanan Stres Düzeyi	0.00	10	7.35±2.40

$\bar{x} \pm SS$: Ortalama \pm Standart Sapma

Çalışmada yer alan diğer bağımsız değişkenlerin aritmetik ortalamaları Tablo 4.2’de belirtilmiştir.

Hemşirelere ait diğer değişkenlere bakıldığında; yaş ortalaması 28.64±7.36, haftalık çalışma saati ortalaması 47.63±10.70, hemşirelikteki hizmet süresi (yıl) ortalaması 7.51±7.12, kurumdaki çalışma süresi (yıl) ortalaması 5.08±5.63, bir yıl içerisinde kullanılan izin süresi (gün) ortalaması 16.37±11.15, iş ortamında algılanan stres düzeyi ortalaması 7.35±2.40 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

Alt Boyutları	Ortalama	SS	Minumum	Maksimum
Yönetim ve Liderlik	2.77	0.54	1	4
Çalışan Davranışı	2.82	0.53	1	4
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	2.75	0.57	1	4
Çalışanların Eğitimi	2.82	0.60	1	4
Bakım Ortamı	2.75	0.57	1	4
Hasta Güvenliği Kültürü Toplam Puanı	2.78	0.47	1.12	4

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarının tanımlayıcı istatistik sonuçları Tablo 4.3'de gösterilmiştir.

Hasta güvenliği kültürü ölçeği toplam puan ortalaması 2.78 ± 0.47 olarak saptanmıştır. HGKÖ alt boyutları değerlendirildiğinde puan ortalamaları; yönetim ve liderlik 2.77 ± 0.54 , çalışan davranışı 2.82 ± 0.53 , beklenmedik olay ve hata raporlama 2.75 ± 0.57 , çalışanların eğitimi 2.82 ± 0.60 ve bakım ortamı 2.75 ± 0.57 olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4. Hemşirelerde İş Doyumu Ölçeği Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

Alt Boyutları	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum
İşle İlgili Olumlu Duygular	3.46	0.73	1.5	5
Üstlerden Uygun Destek	3.13	1.22	1	5
İş Yerinde Algılanan Önem	3.80	0.70	1.5	5
Keyifli Çalışma Ortamı	2.67	0.97	1	5
Hemşirelerde İş Doyumu Toplam Puanı	3.34	0.68	1.30	5.00

Hemşirelerde iş doyumu ölçeği alt boyutlarının tanımlayıcı istatistik sonuçları Tablo 4.4'de gösterilmiştir.

Hemşirelerde iş doyumu ölçeği toplam puan ortalaması 3.34 ± 0.68 olarak bulunmuştur. HİDÖ alt boyutlarında en yüksek değer iş yerinde algılanan önemde 3.80 ± 0.70 , en düşük değer ise keyifli çalışma ortamında 2.67 ± 0.97 olduğu görülmüştür. Hemşirelerde iş doyum ölçeğinde diğer alt boyutların puan ortalamalarına bakıldığında; işle ilgili olumlu duygular 3.46 ± 0.73 , üstlerden uygun destek 3.13 ± 1.22 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.5. HGKÖ ve HİDÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (Korelasyon Katsayısı)

Ölçek Toplam Puanları	HGKÖ	HİDÖ
HGKÖ	r=1,00	r=0,598
HİDÖ	r=0,598	r=1,00

*p=0,000

HGKÖ ve HİDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki Korelasyon Bivariate Spearman Korelasyon Analizi yapılmış, sonuçlar Tablo 4.5'de

gösterilmiştir. HGKÖ ile HİDÖ arasında pozitif yönlü orta derecede bir ilişki bulunmuştur ($p=0.000$, $r=0.598$) (Tablo 4.5).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde “hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün ve iş doyumunun karşılaştırmalı analizini yapmak amacıyla tanımlayıcı-kesitsel olarak yapılan bu araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmış ve yorumlanmıştır.

Araştırmada iki çocuk sahibi olanların, hemşirelik mesleğini isteyerek seçenlerin, çalıştığı bölümdeki pozisyonu daha yüksek olanların, işini yeteneklerine her zaman ya da sık sık uygun bulanların, iş yerinde alınan kararlara katkıda bulunanların, çalışma saatlerinden, görev dağılımından, iş yükünden, iş hızından, hemşire sayısından, hekim sayısından, hasta sayısından, çalışma ortamındaki kişilerarası ilişkilerden, bulunduğu kurumda ve birimde çalışıyor olmaktan, hasta güvenliğine yönelik verilen eğitimlerden, gelir durumundan memnun olanların, mesleğini severek yapanların, işi bırakmayı düşünmeyenlerin, çalıştığı kurumda hasta güvenliği komitesinde yer alanların, çalıştığı kurumda ya da daha öncesinde hasta güvenliğine yönelik eğitim alanların, hasta güvenliği komitesinin gerekli olduğunu düşünenlerin, ekip çalışmasıyla ilgili ve oryantasyon eğitimi alanların, ailesine yeterince zaman ayıranların, meslek olarak hemşireliği tekrar seçmek isteyenlerin, hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tebliği okuyanların, toplam kalite yönetimi çalışmalarını bilenlerin, kalite eğitimi alanların ve son olarak B tipi kişiliğe sahip olanların hem HGKÖ hem de HİDÖ puanları daha yüksektir.

Yukarıda ifade edilen bağımsız değişkenler ile hem HGKÖ hem de HİDÖ toplam puanları karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.1.). Yapılan ulusal ve uluslararası literatür taramasında hemşirelerde iş doyumunu ve hasta güvenliği kültürü ile ilgili çalışmaların bazılarında bağımsız değişkenlere yer verilmiştir. Bu çalışmalarda sınırlı sayıda bağımsız değişkenin ele alındığı göze çarpmaktadır. Çalışmamızda anlamlı farklılıklara neden olan bağımsız değişkenlerin hepsini inceleyen herhangi bir ulusal ya da uluslararası çalışmaya rastlanmıştır. Bu nedenle bu bulguların tartışması mevcut literatür ışığında sınırlı bir kapsamda gerçekleştirilmiştir.

Wami ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları araştırma sonuçları çalışmamızın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada haftalık çalışma saatleri, personel sayısı, ekip içi çalışma, iyi iletişim kurma, beklenmeyen olay ve hata bildirimini, hasta güvenliği eğitim programına katılım değişkenleriyle hasta güvenliği

kültürünün ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ball ve arkadaşlarının (2017) araştırmasında çalışma saatleri uzadıkça hasta güvenliğinin azaldığı ifade edilmiştir. Alqattan ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları araştırmada hasta güvenliğine yönelik kurs ya da ders alınmasının hasta güvenliği kültürünü artırdığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir ($p<0.05$). Dinçer'in (2018) araştırmasında ise kalite eğitimi alanların hasta güvenliği kültüründe artma olduğu saptanmıştır. Durmaz'ın (2016) araştırmasında hasta güvenliği ile ilgili bir komitede çalışmayan ve kalite çalışmalarında yer almayan hemşirelerin hasta güvenliği kültürleri yüksek bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuç bizim çalışmamız ile farklılık göstermektedir. Bu farklılığın bizim çalışma grubumuzun heterojen olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Özcan'ın (2018) çalışmasında, gece çalışan hemşirelerin iş doyumunun gündüz çalışan hemşirelere göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırmamızda da çalışma saatlerinden memnun olanların hem iş doyumlarının hem de hasta güvenliği kültürlerinin daha yüksek olduğu ve benzer sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir. Tilev ve Beydağ'ın (2014) araştırmasında çalışma saatleri arttıkça iş doyumunun azaldığı, Çalışkan'ın (2010) çalışmasında hemşirelik mesleğini isteyerek seçenlerin genel iş doyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tambağ ve arkadaşlarının (2015) yapmış oldukları çalışmada benzer şekilde çalıştıkları birimden memnun olanların iş doyumunun, memnun olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Lorber ve Savic'in (2012) yapmış olduğu çalışmada iş yerinde kararların alınmasına katılan lider hemşirelerin iş doyumunu puan ortalamasının diğer hemşirelere göre yüksek olduğu, aynı araştırmada çalışma saatlerine göre lider hemşirelerin iş doyumunun diğer hemşirelerden fazla olduğu belirtilmiştir. Hemşirelik mesleğini sevme durumunun iş yerinde verimli ve etkin çalışmaya sebep olarak HİDÖ ve HGKÖ toplam puan ortalamalarını arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin HİDÖ toplam puan ortalaması 3.34 ± 0.68 olarak bulunmuş ve bu sonuç çalışmaya katılan hemşirelerin iş doyumunu puanının ortalamasının üstünde olduğu şeklinde değerlendirilmiştir (Tablo 4.4). Yılmaz ve Yıldırım'ın (2016) ifade ettiğine göre ölçekten alınan toplam puan 5'e doğru yaklaştıkça iş doyumunu yükselmektedir. Literatürde çalışmamızda olduğu gibi iş

doyumunu ölçeğinden alınan toplam puan ortalamasının minimum 1 ve maksimum 5 olduğu örneklem grubu hemşire olan araştırmalar mevcuttur. Bu araştırmaların bazılarında hemşirelerin HİDÖ'den aldığı toplam puan ortalamasının çalışmamıza göre daha yüksek olduğu (Hessels ve arkadaşları 2016, Yılmaz ve Yıldırım 2016) bazılarında ise hemşirelerin HİDÖ'den aldığı toplam puan ortalamasının çalışmamıza göre daha düşük olduğu (Tzeng 2002, Uzun 2010, Yang ve arkadaşları 2014, Higgins 2015, Spence Laschinger ve Fida 2015, Yüksel Kaçan ve ark. 2016) görülmektedir.

Yılmaz ve Yıldırım (2016) araştırmasında HİDÖ toplam puan ortalaması 4.00 ± 0.56 olarak saptanmıştır. Bahsedilen çalışmadaki hemşirelerin puan ortalamasındaki yükseklik, lisans mezunu hemşire sayısının çalışmamıza göre daha fazla olmasından kaynaklanabilir. Tzeng (2002) yapmış olduğu araştırma sonuçları çalışmamızla paralellik göstermekte ve genel iş doyumunu toplam puan ortalaması 3.26 ± 0.78 olarak belirtilmektedir. Yang ve arkadaşlarının (2014) araştırma sonuçlarında toplam iş doyumunu puan ortalamasının (2.51 ± 0.98) çalışmamıza göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin HİDÖ'den aldıkları en düşük puan ortalaması "Keyifli Çalışma Ortamı" alt boyutunda 2.67 ± 0.97 , en yüksek puan ortalaması ise "İş Yerinde Algılanan Önem" alt boyutunda 3.80 ± 0.70 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). Yılmaz ve Yıldırım'ın (2016) yapmış oldukları araştırma sonuçları çalışmamızla örtüşmektedir. "Keyifli Çalışma Ortamı" alt boyutu özetle bireysel koşulların dikkate alınması, iş hayatı ve özel hayatın dengelenmesi, personel sayısının ve alınan maaşın yeterli olması ile izin kullanım talebi maddelerini içermektedir. Bu alanda hemşirelerin puan ortalamasının düşük olması bu konularda hemşirelerin beklentilerinin karşılanmadığını düşündürmektedir. Çalışmada kullandığımız HİDÖ'nün Türkçe'ye uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2016 yılında yapıldığından bu ölçeğin kullanıldığı farklı çalışma sonuçlarına ulaşamamıştır.

Bu çalışmada hemşirelerin HGKÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 2.78 ± 0.47 olarak bulunmuş ve bu sonuç çalışmaya katılan hemşirelerde olumlu hasta güvenliği kültürünün olduğu yönünde değerlendirilmiştir (Tablo 4.3). Türkmen ve arkadaşlarının (2011) bildirdiğine göre elde edilen puanın 2'nin üzerinde olması olumlu hasta güvenliği kültürünün varlığını göstermektedir. Literatür incelendiğinde

hasta güvenliği kültürü ölçeklerinden alınan toplam puan ortalamasının 1-4 arasında değişiklik gösterdiği farklı araştırma sonuçlarına ulaşılmıştır. Bahsedilen araştırmaların bazılarında hemşirelerin HGKÖ'den aldığı toplam puan ortalamasının çalışmamıza göre daha yüksek olduğu (Karaca ve Arslan 2014, Ertürk ve ark. 2016, Mohr ve ark. 2018) bazılarında ise hemşirelerin HGKÖ'den aldığı toplam puan ortalamasının çalışmamıza göre daha düşük olduğu (Yolcu ve ark. 2015, Rızalar ve ark. 2016) görülmektedir.

Literatür taraması sonucunda ulaşılan araştırmalardan HGKÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farklılıkların nereden kaynaklandığı konusunda iki çalışma daha ayrıntılı incelenmiş ve sonuçlar karşılaştırılarak yorumlanmıştır. Bunlardan biri Karaca ve Arslan'ın (2014) çalışmasında elde edilen HGKÖ toplam puan ortalaması 3.00 ± 0.53 olup çalışmamızın sonucuna göre daha yüksektir. Karaca ve Arslan'ın yapmış oldukları bu çalışma Türkiye'de en fazla nüfusuna sahip olan İstanbul ilinde Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartlarının uygulandığı iki özel hastanede yapılmıştır. Çalışmamızın uygulandığı hastanelerde ise kalite çalışmaları konusunda eksikliklerin bulunduğu bilinmekte, aynı zamanda coğrafi özellikleri ve konumu itibarıyla Kars, Ardahan illerindeki iş devir hızının fazla olduğu tahmin edilmektedir. Dolayısıyla aradaki farkın bundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Öte yandan Rızalar ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise hemşirelerin HGKÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 2.64 ± 0.43 olup çalışmamızdan elde edilen sonuç daha yüksektir. Çalışmamızda hasta güvenliği kültürü konusunda hemşirelerin yaklaşık %70'den fazlasının eğitim almış olması Rızalar ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise yaklaşık %50'sinin eğitim almış olması bu farka neden olmuş olabilir.

Ayrıca çalışmamızda hemşirelerin HGKÖ'den aldıkları en düşük puan ortalaması "Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama" alt boyutunda 2.75 ± 0.57 ve "Bakım Ortamı" alt boyutunda 2.75 ± 0.57 ; en yüksek puan ortalaması ise "Çalışan Davranışı" alt boyutunda 2.82 ± 0.53 ve "Çalışanların Eğitimi" alt boyutunda 2.82 ± 0.60 olduğu görülmektedir (Tablo 4.3). Karaca ve Arslan'ın (2014), Ertürk ve arkadaşlarının (2016), Rızalar ve arkadaşlarının (2016), Yolcu ve arkadaşlarının (2015) araştırmalarının sonuçları çalışmamızın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Hemşirelerin HGKÖ'den "Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama"

alt boyutundan (Karaca ve Arslan 2014, Ertürk ve ark. 2016), diğerk bir çalıřmada ise buna ilave olarak “Bakım Ortamı” alt boyutundan en dūřuk puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiřtir (Rızalar ark. 2016). Hemřirelerin en yūksek puan ortalaması ise “Eđitim” alt boyutundan (Karaca ve Arslan 2014, Ertürk ve ark. 2016), Rızalar ve arkadaşlarının (2016) yaptıđı çalıřmada ise, yukarıda belirtilen çalıřmalardan farklı olarak “alıřan Davranıřı” alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının çalıřmamızla benzer řekilde rtūřtūđū belirlenmiřtir. Yolcu ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları arařtırmada ise en dūřuk puan ortalaması “Bakım ve Teknoloji” en yūksek puan ortalaması ise “alıřan Davranıřı” alt boyutunda alınmıřtır. Gūndođdu ve Bahçecik (2012) gerçekleřtirdikleri arařtırmada tūm hemřirelerin yaklařık %70’inin son bir yılda birimleriyle ilgili hiç hata raporu vermedikleri belirtilmektedir. Bu bilgiler dođrultusunda sađlık kurumlarında yönetici pozisyonunda yer alan bireylerin kurum çalıřanlarını yaptıkları hataları ve beklenmeyen olayları rapor etmeleri konusunda cesaretlendirmeleri gerekmektedir. Ayrıca hemřirelerin bakım ortamlarına iliřkin gūvenlik önlemleri konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıkları dūřūnūlmektedir.

HGKÖ ve HİD toplam puan ortalamaları arasında pozitif ynlū bir iliřki saptanmıřtır ($p=0.000$, $r=0.598$) (Tablo 4.5). Ayrıca Tablo 4.1. incelendiđinde HGK’yı etkileyen her bađımsız deđiřkenin aynı zamanda HİD’i de etkilediđi grūlmektedir ve buda HGK ile HİD arasında bir iliřki olduđunu dūřūndurmektedir. Hemřirelerde hasta gūvenliđi kūltūrūnū ve iř doyumunu karřılařtırmalı analiz eden ulusal herhangi bir çalıřmaya rastlanmazken uluslararası literatūrde aradaki iliřkinin varlıđını inceleyen çalıřmalar mevcuttur (Duffield ve ark. 2007, Heikkinen var ark. 2008, Choi ve Boyle 2013, Chiang ve ark. 2016, Ball ve arkadaşları 2017, Bondevik ve ark. 2017, Inoue ve ark. 2017, Tondo ve Guirardello 2017, Boamah ve ark. 2018). Yapılan bu çalıřmalarda hemřirelerde iř doyumunun artmasıyla hasta sonuçlarında olumlu iyileřmeler olduđu ve hasta gūvenliđinin arttıđı belirtilmektedir. Ayrıca hasta gūvenliđi kūltūrūnūn artırılması amacıyla yapılan giriřimler içerisinde iř doyumunun da ele alınması gerektiđi ifade edilmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma sonucunda elde ettiğimiz bulgulara dayalı olarak bu bölümde sonuçlar yazılarak ve konuya ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

Hemşirelerin;

1. Mesleğini isteyerek seçenlerde hasta güvenliği kültürü ve iş doyumunu artmaktadır.
2. Çalıştıkları bölümdeki pozisyonları arttıkça hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve iş doyumunu artmaktadır.
3. İşini yeteneklerine her zaman uygun bulanların hasta güvenliği kültürü ve iş doyumunu artmaktadır.
4. İş yerinde kararların alınmasına katkıda bulunanların hasta güvenliği kültürü ve iş doyumunu artmaktadır.
5. Çalışma saatlerinden/nöbetlerden, görev dağılımından, iş yükünden, iş hızından, hemşire sayısından, hekim sayısından, hasta sayısından, çalışma ortamındaki kişilerarası ilişkilerden, bulunduğu kurumda çalışıyor olmaktan, çalışılan birim/servis/ünitede çalışmaktan, hasta güvenliğine yönelik eğitimlerden, gelir durumundan memnun olanlarda hasta güvenliği kültürü ve iş doyumunu artmaktadır.
6. Hemşirelik mesleğini sevenlerin, işi bırakma düşüncesi olmayanların, çalıştığı kurumda hasta güvenliği komitesi bulunanların, daha önce hasta güvenliği hakkında herhangi bir eğitim alanların, çalışmakta olduğu kurumda hasta güvenliğiyle alakalı herhangi bir eğitim alanların, hastanelerde bulunan hasta güvenliği komitesinin gerekli olduğunu düşünenlerin, kurumda ekip çalışmasıyla alakalı herhangi bir eğitim alanların, işe başlarken kurum tarafından oryantasyon eğitimi verilenlerin, ailesine yeterli zaman ayıranların, bir daha meslek seçiminde tekrar hemşire olmayı isteyenlerin, hasta güvenliği kültürü ve iş doyumunu artmaktadır.
7. Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına ilişkin tebliği okuyanların hasta güvenliği kültürü ve iş doyumunu artmaktadır.

8. Çalıştığı kurumda yürütülen kalite çalışmalarından toplam kalite yönetimini bilenlerin hasta güvenliği kültürü ve iş doyumu artmaktadır.
9. Kalite eğitimi alanların hasta güvenliği kültürü ve iş doyumu artmaktadır.
10. Kişilik tipi B (rahat ve sabırlı, aşırı hırslı olmayan, kolay kolay sinirlenmeyen ve tedirgin olmayan, sakin, zaman saplantısı olmayan vb.) olanların hasta güvenliği kültürü ve iş doyumu artmaktadır.
11. Hasta güvenliği kültürü ve İş doyumu arasında pozitif yönlü orta derecede bir ilişki bulunmaktadır.

Bu araştırmada yukarıda belirtilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Kurumlarda hasta güvenliği kültürünün sistematik olarak değerlendirilmesi ve iyileştirme çalışmalarının yapılması,
2. Hasta güvenliğine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve bilinçlendirmenin bu yolla artırılması,
3. Hastane yöneticilerinin hemşirelerin iş doyumunu azaltan etkenleri dikkate alarak motivasyon kaynaklarını artırması.
4. Hemşirelerin iş doyumunun iyileştirilmesine yönelik olarak çalışma ortamında gerekli düzenlemelerin yapılması,
5. Hemşirelerde iş doyumunu arttırmak için haftalık çalışma ve nöbet saatlerinin düzenlenmesi,
6. Beklenmedik hata ve olayların rapor edilmesi konusunda hemşireleri cesaretlendirecek uygulamaların başlatılması,
7. Sağlık bakım kalitesinin artırılması amacıyla çalışmaların yapılması,
8. Hemşirelik mesleğinin tanıtılması,
9. Hemşireleri rahatlatan aktivite ortamının sağlanması önerilmiştir.

7. KAYNAKLAR

1. AbuAlRub RF, Gharaibeh HF, Bashayreh AEI, The Relationships Between Safety Climate, Teamwork, and Intent to Stay at Work Among Jordanian Hospital Nurses, *Nursing Forum*, 47(1):65-752, 2012.
2. Akdağ R, İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara, 2008.
3. Alqattan H, Cleland J, Morrison Z, An Evaluation of Patient Safety Culture in a Secondary Care Setting in Kuwait, *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 1-9, 2018.
4. Ardahan M, Alp FY, Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliğini Sağlamada Sağlık Çalışanlarının ve Yöneticilerin Rolü: Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(2):85-88, 2015.
5. Aşti T., Karadağ A., Hemşirelik Esasları, Kayhan Matbacılık, İstanbul, 2014.
6. Azırı B, Job Satisfaction: A Literature Review, *Management Research and Practice*, 3 (4):77-86, 2011.
7. Bahadori M, Ravangard R, Aghili A, Sadeghifar J, Manshadi MG, and Smaeilnejad J, The Factors Affecting the Refusal of Reporting on Medication Errors from the Nurses' Viewpoints: A Case Study in a Hospital in Iran, *Hindawi Publishing Corporation ISRN Nursing Volume*, 1-5, 2013.
8. Baker R, Norton P, Flintoff V, Blais R., Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hebert P, Majumdar S, O'Beirne M, Palacios-Derflingher L, Reid R., Sheps S, Tamblyn R, The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events Among Hospital Patients in Canada, *CMAJ* 170(11):1678-1686, 2004.
9. Ball J, Day T, Murrels T, Dall'Ora C, Rafferty AM, Griffiths P, Maben J, Cross-sectional Examination of The Association Between Shift Length and Hospital Nurses Job Satisfaction and Nurse Reported Quality Measures, *Biomed Central Nursing*, 16-26, 2017.
10. Barış VK, İntepeler ŞS, Hasta Düşmelerinin Önlenmesinde Teknoloji Kullanımı, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 4(1):29-36, 2017.
11. Bayrak G, Hemşirelerde İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2004.

12. Belloue V, Organizational Culture as a Predictor of Job Satisfaction: The Role of Gender and Age, *Career Development International*, 15 (1):4-19, 2010.
13. Bilazer FN, Konca GE, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E. 7 Gün-24 Saat/ Hasta Başında Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları, Ankara, 2008.
14. Boamah SA, Read EA, Laschinger HK, Factors Influencing New Graduate Nurse Burnout Development, Job Satisfaction, and Patient Care Quality: A time-lagged study, London, Ontario, Canada, Doctoral Candidate, 2016.
15. Boamah SA, Laschinger SHK, Wong K, Clarke S, Effect of Transformational Leadership on Job Satisfaction and Patient Safety Outcomes, *Nursing Outlook*,1-10, 2017.
16. Boamah SA, Effect of Transformational Leadership on Job Satisfaction and Patient Safety Outcomes, *Nursing Outlook*, 180-189, 2018.
17. Bondevik TG, Hofoss D, Husebo SB, Deilkas EC, Patient safety culture in Norwegian nursing homes, *Biomed Central Health Services Research*, 17-424, 2017.
18. Canadian Patient Safety Institute (CPSI) ,The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions, Ottawa, 1. Baskı, 2008.
19. Canadian Patient Safety Institue, Measuring Patient Harm in Canadian Hospitals, Ottawa, Ontario, 9-10, 2016.
20. Candaş B, Gürsoy A, Cerrahide Hasta Güvenliği: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3 (1):40-50, 2015.
21. Chiang HY, Predictors of Hospital Nurses’ Safety Practices Work Environment, Workload, Job Satisfaction, and Error Reporting, *Journal of Nursing Care Quality*, 1-10, 2016.
22. Choi J. , Boyle DK., RN Workgroup Job Satisfaction and Patient Falls in Acute Care Hospital Units, *The Journal of Nursing Administration*, 586-591, 2013.
23. Çalışkan A, Yeni Mezun Hemşirelerde İş Doyumu Tükenmişlik ve Gerçeklik Şokunun İncelenmesi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
24. Çalışkan S, Hemşirelerde İş Doyumu ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.

25. Bilazer FN, Konca GE, Uğur S, Uçak H, Çalışma Koşulları, Ankara: Türk Hemşireler Derneği Yayını Odak Ofset Matbaacılık, 1-53, 2008.
26. Çimen M, Şahin İ, Bir Kurumda Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyinin Belirlenmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 5 (4):53-66, 2000.
27. Çoban İ, Ailelerin Hasta Güvenliği Konusundaki Görüşlerinin Belirlenmesi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2012.
28. Dharitri S, Job Satisfaction of Nursing Staff and Patients' Perception of Quality Care in a Tertiary Teaching Hospital, Odisha, Asian Journal Nursing Education and Research, 6(3), 2016.
29. Dilmen B, Hemşirelik Öğrencileri Ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılamalarının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2016.
30. Dinçer M, Torun N, Aksakal H, Determining Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Palliative Care Centres, Contemporary Nurse, 54 (3):246-257, 2018.
31. Duffield C, Diers D, O'Brien-Pallas L, Aisbet C, Roche M, King M, Aisbett K, Nursing Staffing, Nursing Workload, The Work Environment and Patient Outcomes, Australia, 2007.
32. Durmaz G, Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.
33. Dursun S, Bayram N, Aytaç S, Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama, Sosyal Bilimler, 8(1): 1-14, 2010.
34. Erayman G, Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik ve Kalite Parametresi: Hastane Enfeksiyonları, Sağlık Hizmetlerinde Kalite Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, 1(1):22-23, 2009.
35. Ertek M, Hastane Enfeksiyonları: Türkiye verileri. Hastane Enfeksiyonları: Koruma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 60: 9 -14, 2008.
36. Ertürk C, Dönmez P, Özmen D, Manisa İl Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 32 (1) :19-33, 2016.

37. Fang D, Chen Y, Wong L, Safety Climate in Construction Industry: A Case Study in Hong Kong, *Journal of Construction Engineering and Management*, 132:573-584, 2006.
38. Fei K, Vlasses FR, Creating a Safety Culture Through The Application of Reliability Science *Journal Health Qual*, 30:37-43, 2008.
39. Fidan Y, Ercan S, Yilmazer A, Şehirli M, Cinsiyetin İş Doyumu Üzerindeki Etkisi: Kamu Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma, *Business & Management Studies: An International Journal*, 4 (1):110-124, 2016.
40. Filiz E, Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2009.
41. Gallie D, Zhou Y, Felstead A, Green F, Teamwork, Skill Development and Employee Welfare, *British Journal of Industrial Relations*, 50(1):23– 46, 2012.
42. Gillon R, “Primum Non Nocere” and The Principle of Non- Maleficence, *British Medical Journal*, 130-131, 1985.
43. Gündoğdu S, Bahçecik N, Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (2):119-128, 2012.
44. Görgülü RS, Dinç L, Ethics in Turkish Nursing Education Programs, *Nurs Ethics*, 14:716-40, 2007, Bölüm:9 Hemşirelikte Yasal Sorumluluklar, Aşti T., Karadağ A., Hemşirelik Esasları, Kayhan Matbacılık, İstanbul, 124-136, 2014.
45. Hasta Bilekliği Uygulama Talimatı, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 29 Mayıs 2017, Sayı:2.
46. Haynes BA, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat SAH, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MCM, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA, A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population, *The New England Journal of Medicine*, 491-492, 2012.
47. Heikkinen TT, Partenen P, Aalto P, Julkunen KV, Nurses’ Work Environment and Nursing Outcomes: A survey Study among Finnish University Hospital Registered Nurses, *International Journal of Nursing Practice*, 14: 357–365, 2008.

48. Hessels AJ, Agarwal M, Saiman L, Larson EL, Measuring Patient Safety Culture in Pediatric Long-Term Care, *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach*, 10:81–87, 2017.
49. Higgins A., The Influence of Nurse Manager Transformational Leadership on Nurse and Patient Outcomes: Mediating Effects of Supportive Practice Environments, Organizational Citizenship Behaviours, Patient Safety Culture and Nurse Job Satisfaction, Graduate Program in School of Nursing, The School of Graduate and Postdoctoral Studies The University of Western Ontario London, Ontario, Canada, 2015.
50. Hughes RG, Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.
51. Hurdato DJJ, Jimenez X, Penalonzo MA, Villatoro C, Izquierdo S, Cifuentes M, Acceptance of WHO Surgical Safety Checklist among Surgical Personal in Hospitals in Guatemala City, *Biomed Central Health Services Research*, 12-169, 2012.
52. Hoppock R, Job Satisfaction, Harper and Brothers, New York, 47, 1935.
53. Inoue T, Karima R, Harada K, Bilateral Effects of Hospital Patient-Safety Procedures on Nurses' Job Satisfaction. *International Nursing Review* 64:437–445, 2017.
54. Institute of Medicine, Keeping Patient Safe: Transforming The Work Environment of Nurses. National Academy Press, Washington, DC, 2004.
55. Joint Commission International, Joint Commission International Standards For Clinical Care Program Certification, 2. basım, 2010.
56. Karaca A, Arslan H, Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1):9-18, 2014.
57. Karakoç M, Hemşirelerde İş Doyumu ve İşten Ayrılma Niyetinin Özel ve Kamu Sektöründe Karşılaştırılması: Kadıköy İlçesindeki Sağlık Kurumlarında Bir Araştırma, Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.
58. Kalisch B, Lee H, Rochman M, Nursing Staff Teamwork and Job Satisfaction, *J Nurse Manage*, 18(8):938-47, 2010.

59. Kalisch BJ, Lee KH, Variations of Nursing Teamwork by Hospital, Patient Unit, and Staff Characteristics, *Applied Nursing Research*, 26(1):2-9, 2013.
60. Kardeş K., Hemşirelerde İş Doyumu ve Etkileyen Faktörlerin Kentsel ve Kırsal Kesimdeki Özel ve Kamu hastaneleri ile Karşılaştırılması, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.
61. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Institute of Medicine (IOM), *To Err Is Human: Building A Safer Health System*, Washington, 1999.
62. Kilner E, Sheppard LA, The Role of Teamwork and Communication in The Emergency Department: a Systematic Review, *International Emergency Nursing*, 18(3): 127-37, 2010.
63. Lorber M, Savic BS, Job Satisfaction of Nurses and Identifying Factors of Job Satisfaction in Slovenian Hospitals, *Croat Med J*, 53:263-70, 2012.
64. Mohr CD, Lipkowitz Eaton J, Kathleen M, Hodgson MJ, Does Employee Safety Matter for Patients Too? Employee Safety Climate and Patient Safety Culture in Health Care, *Wolters Kluwer Health*, 3:181-185, 2018.
65. Moore M, Van Gilder C, High Yields Result From a Pressure Ulcer Prevention Program, *Hill-Rom Services*, 1-4, 2006.
66. Muller-Juge V, Cullati S, Blondon KS, Hudelson P, Maître F, Savoldelli GL, Nendaz MR, Interprofessional Collaboration Between Residents and Nurses in General Internal Medicine: A Qualitative Study on Behaviours Enhancing Teamwork Quality, *Enhancing Teamwork Quality in Internal Medicine*, 9(4):1-8, 2014.
67. National Patient Safety Foundation, *Creating a World Where Patients and Those Who Care For Them are Free From Harm*, Boston, 6. Baskı, 6-268, 2018B.
68. Önler E, Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2010.
69. Özcan TH, Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki Bir Özel Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü, Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.
70. Özden D, Bölüm 19: Hasta Güvenliği, Aşti T., Karadağ A., *Hemşirelik Esasları*, Kayhan Matbacılık, İstanbul, 261-287, 2011.

71. Özmen S, Başol O, Hasta güvenliği kültürü: Bursa'da özel bir hastane uygulama örneği. İçinde: Kırılmaz H, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, 81-97, 2010.
72. Park M, Lee JY, Cho S. Newly Graduated Nurses' Job Satisfaction: Comparison with Allied Hospital Professionals, Social Workers, and Elementary School Teachers, *Asian Nursing Research*, 6(3): 85-90, 2013.
73. Peters GA, Peters BJ, Medical Error and Patient Safety. *Human Factors in Medicine*, CRP Press, Taylor&Francis Group, New York, 2008.
74. Prosen M, Piskar F, Job Satisfaction of Slovenian Hospital Nursing Workforce, *Journal of Nursing Management*, 23:242-251, 2015.
75. Rathert C, May DR, Health Care Work Environments, Employee Satisfaction, and Patient Safety: Care Provider Perspectives, *Health Care Manage Rev*, 32(1):2-11, 2007.
76. Rızalar S, Tural Büyük E, Şahin R, As T, Uzunkaya G, Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1):9-15, 2016.
77. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, SKS Işığında Sağlıkta Kalite, 2.cilt, 2012.
78. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kalite Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Başkanlığı, İlaç Güvenliği Rehberi, 6-7, 2015a.
79. Sağlık Bakanlığı, Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara, 2.baskı, 2015b.
80. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlar, 13 Şubat 2017.
81. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA, What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature, *Nursing Scholarship*, 156-165, 2010.
82. Sayek F, Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, Füsun Sayek TTB Raporları ve Kitapları, 67-68, 2010.
83. Sorra JS, Dyer N, Multilevel Psychometric Properties of the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture, *BMC Health Services Research*, 10-199, 2010.
84. Sözer E., Hasta Güvenliği Kültürü ve Ölçüm Yöntemleri, Dokuz Eylül Üniversitesi ,Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2012.

85. Spence Laschinger HK, Fida R, Linking Nurses' Perceptions of Patient Care Quality to Job Satisfaction, *The Journal of Nursing Administration*, 5:276-283, 2015.
86. Stavrianopoulos T, The Development of Patient Safety Culture, *Health Science Journal*, 6(2):201-211, 2012.
87. Tambağ H, Can R, Kahraman Y, Şahpolat M, Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının İş Doyumu Üzerine Etkisi, *Bakırköy Tıp Dergisi*, 11:143-149, 2015.
88. T.C, Resmi Gazete, 29 Nisan 2009, Sayı:27214.
89. T. C., Resmi Gazete, 6 Nisan 2011, sayı:27897.
90. Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, Frankel A, Helmreich RL The Effect of Executive Walk Rounds on Nurse Safety Climate Attitudes: A Randomized Trial of Clinical Units. *Biomed Central Health Services Research*, 5(28):1-9, 2005.
91. Tondo JCA, Guirardello EB, Perception of Nursing Professionals on Patient Safety Culture, *Rev Bras Enferm*, 70(6):1284-90, 2017.
92. Turasan Altuntaş B, Bir Psikiyatri Hastanesinde Hasta Güvenliği Kültürü Düzeyi ve Güvenlik Raporlamanın İncelenmesi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2010.
93. Türkistanlı E, Dönmez Z, Sarı Şahin E, SSK Ege Doğumevi ve Sağlık Bakanlığı İzmir Doğumevinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Çalışma Koşullarından Memnuniyetleri, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Erzurum, 273-279, 1999.
94. Türkmen E, Baykal Ü, Seren Ş, Altuntaş S, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Geliştirilmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14:4, 2011.
95. Tilev S, Beydağ KD, Hemşirelerin İş Doyumu Düzeyi, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1):140-146, 2014.
96. Tzeng HM, The Influence of Nurses' Working Motivation and Job Satisfaction on Intention to Quit: an Empirical Investigation in Taiwan, *International Journal of Nursing Studies* 39:867-878, 2002.
97. Ulusoy ÇE, Alpar ŞE, Hemşirelerde Meslektaş Dayanışması ve İş Doyumu İle İlişkisi, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 3:154-163, 2013.
98. Uzun Ö, Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyum Düzeyleri ve İş Doyumları İle İlgili Bazı Değişkenlerin İncelenmesi, *İnönü Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 18(1):1-9, 2010.

- 99.** Yalçinkaya A, Ameliyathane Yönetimi Tutum Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2010.
- 100.** Yang J, Liu Y, Chen Y, Pan X, The Effect of Structural Empowerment and Organizational Commitment on Chinese Nurses' Job Satisfaction, *Applied Nursing Research*, 27:186-191, 2014.
- 101.** Yeniterzi E, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Uygulamaları, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2013.
- 102.** Yılmaz AT, Yıldırım A, Hemşire İş Doyum Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(3):158-168, 2016.
- 103.** Yolcu N, Yıldırım Z, İncesu E, Yiğit Y, Çağ Y, Tekirdağ İli Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşireler İçin Hasta Güvenliği, *Scientific Science*, 3(2):8-18, 2015.
- 104.** Yüksel Kaçan C, Örsal Ö, Köşgeroğlu N, Hemşirelerde İş Doyumu Düzeyinin İncelenmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 18(2-3):1-12, 2016.
- 105.** Zhu Y, A Review of Job Satisfaction, *Asian Social Science*, 9(1):293-297, 2013.
- 106.** Wahr JA, Prager RL, Abernathy JH, Patient Safety in The Cardiac Operating Room: Human Factors and Teamwork, *American Heart Association Journals*, 128:1139-1169, 2013.
- 107.** Wami SD, Demssie AF, Wassie MM, Ahmed AN, Patient Safety Culture and Associated Factors: A Quantitative and Qualitative Study of Healthcare Workers' View in Jimma Zone, *Biomed Central Health Services Research*, 16-495, 2016.
- 108.** Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Governance, <https://www.safetyandquality.gov.au/about-us/governance/> Erişim Tarihi: 26.11.2018.
- 109.** Fifty-fifth World Health Assembly Erişim Adresi: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/259364>, 2002, Erişim Tarihi: 28.11.2018.
- 110.** Hand Hygiene, Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/handhygiene> Erişim Tarihi: 03.12.2018.

- 111.** International Patient Safety Goals, Erişim Adresi: <https://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/> Erişim tarihi: 22.02.2018a.
- 112.** International Patient Safety Goals, Erişim Tarihi: www.jointcommissioninternational.org Erişim Tarihi: 28.11.2018c.
- 113.** Karadağ A, Hemşireler İlaç Uygulama Hatalarını Önlemede Anahtar Kişi midir?, <http://turkhemsirelerdernegi.org.tr> Erişim Tarihi:03.12.2018.
- 114.** National Patient Safety Goals, Erişim Tarihi: https://www.jointcommission.org/assets/1/6/2018_HAP_NPSG_goals_final.pdf Erişim Tarihi: 28.11.2018d.
- 115.** National Health Services, 21.04.2012, Manchester Patient Safety Framework: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796>, 2006.
- 116.** National Patient Safety Agency, Patient Safety, Erişim Adresi: <http://www.npsa.nhs.uk/corporate/about-us/what-we-do/nrls/> Erişim Tarihi: 28.11.2018a.
- 117.** Özdilek A, Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Sebebiyle Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu, 2006, Erişim Adresi:<http://www.turkhukuk sitesi.com> Erişim Tarihi: 05. 12. 2018.
- 118.** Patient Safety Culture, Erişim Adresi: <https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/index.html> Erişim Tarihi: 09.01.2018.
- 119.** Patient Safety, Erişim Adresi: www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Patient_Safety_0.pdf, ICN, 2006 Erişim Tarihi:26.11.2018
- 120.** Patient Safety, Erişim Adresi: www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Patient_Safety_0.pdf, ICN, 2012, Erişim Tarihi:26.11.2018.
- 121.** Patient Safety, Erişim Adresi: <https://www.who.int/patientsafety/en/> Erişim Tarihi: 28.11.2017.
- 122.** Patient Safety, Erişim Adresi:<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/patient-safety> Erişim Tarihi: 09.01.2018a.
- 123.** Patient Safety, Erişim Adresi:<http://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety> Erişim Tarihi: 12.02.2018b.
- 124.** Patient Safety, Erişim Adresi: <https://www.who.int/patientsafety/en/> Erişim Tarihi: 09.01.2018c.

- 125.** The Joint Commission. Improving Patient and Worker Safety: Opportunities for Synergy, Collaboration and Innovation Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, Available from, Erişim Adresi:<http://www.jointcommission.org/assets/1/18/TJC-ImprovingPatientAndWorkerSafety-Monograph.pdf>/2012/2018b.
- 126.** www. tdk. gov. tr Erişim Tarihi: 30.11.2018.
- 127.** World Health Assembly Raises Global Public Health to New Level Erişim Adresi:<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/wha4/en/> Erişim Tarihi: 26.11.2018a.

8. EKLER

EK-1: Veri Toplama Formu

HEMŞİRELERDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN VE İŞ DOYUMUNUN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ ANKET FORMU

Değerli Meslektaşım;

Bu çalışma; Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün ve İş Doyumunun karşılaştırmalı analizini yapmak amacıyla planlanmıştır. Elde edilecek sonuçların hemşireliğin bilimsel bilgi birikimine katkı sağlayacağı ve hasta bakımında önlenabilir zararların ortadan kaldırılmasına/azaltılmasına yönelik yapılacak planlamalarda yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu sebeple tüm soruları eksiksiz cevaplamanız önemlidir.

Doldurmanızı istediğim bu anket formu hasta güvenliği kültürü ve iş doyumunu ile ilgili ölçeklerden oluşmaktadır. Ölçeklere verdiğiniz cevaplar araştırmacıda saklı kalacak, kimseye paylaşılmayacak ve sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Şimdiden ankete katılarak hemşirelik biliminin ilerlemesine katkıda bulunduğunuz için siz saygıdeğer katılımcıya teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Kader ÇİFÇİ
Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

I.BÖLÜM TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

- | | |
|--|--|
| 1. Çalıştığınız Kurum: | <input type="checkbox"/> Hemşire |
| 2. Yaşınız: | <input type="checkbox"/> Sorumlu Hemşire |
| 3. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek | <input type="checkbox"/> Süpervizör Hemşire |
| 4. Medeni Durumunuz: | () Hemşirelik Hizmetleri Sorumlusu/Başhemşire |
| () Evli () Bekar | () Hemşirelik Hizmetleri Müdür/Müdür Yard. |
| 5.Evli İseniz Çocuk Sahibi Olma Durumu | () Diğer (Belirtiniz.....) |
| () Var (Çocuk Sayısı.....) () Yok | 12. Haftalık Çalışma Saatinizi Yazınız:..... |
| 6.Evli İseniz Eşinizin Çalışma Durumu: | 13. Hemşirelikteki Hizmet Süreniz: (yıl) |
| () Çalışıyor () Çalışmıyor | 14. Kurumdaki Çalışma Süreniz:.....(yıl) |
| 7.Birlikte Yaşadığınız Kişiler | 15. Kurumunuzdaki Kadro Pozisyonunuz: |
| () Yalnız | () 657 () Sözleşmeli () Diğer..... |
| () Eş/Çocuklar | 16. Bir Yıl İçerisinde Kullandığımız İzin Süresini Yazınız: gün. |
| () Anne/Baba/Kardeş | 17.Çalıştığınız Birim: |
| () Diğer (Belirtiniz.....) | () Klinik/Servis (Belirtiniz.....) |
| 8.Sizin/Ailenizin Gelir Durumu Nedir? | () Yoğun Bakım/Acil/Ameliyathane |
| () Gelirim Giderimden Fazla | () Yönetim/İdare |
| () Gelirim ve Giderime Eşit | () Poliklinik |
| () Gelirim Giderimden Az | () Diğer (Belirtiniz.....) |
| 9.En Son Tamamladığınız Eğitim Programı: | 18.İşini Yeteneklerine Uygun Bulma |
| () Sağlık Meslek Lisesi (.....) | () Her Zaman () Sık Sık |
| () Ön Lisans Programı (.....) | |
| () Lisans Programı (.....) | |
| () Yüksek Lisans Programı (.....) | |
| () Doktora Programı (.....) | |
| 11. Çalıştığınız Bölümdeki Pozisyonunuz: | |

- () Ara Sıra () Nadiren
 10. Hemşirelik mesleğini seçme durumu
 () İsteyerek seçtim () İstemedenden seçtim
- () Hiçbir Zaman
 19. İş Yerinde Kararların Alınmasında
 Katkıda Bulunma Durumunuz Ne
 Düzeydedir?
 () Katkıda Bulunurum
 () Ara Sıra Katkıda Bulunurum
 () Hiç Katkıda Bulunmam

20. Aşağıdaki Uygulamalardan Memnun Musunuz?

	Memnunum	Memnun Değilim
Çalışma saatleri/ nöbetler		
Görev dağılımı		
İş yükü		
İş hızı		
Hemşire sayısı		
Hekim sayısı		
Hasta sayısı		
Çalışma ortamındaki kişilerarası ilişkiler		
Bu kurumda çalışıyor olmaktan		
Çalışılan birim/servis/ünitede çalışmaktan		
Hasta güvenliğine yönelik eğitimler		
Gelir durumunuzdan		

21. Aşağıdaki Tabloyu Uygun Şekilde Doldurunuz.

	Evet	Hayır
Hafta sonu çalışma durumunuz?		
Nöbet tutma durumunuz?		
Mesleğinizi severek mi yapıyorsunuz?		
Şu an çalıştığınız işi bırakma düşüncesi var mıdır?		
Çalıştığınız kurumda hasta güvenliği komitesi var mıdır?		
Daha önce hasta güvenliği hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı?		
Kurumunuzda hasta güvenliğiyle alakalı herhangi bir eğitim aldınız mı?		
Kurumunuzda hasta güvenliğiyle alakalı komitede görev almak ister misiniz?		
Hastanelerde bulunan hasta güvenliği komitesinin gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?		
Kurumunda ekip çalışmasıyla alakalı herhangi bir eğitim aldınız mı?		
İşe başlarken kurumunuz tarafından oryantasyon eğitimi verildi mi?		
Ailenize yeterli zaman ayırıyor musunuz?		
Bir daha meslek seçecek olsanız yine hemşire olur muydunuz?		
Mesleğinizi stresli buluyor musunuz?		

22. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Tebliği Okudunuz mu?
 () Evet () Hayır () Bilmiyorum

23. Çalıştığınız Kurumda Yürütülen Kalite Çalışmaları Hangileridir, Lütfen Bildiklerinizi İşaretleyiniz. (Birden Fazla Seçenek İşaretleyebilirsiniz).
 () ISO Standardizasyon Çalışmaları
 () JCI Akreditasyon

- () EFQM Modeli
() Toplam Kalite Yönetimi Çalışmaları
() Diğer (Belirtiniz.....)
24. Kalite Eğitimi Aldınız mı? () Evet ()
Hayır

25. Sizce Kişilik Tipiniz Nedir?
() A Tipi (Hızlı Konuşma, Hızlı Yeme,
Hızlı Yürüme, Sabırsız, Aynı Anda Birçok
Şeyi Yapma, Rekabetçi vb)
() B Tipi (Rahat ve Sabırlı, Aşırı Hırslı
Olmayan, Kolay Kolay Sinirlenmeyen ve
Tedirgin Olmayan, Sakin, Zaman Saplantısı
Olmayan vb)

26. İş Ortamında Algılanan Stres Düzeyinizi
Nasıl Yorumlarsınız? Stres Düzeyinizi
Aşağıdaki Çizgi Üzerinde İşaretleyiniz.



II. BÖLÜM

Hasta güvenliği kültürüne yönelik oluşturulan aşağıdaki ifadeleri, KURUMUNUZDAKİ genel uygulamaları dikkate alarak değerlendiriniz ve size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

Madde No	Hasta Güvenliği Kriterleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.	1	2	3	4
2	Sunulan tüm hizmetler, hasta güvenliği açısından değerlendirilir.	1	2	3	4
3	Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır.	1	2	3	4
4	Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır.	1	2	3	4
5	İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (isim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır.	1	2	3	4
6	Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır.	1	2	3	4
7	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömoni oranları, düşmeler vb göstergelerden yararlanır.	1	2	3	4
8	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb göstergelerden yararlanır.	1	2	3	4
9	Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir.	1	2	3	4
10	Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate alınır.	1	2	3	4
11	Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.	1	2	3	4
12	Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme) çalışılır.	1	2	3	4
13	Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.	1	2	3	4
14	Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreci kullanılır.	1	2	3	4
15	Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.	1	2	3	4

Madde No	Hasta Güvenliği Kriterleri	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
16	Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.	1	2	3	4
17	Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.	1	2	3	4
18	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir.	1	2	3	4
19	Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder.	1	2	3	4
20	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandırmada meslektaşları tarafından cesaretlendirilir.	1	2	3	4
21	Çalışanlar, hatalar oluştuğunda hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır.	1	2	3	4
22	Çalışanlar, hasta güvenliği konusundaki kurumsal hedefleri bilir.	1	2	3	4
23	Çalışanlar, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır.	1	2	3	4
24	Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır.	1	2	3	4
25	Çalışanlar, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır.	1	2	3	4
26	Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır.	1	2	3	4
27	Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır.	1	2	3	4
28	Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır.	1	2	3	4
29	Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır.	1	2	3	4
30	Tüm çalışanlar (tüm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (risk ve güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme vb) katılır.	1	2	3	4
31	Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.	1	2	3	4
32	Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.	1	2	3	4
33	Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.	1	2	3	4

Madde No	Hasta Güvenliği Kriterleri				
		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
34	Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.	1	2	3	4
35	Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.	1	2	3	4
36	Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.	1	2	3	4
37	Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir.	1	2	3	4
38	Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır.	1	2	3	4
39	Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.	1	2	3	4
40	Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay-hataları tanımlama ve raporlama süreçleri, vb) eğitimler düzenli olarak verilir.	1	2	3	4
41	Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.	1	2	3	4
42	Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.	1	2	3	4
43	Hasta güvenliği eğitim programlarında, isim vermeden gerçek olay raporlarından yararlanır.	1	2	3	4
44	Kurumumuzun fiziksel yapısı, hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.	1	2	3	4
45	Mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde, hasta güvenliği kriterleri göz önüne alınır.	1	2	3	4
46	Kurumumuzun tümünde kullanılan malzeme, cihaz ve teknolojiler standardize edilmiştir.	1	2	3	4
47	Kurumumuzda tüm tıbbi kayıtlar elektronik ortamda tutulur.	1	2	3	4
48	Tıbbi malzeme ve ilaçlar için barkodlama sistemleri kullanılır.	1	2	3	4
49	Kurumumuzda kullanılan tüm alet ve ekipmanın bakımı (kalibrasyonu, ayarı) düzenli olarak yapılır.	1	2	3	4
50	Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır	1	2	3	4
51	Kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınır.	1	2	3	4

III. BÖLÜM HEMŞİRE İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ

HEMŞİRE İŞ DOYUMU ÖLÇEĞİ						
	Bu bölümde, İş Doyumuna ilişkin bazı ifadelere yer verilmiştir. Lütfen bu bölümdeki ifadelere ne ölçüde katılıp katılmadığınızı (X) işareti ile belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Şu anki işimle gurur duyuyorum.					
2	Hemşirelik bakımı vermek, yapmak istediğim iştir.					
3	İşimin motive edici olduğunu düşünüyorum.					
4	Bu hastanede çalışmak, kendimi geliştirmeme yardımcı oluyor.					
5	İşimi ilginç buluyorum.					
6	İşimin anlamsız olduğunu düşünüyorum.					
7	Hastaların iyileşmesine yardımcı olmak, beni hemşire olarak çalışmaya motive ediyor.					
8	İşyerimde iyi örnek alınacak hemşireler var.					
9	İşyerimde yönetici hemşire, takdir etmek ve teşekkür etmek için sık sık hemşirelerle konuşur.					
10	İşyerimde bir sorun olduğu zaman, yönetici hemşire, bu sorunla uygun bir şekilde ilgilenir.					
11	Yönetici hemşire, tavsiyelerde bulunarak ilerlememe ve gelişimime yardımcı olur.					
12	Yönetici hemşireye açık yüreklilikle danışabilirim.					
13	İşyerimde yönetici hemşire, hemşirelere, çalışma politikaları ve hedefleri konusunda ayrıntılı açıklamalar yapar.					
14	Yönetici hemşire, beni adil bir şekilde değerlendirir.					
15	Hemşirelik bakımı verirken her zaman, bu bakımı geliştirmenin yollarını düşünürüm.					
16	Toplantılarda fikirlerimi ifade edebilirim.					
17	Önerilerim, işyerinde dikkate alınır.					
18	İşyerinde rolümü yerine getiririm.					
19	Hasta bakımı konusunda, diğer profesyonellere danışabilirim.					
20	Hekimlere, fikirlerimi belirtemem.					
21	İş arkadaşlarımdan bazen övgü ve takdirlerini alırım					
22	Hastalar ve ailelerinin bana güvendiğini hissedirim.					
23	Hastanemiz, bireysel koşullarımızı dikkate alarak esnek bir şekilde çalışmamıza olanak sağlar.					
24	İş hayatımla özel hayatımı dengeleyebilirim.					
25	Çalıştığım hastanede yeterli sayıda personel görevlendirilir.					
26	Yaptığım işin karşılığında yeterli maaş alırım.					
27	İşyerimde izin konusundaki taleplerimiz kabul edilir					

Ek-2: Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği Kullanımı İzin Yazısı

Karter r1rc1 <kademir1@ofmail.com>

15 Nis (8 gün önce)

Alıcı: emturkmen, bcc: Arzu

Merhaba Sayın Türkmen,

Ben Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Tez Danışmanım, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Arzu Karabağ Aydın'dır.

Tezim için literatür taraması yaparken sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği"ne rastladım. Yüksek lisans tez çalışmamda Hemşirelik İş Doyumu ve Hasta Güvenliği Kùltürü çalışmak istiyorum. Çalışmayı gerçekleştirebilmem ve Etik Kurula başvuru yapabilmem için sizin yazılı iznimize ihtiyacım var.

Değerli vaktinizi ayırdığınız için çok teşekkür ediyorum.

Saygılarımla,

Ardahan Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Öğr. Gör. Kader ÇİFÇİ

Emine Türkmen

20 Nis (3 gün önce)

Alıcı: seydaseren, ukubay, sokmenserap, bana

Sayın Çiftçi,

"Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği"ni makalemizi kaynak göstermek ve bu çalışma ile elde ettiğiniz bilimsel ürünleri bizimle paylaşmak koşulu ile çalışmanızda kullanabilirsiniz (atflara ulaşmada yaşanan sorunlardan dolayı).

Çalışmanızda başarılar dileriz.

Yazarlar Adına,

Emine Türkmen

Windows
Windows

Ek-3: Hemşirelerde İş Doyumu Ölçeği Kullanımı İzin Yazısı

Merhaba Sayın Türe Yılmaz,

Ben Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Tezim için literatür taraması yaparken sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Hemşirelik İş Doyum Ölçeği"ne rastladım. Yüksek lisans tez çalışmamda Hemşirelik İş Doyumu ve Hasta Güvenliği Kültürü çalışmak istiyorum. Çalışmayı gerçekleştirebilmem ve Etik Kurul'a başvuru yapabilemem için sizin yazılı iznimize ihtiyacım var.

Değerli vaktinizi ayırdığınız için çok teşekkür ediyorum.

Saygılarımla,

Ardahan Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Öğr. Gör. Kader ÇİFÇİ

aysun yılmaz

14 Nis (9 gün önce) ☆

Alıcı: bana

Merhaba Kader Hanım;

Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "*Hemşire İş Doyum Ölçeği*"ni yüksek lisans tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Ölçekle ilgili gerekli bilgileri, ölçek maddelerini ve açıklamaları da size gönderiyorum. Takıldığınız ve sormak istediğiniz bir şey olursa her zaman haberleşebilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim.

Öğr. El. Dr. Aysun TÜRE YILMAZ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Eskişehir
0506 4249558

Wind
Window

Ek-4: Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu İzin Yazısı



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
(Etik Kurul Başkanlığı)



Sayı : 80576354-050-99/ 89
Konu : Etik Kurul Değerlendirmesi.

27/04/2017

Sayın; Öğr.Gör.Kader ÇİFÇİ
Ardahan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO

“Hemşirelerde İş Doyumunun ve Hasta Güvenliği Kültürünün Karşılaştırmalı Analizi” adlı çalışmanız Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu komisyonunca 26.04.2017 tarih ve 05 numaralı oturumda incelenmiş ve çalışmanın Etik Kurul yönergesindeki şartlara uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd.Döç.Dr.Damla ÇETİN
Etik Kurul Bşk.Yrd.

Eki: 1. Adet Yönetim Kurulu Kararı

Ek-5: Ardahan Devlet Hastanesi Kurum İzin Yazısı

T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu
Ardahan Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ARDAHAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ARDAHAN İLİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
21/07/2017 11:48 - 23850051 - 431.05.03 - E.760
0000409721

Sayı : 23850051-431.05.03
Konu : İzin Talebi Hk.

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Personel Daire Başkanlığı)

İlgi : 14/07/2017 tarihli ve E.17683 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Kader ÇİFÇİ'nin "Hemşirelerde İş Doyumunun ve Hasta Güvenliği Kültürünün Karşılaştırılmalı Analizi" adlı tez çalışmasını Birliğimize bağlı Ardahan Devlet Hastanesi'nde yapabilmesi Genel Sekreterliğimizde uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Şafak GÜRBÜZ
Genel Sekreter V.

Sevcan Fidan
Güvenli Elektronik
İmzalı Akl ile Ayrıdır.
20.../20...
Sevcan FİDAN
Tıbbi Sekreter

İnoñi Mah. Prof.Dr.Abdülmecid DOĞRU Cad. No:4 Kat:2 Sağlık Kompleksi /
ARDAHAN
Faks No:04782114576

Bilgi için:Canan ARSLANGÖRÜR

e-Posta:canan.arslangorur@soglik.gov.tr İnt.Adresi: canan.arslangorur@soglik.gov.tr

Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:0 478 211 36 66 / 1263

Evrak elektronik imzalı suretine <http://e-beige.saglik.gov.tr> adresinden 466e88ba-f68d-4774-a6bd-e2e15002ce5d kodu ile erişebilirsiniz.
Ba bejge S070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-6: Kars Harakani Devlet Hastanesi Kurum İzin Yazısı

KARS HARAKANI DEVLET HASTANESİ
YÖNETİCİLİĞİ - KARS HARAKANI DEVLET
HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİ
24/07/2017 11:23 - 02288353-529-3503



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kars İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kars Harakani Devlet Hastanesi

Sayı : 42288353/
Konu: İzin Talebi

24/07/2017

KARS İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi: 20/07/2017 tarih ve E907 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınızda adı geçen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Kader ÇİFÇİ'nin "Hemşirelerde İş Doyumunun ve Hasta Güvenliği Kültürünün Karşılaştırmalı Analizi" başlıklı tez çalışmasını hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

Uz. Dr. Mutlu SAHİN
Hastane Yöneticisi

Kars Harakani Devlet Hastanesi
e-mail : karsdhs3@saglik.gov.tr
Tel : 04742125668-70
Fax : 04742122367

Ayrıntılı Bilgi İçin :Emine ATABEY
Yeni Şehir mah. İsmail Aytemiz Bulvarı
No: 55

**EK-7: Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi
Kurum İzin Yazısı**



T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliği



Sayı : 66093324-010.000.99-E.3295
Konu : Kader ÇİFTÇİ Çalışma İzni

24/01/2018

GENEL SEKRETERLİK MAKAMI

İlgi : 05.01.2018 tarih ve 10829923-030.99-659 sayılı yazınız.

Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanemize gelen ilgi sayılı yazınıza istinaden Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Arzu KARABAĞ AYDIN'ın danışmanlığındaki Yüksek Lisans öğrencilerinden Kader ÇİFTÇİ'nin Hastanemizde "Hemşirelerde İş Doyumunun Ve Hasta Güvenliği Kültürünün Karşılaştırmalı Analizi" başlıklı tez çalışmasını yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır

Yrd. Doç. Dr. Yakup BAYKUŞ
Başhekim

EK : İzin Yazısı (8 Sayfa)



Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Merkez/KARS
Tel : 0474 225 21 06-07-08-09 Faks: 0474 225 14 30

Ayrıntılı Bilgi İçin: Canerhan ATAKIŞI
Tel: E-Posta: caneratakisi@hotmail.com

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Yrd. Doç. Dr. Yakup BAYKUŞ tarafından 24.01.2018 tarihinde e-İmzalanmıştır.
Detaylı bilgi için: <http://104.77.41.18/E-Imza/Default.aspx> linkinden KODİBASGCMXID kodu ile detaylanabilmektedir.

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Kader ÇİFÇİ

Doğum Tarihi : 25. 07. 1986

Doğum Yeri : Kars

Uyruğu : T. C.

Adres : Ardahan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Çocuk Gelişimi Bölümü

Tel : 0536 293 49 80

E- mail : kadercifci@ardahan.edu.tr

Unvan : Öğretim Görevlisi

Eğitim:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Kafkas Üniversitesi, Kars Sağlık Yüksek Okulu	2005-2009
Yüksek Lisans	Histoloji-Embriyoloji	Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2009-2011
Yüksek Lisans	Hemşirelik	Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2015-

Akademik Unvanlar:

Unvan	Bölüm	Üniversite	Yıl
Öğretim Görevlisi	Çocuk Gelişimi	Ardahan Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu	2012-
Yabancı Dil (İngilizce)		66.25 (Yök-Dil)	