



T.C.
DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

BİR ŞEHİR HASTANESİ CERRAHİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE BAKIM ROLÜ
ORYANTASYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ZAHİDE CEBECİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. ZEHRA DURNA
2024-İSTANBUL



T.C.
DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

BİR ŞEHİR HASTANESİ CERRAHİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE BAKIM ROLÜ
ORYANTASYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ZAHİDE CEBECİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. ZEHRA DURNA

JÜRİ ÜYELERİ
Prof. Dr. ZEHRA DURNA
Prof. Dr. NURTEN KAYA
Dr. Öğr. Üyesi NURDAN YILDIRIM

2024-İSTANBUL

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

01 EKİM 2024

Yüksek Lisans öğrencisi Zahide CEBECİ, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı'nda hazırlamış olduğu “Bir Şehir Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile Bakım Rolü Oryantasyonlarının Değerlendirilmesi” konulu tezini savunmuş ve aday jüri tarafından BAŞARILI/~~BAŞARISIZ~~ bulunarak tez hakkında OYBİRLİĞİ/~~OYÇOGUNLUĞU~~ ile KABUL/~~DÜZELTME~~/~~RED~~ kararı verilmiştir.

Prof.Dr. Zehra DURNA (Danışman)
(Üye)

Prof.Dr. Nurten KAYA
(Başkan)

Dr.Öğr. Üyesi Nurdan YILDIRIM
(Üye)

BEYAN

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

Zahide CEBECİ

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim ve tez çalışmamın her sürecinde desteğini esirgemeyen, bilgi, görgü ve deneyimlerini benimle paylaşarak yol gösterici olan, birlikte çalışmaktan onur duyduğum tez danışmanım, değerli hocam Sayın Prof. Dr. Zehra DURNA' ya,

Lisansüstü eğitimimde emeği geçen tüm değerli öğretim üyelerine,

Veri toplama aşamasında çalışmama içtenlikle katılan tüm meslektaşlarıma,

Bugüne dek desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili anne ve babama,

Eğitimim süresince vakitlerinden aldığım canım çocuklarım İrem ve Mert Ali'ye ve her zaman yanımda olan, bana güç veren eşim Fırat'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Zahide CEBECİ

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar	vii
SİMGE VE KISALTMALAR	viii
1. ÖZET	1
2. SUMMMARY	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	8
4.1. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ	8
4.1.1. Hasta Güvenliği	8
4.1.2. Hasta Güvenliği Kültürü	9
4.1.3. Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturma	10
4.1.4. Hasta Güvenliği Kültürünün Elementleri	10
4.1.5. Hemşirelik ve Hasta Güvenliği	11
4.1.6. Cerrahi ve Hasta Güvenliği	12
4.2. HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU	12
4.2.1. Hemşirelik	12
4.2.1.1. Hemşirelik Bakımı	14
4.2.2. Hemşirelik Roller	15
4.2.2.1. Bakım Verici Rolü	16
4.3. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU	17
5. GEREÇ VE YÖNTEM	20
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	20
5.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ	20

5.3. ARAŞTIRMA SORULARI	20
5.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	20
5.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	21
5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	21
5.6.1. Kişisel Bilgi Formu	22
5.6.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	22
5.6.3. Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu Ölçeği	22
5.7. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA SÜRECİ	23
5.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	23
5.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	23
5.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	24
6. BULGULAR	25
6.1. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMLARINA AİT BULGULAR	26
6.2. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU ÖLÇEKLERİNİN CRONBACH'S ALPHA DEĞERLERİNE AİT BULGULAR	27
6.3. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL ÖZELLİKLER İLE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYON ÖLÇEKLERİNİN KARŞILAŞTIRMALARINA AİT BULGULAR	29
6.3.1. Cinsiyete Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmasına Ait Bulgular	29
6.3.2. Yaş Grupları Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmasına Ait Bulgular	30
6.3.3. Görev Süresine Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmasına Ait Bulgular	31
6.3.4. Eğitim Durumlarına Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmasına Ait Bulgular	33
6.3.5. Bakılan Hasta Sayısına Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmasına Ait Bulgular	35

6.3.6. Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Durumuna Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmasına Ait Bulgular	36
6.3.7. Çalışılan Birime Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmalarına Ait Bulgular	37
6.4. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU ÖLÇEKLERİ İLE KİŞİSEL ÖZELLİKLERİN KORELASYONUNA AİT BULGULAR	41
6.5. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZİNE AİT BULGULAR	42
7. TARTIŞMA	44
7.1. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMLARINA AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI	45
7.2. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU ÖLÇEKLERİNİN CRONBACH ALPHA DEĞERLERİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI	46
7.3. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİ İLE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYON ÖLÇEKLERİ NİN KARŞILAŞTIRMALARINA AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI	47
7.3.1. Cinsiyete ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmasının Tartışılması	47
7.3.2. Yaş Gruplarına ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmasının Tartışılması	48
7.3.3. Görev Süresi ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmasının Tartışılması	49
7.3.4. Eğitim Durumları ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmasının Tartışılması	50
7.3.5. Bakılan Hasta Sayısı ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmasının Tartışılması	51
7.3.6. Hasta güvenliği eğitimi alma durumları ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmasının Tartışılması	52
7.3.7. Çalışılan Birim ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmalarına Ait Bulguların Tartışılması	52

7.4. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU ÖLÇEKLERİNİN KİŞİSEL ÖZELLİKLER İLE KORELASYONUNA AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI	53
--	----

7.5. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI	54
--	----

8. SONUÇ VE ÖNERİLER	57
-----------------------------	-----------

9. KAYNAKÇA	61
--------------------	-----------

EKLER

EK-1: ÖZGEÇMİŞ

EK-2: ETİK KURUL ONAYI

EK-3: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

EK-4: HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ

EK-5: HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU ÖLÇEĞİ

EK-6: KURUM İZNİ

EK-7: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

EK-8: HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

EK-9: HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

TABLolar

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 6.1.1.	Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine göre Dağılımları	27
Tablo 6.2.1.	Hasta Güvenliği Kültürü ile Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu Ölçeklerinin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Cronbach Alpha Değerleri	28
Tablo 6.3.1.1	Cinsiyet ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırması	29
Tablo 6.3.1.2.	Yaş Grupları ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırması	30
Tablo 6.3.2.3.	Görev Süresine ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırması	32
Tablo 6.3.3.4.	Eğitim Durumu ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırması	33
Tablo 6.3.4.5.	Bakılan Hasta Sayısı ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırması	35
Tablo 6.3.5.6.	Eğitim Alma Durumu ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırması	37
Tablo 6.3.6.7.	Çalışılan Birime ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırması	38
Tablo 6.4.1.	Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu Ölçeklerinin Kişisel Özellikler ile Korelasyonu	41
Tablo 6.5.1.	Hasta Güvenliği Kültürü ile Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu Ölçekleri Arasındaki İlişki Analizi	43

SİMGE VE KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HGKÖ	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği
HBROÖ	Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu Ölçeği
ICN	International Council of Nursing (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Derneği)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

Yüksek Lisans Tez Projesi Numarası: HEM/YL/327/2023

Demiroğlu Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır.

1. ÖZET

Bir Şehir Hastanesi Cerrahi Kliniklerde Çalışan hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile Bakım Rolü Oryantasyonlarının Değerlendirilmesi

Öğrencinin Adı: Zahide CEBECİ

Danışmanı: Prof. Dr. Zehra DURNA

Anabilim Dalı: Hemşirelik

Amaç: Bu araştırma bir şehir hastanesi cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile bakım rolü oryantasyonlarının değerlendirilmesi amacıyla planlandı. **Gereç ve Yöntem:** Kişisel bilgi formu, hasta güvenliği kültürü ölçeği ve bakım rolü oryantasyonları ölçeği kullanılarak tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma olarak 12 Şubat – 21 Şubat 2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi’nde cerrahi kliniklerde çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 119 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada veriler, “Kişisel Bilgi Formu”, “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ)” ve “Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu Ölçeği (HBROÖ)” formları aracılığı ile toplanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerden onam alındıktan sonra veri toplama formlarını doldurmaları istenmiş ve doldurulan formlar tek tek toplanmıştır. Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS 15.0 for Windows programı kullanılmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için etik kuruldan ve uygulamanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alınmış alınmıştır. **Bulgular:** Araştırma sonuçlarına göre, araştırmaya katılan hemşirelerin; %82,4’ünün kadın olduğu, %66,4’ünün 18-29 yaş aralığında olduğu, %52,9’unun 1-5 yıldır görev yaptığını, %84’ünün Lisans mezunu olduğunu, %27,7’sinin Genel Cerrahi kliniğinde çalıştığını, %76,5’inin 15 ve üzerinde hasta baktığını, %87,4’ünün Hasta güvenliği konusunda eğitim aldığı belirlendi. HGK ölçeği Cronbach Alfa değeri 0.967 olarak bulundu. Ölçeğin iç tutarlılığının yüksek düzeyde güvenilir olduğu bulundu. HBROÖ Cronbach Alfa değeri 0,697 bulundu. Ölçeğin iç tutarlılığının oldukça güvenilir düzeyde olduğu bulundu. HGKÖ’nün, HBROÖ ile arasında negatif yönde ve çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu, “Otonomi” alt boyutu arasında ise negatif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulundu ($p<0,05$). Yaş gruplarına göre HGKÖ alt boyutlarından “Yönetim ve liderlik” 30-39

yaş grubunda 18-29 yaş grubuna göre, “Beklenmedik olay” ise 40-49 yaş grubunda 18-29 yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$). Görev süresine göre, HGKÖ’ nün “Yönetim ve liderlik” ve “Beklenmedik olay” puanı 10 yıl ve üzeri olanlarda 1-5 yıl olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olarak bulundu ($p<0,05$). Hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına göre HGKÖ ve alt boyutlarından “Yönetim ve liderlik”, “Çalışanların eğitimi”, “Beklenmedik olay” ve “Bakım ortamı” puanları eğitim almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). Çalışılan birime göre HGKÖ toplam puanı ve “yönetim ve liderlik”, “çalışanların eğitimi”, ile “çalışan davranışı” alt boyutları arasında ve HBROÖ’nün alt boyutlarından “otonomi” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). HGKÖ alt boyutlarından “Yönetim ve liderlik” in, yaş ve görev süresi ile zayıf düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı, “Beklenmedik olay” alt boyutunun yaş ile arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu ($p<0,05$). Sonuç: Araştırma sonuçları, hastanede güvenlik kültürünün kurulmuş olduğunu, hasta bakım rolü oryantasyonunun ise orta düzeyde olduğunu göstermektedir. HGKÖ ile HBROÖ arasında negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Hemşirelik, Bakım Rolü, Bakım Rolü Oryantasyonu

2. SUMMARY

Evaluation of Patient Safety Culture and Care Role Orientation of Nurses Working in Surgical Clinics of a City Hospital

Name of Student: Zahide CEBECİ

Supervisor: Prof. Dr. Zehra DURNA

Department: Nursing

Objective: This study was planned to evaluate the patient safety culture and care role orientations of nurses working in surgical clinics of a city hospital. **Materials and Methods:** This descriptive and correlational study was conducted between 12 February - 21 February 2024 using a personal information form, patient safety culture scale and care role orientations scale. The sample of the study consisted of 119 nurses working in surgical clinics at Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu City Hospital who agreed to participate in the study. The data were collected through ‘Personal Information Form’, ‘Patient Safety Culture Scale (PSCS)’ and ‘Nursing Care Role Orientation Scale (NCROS)’ forms. After obtaining consent from the nurses participating in the study, they were asked to fill in the data collection forms and the completed forms were collected one by one. SPSS 15.0 for Windows software was used to analyse the data obtained from the study. Written permission was obtained from the ethics committee and the institution where the study was conducted. **Results:** According to the results of the study, it was determined that 82.4% of the nurses participating in the study were female, 66.4% were between the ages of 18-29, 52.9% had been working for 1-5 years, 84% had a bachelor's degree, 27.7% worked in the General Surgery clinic, 76.5% cared for 15 or more patients, and 87.4% received training on patient safety. The Cronbach's alpha value of the HSC scale was found to be 0.967. The internal consistency of the scale was found to be highly reliable. The Cronbach's alpha value of the HPSRS was found to be 0.697. The internal consistency of the scale was found to be highly reliable. It was found that there was a negative and very weak correlation between HGKÖ and HBROÖ, and there was a negative and weak correlation between the ‘Autonomy’ sub-dimension ($p<0.05$). According to age groups, ‘Management and leadership’ sub-dimension of HGKÖ was statistically significantly higher in the 30-39 age group than

in the 18-29 age group, and 'Unexpected event' was statistically significantly higher in the 40-49 age group than in the 18-29 age group ($p<0.05$). According to the length of service, the 'Management and leadership' and 'Unexpected event' scores of the HOSQ were found to be statistically significantly higher in those with 10 years and above than in those with 1-5 years ($p<0.05$). According to the status of receiving patient safety training, it was found that the scores of 'Management and leadership', 'Training of employees', 'Unexpected event' and 'Care environment' from the HGKÖ and its sub-dimensions were statistically significantly higher than those who did not receive training ($p<0.05$). A statistically significant difference was found between the total score and the sub-dimensions of 'management and leadership', 'training of employees', 'employee behaviour' and 'autonomy', one of the sub-dimensions of HOSRS, according to the unit of employment ($p<0.05$). It was found that 'management and leadership', one of the sub-dimensions of HGKÖ, had a weak, positive and statistically significant relationship with age and tenure, and 'unexpected event' sub-dimension had a weak, positive and statistically significant relationship with age ($p<0.05$). Conclusion: The results of the study show that safety culture is established in the hospital and patient care role orientation is at a moderate level. A negative and very weak correlation was found between HGKÖ and HBROÖ.

Keywords: Patient Safety, Patient Safety Culture, Nursing, Care Role, Care Role Orientation

3. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlığın var oluşundan bu yana hasta güvenliği tüm toplumların önem verdiği konuların başını çekmiş olup bu konuyla ilgili tarihin her aşamasında gerekli önlemler alınmaya çalışılmıştır (Arslan ve ark., 2020; Bodur ve ark., 2012). Sağlık sektöründe insanla etkileşimin ve teknoloji kullanımının yoğunluğu nedeniyle tehlike yaratacak unsurlar yüksek olduğu için tıbbi hatalarla sık karşılaşılması kaçınılmaz bir durum olmuştur. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunda önceliğin, bireye zarar vermeden tedavi ve bakımın gerçekleştirilmesi olmalıdır (Arslan ve ark., 2020). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün yayınlamış olduğu verilere göre, sağlık hizmeti alan her 10 hastadan biri tıbbi hata ile karşılaşmakta ve her yıl yaklaşık olarak 42 milyon insan hasta güvenliği ile ilgili sorunlar yaşamaktadır (Arslan ve ark., 2020). Hizmet sunumu sırasında hasta güvenliğinin sağlanması, oluşabilecek hataları azaltarak, bireyleri karşılaşabilecekleri zararlardan korur (Yenice ve ark., 2021). Hataların engellenemediği durumlarda ise; komplikasyonların gelişimi, tedavinin aksaması, tanı/tedavi işlemlerinin tekrarlanması, tıbbi harcamaların artması, sağlık çalışanlarına ve sağlık sistemine karşı güven kaybı ve kurum imajının olumsuz etkilenmesi gibi sorunlara neden olabilir (Yıldız ve ark., 2013).

Meydana gelebilecek hataların ve bu hatalardan kaynaklanacak sorunların azaltılması ya da ortadan kaldırılabilmesi için sağlık kuruluşları tarafından etkin bir hasta güvenliği kültürü geliştirilmesi önem arz etmektedir (Karayurt ve ark., 2017; Rızalar ve ark., 2016). Hasta güvenliği kültürü, kurumda yapılan işlerin önem derecesini belirleyerek, hasta güvenliğiyle ilgili nasıl bir yaklaşım gösterilmesi gerektiği, toplumun değer yargılarını, inançlarını ve kurallarını kapsar (Yenice ve ark., 2021). Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı'na göre, hasta güvenliği kültürü, “bir organizasyonda neyin önemli olduğu ve hasta güvenliğine ilişkin tutum ve davranışların desteklendiği, ödüllendirildiği ve beklendiği gibi değerlerin, inançların ve normların anlaşılmasını gerektirir” şeklinde açıklanmıştır (Karataş, 2023). Sağlık bakım organizasyonları için, sağlık hizmeti süresince hasta güvenliğinin artırılması amacıyla, hasta güvenliği ile ilgili kültürleri belirlemek ve değerlendirmek önemlidir (Öztürk ve ark., 2022). Hasta güvenliği kültürü örgüt kültürü bileşenlerinden biridir.

Bu nedenle hasta güvenliği kültürü çalışanların ortak inançları, tutum, değer normları ile davranış özelliklerini içerir (Öztürk ve ark., 2022).

Bakım, bireylerin biyolojik, fizyolojik ihtiyaçlarının yanı sıra psiko-sosyal ihtiyaçlarının da giderilmesini içeren çok yönlü bir kavram olarak tanımlanmıştır (Kahraman ve Ceyhan, 2022). Hemşirelik mesleği bakımı profesyonel rol olarak üstlenmiştir. Bakım ise düşünme, planlama, uygulama, değerlendirme gibi birçok boyutu içinde barındıran kapsamlı bir kavramdır (Kahraman ve Ceyhan, 2022; Karaahmetoğlu ve Alpar, 2017). Bakım rolü oldukça geniş kapsam içermekle birlikte, hemşireliğin bağımsız rollerinden olması sebebiyle, otonomisini en çok kullandığı için meslekte önemli bir yere sahip olmaktadır (Bekmezci, 2019; Sayraç, 2022). Hemşire bakım rolünü, aldığı eğitim ve daha önce deneyimlediği klinik tecrübelerle yerine getirmektedir. Bakım rolü etkin ve kaliteli şekilde yerine getirildiğinde, hasta için hastanede yatış süresindeki azalmaya bağlı, iş gücü ve zaman kaybının önlenmesine katkı sağlanacaktır (Kahraman ve Ceyhan, 2022). Modern hemşireliğin başlangıcıyla birlikte amaç, görev ve rol ve işlevleri sürekli olarak sorgulanan hemşirelik mesleği, giderek geleneksel yapıdan uzaklaşmış olup günümüzde düşünüp, sorgulayan, araştıran, inisiyatif kullanan modern hemşireliğe yerini bırakmıştır. Hemşireliğin en temel rolü olan bakım rollerini bağımsız olarak gerçekleştirdikleri ve en aktif şekilde yoğun bakım ünitelerinde kullandıkları görülmektedir (Sayraç, 2022).

Bir sağlık kuruluşunda kaliteli bakım almak önemli bir kalite göstergesidir. Kaliteli ve güvenli sağlık bakımı verilmesi günümüzde hızla değişen ve gelişen sağlık bakım ortamlarında profesyonel hemşirelere duyulan ihtiyacı da gündeme getirmiştir (Hendekçi, 2020). Sağlık kuruluşlarında kalite göstergelerinin büyük bir çoğunluğu da hasta güvenliği başlığı altında değerlendirilmektedir. Hasta güvenliği ve hemşirelik bakımı kavramları irdelendiğinde temel amaçlarının benzer olduğu ve bu amaçların hastanın hastanede kalış süresinin en kısa süreye indirilmesi ve hastada gelişebilecek komplikasyonların en aza indirilerek hasta güvenliğinin sağlanması olduğu görülmektedir. Bu yüzden hemşirelik bakım uygulamalarında hasta güvenliğinin sağlanması her geçen gün artarak önem kazanmaktadır (<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-12679/saglikta-kalite-standartlari-sks.html> Erişim zamanı: 02.08. 2024).

Bu bilgilerden yola çıkarak bu araştırma ile; bir şehir hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile bakım rolü oryantasyonlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ulusal literatür incelendiğinde ülkemizde hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve bakım rolü oryantasyonu arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışma bulunmadığı görülmektedir. Bu çalışma ile hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile bakım rolü oryantasyonlarının değerlendirilmesi ve önerilerle mesleki alanda iyileştirmenin planlanması ve literatüre katkıda bulunulması hedeflenmektedir.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

4.1.1. Hasta Güvenliği

Sürekli gelişen teknolojiye bağlı olarak, sağlık alanının karmaşıklığı da artmaktadır. Hasta güvenliği konusunda yapılan çalışmaların gerekçeleri arasında bu karmaşıklık hali gösterilebilir. Hasta güvenliği, gelişmişlik düzeyine bağlı olmaksızın tüm ülkeleri ilgilendiren küresel bir problem halini almıştır (Demirbağ, 2024). Hasta güvenliğinin, çoğunlukla gelişmekte olan ülkelerde, güvenliği sağlanmadan yapılan tıbbi işlemler ve bakımlar sebebiyle çok sayıda hastanın zarar görmesine veya ölümüne bile neden olduğu görülmektedir. Hastane enfeksiyonları, yanlış tanı ve tedavi, uygulanacak tedavinin gecikmesi, tıbbi cihaz ve donanımın yetersizliği, ilaç uygulama hataları, kan ve kan ürünleri, yaşlı, gebe, yenidoğan gibi özellikli hasta gruplarının bakımına ilişkin hatalar, hasta düşmeleri, cerrahi işleme veya anestezi uygulanmasına bağlı yaşanan olumsuzluklar, önlenabilir en yaygın hatalar arasındadır (Emül ve Demirel 2018; Demirbağ, 2024).

Dünya Sağlık Örgütü “Sağlık sürecinde hastaya önlenabilir bir zararın olmaması ve sağlık hizmeti ile ilgili gereksiz zarar riskinin kabul edilebilir asgari bir düzeye indirgenmesi şeklinde hasta güvenliğini tanımlamıştır (Sazlıkoğlu, 2023; Şemsu ve ark., 2024; Peet, 2024; <https://www.who.int/publications/i/item/9241592443> Erişim zamanı: 14.08.2024). Hasta güvenliği kültürü ise hataların önlenilmesi, oluşan hatalardan çıkarımlarda bulunulabilmesi temeline dayanarak sağlık çalışanlarını, hastaları ve sağlık kuruluşlarını içine alan bir güvenlik kültürü üzerine kuruludur (Elbi ve ark., 2020).

Hasta güvenliğinin odağı hastadır. Hasta güvenliği, hastaya bakım verilmeden önce, hastaya zarar verebilecek dış etmenleri göz önünde bulundurarak bakımı planlamayı gerektirir. Hasta güvenliğinde, sağlık hizmeti sunumu sırasında oluşabilecek hataların önlenmesi, hatalar gerçekleştiğinde ise bu hatalardan ders

alınması ve bu hataların tekrar etmemesi için uygun girişimlerin uygulanması ve önlemlerin alınması yer alır (Güneş, 2023, Merina-Plaza ve ark., 2018).

Kök nedenlerine bakıldığında sağlık hizmetlerindeki hataları; yapılan işlem kaynaklı, ihmal kaynaklı ve uygulama kaynaklı hatalar olarak 3 şekilde sınıflandırabiliriz (Karataş, 2023).

4.1.2. Hasta Güvenliği Kültürü

Güvenlik kültürü kavramı, Çernobil nükleer santralinde yaşanan kaza sonrasında ilk kez ortaya çıksa da yüksek risk düzeyine sahip birçok sektörde de gözden geçirilmesi gereken önemli bir kavram olmuştur. Sağlık hizmeti veren kurumlarda yüksek riskli bir sektör olarak da ele alınmıştır. Hastaya birebir dokunan bu sektörde olabilecek tıbbi hata, geri dönüşü neredeyse imkânsız ve hastalarda kalıcı zarar ya da ölüme bile neden olabilmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için, sağlık kuruluşlarında etkin bir güvenlik kültürü oluşturulması gerekmektedir. Böylece zamanla sağlık çalışanları tarafından benimsenecek olan bu kültür, davranışa dönüşecektir ve sağlık sistemi kesintisiz yürüyerek, hastalar zarar görmeden kaliteli bir sağlık hizmeti sunulacaktır (Vatansever, 2023).

Hasta güvenliği kültürü, hatalar raporlanırken şeffaflık, dürüstlük ve tıbbi hataların engellenmesi için sistematik bir bakış açısı ile yaklaşım olarak tanımlanmıştır (Erdem, 2023; Gündoğdu ve Bahçecik, 2012; Karataş, 2023).

2019 yılında yapılmış olan çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını, “çalıştıkları pozisyon”, “meslekteki deneyim süresi”, “hasta güvenliğiyle ilgili eğitim alma durumu”, “çalışma şekli”, “haftalık çalışma süresi”, “hemşirelerin görev yaptıkları hastanenin hasta ve çalışanlar açısından güvenli bir çevre oluşturduğu düşüncesi” ve “hastanede hasta güvenliğine dair uygulamaların bulunması”nın etkilediği görülmüştür (Yılmaz ve Duygulu, 2019).

Güvenli bir sağlık hizmetinin sunulması için hasta güvenliği kültürünün oluşturulması son derece önemli ve önceliklidir.

4.1.3. Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturma

İnsanın var olduğu her sistemde hatanın da var olabileceği varsayımı, güvenlik kültürü yaklaşımında bulunmaktadır. Bu sebeple, olabilecek insan hatasının olumsuz sonuçlarını önlemek ve bu sonuçları en aza indirmek için hatayı yapanları suçlamak yerine, güven duygusu ile sorumluluğunu geliştirmeye önem veren güçlü bir sistem ve kültür oluşturmak esas olmalıdır. Bu konuda sağlık çalışanlarına, sağlık kuruluşlarına ve sağlık organizasyonlarına büyük görevler düşmektedir (Şemsu ve ark. 2024; Wagner ve ark., 2013; Yaşar, 2023).

Yapılan birçok çalışmada iyi bir şekilde işleyen ve yerleşmiş olan hasta güvenliği kültürünün birçok olumlu sonuçlarının olduğu görülmektedir. Bunlar; İstenmeyen olaylar ve tıbbi hataların azalması, hastane yatış sürelerinin kısalması, hastaneye yeniden yatışların azalması, oluşabilecek komplikasyonların azalması, olay bildirimleri ile daha sonra yaşanabilecek olaylar için gerekli derslerin alınarak önlemlerinin artırılması olumlu sonuçları olarak sıralanabilir. Sağlık yöneticileri için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve sürdürülmesi bu bağlamda öncelikli olarak ele alınmalıdır (Kaya, 2021; Luikka ve ark., 2020). Güvenlik kültürünün değerlendirildiği çalışmalardan elde edilen bulgular, hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için oldukça faydalı olmakla birlikte iyileştirme çalışmalarının yapılabilmesi içinde bilgi tabanı oluşturmaktadır (Turaç, 2022).

4.1.4. Hasta Güvenliği Kültürünün Elementleri

Personelin doğru bilgiyi ve eğitimi almış olması sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürü oluşması açısından büyük önem taşımaktadır. Doğru olan davranışın yapılmasının en temel yolu sorumluluk almaktır. Singer ve ark., hasta güvenliği elementlerini; “Hasta güvenliği için liderlik taahhüdü”, “Üretime karşı güvenliğin önceliği”, “Kurumsal kaynaklar”, “Oluşan problemler ve hatalarda açıklık”, “Etkili ve açık iletişim”, “Güvenli olmayan eylemlerin sıklığı”, “Organizasyonel öğrenme” olarak tanımlamıştır (Yılmaz, 2023).

4.1.5. Hemşirelik ve Hasta Güvenliği

Hemşireler diğer sağlık profesyonelleri içerisinde rol ve işlevlerinin çokluğu ve hasta ile sürekli temas halinde olması nedeniyle tıbbi hata riski ile daha sık karşı karşıya kalmaktadırlar. International Council of Nurse (ICN: Uluslararası Hemşireler Birliği), hemşirelerin hasta ile en çok temas halinde olan meslek grubu olması nedeniyle hasta güvenliğini, hemşirelik uygulamaları ve sağlık kalitesi olarak ifade etmiştir (Demirbağ, 2024). Hemşireler hastayla sürekli temas halinde olmaları ve bakımın sağlanmasındaki etkinlikleriyle de hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesinde önemli bir yere sahiptirler (Jung, 2023; Labrague, 2024; Rızalar ve ark., 2016). Hemşireler sağlık sektörünün en büyük meslek grubunu oluşturmaktadır. Bu nedenle güvenilir sistemlerin oluşturulması, hemşirenin yetkinliğinin artırılmasına olanak sağlar (Tuncay, 2021). Pozitif hasta güvenliği kültürüne sahip olan bir kurumda, çalışanların da güvenlik davranışlarına katılımı artar (Koç ve ark., 2020).

Hemşireler, hemşirelik işlevlerini yerine getirirken beklenmeyen bir durumla karşı karşıya kaldıklarında daha iyi başa çıkabilir, bu da hasta güvenliğinin sağlanması ile kurum hasta güvenliği sonuçlarının iyileştirilmesini sağlayabilir (Koç ve ark., 2020; Luikka ve ark., 2020).

ICN, hemşirelik bakımında hasta güvenliğinin yüksek derecede önemli olduğunu savunmaktadır (https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Patient_Safety_0.pdf Erişim zamanı: 16.08.2024). Hasta güvenliğinin artırılması; sağlık profesyonelleri ile işin yapılması, hemşirelerin eğitilmesi, performans iyileştirme ve teşvik programları geliştirilmesi, risk yönetimi ve tesis güvenliğinin sağlanması, enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınması, güvenli ilaç uygulamalarının yapılması, cihaz ve malzeme güvenliğinin sağlanması, klinik uygulamaların güvenliği, güvenli bakım ortamının geliştirilmesini destekleyen ve altyapıya odaklanmış, bütünleşmiş bir bilgi sisteminin olması gibi çok çeşitli eylemleri içerdiğine inanmaktadır (Tuncay, 2021).

4.1.6. Cerrahi ve Hasta Güvenliği

Cerrahi kliniklerde girişimler sonrası hastalar kısa süreliğine de olsa beden bütünlüğü bozularak otonomisini kaybeder. Bu cerrahi girişimler sonrasında hastalarda çeşitli komplikasyonların ortaya çıkma riski vardır (Demir, 2021). DSÖ yayınlamış olduğu raporda; dünyada her yıl bir milyondan fazla hastanın ameliyat veya ameliyat sonrası ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybettiğini belirtmiştir (Tuncay, 2021). Cerrahi kliniklerde yatan hastalar stabil olmayan hasta gruplarıdır. Altta yatan hastalıkları ve uygulanan cerrahi girişime bağlı olarak her an akut sorunlar ile karşılaşma riskleri vardır. Ayrıca cerrahi kliniklerde yatan hasta grupları anestezi ve sedasyon gibi durumlara da maruz kaldıklarından bakımları diğer hasta gruplarına oranla daha karmaşık ve zaman alıcı olabilmektedir (Demir, 2021).

Cerrahi kliniklerde hastaya verilen ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası hasta bakımı da cerrahi teknik kadar önemlidir. Bu nedenle cerrahi girişimin başarısı sadece ameliyatla sınırlı değildir (Demir, 2021). Sağlık profesyonelinin daha fazla bilgi, beceri ve donanıma sahip olması, hızlı ve doğru kararlar vermesi, hasta odaklı ve kanıta dayalı bakım sunması, güvenli hasta bakımının verilmesi ancak iş birliği ile çalışan, güçlü bir ekip çalışması ile mümkün olacaktır (Erdağı ve Özer, 2015). Bu kliniklerde karmaşık cerrahi prosedürlerin uygulanması, ameliyat sonrası otonomisini kaybetmiş hastaya bakım verme, artan iş yükü ve buna bağlı gerginliğin hemşirelerde hasta güvenliğini tehdit eden uygulamalara eğilimi artırdığı görülmüştür (Balanuye, 2014).

4.2. HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU

4.2.1. Hemşirelik

Hemşirelik, sağlıklı/hasta bireylerin gereksinimlerinin karşılanması ve bağımsızlıklarını en kısa sürede kazanmalarını amaçlayan bir meslek olmakla birlikte; sağlık bilimini ve bakım sanatını, klinik uygulama ve sosyal bilimleri kapsamaktadır. İnsanların ihtiyaçları nedeniyle hemşirelik mesleği ortaya çıkmıştır (Emelgür, 2017). Hemşirelik, güvenli ve kaliteli, hasta odaklı bakım için klinik yetkinliklerin kullanılmasıdır (Hendekçi, 2020).

Florence Nightingale, Virginia Henderson gibi hemşireliğin öncü isimleri hemşireliği farklı biçimlerde tanımlamakla birlikte; hemşirelik için öncü kuruluşlar da hemşireliğin tanımını yapmıştır (Emelgür, 2017; Karaahmetoğlu, 2013; Karaahmetoğlu ve Alpar, 2017; Kaplan, 2015).

ICN, hemşireliğin tanımını “Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruyup geliştiren, hastalık durumunda iyileştirme ve rehabilite etme sürecine dahil olan meslek grubu” olarak yapmıştır (Emelgür, 2017; Gedük, 2018; Kaplan, 2015).

American Nurses Association (ANA: Amerikan Hemşireler Birliği) hemşireliği; “Yardım hizmetleri veren bir meslek olup, bu hizmetleriyle bireylerin sağlık ve esenliğine katkı sağlamaktadır. Hemşirelik hizmetleri, hastanın kendisi, ailesi veya toplumun başka bir üyesi tarafından giderilemeyen hizmet” şeklinde tanımlamıştır (Gedük, 2018; Kaplan, 2015). Hemşireyi ise; “sağlıklı ya da hasta bireylerin sosyal ve ekonomik durumlarına göre ayırım yapmadan kendi değerleri ve kararlarına saygı çerçevesinde, sağlık problemlerine yönelik mesleki uygulamalarını gerçekleştiren kişi” şeklinde tanımlamıştır (Karaahmetoğlu, 2013).

Türk Hemşireler Derneği (THD) ise hemşireliğin tanımını; “İnsan, aile ve toplumun esenliğini ve sağlığını koruma, geliştirme ve rahatsızlık halinde iyileştirme maksadıyla hemşirelik hizmetlerinin örgütlenmesi, planlanması ve değerlendirilmesinden; bu hizmetleri yapabilecek bireylerin eğitiminden sorumlu

sanattan ve bilimden oluşan bir sağlık disiplini” olarak yapmıştır (Emelgür,2017; Gedük, 2018; Hendekçi, 2020; Kaplan, 2015).

Hemşirelik mesleği kaynağını insan gereksinimlerinden aldığı için başlangıcı insanlığın var oluşuna kadar gitmektedir. Geçmişten bugüne dek yaşanmış olan toplumsal değişimler hemşirelik mesleğinin değişim ve gelişimine neden olurken; hemşirelik mesleğinde, geçmişten günümüze dek değişmeyen tek şey bakım verme hizmeti olmuştur (Bekmezci, 2019; Yürün, 2015).

4.2.1.1. Hemşirelik Bakımı

Hemşireliğin temel amacını, sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi oluştururken temel konusunu ise bakım oluşturur. Bakım; hemşirelik için özgün olup, otonomisini kullanabildiği tek işlevidir (Altınbaş ve İster, 2020). Hemşireliğe duyulan gereksinim evrenseldir çünkü bireyler yaşam deneyimlerinin herhangi bir noktasında mutlaka bakıma gereksinim duymaktadır (Kaplan, 2015).

Hemşirelik, bakımı profesyonel rol olarak üstlenen bir meslektir. Bakım, bir süreçtir. Planlama, uygulama, değerlendirme gibi birçok boyutu içinde barındırır (Karaahmetoğlu ve Alpar, 2017; Kahraman ve Ceyhan, 2022).

Hemşire kuramcılardan Leninger, “bakım hemşireliktir ve hemşirelik bakımdır” ifadesini kullanmıştır. Bu sözüyle bakımın hemşirelik için ne kadar önemli olduğunu vurgulamıştır (Altınbaş ve İster, 2020). Bakım kavramını antropolojik olarak incelemiş olan Leninger, insanın içinde bulunduğu kültürle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bireysel bakımın hasta için önemine değinerek hemşirelerin bakım verirken kültür, inanç, adet ve değerler gibi bireysel faktörleri göz önünde bulundurması gerektiğini belirtmiştir (Altınbaş ve İster, 2020; Emelgür, 2017).

Joyce Travelbee’ nin ortaya koyduğu “İnsan İnsana İlişki Kuramı” nda bakımı, “hasta birey ve ailesinin her türlü gereksiniminin profesyonel hemşirelik kapsamında karşılanması” şeklinde tanımlarken; hasta ile hemşire arasındaki iletişim ve etkileşim sürecinde bakımın öneminden bahsetmiştir (Kaplan, 2020).

Dorothea Orem hemşirelik bakımını, sağlıklı ya da hasta bireylerin biyolojik, fizyolojik ve psiko-sosyal gereksinimlerini tam olarak karşılayamaması ve öz bakımının eksikliği gibi durumlarda, bireylerin bu gereksinimlerini gerçekleştirebilecek düzeye varıncaya kadar destek olunması esasına dayandırmaktadır (Kaplan, 2020).

Jean Watson ise 1985 yılında bakımı, “hemşirelik mesleğinin temeli ve hemşirelik uygulamalarının odak noktası” olarak tanımlamıştır. Watson bakımın, bilim ve sanat ile ilgili olduğunu ve tedaviden önce geldiğini savunmuştur (Kaplan, 2015; Kaplan, 2020).

Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Derneği (North American Nursing Diagnosis Association: NANDA) ise, hemşirelik bakımının, bir süreç olduğunu ve bu süreç içerisinde gerçekleştirilen uygulamalardan oluştuğunu belirtmiştir (Karaahmetoğlu, 2013).

4.2.2. Hemşirelik Roller

Rol, “bir kişiden beklenen davranışlar” olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelere insanlığın var oluşundan itibaren bireylerin gereksinimlerinin karşılanabilmesi için birtakım roller verilmiştir (Sayraç, 2022). Hemşirelik disiplininin beklenen görev ve davranışların tümü hemşirelik rollerini oluşturmaktadır (Bekmezci, 2019; Karaahmetoğlu, 2013). Hemşirelerin üstlendikleri çeşitli rolleri nedeniyle, hemşirelik profesyonel meslek olmuştur (Sayraç, 2022).

Hemşirelik mesleğinin rolleri sağlık bakım sistemlerindeki değişimlerle birlikte yetki ve sorumluluklarını çoğaltıp gelişmesini sağlayarak bağımsız rol ve işlevlerini de artırmıştır (Hendekçi, 2020). Bu artan roller ise, hemşireliğin daha profesyonel bir konuma gelmesini sağlamıştır. Çağdaş hemşirelik rolleri ile hemşireler, multidisipliner bir anlayışla, ekip anlayışıyla, destekleyici, yarı bağımlı ve bağımsız olarak rol ve işlevlerini yerine getirmektedirler (Bekmezci, 2019).

Geleneksel hemşirelik modelinde direktif almaya dayalı bir uygulama varken, günümüzdeki çağdaş hemşirelik modelinde düşünüp, sorgulayan, irdeleyerek inisiyatif kullanan hemşirelik modeline geçilmiştir. Geçmişten günümüze kadar hemşirelik mesleğindeki gelişimler ile bağımsız rollerindeki artış hemşireliğin çağdaş rol tanımlarında da önemli gelişmelere sebep olmuştur. Gelecekteki hemşirelik rolleri ile ilgili olarak tüm konular ise henüz ortaya konulamamaktadır (Gedük, 2018; Karaahmetoğlu ve Alpar, 2017).

Hemşirelik mesleğinin gelişimi ile, günümüz çağdaş hemşirelik rolleri şu şekilde sıralanabilir:

- Bakım verici
- Savunucu
- Karar verici
- Yönetici
- Eğitici
- Rehabilitate edici
- Konfor sağlayıcı (rahatlatıcı)
- İletişim ve eşgüdüm sağlayıcı
- Kariyer geliştirici
- Tedavi edici
- Danışman ve
- Araştırmacı rolü (Bekmezci, 2019; Karaahmetoğlu, 2013; Kaplan, 2020; Sayraç, 2022).

Tüm bu hemşirelik rollerinin temeli olan bakım verici rolünü şu şekilde açıklayabiliriz.

4.2.2.1. Bakım Verici Rolü

Hemşireliğin rollerinden birisi de bakım verme rolüdür. Geleneksel hemşirelik uygulamalarının temelini bakım verici rol oluşturur (Altınbaş ve İster, 2020). Hemşirelik mesleğinin otonomisini en çok kullanarak, özerkliklerini en çok hayata geçirdikleri roldür (Bekmezci, 2019; Sayraç, 2022). Modern hemşirelik rollerinin de bakım verme rolünden türeyip geliştiği düşünülmektedir (Karaahmetoğlu, 2013). Hemşireler bu rollerinde, bireylerin bakım ihtiyaçlarını kendisini ve ailesini işin içine dahil ederek belirler ve yerine getirir (Bekmezci, 2019). Hemşirelik mesleğinin temel rolü olarak kabul edilen bakım verme rolünde hemşire, bireyi bütün olarak değerlendirerek bakım planı oluşturmalı, uygulanmalı ve değerlendirmelidir (Gedük 2018; Karaahmetoğlu, 2013). Hemşireler bu süreçlerin tamamında hasta ve ailesi ile sürekli iletişim halinde olarak, sorumluluk almalı ve hastanın haklarının korunması için savunucu rolü ile hareket etmelidir (Bekmezci, 2019).

Bu rolde hemşire bireyin sağlığının korunmasına, hastalık ve semptomlarını yönetmesine, iyileşme süreci boyunca da işlev ve bağımsızlıklarını en üst düzeyde kazanmalarını sağlayarak yardımcı olur (Hendekçi, 2020; Karaahmetoğlu, 2013).

Hemşirelik bakımı ile hastaların beklenti ve gereksinimleri karşılanarak kendilerini önemli hisseder, tedaviye uyum düzeyleri yükselir ve böylece sağlığına yeniden kavuşması, sağlığını geliştirmesi ve yaşam kalitesini artırması sağlanır. Etkili bakım sunarak hemşireler, hastaların hastanelerdeki yatış süresinin kısılmasını sağlayabilirler (Bekmezci, 2019; Yürün, 2015). Yatış süresinin kısılmasına bağlı olarak iş gücü ve maliyet kaybının da azalması sağlanabilir. Hemşirelik bakım rolünün etkinliğini ise primer ve sekonder hastalıkların önlenmesi ve hastalık komplikasyonlarının en aza indirilmesi ile anlamak mümkündür (Yürün, 2015).

4.3. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU

İnsanlığın var oluşundan bu yana hasta güvenliği tüm toplumların önem verdiği konuların başını çekmiş olup bu konuyla ilgili tarihin her aşamasında gerekli önlemler alınmaya çalışılmıştır (Arslan ve ark., 2020; Bodur ve ark., 2012). Sağlık sektöründe insanla etkileşimin ve teknoloji kullanımının yoğunluğu nedeniyle tehlike yaratacak unsurlar yüksek olduğu için tıbbi hatalarla sık karşılaşılması kaçınılmaz bir durum olmuştur. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunda önceliğin, bireye zarar vermeden tedavi ve bakımın gerçekleştirilmesi olmalıdır (Arslan ve ark., 2020). DSÖ' nün yayınlamış olduğu verilere göre, sağlık hizmeti alan her 10 hastadan biri tıbbi hata ile karşılaşmakta ve her yıl yaklaşık olarak 42 milyon insan hasta güvenliği ile ilgili sorunlar yaşamaktadır (Arslan ve ark., 2020). Hizmet sunumu sırasında hasta güvenliğinin sağlanması, oluşabilecek hataları azaltarak, bireyleri karşılaşılabilecekleri zararlardan korur (Yenice ve ark., 2021). Hataların engellenemediği durumlarda ise; komplikasyonların gelişimi, tedavinin aksaması, tanı/tedavi işlemlerinin tekrarlanması, tıbbi harcamaların artması, sağlık çalışanlarına ve sağlık sistemine karşı güven kaybı ve kurum imajının olumsuz etkilenmesi gibi sorunlara neden olabilir (Yıldız ve ark., 2013).

Meydana gelebilecek hataların ve bu hatalardan kaynaklanacak sorunların azaltılması ya da ortadan kaldırılabilmesi için sağlık kuruluşları tarafından etkin bir hasta güvenliği kültürü geliştirilmesi önem arz etmektedir (Karayurt ve ark., 2017; Rızalar ve ark., 2016). Hasta güvenliği kültürü, kurumda yapılan işlerin önem derecesini belirleyerek, hasta güvenliğiyle ilgili nasıl bir yaklaşım gösterilmesi gerektiği, toplumun değer yargılarını, inançlarını ve kurallarını kapsar (Yenice ve ark., 2021). Hasta güvenliği kültürü, Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı'na göre, "organizasyonlarda neyin daha önemli olduğunu ve hasta güvenliğine ilişkin tutum ve davranışların desteklenerek ödüllendirildiği değer, inanç ve normların anlaşılmasını gerektirir" şeklinde açıklanmıştır (Karataş, 2023). Sağlık bakım organizasyonları için, sağlık hizmeti süresince hasta güvenliğinin artırılması amacıyla, hasta güvenliği ile ilgili kültürlerin belirlenerek değerlendirilmesi önemlidir (Öztürk ve ark., 2022). Hasta

güvenliği kültürü örgüt kültürü bileşenlerinden biridir. Bu nedenle hasta güvenliği kültürü çalışanların ortak inançları, tutum, değer normları ile davranış özelliklerini içerir (Öztürk ve ark., 2022).

Bakım, bireylerin biyolojik, fizyolojik ihtiyaçlarının yanı sıra psiko-sosyal ihtiyaçlarının da giderilmesini içermekte olup çok yönlü bir kavramdır (Kahraman ve Ceyhan, 2022). Hemşirelik mesleği bakımı profesyonel rol olarak üstlenmiştir. Bakım ise düşünme, planlama, uygulama, değerlendirme gibi birçok boyutu içinde barındırır (Kahraman ve Ceyhan, 2022; Karaahmetoğlu ve Alpar, 2017). Bakım rolünün kapsamı oldukça geniş olmakla birlikte, hemşirelerin bağımsız rolleri arasında olması sebebiyle, otonomisini en çok kullandığı için meslekte önemli bir yere sahip olmaktadır (Bekmezci, 2019; Sayraç, 2022). Hemşire bakım rolünü, aldığı eğitim ve daha önce deneyimlediği klinik tecrübelerle yerine getirmektedir. Bakım rolü etkin ve kaliteli şekilde yerine getirildiğinde, hasta için hastanede yatış süresi azalacak ve bu azalmaya bağlı olarak; iş gücü kaybı engellenecek, maliyetlerin azalması sağlanacak ve zaman kaybı önlenecektir (Kahraman ve Ceyhan, 2022). Modern hemşireliğin başlangıcıyla birlikte amaç, görev, rol ve işlevleri sürekli olarak sorgulanan hemşirelik mesleği, giderek geleneksel yapıdan uzaklaşmış olup günümüzde düşünen, sorgulayıp, araştıran, otonomisini kullanan modern hemşireliğe dönüşmüştür. Hemşirelerin bakım rollerini bağımsız olarak gerçekleştirdikleri ve en aktif şekilde yoğun bakım ünitelerinde kullandıkları görülmektedir (Sayraç, 2022).

Bir sağlık kuruluşunda kaliteli bakım almak önemli bir kalite göstergesidir. Kaliteli ve güvenli sağlık bakımı verilmesi günümüzde hızla değişen ve gelişen sağlık sistemlerinde profesyonel hemşirelere duyulan ihtiyacı da ortaya koymuştur (Hendekçi, 2020). Sağlık kuruluşlarında kalite göstergelerinin büyük bir çoğunluğu da hasta güvenliği başlığı altında değerlendirilmektedir. Hasta güvenliği ve hemşirelik bakımı kavramları irdelendiğinde temel amaçlarının benzer olduğu ve bu amaçların hastanın hastanede kalış süresinin en kısa süreye indirilmesi ve hastada gelişebilecek komplikasyonların en aza indirilerek hasta güvenliğinin sağlanması olduğu görülmektedir. Bu yüzden hemşirelik bakım uygulamalarında hasta güvenliğinin sağlanması her geçen gün artarak önem kazandığı görülmektedir (<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-12679/saglikta-kalite-standartlari-sks.html> Erişim zamanı: 02.08. 2024).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı; bir şehir hastanesi cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile bakım rolü oryantasyonlarının değerlendirilmesidir.

5.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türdedir.

5.3. ARAŞTIRMA SORULARI

1. Bir şehir hastanesi cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin kişisel özellikleri nedir?
2. Bir şehir hastanesinde cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne yönelik bilgi düzeyleri nedir?
3. Bir şehir hastanesinde cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin bakım rolü oryantasyonuna yönelik bilgi düzeyleri nedir?
4. Bir şehir hastanesinde cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve bakım rolü oryantasyonu arasındaki ilişki nasıldır?

5.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma 12 Şubat – 21 Şubat 2024 tarihleri arasında İstanbul’da bir şehir hastanesi cerrahi kliniklerde çalışan 119 hemşire ile yapılmıştır.

5.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Çalışmanın yapılacağı şehir hastanesi cerrahi kliniklerde (3 Genel Cerrahi Kliniği, 2 Ortopedi Kliniği, Beyin Cerrahi Kliniği, Plastik Cerrahi Kliniği, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Üroloji Kliniği, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ve Göz Hastalıkları Kliniği olmak üzere toplamda 12 klinik) çalışan 119 hemşire çalışmanın evrenini oluşturmuştur.

Herhangi bir örneklem seçimine gidilmemiş, 119 hemşire ile bu çalışma gerçekleştirilmiştir (n=119).

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Bir Şehir Hastanesi cerrahi kliniklerinde (Genel Cerrahi Klinikleri, Ortopedi Klinikleri, Beyin Cerrahi Kliniği, Plastik Cerrahi Kliniği, Kulak Burun boğaz Kliniği, Üroloji Kliniği ve Göz Hastalıkları Kliniği Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği) çalışan 119 hemşireden;
- Araştırmaya katılmayı kabul eden 119 hemşire oluşturdu (n=119).

Araştırmada dışlanma kriterleri;

- Araştırmada dışlanma kriteri bulunmamaktadır.

5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma veri toplama araçları olarak, araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuş olan “Kişisel Bilgi Formu”, “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ)” ve “Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu Ölçeği (HBROÖ)” kullanılmıştır.

5.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form araştırmacı tarafından geliştirilen, hemşirelerin kişisel özellikleri (cinsiyet ve yaş), çalışma durumları (görev süresi ve çalıştığı bölüm), eğitim durumları, günlük bakılan hasta sayıları ile hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına ilişkin bilgilerin sorgulandığı 7 sorudan oluşmaktadır (Ek-3).

5.6.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

Türkmen ve ark. tarafından 2011 yılında geliştirilmiş olan ölçek; 51 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarında; Yönetim ve Liderlik, Çalışan Davranışı, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama, Çalışanların Eğitimi ve Bakım Ortamı değerlendirilmiştir. Bu ölçek dörtlü likert tipte hazırlanmış olup, “1= Tamamen katılmıyorum”, “2=Katılmıyorum”, “3=Katılıyorum”, “4=Tamamen katılıyorum” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin değerlendirmesi ise; alt boyutlarda yer alan madde puanları toplandıktan sonra, madde sayısına bölünmesi ile elde puana göre yapılmaktadır. Her bir alt boyutun ortalama puanı 1-4 arasında bir değer almaktadır. Toplam ölçek puanı ise; 5 alt boyutun ortalama puanı toplanıp ve 5’e bölünmesi ile elde edilmektedir. Toplam ölçek puanı maksimum 4, minimum 1 puandır. Ölçek “puan ortalamasının 4’e doğru yükselmesi, olumlu hasta güvenliği kültürünü, 1’e doğru azalması, olumsuz hasta güvenliği kültürünün varlığını göstermektedir. Ölçeğin toplam puan Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,97 olarak hesaplanmıştır (Türkmen ve ark., 2011) (Ek-4).

5.6.3. Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği

Hemşirelerin bakım rolü ve oryantasyonunu değerlendirmek amacıyla Stemple tarafından 1988 yılında geliştirilen Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeğinin Türkçe geçerliği ve güvenirliği Karaahmetoğlu ve Alpar tarafından 2017 yılında

yapılmıştır. Likert tipteki ölçek 24 madde ve 4 alt boyuttan (İş birliği, Araştırma, Hemşire/Hasta Etkileşimi ve Otonomi) oluşmaktadır. Ölçek maddeleri “1” (Hemşirelik bakım rollerine düşük oryantasyon) ve “5” (Hemşirelik bakım rollerine yüksek oryantasyon) puan arasında puanlanmakta ve ölçeğin toplam puanı 24-120 arasında değişmektedir. Alınan toplam puanların yüksek olması, hemşirelerin bakım rollerine oryantasyonlarının yüksek olduğunu, puanların düşük olması ise hemşirelerin bakım rollerine oryantasyonlarının düşük olduğunu göstermektedir. Karaahmetoğlu ve Alpar’ın (2017) yapmış olduğu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısını 0,65 olarak bildirmektedir (Sayraç, 2022). (Ek-5)

5.7. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA SÜRECİ

Araştırmanın uygulanmasında veri toplama formları ilgili kliniklere dağıtılarak hemşirelerden yüz yüze sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra doldurmaları istenmiş ve yine araştırmacı tarafından katılımcıların doldurmuş olduğu formlar toplanmıştır.

5.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma bir şehir hastanesinde cerrahi kliniklerde çalışan, bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayarak araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler ile sınırlıdır.

5.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın uygulanması için Demiroğlu Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul’undan yazılı onay alınmıştır (EK-2). Uygulamanın yapılacağı Şehir Hastanesi’nden kurum izni alınmıştır (EK-6). Araştırmada kullanılan HGKÖ için Sayın Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ (Ek-8) ve HBROÖ için ise Sayın Dr. Öğr.

Üyesi Gülşen ULAŞ Karaahmetoğlu'ndan (Ek-9) ölçek kullanım izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelere çalışmanın amacı ve yöntemi konusunda araştırmacı tarafından bilgi verilerek ve araştırmaya gönüllü katıldıklarına dair onamları alınmıştır.

5.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, ortanca olarak verildi. Sayısal değişkenlerin karşılaştırmaları normal dağılım koşulunu sağlanmadığından bağımsız ikiden çok grup karşılaştırmaları Kruskal Wallis testi ile bağımsız iki grup karşılaştırmaları Mann Whitney U testi ile yapıldı. Bağımsız ikiden çok grupta alt grup analizleri Mann Whitney U testi ile yapıp Bonferroni düzeltmesi ile yorumlandı. Sayısal veriler arası ilişkiler normal dağılım koşulu sağlanmadığından Spearman Korelasyon analizi ile incelendi. Alfa anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

6. BULGULAR

Bir Şehir Hastanesi Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin Hasta güvenliği kültürü ile bakım rolü oryantasyonlarını değerlendirmek amacıyla 119 hemşire ile yapılan araştırmadan elde edilen bulgular 5 ana başlıkta ele alınarak sunulmuştur.

1. Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine Ait Bulgular
2. Araştırmada kullanılan ölçeklerinin Cronbach Alfa Değerlerine Ait Bulgular
3. Hemşirelerin Özellikleri ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmalarına Ait Bulgular
 - 3.1. Cinsiyete ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmalarına Ait Bulgular
 - 3.2. Yaş Grupları ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmalarına Ait Bulgular
 - 3.3. Görev Süresi ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmalarına Ait Bulgular
 - 3.4. Eğitim Durumları ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmalarına Ait Bulgular
 - 3.5. Bakılan Hasta Sayısı ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmalarına Ait Bulgular
 - 3.6. Hasta güvenliği eğitimi alma durumu ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmalarına Ait Bulgular
 - 3.7. Çalışılan Birim ile Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmalarına Ait Bulgular
4. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu Ölçeklerinin Kişisel Özellikler ile Korelasyonuna Ait Bulgular

5. Hasta Güvenliği Kültürü ile Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

6.1. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel özelliklerine ait bulgular Tablo 6.1.1. de verilmiştir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %82,4'ünün (n=98) kadın, %17,6'sının (n=21) erkek olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %66,4'ünün 18-29 yaş aralığında (n=79), %26,1'inin 30-39 yaş aralığında (n=31), %5,9'unun 40-49 yaş aralığında (n=7) ve %1,7'sinin 50 yaş ve üzerinde (n=2) olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %3,4'ünün 0-1 yıldır görev yaptığı (n=4), %52,9'unun 1-5 yıldır görev yaptığı (n=63), %28,6'sının 6-10 yıldır görev yaptığı (n=34) ve %15,1'inin 10 yıl ve üzeri (n=18) görev yaptığı görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %2,5'inin Lise mezunu (n=3) olduğu, %6,7'sinin Ön lisans mezunu (n=8) olduğu, %84'ünün Lisans mezunu (n=100) olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %8,4'ünün Kadın Doğum Kliniğinde (n=10) çalıştığı, %7,6'sının KVC Kliniğinde (n=9) çalıştığı, %27,7'sinin Genel Cerrahi Kliniğinde (n=33) çalıştığı, %16'sının Ortopedi Kliniğinde (n=19) çalıştığı, %10,1'inin KBB Kliniğinde (n=12) çalıştığı, %5'inin Göz Kliniğinde (n=6) çalıştığı, %8,4'ünün Beyin Cerrahi Kliniğinde (n=10) çalıştığı, %6,7'sinin Üroloji Kliniğinde (n=8) çalıştığı ve %10,1'inin Plastik Cerrahi Kliniğinde (n=12) çalıştığı görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %11,8'inin 6-10 arası hasta baktığı (n=14), %11,8'inin 11-15 arasında hasta baktığı (n=14) ve %76,5'inin 15 ve üzerinde hasta baktığı (n=91) görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %87,4'ünün Hasta güvenliği konusunda eğitim aldığı (n=104), %12,6'sının ise (n=15) hasta güvenliği konusunda eğitim almadığı görülmektedir.

Tablo 6.1.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine göre Dağılımları (n=119)

		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	98	82,4
	Erkek	21	17,6
Yaş	18-29	79	66,4
	30-39	31	26,1
	40-49	7	5,9
	50 ve üzeri	2	1,7
Görev Süresi	0-1 yıl	4	3,4
	1-5 yıl	63	52,9
	6-10 yıl	34	28,6
	10 yıl ve üzeri	18	15,1
Eğitim Durumu	Lise	3	2,5
	Ön lisans	8	6,7
	Lisans	100	84,0
	Lisans üstü	8	6,7
Çalıştığı Birim	Kadın doğum kliniği	10	8,4
	KVC kliniği	9	7,6
	Genel cerrahi kliniği	33	27,7
	Ortopedi kliniği	19	16,0
	KBB kliniği	12	10,1
	Göz kliniği	6	5,0
	Beyin cerrahisi kliniği	10	8,4
	Üroloji kliniği	8	6,7
	Plastik cerrahi kliniği	12	10,1
Bakılan hasta sayısı	6-10	14	11,8
	11-15	14	11,8
	15 ve üzeri	91	76,5
Hasta güvenliği eğitimi alma	Evet	104	87,4
	Hayır	15	12,6

6.2. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU ÖLÇEKLERİNİN CRONBACH ALPHA DEĞERLERİ

Hasta Güvenliği Kültürü ile Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu ölçeklerinin Cronbach Alpha değerlerine ait veriler Tablo 6.2.1. de verilmiştir.

Ölçeklerde yer alan maddelerin kendi aralarında değerlendirildiğinde tutarlılık gösterip göstermediğinin ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğinin test edilmesi amacıyla yapılan analize güvenilirlik analizi denmektedir. Bu analiz sonucunda, 0-1 arasında değişen Cronbach's Alpha (α) katsayısı değeri bulunur. (α) katsayı değeri 0.00-0.40 arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40-0,60 arasında ise düşük güvenilir, 0.60-0.80 arasında oldukça güvenilir ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna varılmaktadır (Yıldırım, 2021). Sonuçlar incelendiğinde, HGKÖ Cronbach's Alpha değeri 0,967 şeklinde bulunarak yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu tespit edildi. Alt boyutlara bakıldığında da yüksek derecede güvenilir oldukları tespit edildi. Alt boyutların Cronbach's Alpha değerleri "Yönetim ve Liderlik" 0,908, "Çalışanların eğitimi" 0,905, "Beklenmedik olay" 0,821, "Bakım ortamı" 0,808, "Çalışan davranışı" 0,931 olarak bulundu. HBROÖ Cronbach's Alpha değeri 0,697 şeklinde bulunarak oldukça güvenilir bir ölçek olduğu tespit edildi. Alt boyutların Cronbach's Alpha değerleri "İş birliği" 0,659 hesaplanarak oldukça güvenilir, "Araştırma" 0,477 düşük güvenilirlikte, "Etkileşim" 0,661 oldukça güvenilir ve "Otonomi" 0,083 olarak güvenilir olmadığı bulundu.

Tablo 6.2.1 Hasta Güvenliği Kültürü ile Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu Ölçeklerinin Cronbach Alpha Değerleri (n=119)

	Cronbach's Alpha
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	0,967
Yönetim ve liderlik	0,908
Çalışanların eğitimi	0,905
Beklenmedik olay	0,821
Bakım ortamı	0,808
Çalışan davranışı	0,931
Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon	0,697
İş birliği	0,659
Araştırma	0,477
Etkileşim	0,661
Otonomi	0,083

6.3. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNE GÖRE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYON ÖLÇEKLERİNİN KARŞILAŞTIRMASINA AİT BULGULAR

6.3.1. Cinsiyete göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırması

Cinsiyete göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon ölçekleri karşılaştırmasına ait veriler Tablo 6.3.1.1. de verildi.

Cinsiyete göre, HGKÖ karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p<0.05$).

Cinsiyete göre, HBROÖ karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p<0.05$).

Tablo 6.3.1.1. Cinsiyete göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırması (n=119)

	Cinsiyet				Mann-Whitney		
	Kadın		Erkek		U	Z	p [¥]
	Ort.±	SD	Ort.±	SD			
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	2,86±	0,43	2,93±	0,47	990,5	-0,268	0,788
Yönetim ve liderlik	2,87±	0,44	2,89±	0,49	1008	-0,147	0,883
Çalışanların eğitimi	2,91±	0,56	2,93±	0,60	1029	0,000	1,000
Beklenmedik olay	2,80±	0,54	3,02±	0,50	845	-1,324	0,185
Bakım ortamı	2,77±	0,46	2,89±	0,51	851	-1,248	0,212
Çalışan davranışı	2,95±	0,47	2,92±	0,53	1001,5	-0,193	0,847
Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon	67,18±	9,11	68,90±	7,55	903	-0,880	0,379
İş birliği	19,49±	4,64	20,76±	3,63	819,5	-1,467	0,142
Araştırma	26,32±	3,92	25,90±	3,69	921	-0,758	0,449
Etkileşim	11,85±	3,39	12,52±	2,98	855,5	-1,219	0,223
Otonomi	9,53±	1,87	9,71±	2,31	997,5	-0,223	0,823

¥Mann Whitney U testi

6.3.2. Yaş Gruplarına Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırması

Yaş gruplarına göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon ölçekleri karşılaştırması Tablo 6.3.2.1. de verildi.

Yaş gruplarına göre HGKÖ alt boyutlarından “Yönetim ve liderlik” ile “Beklenmedik olay” arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p=0,047$ $p=0,009$). “Yönetim ve liderlik” 30-39 yaş grubunda 18-29 yaş grubuna göre, “Beklenmedik olay” ise 40-49 yaş grubunda 18-29 yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu görüldü (Yönetim ve liderlik $p=0,043$ Beklenmedik olay $p=0,007$).

Yaş gruplarına göre HBROÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Tablo 6.3.2.1. Yaş Gruplarına Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırması (n=119)

	Yaş	Ort.	SD	Chi-Square	p
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	18-29	2,83±	0,43	4,338	0,114
	30-39	2,94±	0,47		
	40-49	3,03±	0,37		
	50 ve üzeri ^a	2,87±	0,06		
Yönetim ve liderlik	18-29	2,82±	0,42	6,128	0,047
	30-39*	2,97±	0,49		
	40-49	3,05±	0,48		
	50 ve üzeri ^a	2,84±	0,08		
Çalışanların eğitimi	18-29	2,86±	0,51	3,924	0,141
	30-39	3,05±	0,69		
	40-49	2,96±	0,62		
	50 ve üzeri ^a	2,79±	0,30		
Beklenmedik olay	18-29	2,77±	0,56	9,337	0,009
	30-39	2,92±	0,50		
	40-49*	3,20±	0,31		
	50 ve üzeri ^a	3,00±	0,00		
Bakım ortamı	18-29	2,76±	0,51	2,438	0,296
	30-39	2,83±	0,42		
	40-49	2,91±	0,39		
	50 ve üzeri ^a	2,75±	0,00		

Çalışan davranışı	18-29	2,93±	0,49	0,782	0,676
	30-39	2,95±	0,47		
	40-49	3,04±	0,39		
	50 ve üzeri ^a	2,94±	0,09		
Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon	18-29	67,72±	9,49	1,514	0,469
	30-39	66,16±	8,06		
	40-49	69,86±	4,85		
	50 ve üzeri ^a	70,50±	0,71		
İş birliği	18-29	19,82±	4,79	0,701	0,704
	30-39	19,26±	4,02		
	40-49	21,00±	3,32		
	50 ve üzeri ^a	18,00±	4,24		
Araştırma	18-29	26,33±	3,72	0,817	0,665
	30-39	26,13±	4,67		
	40-49	25,57±	2,07		
	50 ve üzeri ^a	27,00±	1,41		
Etkileşim	18-29	11,91±	3,58	3,911	0,141
	30-39	11,52±	2,76		
	40-49	13,86±	1,57		
	50 ve üzeri ^a	14,50±	3,54		
Otonomi	18-29	9,66±	1,96	1,132	0,568
	30-39	9,26±	2,00		
	40-49	9,43±	1,81		
	50 ve üzeri ^a	11,0±	0,0		

^aYetersiz örneklem [£]Kruskal Wallis Testi*18-29 yaştan farklı Yönetim ve liderlik p=0,043 Beklenmedik olay p=0007

6.3.3. Görev Süresine Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırması

Görev süresine göre hasta güvenliği kültürü ve hemşirelik bakım rolü oryantasyon ölçekleri karşılaştırması Tablo 6.3.3.1. de verilmiştir.

Görev süresine göre HGKÖ' nün “Yönetim ve liderlik” ve “Beklenmedik olay” alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). “Yönetim ve liderlik” ve “Beklenmedik olay” puanı 10 yıl ve üzeri olanlarda 1-5 yıl olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olarak bulundu ($p<0,05$).

Görev süre ile HBROÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p<0,05$).

Tablo 6.3.3.1. Görev Süresine Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmalı Dağılımı (n=119)

	Görev süreniz	Ort.±	SD	Chi-Square	p
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	0-1 yıl ^a	3,06±	0,53	5,488	0,064
	1-5 yıl	2,83±	0,42		
	6-10 yıl	2,84±	0,50		
	10 yıl ve üzeri	3,02±	0,26		
Yönetim ve liderlik	0-1 yıl ^a	3,03±	0,48	8,057	0,018
	1-5 yıl*	2,79±	0,44		
	6-10 yıl	2,91±	0,47		
	10 yıl ve üzeri	3,05±	0,37		
Çalışanların eğitimi	0-1 yıl ^a	3,14±	0,38	4,273	0,118
	1-5 yıl	2,87±	0,50		
	6-10 yıl	2,86±	0,72		
	10 yıl ve üzeri	3,10±	0,48		
Beklenmedik olay	0-1 yıl ^a	3,00±	0,75	6,890	0,032
	1-5 yıl*	2,82±	0,48		
	6-10 yıl	2,76±	0,69		
	10 yıl ve üzeri	3,02±	0,31		
Bakım ortamı	0-1 yıl ^a	3,03±	0,41	4,583	0,101
	1-5 yıl*	2,73±	0,50		
	6-10 yıl	2,80±	0,51		
	10 yıl ve üzeri	2,91±	0,26		
Çalışan davranışı	0-1 yıl ^a	3,10±	0,72	1,486	0,476
	1-5 yıl	2,93±	0,50		
	6-10 yıl	2,89±	0,50		
	10 yıl ve üzeri	3,04±	0,26		
Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon	0-1 yıl ^a	68,75±	6,55	1,383	0,501
	1-5 yıl	67,48±	11,23		
	6-10 yıl	66,74±	4,88		
	10 yıl ve üzeri	68,67±	5,19		
İş birliği	0-1 yıl ^a	17,75±	4,99	0,477	0,788
	1-5 yıl	19,97±	5,02		
	6-10 yıl	19,74±	3,73		

	10 yıl ve üzeri	19,22± 3,93		
Araştırma	0-1 yıl ^a	29,00± 3,37	0,859	0,651
	1-5 yıl	25,92± 4,30		
	6-10 yıl	26,12± 3,35		
	10 yıl ve üzeri	27,00± 3,14		
Etkileşim	0-1 yıl ^a	11,00± 2,45	3,010	0,222
	1-5 yıl	11,86± 3,89		
	6-10 yıl	11,65± 2,68		
	10 yıl ve üzeri	13,17± 2,07		
Otonomi	0-1 yıl ^a	11,00± 2,83	2,606	0,272
	1-5 yıl	9,73± 2,12		
	6-10 yıl	9,24± 1,44		
	10 yıl ve üzeri	9,28± 1,90		

^aYetersiz örneklem [£]Kruskal Wallis Testi *10 yıl ve üzerinden farklı Yönetim ve liderlik p=0,008 Beklenmedik olay p=0,007

6.3.4. Eğitim Durumlarına Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırması

Eğitim durumlarına göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon ölçekleri karşılaştırması Tablo 6.3.4.1. de verildi.

Eğitim durumlarına göre HGKÖ karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p<0.05$).

Eğitim durumlarına göre HBROÖ karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p<0.05$).

Tablo 6.3.4.1. Eğitim Durumuna Göre Hasta Güvenliği Kültürü ile Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmalı Dağılımı (n=119)

Eğitim durumunuz	Ort. ±	SD	Chi-Square	p£
Lise	2,66±	0,27	1,277	0,528

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	Önlisans	3,04±	0,57		
	Lisans	2,86±	0,43		
	Lisans üstü	2,90±	0,36		
	Lise	2,55±	0,25	0,663	0,718
Yönetim ve liderlik	Ön lisans	2,99±	0,52		
	Lisans	2,87±	0,44		
	Lisans üstü	2,95±	0,47		
	Lise	2,76±	0,41	0,354	0,838
Çalışanların eğitimi	Ön lisans	3,09±	0,54		
	Lisans	2,90±	0,56		
	Lisans üstü	2,95±	0,73		
	Lise	2,60±	0,53	2,541	0,281
Beklenmedik olay	Ön lisans	3,13±	0,84		
	Lisans	2,82±	0,52		
	Lisans üstü	2,90±	0,37		
	Lise	2,67±	0,31	0,642	0,725
Bakım ortamı	Önlisans	2,91±	0,58		
	Lisans	2,78±	0,46		
	Lisans üstü	2,82±	0,59		
	Lise	2,69±	0,34	2,392	0,302
Çalışan davranışı	Önlisans	3,11±	0,54		
	Lisans	2,94±	0,48		
	Lisans üstü	2,91±	0,36		
	Lise	67,00±	6,08	1,145	0,564
Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon	Önlisans	69,00±	4,96		
	Lisans	67,55±	9,40		
	Lisans üstü	65,38±	5,13		
	Lise	18,67±	5,03	3,429	0,180
İş birliği	Önlisans	20,13±	3,31		
	Lisans	19,98±	4,45		
	Lisans üstü	16,38±	5,21		
	Lise	26,33±	2,08	3,236	0,198
Araştırma	Önlisans	26,75±	3,33		
	Lisans	26,01±	3,94		
	Lisans üstü	28,63±	3,62		

Etkileşim	Lise	11,67±	4,16	2,090	0,352
	Önlisans	12,38±	2,97		
	Lisans	12,06±	3,38		
	Lisans üstü	10,50±	2,73		
Otonomi	Lise	10,33±	1,15	0,281	0,869
	Önlisans	9,75±	2,76		
	Lisans	9,50±	1,96		
	Lisans üstü	9,88±	0,99		

[†]Kruskal Wallis Testi

6.3.5. Bakılan Hasta Sayısına Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırması

Bakılan hasta sayısına göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon ölçekleri karşılaştırması Tablo 6.3.5.1. de verilmiştir.

Bakılan hasta sayılarına göre HGKÖ ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p<0.05$).

Bakılan hasta sayılarına göre HBROÖ karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p<0.05$).

Tablo 6.3.5.1. Bakılan Hasta Sayısına Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmalı Dağılımı (n=119)

	Bakılan hasta sayısı	Ort±	SD	Chi-Square	p [†]
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	6-10	2,81±	0,50	4,024	0,134
	11-15	2,68±	0,34		
	15 ve Üzeri	2,91±	0,43		
Yönetim ve liderlik	6-10	2,77±	0,45	4,443	0,108
	11-15	2,71±	0,32		
	15 ve Üzeri	2,91±	0,46		
Çalışanların eğitimi	6-10	2,77±	0,68	1,096	0,578
	11-15	2,83±	0,44		

	15 ve Üzeri	2,95±	0,57		
Beklenmedik olay	6-10	2,76±	0,53	4,043	0,132
	11-15	2,59±	0,52		
	15 ve Üzeri	2,89±	0,53		
Bakım ortamı	6-10	2,80±	0,66	1,795	0,408
	11-15	2,61±	0,41		
	15 ve Üzeri	2,82±	0,45		
Çalışan davranışı	6-10	2,93±	0,47	4,170	0,124
	11-15	2,69±	0,40		
	15 ve Üzeri	2,98±	0,48		
Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon	6-10	65,14±	9,00	1,774	0,412
	11-15	69,93±	8,74		
	15 ve Üzeri	67,47±	8,84		
İş birliği	6-10	18,79±	5,75	0,205	0,903
	11-15	19,86±	4,62		
	15 ve Üzeri	19,84±	4,29		
Araştırma	6-10	25,57±	3,08	3,613	0,164
	11-15	27,79±	3,29		
	15 ve Üzeri	26,11±	4,03		
Etkileşim	6-10	12,07±	3,12	0,017	0,992
	11-15	11,79±	3,60		
	15 ve Üzeri	11,98±	3,34		
Otonomi	6-10	8,71±	1,73	5,878	0,053
	11-15	10,50±	1,91		
	15 ve Üzeri	9,55±	1,94		

[‡]Kruskal Wallis Testi

6.3.6. Hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırması

Hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri karşılaştırması Tablo 6.3.6.1. de verildi.

Hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına göre HGKÖ ve alt boyutları karşılaştırıldığında, HGKÖ toplam puanı ve “Yönetim ve liderlik”, “Çalışanların eğitimi”, “Beklenmedik olay” ve “Bakım ortamı” puanları eğitim almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre HBROÖ toplam puanı ve alt boyutları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.3.6.1. Hasta Güvenliği Eğitimi Alma Durumuna Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmalı Dağılımı (n=119)

	Hasta güvenliği eğitimi alma				Mann-Whitney		
	Evet		Hayır		U	Z	p¥
	Ort. ±	SD	Ort. ±	SD			
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	2,91±	0,40	2,63±	0,55	462,5	-2,543	0,011
Yönetim ve liderlik	2,91±	0,41	2,65±	0,58	510,5	-2,161	0,031
Çalışanların eğitimi	2,98±	0,50	2,41±	0,77	372,5	-3,323	0,001
Beklenmedik olay	2,88±	0,51	2,56±	0,64	523	-2,124	0,034
Bakım ortamı	2,82±	0,45	2,54±	0,54	467,5	-2,516	0,012
Çalışan davranışı	2,94±	0,47	2,96±	0,53	766	-0,113	0,910
Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon	67,31±	8,98	68,73±	8,02	602,5	-1,424	0,155
İş birliği	19,72±	4,43	19,67±	5,08	715	-0,523	0,601
Araştırma	26,12±	3,94	27,13±	3,29	670	-0,886	0,375
Etkileşim	11,91±	3,39	12,33±	2,89	719,5	-0,488	0,625
Otonomi	9,56±	1,95	9,60±	1,96	703,5	-0,623	0,533

¥Mann Whitney U testi

6.3.7. Çalışılan Birime Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmalı Dağılımına Ait Bulgular

Çalışılan birime göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri karşılaştırmalı dağılımına ait bulgular Tablo 6.3.7.1. de verilmiştir.

Çalışılan birime göre HGKÖ ve alt boyutları karşılaştırıldığında; HGKÖ toplam puanı, alt botlardan “Yönetim ve Liderlik”, “Çalışanların Eğitimi”, ile “Çalışan Davranışı” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$).

Çalışılan birime göre HBROÖ ve alt boyutları karşılaştırıldığında; HBROÖ’nün alt boyutlarından “Otonomi” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$).

Tablo 6.3.7.1. Çalışılan Birime Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeklerinin Karşılaştırmalı Dağılımı (n=119)

	Çalıştığınız birim	Ort. $\pm$	SD	Chi-Square	p ^f
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	Kadın doğum kliniği	3,10 $\pm$	0,36	20,040	0,010
	KVC kliniği	2,62 $\pm$	0,42		
	Genel cerrahi kliniği	2,86 $\pm$	0,44		
	Ortopedi kliniği	2,99 $\pm$	0,30		
	KBB kliniği	2,84 $\pm$	0,36		
	Göz kliniği	2,88 $\pm$	0,12		
	Beyin cerrahisi kliniği	2,62 $\pm$	0,39		
	Üroloji kliniği	2,71 $\pm$	0,59		
	Plastik cerrahi kliniği	3,06 $\pm$	0,58		
Yönetim ve liderlik	Kadın doğum kliniği	2,98 $\pm$	0,41	19,377	0,013
	KVC kliniği	2,63 $\pm$	0,41		
	Genel cerrahi kliniği	2,87 $\pm$	0,38		
	Ortopedi kliniği	3,00 $\pm$	0,33		
	KBB kliniği	2,89 $\pm$	0,41		
	Göz kliniği	2,96 $\pm$	0,27		
	Beyin cerrahisi kliniği	2,60 $\pm$	0,38		
	Üroloji kliniği	2,60 $\pm$	0,61		

	Plastik cerrahi kliniği	3,11±	0,65		
Çalışanların eğitimi	Kadın doğum kliniği	3,22±	0,33	17,170	0,028
	KVC kliniği	2,81±	0,48		
	Genel cerrahi kliniği	2,93±	0,55		
	Ortopedi kliniği	3,04±	0,40		
	KBB kliniği	2,77±	0,50		
	Göz kliniği	2,88±	0,14		
	Beyin cerrahisi kliniği	2,39±	0,78		
	Üroloji kliniği	2,88±	0,61		
	Plastik cerrahi kliniği	3,07±	0,79		
Beklenmedik olay	Kadın doğum kliniği	3,08±	0,33	11,837	0,159
	KVC kliniği	2,49±	0,62		
	Genel cerrahi kliniği	2,80±	0,55		
	Ortopedi kliniği	2,95±	0,46		
	KBB kliniği	2,88±	0,38		
	Göz kliniği	2,93±	0,21		
	Beyin cerrahisi kliniği	2,66±	0,69		
	Üroloji kliniği	2,78±	0,72		
	Plastik cerrahi kliniği	2,95±	0,63		
Bakım ortamı	Kadın doğum kliniği	2,88±	0,53	13,625	0,092
	KVC kliniği	2,62±	0,42		
	Genel cerrahi kliniği	2,77±	0,56		
	Ortopedi kliniği	2,86±	0,40		
	KBB kliniği	2,76±	0,41		
	Göz kliniği	2,73±	0,14		
	Beyin cerrahisi kliniği	2,53±	0,37		
	Üroloji kliniği	2,71±	0,42		
	Plastik cerrahi kliniği	3,12±	0,49		
Çalışan davranışı	Kadın doğum kliniği	3,33±	0,35	21,438	0,006
	KVC kliniği	2,56±	0,57		
	Genel cerrahi kliniği	2,92±	0,51		
	Ortopedi kliniği	3,10±	0,28		
	KBB kliniği	2,91±	0,38		
	Göz kliniği	2,87±	0,12		
	Beyin cerrahisi kliniği	2,95±	0,23		
	Üroloji kliniği	2,59±	0,67		
	Plastik cerrahi kliniği	3,04±	0,55		
	Kadın doğum kliniği	73,40±	18,25	1,260	0,996

Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon	KVC kliniği	69,33±	10,01		
	Genel cerrahi kliniği	65,88±	8,35		
	Ortopedi kliniği	67,32±	7,85		
	KBB kliniği	67,50±	6,02		
	Göz kliniği	66,50±	8,92		
	Beyin cerrahisi kliniği	66,80±	5,96		
	Üroloji kliniği	66,63±	6,59		
	Plastik cerrahi kliniği	67,50±	4,19		
İş birliği	Kadın doğum kliniği	22,10±	8,50	4,173	0,841
	KVC kliniği	18,44±	4,59		
	Genel cerrahi kliniği	18,79±	4,72		
	Ortopedi kliniği	19,68±	2,93		
	KBB kliniği	19,50±	3,06		
	Göz kliniği	20,33±	4,27		
	Beyin cerrahisi kliniği	19,20±	5,14		
	Üroloji kliniği	20,50±	2,62		
Araştırma	Plastik cerrahi kliniği	21,08±	2,71		
	Kadın doğum kliniği	27,90±	5,28	13,251	0,103
	KVC kliniği	28,89±	1,96		
	Genel cerrahi kliniği	25,82±	4,30		
	Ortopedi kliniği	26,05±	4,36		
	KBB kliniği	25,67±	3,80		
	Göz kliniği	25,67±	3,14		
	Beyin cerrahisi kliniği	26,70±	3,09		
Etkileşim	Üroloji kliniği	26,38±	1,06		
	Plastik cerrahi kliniği	24,75±	3,22		
	Kadın doğum kliniği	13,20±	5,20	4,507	0,809
	KVC kliniği	11,00±	3,91		
	Genel cerrahi kliniği	11,45±	2,96		
	Ortopedi kliniği	11,74±	3,05		
	KBB kliniği	12,83±	1,75		
	Göz kliniği	11,50±	4,59		
Otonomi	Beyin cerrahisi kliniği	12,20±	3,91		
	Üroloji kliniği	11,50±	4,07		
	Plastik cerrahi kliniği	12,92±	1,83		
Otonomi	Kadın doğum kliniği	10,20±	2,44	17,598	0,024
	KVC kliniği	11,00±	1,41		
	Genel cerrahi kliniği	9,82±	2,04		

Ortopedi kliniği	9,84±	1,57
KBB kliniği	9,50±	1,83
Göz kliniği	9,00±	2,28
Beyin cerrahisi kliniği	8,70±	1,57
Üroloji kliniği	8,25±	1,28
Plastik cerrahi kliniği	8,75±	2,05

[†]Kruskal Wallis Testi

6.4. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU ÖLÇEKLERİNİN KİŞİSEL ÖZELLİKLER İLE KORELASYONUNA AİT BULGULAR

Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu Ölçeklerinin Kişisel Özellikler ile Korelasyonuna ait veriler Tablo 6.4.1. de verilmiştir.

HGKÖ ile kişisel özellikler karşılaştırıldığında, HGKÖ alt boyutlarından “Yönetim ve liderlik” in, yaş ve görev süresi ile arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu ($p<0,05$, $r=0,212$, $r=0,226$).

“Beklenmedik olay” alt boyutunun yaş ile arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu ($p<0,05$, $r=0,266$).

HBROÖ ile kişisel özellikler karşılaştırıldığında, HBROÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Tablo 6.4.1. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu Ölçeklerinin Kişisel Özellikler ile Korelasyonu (n=119)

	Yaş		Görev süreniz		Eğitim durumunuz		Bakılan hasta sayısı	
	r	p [©]	r	p [©]	r	p [©]	r	p [©]
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	0,181	0,049	0,142	0,124	-0,007	0,939	0,139	0,131
Yönetim ve liderlik	0,212	0,021	0,226	0,013	0,082	0,377	0,177	0,055

Çalışanların eğitimi	0,159	0,084	0,126	0,173	-0,015	0,876	0,096	0,300
Beklenmedik olay	0,266	0,003	0,127	0,168	-0,029	0,758	0,158	0,085
Bakım ortamı	0,132	0,151	0,134	0,146	-0,034	0,713	0,039	0,674
Çalışan davranışı	0,072	0,434	0,054	0,559	-0,070	0,451	0,118	0,202
Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon	0,036	0,696	0,020	0,826	-0,082	0,373	0,031	0,742
İş birliği	- 0,021	0,818	- 0,024	0,793	-0,106	0,252	-0,014	0,880
Araştırma	- 0,061	0,507	- 0,038	0,682	0,088	0,340	-0,029	0,757
Etkileşim	0,057	0,538	0,109	0,240	-0,095	0,302	0,005	0,960
Otonomi	- 0,060	0,514	- 0,156	0,091	-0,007	0,944	0,021	0,823

©Spearman Korelasyon Analizi

6.5. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZİ

Hasta Güvenliği Kültürü ile Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu ölçekleri ve alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 6.5.1. de verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre, HGKÖ'nün, tüm alt boyutları ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde yüksek düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$, $r=0,70-0,89$).

HBROÖ'nün, alt boyutlarından “İşbirliği” ve “Etkileşim” ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde yüksek düzeyde bir ilişki, “Otonomi” ile anlamlı ve pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki, “Araştırma” ile arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde zayıf bir ilişkisi olduğu tespit edildi ($p<0,05$, $r=0,682-r=0,729- r=0,448- r=0,276$).

HBROÖ ve alt boyutları ile HGKÖ ve alt boyutlarının korelasyonlarına bakıldığında;

- HBROÖ' nün HKGÖ 'nün alt boyutlarından “Çalışanların Eğitimi” ve “Bakım Ortamı” ile zayıf düzeyde ve negatif yönde ($p<0,05$, $r=-251$, $r=-208$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulundu.
- HBROÖ alt boyutlarından “Etkileşim” ile HGKÖ “Çalışanların Eğitimi” alt boyutu arasında zayıf düzeyde, negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu.
- HBROÖ alt boyutlarından “Otonomi” ile HGKÖ toplam puanı, “Beklenmedik Olay” ve “Bakım Ortamı” alt boyutları arasında zayıf düzeyde, negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu.

Tablo 6.5.1. Hasta Güvenliği Kültürü ile Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu Ölçekleri Arasındaki İlişki Analizi (n=119)

		Yönetim ve liderlik	Çalışanların eğitimi	Beklenmedik olay	Bakım ortamı	Çalışan davranışı	Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon	İş birliği	Araştırma	Etkileşim	Otonomi
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	r	0,888	0,838	0,711	0,878	0,838	-0,187	-0,113	-0,027	-0,137	-0,217
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,042	0,223	0,769	0,138	0,018
Yönetim ve liderlik	r		0,739	0,563	0,753	0,691	-0,175	-0,123	-0,063	-0,120	-0,171
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,057	0,184	0,495	0,192	0,063
Çalışanların eğitimi	r			0,524	0,675	0,669	-0,251	-0,175	0,008	-0,252	-0,106
	p			<0,001	<0,001	<0,001	0,006	0,056	0,930	0,006	0,252
Beklenmedik olay	r				0,530	0,579	-0,104	0,090	-0,164	0,007	-0,279
	p				<0,001	<0,001	0,259	0,328	0,075	0,941	0,002
Bakım ortamı	r					0,694	-0,208	-0,140	-0,085	-0,098	-0,261
	p					<0,001	0,023	0,128	0,355	0,291	0,004
Çalışan davranışı	r						-0,104	0,014	-0,074	-0,069	-0,137
	p						0,259	0,881	0,424	0,457	0,138
Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon	r							0,682	0,276	0,729	0,448
	p							<0,001	0,002	<0,001	<0,001
İş birliği	r								-0,300	0,556	0,058
	p								0,001	<0,001	0,531
Araştırma	r									-0,104	0,364
	p									0,261	<0,001
Etkileşim	r										0,091
	p										0,324

r: Pearson Korelasyon Analizi, $p<0,05$

7. TARTIŞMA

Bir Şehir Hastanesi Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin Hasta güvenliği kültürü ve bakım rolü oryantasyonlarını değerlendirmek amacıyla 119 hemşire ile yapılan araştırmadan elde edilen bulgular 5 ana başlıkta tartışılmıştır.

7.1. Hemşirelerin Kişisel Özelliklerinin Dağılımlarına Ait Bulguların Tartışılması

7.2. Hasta Güvenliği Kültürü ile Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu Ölçeklerinin Cronbach Alpha Değerlerine Ait Bulguların Tartışılması

7.3. Hemşirelerin Kişisel Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmalarına Ait Bulguların Tartışılması

7.3.1. Cinsiyete Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmalarının Tartışılması

7.3.2. Yaş Gruplarına Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmalarının Tartışılması

7.3.3. Görev Süresine Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmalarının Tartışılması

7.3.4. Eğitim Durumlarına Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmalarının Tartışılması

7.3.5. Bakılan Hasta Sayısına Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmalarının Tartışılması

7.3.6. Hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmalarının Tartışılması

7.3.7. Çalışılan Birime göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmalarına Ait Bulguların Tartışılması

7.4. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu Ölçeklerinin Kişisel Özellikler ile Korelasyonuna Ait Bulguların Tartışılması

7.5. Hasta Güvenliği Kültürü ile Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyonu Ölçekleri Arasındaki İlişki Analizine Ait Bulguların Tartışılması

7.1. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMLARINA AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %82,4'ünün kadın, %66,4' ünün 18-29 yaş aralığında, %52,9' unun 1-5 yıldır görev yapmış, %84' ünün Lisans mezunu olduğu ve %87,4' ünün Hasta güvenliği konusunda eğitim aldığı ve %76,5' inin 15 ve üzerinde hasta baktığı bulundu. Erdağı ve Özer'in (2015), cerrahi kliniklerde çalışan 358 hemşire ile yapmış olduğu çalışmada, %80.2'sini kadın, %52.6'sının 26-33 yaş grubunda, %54.5'nin lisans mezunu ve %54.9'unun meslekte 0-5 yıl arasında çalışmış olduğunu buldu. Arslan ve ark.'nın (2020), cerrahi kliniklerde çalışan 98 hemşire ile yapmış olduğu çalışmada, %81'inin kadın olduğu, %58.2'sinin lisans ve lisansüstü mezunu olduğu, %43'ünün 5-10 yıl arasında mesleki deneyime sahip olduğu, %89.9'u hasta güvenliğine özgü bir eğitim aldığını, Koç ve ark.'nın (2020), 149 hemşire ile benzer konuda yapmış olduğu çalışmada, %45,5'inin 18- 24 yaş aralığında, %54,%' inin lise mezunu, ve %46,9' unun 1-5 yıllık mesleki deneyimlerinin olduğunu, Korkmaz ve ark.'nın (2021) çocuk cerrahi kliniğinde çalışan 54 hemşire ile benzer konuda yapmış oldukları çalışmada, %94,4 ünün kadın, %75,9'unun Lisan mezunu ve günlük bakılan hasta sayısını %46,3 ile 16 ve üstünde bulmuşlardır. Diğer çalışmalara baktığımızda kadın sayısının benzer, genç ve mesleki deneyim sürelerinin 10 yılın altında olduğu, günlük bakım verilen hasta sayısının 15 ve üzerinde, hemşirelerin ağırlıkta lisans mezunu, yüksek oranda hasta güvenliği eğitimi almış olduklarını sonuçların benzer olduğu ve çalışmamızı desteklediği görüldü.

7.2. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU ÖLÇEKLERİNİN CRONBACH ALPHA DEĞERLERİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmamızda, HGKÖ Cronbach's Alpha değeri 0,967, alt boyutların Cronbach's Alpha değerleri “Yönetim ve Liderlik” 0,908, “Çalışanların eğitimi” 0,905, “Beklenmedik olay” 0,821, “Bakım ortamı” 0,808, “Çalışan davranışı” 0,931 olarak bulundu. Emül'ün (2018) sağlık çalışanları ile yapmış olduğu çalışmada HGKÖ Cronbach's Alpha değeri 0,915, Bayer ve Çevik' in (2019) yapmış olduğu çalışmada HGKÖ Cronbach's Alpha değeri 0,980, Güneş'in (2023) yaptığı çalışmada ise HGKÖ' nün toplam Cronbach's Alpha değeri 0.970, alt boyutların Cronbach's Alpha değerleri “Yönetim ve Liderlik” 0.917, “Çalışanların eğitimi” 0,905, “Beklenmedik olay” 0,832, “Bakım ortamı” 0,888 “Çalışan davranışı” 0,910 olarak bulunmuştur. HGKÖ'nin genel ölçek ve alt boyutlarının Cronbach's Alpha değerlerine bakıldığında yapılan diğer çalışmalarda da yüksek güvenirlikte hesaplanmış olduğu görülerek sonuçların bizim çalışmamızla benzer olduğu görüldü.

Araştırmamızda HBROÖ Cronbach's Alpha değeri 0,697, alt boyutların Cronbach's Alpha değerleri “İş birliği” 0,659, “Araştırma” 0,477, “Etkileşim” 0,661 ve “Otonomi” 0,083 olarak bulunmuştur. Hendekçi'nin (2020) yapmış olduğu çalışmada HBROÖ Cronbach's Alpha değeri 0,560, alt boyutların Cronbach's Alpha değerleri “İş birliği” 0.620, “Araştırma” 0,640, “Etkileşim” 0,661 ve “Otonomi” 0,560 olarak hesaplanmıştır. Karaahmetoğlu'nun (2013) yapmış olduğu çalışmada ise genel ölçek Cronbach's Alpha değeri 0.650, alt boyutların Cronbach's Alpha değeri “İşbirliği” 0.670, “Araştırma” 0.650, “Hemşire/Hasta Etkileşimi” 0.560, “Otonomi” 0.520 olarak hesaplanmıştır.

Cronbach's Alpha katsayısının bulunabileceği değer aralıkları ve bu değerlere bağlı ölçeğin güvenirlik durumu aşağıdaki şekilde ifade edilebilir;

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenirli değil,

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenirlikte,

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir,

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (Yıldırım, 2021; Karaahmetoğlu, 2013).

HBROÖ toplam Cronbach's Alpha değerlerine baktığımızda, Karaahmetoğlu (2013) ve bizim çalışmamızda oldukça güvenilir, Hendekçi' nin (2020) çalışmasında ise üst sınıra yakın olmakla birlikte düşük güvenilirlikte olduğu görüldü. Alt boyutlara baktığımızda bizim çalışmamızda diğer çalışmalar göre, "Otonomi" nin Cronbach's Alpha değerinin çok düşük olduğunu ve bu sebebin otonomi alt boyutunu değerlendiren soru sayısının az olması ve çalışmanın yapıldığı kurum farklılığı ile ilişkili olduğu söylenebilir.

7.3. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNE GÖRE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU ÖLÇEKLERİ KARŞILAŞTIRMALARINA AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

7.3.1. Cinsiyete Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmasının Tartışılması

Çalışmamızda cinsiyete göre, HGKÖ ve alt boyutları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$). Arslan ve ark.'nın (2020) cerrahi kliniklerde çalışan 98 hemşire ile yapmış oldukları çalışmada cinsiyetin hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığını, Korkmaz ve ark.'nın (2020) 54 hemşire ile yapmış oldukları çalışmada da cinsiyet ile hasta güvenliği kültürü ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Literatüre baktığımızda bizim çalışmamızla aynı sonuçların olduğu ve çalışmamızı destekledikleri görüldü.

Çalışmamızda cinsiyete göre HBROÖ ve alt boyutları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0.05$). Sayraç'ın (2022) 110 hemşire yapmış olduğu çalışmada cinsiyetin hemşirelerin bakım rolü oryantasyonlarını etkileyen bir faktör olmadığı, İsmailoğlu Günay ve Özdemir'in (2020) 190 öğrenci hemşire yapmış olduğu çalışmada da cinsiyetin hemşirelerin bakım rolü oryantasyonlarını etkilemediği görüldü.

Literatüre baktığımızda bizim çalışmamızla aynı sonuçların olduğu ve çalışmamızı destekledikleri görüldü.

7.3.2. Yaş Gruplarına Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmasının Tartışılması

Çalışmamızda yaş gruplarına göre HGKÖ'nün "Yönetim ve liderlik", "Beklenmedik olay" alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p=0,047$ $p=0,009$). "Yönetim ve liderlik" 30-39 yaş grubunda 18-29 yaş grubuna göre yüksek olduğu görüldü. "Beklenmedik olay" 40-49 yaş grubunda 18-29 yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Erdağı ve Özer' in (2020) yapmış oldukları çalışmada yaşa göre HGKÖ ve alt boyutlarının tamamında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), Yılmaz'ın (2023) sağlık çalışanları ile yapmış olduğu çalışmada, yaşa göre HGKÖ alt boyutlarından "Beklenmedik Olay", "Hata raporlama" ve "Bakım ortamı" boyutunun ve HGKÖ'nün arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p<0,05$). Ay ve Yenihayat' ın (2020) 297 sağlık çalışanı ile yapmış olduğu çalışmasında yaşa göre HGK ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görüldü. Literatüre baktığımızda çalışmamız ile orta düzeyde benzerlik gösterdiğini söyleyebiliriz. Bizim çalışmamızdaki yönetim ve liderlik, beklenmedik olay alt boyutlarındaki farklılığın yaş ile birlikte deneyim kazandıkça hemşirelerin kurumun güçlü hasta güvenliği kültüründen olumlu düzeyde etkilenmiş olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda yaş gruplarına göre, HBROÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p<0.05$). Karaahmetoğlu' nun (2013) yapmış olduğu çalışmada 18-25 ile 31-40 yaş grubundaki hemşirelerin “işbirliği” alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu ve bunu hemşirelerin yaş ortalamalarının artıkça mesleğin diğer üyeleri ile işbirliği düzeyinin arttığını belirtmiş olsa da; Sayraç' ın (2022) yapmış olduğu çalışmada yaş gruplarına göre, HBROÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görüldü. İsmailoğlu Günay ve Özer' in (2020) öğrenci hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada yaşa göre HBROÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ve bizim çalışmamızı destekler nitelikte oldukları görüldü.

7.3.3. Görev Süresine Göre, Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmasının Tartışılması

Çalışmamıza görev süresine göre HGKÖ' nün “Yönetim ve liderlik” ve “Beklenmedik olay” alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0,018$ $p=0,032$). “Yönetim ve liderlik” ve “Beklenmedik olay” puanı 10 yıl ve üzeri olanlarda 1-5 yıl olanlara göre istatistiksel olarak yüksek anlamlı olarak bulundu (Yönetim ve liderlik $p=0,008$ Beklenmedik olay $p=0,007$). Literatüre baktığımızda Rızalar ve ark.'nın (2016) yapmış olduğu çalışmada görev süresi ile HGKÖ ve alt boyutlardan “Yönetim ve Liderlik”, “Olay ve hata raporlama” arsından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu fakat bizim çalışmamızın tam tersi bir etkileşimin ortaya çıktığını 0-5 yıl deneyime sahip olan hemşirelerin daha fazla çalışmış olanlara göre daha fazla hasta güvenliği kültürüne sahip olduğu bulundu. Görev sürelerinin hasta güvenliği kültürünü hiç etkilemediğini belirten çalışmalara da rastlandı. Arslan ve ark.'nın (2020) hemşireler ile yapmış olduğu çalışmada, görev süresine göre HGKÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ve Ay ve Yenihayat' ın (2020) 297 sağlık çalışanı ile yapmış olduğu çalışmada da görev süresine göre HGKÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görüldü. Bu bizim çalışmamızı yapmış olduğumuz kurumda, kurum hasta

güvenliği kültürünün oluşturulduğu ve görev süresi ile birlikte davranışa dönüşerek arttığı, olarak yorumlanabilir.

Görev süresine göre HBROÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p<0.05$). Diğer çalışmalara baktığımızda Sayraç'ın (2022) yapmış olduğu çalışmada meslekteki görev süresinin HBROÖ ve ölçeğin "işbirliği" alt boyutunda istatistiksel olarak bir fark bulunduğunu, Karaahmetoğlu'nun (2013) yapmış olduğu çalışmasında Görev süresi ile HBROÖ "işbirliği" alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu ve bunun ileri istatistik çalışmalarla 0- 5 ile 21- 25 yıl çalışanlarda daha yüksek eğilime sahip olduğunu şeklinde bulunduğunu ve bizim çalışmamızdan bu noktada ayrıldıklarını söyleyebiliriz. Bu sonuç, çalışmamızın yapıldığı kurumdaki hemşirelerin görev süresine göre her düzeyde yüksek işbirliği içinde çalıştığı ve bu kültürü benimsedikleri için farklılık yaratmadığı şeklinde yorumlanabilir.

7.3.4. Eğitim Durumlarına Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmasının Tartışılması

Çalışmamızda, eğitim durumlarına göre HGKÖ ile alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Diğer çalışmalara baktığımızda Korkmaz ve ark.'nın (2021) yapmış olduğu çalışmada eğitim durumuna göre HGKÖ ve ölçeğin "çalışan davranışı" alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğunu, Arslan ve ark.'nın (2020) yapmış olduğu çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi eğitim durumlarının HGKÖ ve alt boyutları üzerinde etkisinin olmadığı bulundu. Araştırmamızın sonucunda eğitim durumlarına göre HGKÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmasa da, hasta güvenliğinde eğitimin önemi hiçbir zaman yadsınamaz. Bu sonuçlar çalışmaların yapıldığı kurumlarda çalışanların eğitimlerinin devam ettiğini, kurumların etkili hasta güvenliği kültürü oluşturmalarının çalışanlar üzerinde etkili olduğunu söyleyebiliriz. Çalışmamızda, eğitim durumlarına göre HBROÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Hendekçi'nin (2020) yapmış olduğu

çalışma da bizimle eş değer sonuç bulunarak, eğitim durumlarının hemşirelerin bakım rolü oryantasyonlarını etkilemediği bildirildi. Bu karşılaştırma ile ilgili farklı görüş bildiren çalışmalarla da karşılaşıldı. Sayraç'ın (2022) çalışmasında eğitim durumlarının HBROÖ ve “işbirliği” alt boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu, Karaahmetoğlu'nun (2013) çalışmasında da eğitim durumları ile “otonomi” alt boyutu dışında “işbirliği”, “araştırma”, “hemşire/Hasta Etkileşimi” alt boyutları arasında etkileşimin olduğu görüldü. Yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmasının sebebi kurumlarda bakım rolü oryantasyonu konusunda yapılan hizmet içi eğitimlerde nitelik ve nicelik bakımından farklılıklar bulunduğu şeklinde yorumlanabilir.

7.3.5. Bakılan Hasta Sayısına Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmasının Tartışılması

Çalışmamızda bakılan hasta sayısına göre HGKÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p<0.05$). Literatüre baktığımızda hasta güvenliği ile ilgili yapılmış olan çalışmalarda bakılan sayısı ile ilgili pek kaynak bulamasak da Erdağı ve Özer'in (2015) yapmış olduğu çalışmada çalışılan bölüm ile HGKÖ karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Acil servisler, yatan hasta klinikleri ve yoğun bakımlar hasta sayısı bakımından birbirinden farklılık gösteren birimler olduğundan, bizim bulduğumuz sonucu desteklediğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda bakılan hasta sayısına göre HBROÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p<0.05$). Hendekçi' nin (2020) yapmış olduğu çalışmaya baktığımızda da aynı sonucu bulunduğunu ve çalışmamızı desteklediğini görüyoruz. Her ne kadar artan hasta sayısı bakımın kalitesini düşürebilme ihtimali olsa da hemşirelerin bakım rolü oryantasyonlarını etkilemeyeceğini söyleyebiliriz.

7.3.6. Hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmasının Tartışılması

Çalışmamızda hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına göre HGKÖ ve alt boyutları karşılaştırıldığında eğitim alanların HGKÖ, “Yönetim ve liderlik”, “Çalışanların eğitimi”, “Beklenmedik olay” ve “Bakım ortamı” alt boyutlarında eğitim almayanlara göre istatistiksel olarak yüksek anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Korkmaz ve ark.’nın (2016) yapmış olduğu çalışmada hasta güvenliği eğitimi almanın ölçek ve alt boyutları arasında bir fark yaratmadığı bulundu. Yine aynı şekilde Arslan ve ark.’nın (2020) yapmış oldukları çalışmada da hasta güvenliği eğitimi alma durumunun HGKÖ ve alt boyutlarını etkilemediğini bulduğunu gördük. Bizim çalışmamızla farklılık göstermesi yine kurumun hasta güvenliği kültürünün etkinliği ve verilen eğitimin etkinliğinin yüksek düzeyde olması olarak yorumlanabilir. Çalışmanın yapıldığı kurumda, yeni başlayan hemşirelere Hastane Oryantasyon Programı’nda hasta güvenliğine yönelik eğitimlerin verilmesi ve devam eden yıllarda da klinik sorumlu hemşireleri ve kalite yönetim birimi tarafından eğitimlerinin devam etmesinin etkili olduğu söylenebilir.

Hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına göre HBRO Ölçeği ve alt boyutları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Bu soru HGKÖ ölçeği için hazırlanmış bir soru olsa da hemşirelik bakım rolü oryantasyonlarını etkilememesinin nedenlerinden birisinin de hasta güvenliği eğitimlerinde hemşirelik bakım rollerine hiç değinilmemiş olması söylenebilir.

7.3.7. Çalışılan Birime Göre Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçekleri Karşılaştırmalarına Ait Bulguların Tartışılması

Çalışılan birime göre HGKÖ ve alt boyutları karşılaştırıldığında HGKÖ toplam puanı ve alt boyutlarından “yönetim ve liderlik”, “çalışanların eğitimi”, ile “çalışan

davranışı” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Cerrahi kliniklerde zor ve karmaşık prosedürler uygulandığı için çalışılan birimdeki hasta profili, diğer meslek üyeleri/hasta ile etili iletişim ve hasta güvenliği kültürünün hemşirelik uygulamalarının her alanında ortaya koyulması çok önemlidir (Balanuye, 2014). Türk ve ark.’nın (2018) yapmış olduğu çalışmada çalışılan birime göre, HGKÖ alt boyutlarından “yönetim ve liderlik” ve “çalışan davranışı” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark buldukları görüldü. Ay ve Yenihayat’ın (2020) yapmış olduğu çalışmada çalışılan birimin HGKÖ alt boyutlarından “çalışan davranışı” ile etkileşimde olduğu görüldü. Diğer çalışmalara baktığımızda benzer şekilde sonuçlar bulunduğu görüldü. Bu sonuçlarda göstermektedir ki, etkin, etkili liderlik ile yönetilen ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulduğu kurumlardaki çalışanlar hizmet içi eğitimlerle desteklendiğinde, çalışan davranışı da bu doğrultuda etkilenmektedir.

Çalışmamızda çalışılan birime göre HBROÖ ve alt boyutları karşılaştırıldığında, çalışılan birime göre, HBROÖ’ nün alt boyutlarından “otonomi” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$). Hendekçi’nin (2020) yapmış olduğu çalışmada, çalışılan birime göre HBROÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Karaahmetoğlu’nun (2013) yapmış olduğu çalışmada çalışılan birim ile sadece “Araştırma” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü. Çalışılan klinikteki liderlik davranışının otonomi üzerindeki etkisinin farklılığından kaynaklandığını düşündürmektedir.

7.4. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU ÖLÇEKLERİNİN KİŞİSEL ÖZELLİKLER İLE KORELASYONUNA AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda, HGKÖ ile kişisel özellikler karşılaştırıldığında;

HGKÖ “Yönetim ve liderlik” alt boyutunun, yaş ve görev süresi ile arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$,

$r=0,212$ $r=0,226$). Çalışma hayatına baktığımızda genel olarak yaş faktörünün görev süresi ile artığını görmek beklenen bir durumdur. Çalışmamızda çalışanların görev süresi ve yaşlarının artıkça kurumdaki hasta güvenliği kültürü oluşturma, yönetme ve denetleme gibi faaliyetlere daha fazla katıldığı ve katkı sağladığını düşünebiliriz.

HGKÖ “Beklenmedik olay” alt boyutunun yaş ile arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$, $r=0,266$). Beklenmedik olay ve yanan hataların raporlanması hasta güvenliği kültüründe en önemli faktörlerden biridir. Kurumların çalışanları bu tip hataları bildirmeleri sonrasında herhangi bir cezai durumla karşılaşmayacaklarının ikna etmeleri gerekmektedir. Bildirimi yapılan hataların raporlanması ve iyileştirme ve önleme faaliyetlerinde kullanılması çok önemlidir. Çalışmamızda yaş ile beklenmeyen olay bildirimlerinin ilişkili olmasını, kişilerin yaş ile birlikte daha cesur ve olgun düşünerek, yapılan hataların bildiriminin, bir sonraki yaşanabilecek hata ya da beklenmeyen olayın önüne geçilmesi için kurum hastane güvenliği kültürüne katkı sağlaması olarak düşünülebilir.

HBROÖ ile kişisel özellikler karşılaştırıldığında, HBROÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu ($p>0,05$).

7.5. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızdaki analiz sonuçlarına göre HGKÖ’ nün, tüm alt boyutları ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde yüksek düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0,05$, $r=0,70-0,89$). Güneş’in (2023) yapmış olduğu çalışmada HGKÖ alt boyutlarının tümünde istatistiksel olarak yüksek düzeyde ve pozitif yönde bir anlamlılık bulunduğu, Karaca ve Arslan (2014) tarafından yapılan araştırmada özel bir

hastanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklemektedir.

HBROÖ' nün, alt boyutlarından “İşbirliği” ve “Etkileşim” ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde yüksek düzeyde bir ilişki, “Otonomi” ile anlamlı ve pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki, “Araştırma” ile arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde zayıf bir ilişkisi olduğu tespit edildi ($p<0,05$, $r=0,682$ - $r=0,729$ - $r=0,448$ - $r=0,276$). Kaplan (2020) öğrenci hemşireler ile yaptığı çalışmada öğrencilerin hemşirelik bakım rolüne oryantasyonlarının orta düzeyde olduğunu ve sırasıyla; iş birliği, araştırma, etkileşim ve otonomi alt boyutu şeklinde olduğu görüldü. Karaahmetoğlu ve Alpar (2017)’ın yaptığı ölçek geliştirme çalışmasında ölçeği tüm alt boyutları ile pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, hemşirelik bakım rolüne oryantasyonlarının sırasıyla; hemşirelerin iş birliği, araştırma, etkileşim, otonomi şeklinde olduğu görüldü. Karaahmetoğlu ve Alpar’ın çalışması bizim çalışmamızı desteklerken, Kaplan’ın çalışmasında iş birliği ve etkileşim alt boyutlarında orta düzeyde bir sonuç bulunması, öğrencilerin henüz eğitimlerini tamamlamamış olmaları, bilgi ve deneyim eksikliğine bağlanabilir.

HBROÖ ve alt boyutları ile HGKÖ ve alt boyutları ile arasındaki ilişkiye bakıldığında;

- HBROÖ' nün HKGÖ 'nün alt boyutlarından “Çalışanların Eğitimi” ve “Bakım Ortamı” ile zayıf düzeyde ve negatif yönde ($p<0,05$, $r=-0,251$, $r=-0,208$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Kurum hasta güvenliği kültürünün yüksek olabilmesi ancak, çalışılan ortamın fiziki koşullarının uygunluğu, kullanılan malzeme ve cihazların standardize edilerek, bakım ve kalibrasyonlarının yapılması, hasta güvenliği için üst kurumlarca belirlenmiş hasta güvenliği hedefleri, mevzuatlar ve standartların kurum işleyişine yansıtılarak, kurum yöneticileri tarafından desteklenmesi ile olabilir. Çalışanların hasta güvenliğinin sağlanması konusunda eğitimler alması ve bakım ortamındaki fiziki şartların, yüksek hasta güvenliği standartlarını sağlayacak şekilde olması ise kurum hasta güvenliği kültürünü destekler Hemşirelik bakımının eğitim düzeyi daha düşük birey ve gruplara devredilmesinin bakım kalitesini düşüreceği açıktır (Gül, 2019). Bizim çalışmamızda çıkan sonuca göre Hemşirelerin bakım rolü oryantasyonlarının Hasta güvenliği kültürü arttıkça azaldığını

söyleyebiliriz. Bunun nedeni, mezuniyet sonrası verilen hizmet içi eğitimlerde, hasta bakım rolü ile ilgili konularda yeterince eğitim verilmemiş veya eğitim içeriğinde yeteri kadar yer verilmediğini düşündürmektedir.

- HBROÖ alt boyutlarından “Etkileşim” ile HGKÖ “Çalışanların Eğitimi” alt boyutu arasında zayıf düzeyde, negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$, $r=-0,252$). Etkileşim alt boyutu altında hasta ve diğer ekip üyeleri ile işbirliği, hasta odaklı, bireye özgü ve bireyin bakıma dahil olduğu bir yaklaşım değerlendirilmektedir (Karaahmetoğlu ve Alpar, 2017). Bizim çalışmamızda çalışanların eğitim almaları, hasta güvenliği kültürünü artırırken, bakım rolü oryantasyonları ile tam tersi bir ilişki içerisinde olduğu görüldü. Bu sonuç verilen hizmet içi eğitimlerde, çalışanlara hasta bakım rolü etkileşimi alt boyutu bağlamında yeterince eğitim verilmediği veya eğitim içeriğinde bu konuya yeteri kadar yer verilmediğini düşündürmektedir.

- HBROÖ alt boyutlarından “Otonomi” ile HGKÖ toplam puanı, “Beklenmedik Olay” ve “Bakım Ortamı” alt boyutları arasında zayıf düzeyde, negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$, $r=-0,217$, $r=-0,279$, $r=-0,261$). Otonomi yani TDK’ ya özerklik, bireyin kendisini yönetme yetisidir. Bağımsızca düşünüp, kararlar alma ve bu doğrultuda hareket edebilme kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır (Karagözoğlu, 2008). Belli bir işi yaparken ve kararlar alırken bağımsız rollerini aktif kullanmak isteyen hemşireler, kurumlarda belirlenmiş olan bazı kuralların dışına çıkma eğiliminde olabilirler. Bu sonuç, hemşirelerin kliniklerde yaşanan ya da olası hatayı kendi çözümleme çabasının raporlama oranını azaltacağını düşündürmektedir. Kurum tarafından hasta güvenliği ile ilgili belirlenen standartların ve düzenlemelerin hemşireler tarafından özerkliklerini sınırlandırabileceğini düşündüğü için bizim çalışma sonuçlarımızı etkilemiş olabileceği söylenebilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir şehir hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürleri ile hemşirelik bakım rolü oryantasyonlarının değerlendirilmesi amacıyla 119 hemşire ile yapmış olduğumuz çalışmamızdan bulunan sonuçlar şu şekildedir

- Araştırmamıza katılan hemşirelerin %82,4'ünün (n=98) kadın, %17,6'sının (n=21) erkek olduğu görülmektedir.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin %66,4' ünün 18-29 yaş aralığında (n=79), %26,1' inin 30-39 yaş aralığında (n=31), %5,9' unun 40-49 yaş aralığında (n=7) ve %1,7' sinin 50 yaş ve üzerinde (n=2) olduğu görülmektedir.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin %3,4' ünün 0-1 yıldır görev yaptığı (n=4), %52,9' unun 1-5 yıldır görev yaptığı (n=63), %28,6' sının 6-10 yıldır görev yaptığı (n=34) ve %15,1' inin 10 yıl ve üzeri (n=18) görev yaptığı görülmektedir.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin %2,5'inin Lise mezunu (n=3) olduğu, %6,7' sinin Ön lisans mezunu (n=8) olduğu, %84' ünün Lisans mezunu (n=100) olduğu görülmektedir.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin %8,4' ünün Kadın Doğum Kliniğinde (n=10) çalıştığı, %7,6' sının KVC Kliniğinde (n=9) çalıştığı, %27,7' sinin Genel Cerrahi Kliniğinde (n=33) çalıştığı, %16' sının Ortopedi Kliniğinde (n=19) çalıştığı, %10,1' inin KBB Kliniğinde (n=12) çalıştığı, %5'inin Göz Kliniğinde (n=6) çalıştığı, %8,4' ünün Beyin Cerrahi Kliniğinde (n=10) çalıştığı, %6,7' sinin Üroloji Kliniğinde (n=8) çalıştığı ve %10,1' inin Plastik Cerrahi Kliğinde (n=12) çalıştığı görülmektedir.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin %11,8' inin 6-10 arası hasta baktığı (n=14), %11,8' inin 11-15 arasında hasta baktığı (n=14) ve %76,5' inin 15 ve üzerinde hasta baktığı (n=91) görülmektedir.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin %87,4' ünün Hasta güvenliği konusunda eğitim aldığı (n=104), %12,6' sının ise (n=15) hasta güvenliği konusunda eğitim almadığı görülmektedir.

- HGKÖ Cronbach's Alpha değeri 0,967 şeklinde bulunarak yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu tespit edildi. Alt boyutlara bakıldığında da yüksek derecede güvenilir oldukları tespit edildi. Alt boyutların Cronbach's Alpha değerleri "Yönetim ve Liderlik" 0,908, "Çalışanların eğitimi" 0,905, "Beklenmedik olay" 0,821, "Bakım ortamı" 0,808, "Çalışan davranışı" 0,931 olarak bulundu. HBRÖ Cronbach's Alpha değeri 0,697 şeklinde bulunarak oldukça güvenilir bir ölçek olduğu tespit edildi. Alt boyutların Cronbach's Alpha değerleri "İş birliği" 0,659 hesaplanarak oldukça güvenilir, "Araştırma" 0,477 düşük güvenilirlikte, "Etkileşim" 0,661 oldukça güvenilir ve "Otonomi" 0,083 olarak güvenilir olmadığı bulundu.
- Cinsiyete göre, HGKÖ ve HBROÖ karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p < 0.05$).
- Yaş gruplarına göre HGKÖ alt boyutlarından "Yönetim ve liderlik" ve "Beklenmedik olay" arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p = 0,047$ $p = 0,009$). "Yönetim ve liderlik" 30-39 yaş grubunda 18-29 yaş grubuna göre, "Beklenmedik olay" ise 40-49 yaş grubunda 18-29 yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu görüldü (Yönetim ve liderlik $p = 0,043$ Beklenmedik olay $p = 0,007$).
- Yaş gruplarına göre HBROÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p > 0,05$).
- Görev süresine göre HGKÖ'nün "Yönetim ve liderlik" ve "Beklenmedik olay" alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). "Yönetim ve liderlik" ve "Beklenmedik olay" puanı 10 yıl ve üzeri olanlarda 1-5 yıl olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olarak bulundu ($p < 0,05$).
- Görev süresine göre HBROÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p < 0,05$).
- Eğitim durumlarına göre HGKÖ ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p < 0,05$).
- Eğitim durumlarına göre HBROÖ ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p < 0,05$).

- Bakılan hasta sayılarına göre HGKÖ ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p<0.05$).
- Bakılan hasta sayılarına göre HBROÖ ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p<0.05$).
- Hasta güvenliği eğitimi alma durumlarına göre HGKÖ ve alt boyutları karşılaştırıldığında, HGKÖ toplam puanı ve “Yönetim ve liderlik”, “Çalışanların eğitimi”, “Beklenmedik olay” ve “Bakım ortamı” puanları eğitim almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).
- Hasta güvenliği eğitimi alma durumuna göre HBROÖ toplam puanı ve alt boyutları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).
- Çalışılan birime göre HGKÖ toplam puanı ve “Yönetim ve Liderlik”, “Çalışanların Eğitimi”, ile “Çalışan Davranışı” alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$).
- Çalışılan birime göre HBROÖ’ nün alt boyutlarından “Otonomi” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$).
- HGKÖ ile kişisel özellikler karşılaştırıldığında, HGKÖ alt boyutlarından “Yönetim ve liderlik” in, yaş ve görev süresi ile zayıf düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı, “Beklenmedik olay” alt boyutunun yaş ile arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$, $r=0,212$ – $r=0,266$ – $r=0,226$).
- HBRÖ ile kişisel özellikler karşılaştırıldığında, HBROÖ ve alt boyutları arası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ($p>0,05$). Analiz sonuçlarına göre, HGKÖ’ nün, tüm alt boyutları ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde yüksek düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$, $r=0,70$ - $0,89$).
- HBROÖ’ nün, alt boyutlarından “İşbirliği” ve “Etkileşim” ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde yüksek düzeyde bir ilişki, “Otonomi” ile anlamlı ve pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki, “Araştırma” ile arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönde zayıf bir ilişkisi olduğu tespit edildi ($p<0,05$, $r=0,682$ - $r=0,729$ - $r=0,448$ - $r=0,276$).

- HGKÖ' nün, HBROÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında; HGKÖ' nün ölçeğinin, HBROÖ ile arasında negatif yönde ve çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu, “Otonomi” alt boyutu arasında ise negatif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0,05$, $r=-0,187$ – $r=-0,217$).

Sonuçlar; hastanede güvenlik kültürünün oluşturulmuş olduğunu ve geliştirilebileceğini göstermekle birlikte, hemşirelerin bakım rolü oryantasyonlarının orta düzeyde olduğunu ve daha fazla geliştirilebileceğini göstermektedir. Hasta güvenliği kültürü ile Hemşirelerin bakım rolü oryantasyonları arasında pozitif yönlü bir ilişki olmadığını, bunun kurumlar tarafından yürütülen kalite ve eğitim faaliyetleri ile geliştirilebileceğini söyleyebiliriz.

ÖNERİLER

- Hasta güvenliğinin önemli parametrelerinden hata raporlamasının oranlarının artırılması ve çalışanların farkındalıklarının artırılması için eğitimlerin düzenlenmesi,
- Hasta güvenliği kültürünün temel taşlarından olan hemşirelerin bakım rolü oryantasyonlarının artırılmasında, kurum üst ve orta yöneticileri ile deneyimli hemşirelerin bilinçlendirilmesi ve bu doğrultuda kuruma yeni başlayan hemşirelerde bu kültürün oluşturulması için aksiyonlar alınması,
- Kurumlar ve birimler arasındaki farklılıkların olumlu yönde ortadan kaldırılması için profesyonel liderlik davranışının oluşturulması,
- Sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde temel kalite göstergelerinden olan hasta güvenliği ve hasta bakımı kavramlarının birlikte çalışıldığı çalışmalara literatürde daha fazla yer verilmesi,
- Ek olarak, yapılan bu araştırmaya benzer şekilde, farklı evren ve örnekleme çalışmalar yapılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir.

9. KAYNAKÇA

Altınbaş Y, İster ED. Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları ve bireyselleştirilmiş bakım algıları. Sted. 2020; 29 (4): 246-254.

Ay FA, Yenihayat CU. 112 Acil sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılarının incelenmesi. JOBS. 2020; 8(3): 399-424.

Arslan S, Aydıngülü N, Gülşen M, Deniz Doğan, S, Erden S. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürleri ve etkileyen faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 23(4): 527-533.

Balanuye B. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yükünün Hasta Güvenliğine Etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Azize Karahan)

Bayer E, Çevik G. Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkilerinin araştırılması: bir araştırma uygulama hastanesi örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2019; 22(3): 653-676.

Bekmezci, E. Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Konya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Serpil Sü)

Bodur S, Filiz E, Çimen A, Kapçı C. Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki tutumu. Genel Tıp Dergisi, 2012; 22(2): 37-42.

Demir K. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile Tükenmişlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Ankara (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Zahide Tunçbilek)

Demirbağ, S. Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Algısı ile Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2024, İstanbul (Danışman Doç. Dr. Feride Eşkin Bacaksız)

Elbi H, Özcan F, Özyurt BC, Altan S. Evaluating the perceptions of health staff of family medicine unit about patient safety culture. Tjfmprc. 2020; 14(2): 267-273.

Emelgür N. Özel Alan Yetki Belgesi Olan Hemşirelerin Bakım Kalitesi Algısı ve İş Doyumu. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Nurten Kaya)

Emül E, Demirel ET. Etik iklim algısının hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi: Elâzığ örneği, Turkish Studies. 2018; 13(7): 83-122.

Erdağ S, Özer N. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015; 18(2): 94-106.

Erdem M. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Hekimlerinin Hasta Güvenliği Kültürü Hakkındaki Algılarının Belirlenmesi, İzmir Ekonomi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2023, İzmir (Danışman: Prof. Dr. İncim Bezircioğlu)

Gedük EA. Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. HSP. 2018; 5(2): 253-258.

Gül Ş. Bakım kavramı ışığında hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 10(2): 129-134.

Gündoğdu S. Bahçecik N. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 15 (2): 119- 128.

Güneş E. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Bakım Davranışları ve Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek lisans Tezi, 2023, İzmir (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Deniz Şanlı)

Hendekçi A. Cerrahi ve Dahiliye Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Tutumları ve Bakım Rollerine Oryantasyonlarının Belirlenmesi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Ordu (Danışman: Doç. Dr. Nurgül Bölükbaş)

İsmailoğlu Günay E, Özdemir H. Investigation of the Compliance of Nursing Students with First Clinical Experience with Care Roles. MAKU J. Health Sci. Inst., 2020; 8(2): 50-56.

Jacqueline Peet J, Goodwin M, Nelson S, Tomkins E, Fox A. Patient safety — are we speaking the same language. Collegian. 2024. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2024.05.006>. Erişim Zamanı: 22.08.2024.

Jung JS, Song JE, Bae SH, Lee Y, Gwon SH, Park JH. Simulation-based training program on patient safety management: a quasi-experimental study among new intensive care unit nurses. Nurse Education Today. 2023, 126: 105823. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105823>.

Kahraman H, Ceyhan Ö. Öğrenci gözünden: hemşireliğin bakım verici rolü. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi. 2022; 5(1), 60-66.

Karaahmetoğlu GU. Hemşirelerin Bakım Rollerine Oryantasyonları ve Etkileyen Faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar)

Karaahmetoğlu GU, Alpar ŞE. Hemşirelik bakım rolü oryantasyon ölçeği 'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliği. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2017; 6(1): 1-7.

Karagözoğlu Ş. Hemşirelikte Bireysel ve Profesyonel Özerklik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2008, 3: 41-50.

Karataş G. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2023, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ülkü Güneş)

Kaya S. Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesinde güvenlik tutumları anketi: bibliyometrik bir analiz. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2021; 24(4): 829-866.

Kaplan CB. Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Rengin Acaroğlu)

Kaplan E. Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyotropik Otonomik Kişilik Özellikleri ve Bakım Rollerine Oryantasyonu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2020, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Hatice Kaya)

Karaca A, Aslan H. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2014; 1(1): 9-18.

Karayurt Ö, Turhan Damar H, Bilik Ö, Özdöker S, Duran M. Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün ve güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının incelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 8 (1): 16-23.

Koç Z, Eraydın C, Tezcan B. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ve etkileyen faktörler, CBU-SBED. 2020; 7(2): 102-109.

Korkmaz Yenice G, Esenay FI, Sezer TA. Çocuk cerrahisi hemşirelerinin hasta güvenliği kültürünün belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021; 24(1): 76-83.

Labrague LJ. Emergency room nurses' caring ability and its relationship with patient safety outcomes: a cross-sectional study. international emergency nursing. 2024, 72:101389. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101389>.

Liukka M, Steven A, Vizcaya Moreno MF, Sara-aho AM, Khakurel J, Pearson P, Turunen H, Tella S. Action after adverse events in healthcare: an integrative literature review. Int. J. Environmental Research and Public Health. 2020, 17: 4717. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134717>.

Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Roca-Castelló MR. Relationship between job satisfaction and patient safety culture. Gaceta Sanitaria. 2018; 32(4): 352-361. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.02.009>.

Öztürk Z, Ekinçi N, Özzeybek Taş M. Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının belirlenmesi: Ankara’ da bir hastane örneği. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2022; 24(4): 1433-1445.

Rızalar S, Büyük ET, Şahin R, As T, Uzunkaya G, Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. DEUHFED. 2016; 9(1): 9-15.

Sammer C, James B. Patient safety culture: the nursing unit leader’s role, Online Journal of Issues in Nursing. 2011; 16(3). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No03Man03>

Sayraç S. Covid-19 Pandemisinde Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yorgunluk Düzeylerinin Bakım Rolü Oryantasyonlarına Etkisi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2022, Edirne (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sacide Yıldızeli Topçu).

Sazlıkoğlu YA. Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2023, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Vildan Mevsim)

Şemsu A, Dechaca A, Ayana M, Tura MR. Patient safety incident reporting behavior and its associated factors among healthcare professionals in hadiya zone, ethiopia: a facility based cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies Advances. 2024, 6: 100209. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100209>.

Tuncay A. Hasta Güvenliği Kùltürünün ve Hemşirelik Mesleği ile İlgili Faktörlerin Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilime Etkisi, Sanko Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Gaziantep (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Meryem Kılıç)

Turaç İS. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları ve Bilgi Güvenliğinin Hasta Güvenliği Kùltürü Üzerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2022, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Mehmet Top)

Türk I, Akgül S, Seçkin M, Tekingündüz S, Zekiođlu A. Hasta güvenliği kùltürü üzerine bir araştırma: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2018; 5(1): 25-34.

Türkmen E, Baykal Ü, Seren Ş, Altuntaş S. Hasta güvenliği kùltürü ölçeğinin geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011, 14: 4.

Vatansever M. Otantik Liderlik Tarzları ile Hasta Güvenliği Kùltürü ve İş Motivasyonu Etkileşimi: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma, Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2023, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. İlkay Turan)

Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang CC. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. International Journal for Quality in Health Care. 2013; 25(3):213–221. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt024>.

Yaşar H. Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kùltürüne Yönelik Algılarının İncelenmesi, Kırıkkale üniversitesi Sosyal bilimler enstitüsü Yönetim ve

Organizasyon Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2023, Kırıkkale (Danışman Dr. Öğr. Üyesi Ali Yılmaz)

Yıldırım N. Kronik Hastalığı (Hipertansiyon) Olan Bireylerde Algılanan Bireysel Yönetim ve Destek Gereksinimlerinin Belirlenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2021, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Zehra Durna)

Yıldız D, Fidancı BE, Ünver V, Kılıç HS, Yava A, Tosun N. Views of senior nursing students on patient safety. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2013; 55(4): 269-74.

Yılmaz A, Duygulu S. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, *SHYD*. 2019; 6(3): 171-185.

Yılmaz DU, Dilemek H, Yılmaz D, Korhan AE, Çelik E, Rastgel H. Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları ve ilişkili faktörler. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2017, 10: 83-97.

Yılmaz TE. Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliği Kültürünün Araştırılması: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Örneği, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2023, Sivas (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Naim Karagöz)

Yürün Y. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakım Davranışlarının Belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Lefkoşa (Danışman: Prof. Dr. Aytolan Yıldırım)

EK – 1: ÖZGEÇMİŞ

Adı	Zahide	Soyadı	CEBECİ
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Tel		E- Mail	

Eğitim Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans		
Lise		

Yabancı Dil / Diller Sınav Puanı								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	CPE	CAE	FCE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	62,57		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi*

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office programları	İyi

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

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)

EK : Diğer Bilimsel faaliyetler (makale, derleme, kongre bildirisi vs.)

EK- 2: ETİK KURUL ONAYI



T. C.
DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 44140529 / 35313
Konu : Tez Çalışması

19.12.2023

Sayın
Prof. Dr. Zehra DURNA
Demiroğlu Bilim Üniversitesi
Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu
Hemşirelik Türkçe Bölümü

Aşağıda belirtilen çalışmanız 19.12.2023 tarihli Üniversitemiz Klinik Araştırmaları Etik Kurulu toplantısında incelenmiş, çalışmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan bir sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Kurul kararı ilişikte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Bahar ERBAŞ
Başkan

Çalışmanın Adı: “Bir Şehir Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü İle Bakım Rolü Oryantasyonlarının Değerlendirilmesi” başlıklı çalışması.

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Zehra DURNA T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Türkçe Bölümü

Diğer Araştırmacılar: Zahide CEBECİ T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Proje İle İlgili Temas Kurulacak Kişi: Prof. Dr. Zehra DURNA T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Türkçe Bölümü

Merkez sayısı: Tek Merkez

EK- 2: ETİK KURUL ONAYI



T. C.
DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Demiroğlu Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu

Karar No: 19.12.2023 / 2023-26-06

Çalışmanın Adı: “Bir Şehir Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü İle Bakım Rolü Oryantasyonlarının Değerlendirilmesi” başlıklı çalışması.

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Zehra DURNA T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Türkçe Bölümü

Başkan
Dr. Öğr. Üyesi Bahar ERBAŞ

Raportör
Dr. Öğr. Üyesi A. Taner GÜVEN

Üye
Prof. Dr. Aygül AKYÜZ

Üye
Prof. Dr. Oytun ERBAŞ

Üye
Doç. Dr. Hayriye VEHİD

Üye
Doç. Dr. Selda MERCAN

Üye
Doç. Dr. Nihan Hande AKÇAKAYA

Üye
Doç. Dr. Tuncay GÜNDÜZ

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Suzan BOZKURT

Üye
Av. Özlem ÖZTÜRK

Üye
Cafer KILIÇ

EK- 3: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı,

Bu çalışma Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik yüksek lisans programı çerçevesinde yürütülen “Bir şehir hastanesi cerrahi cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile bakım rolü oryantasyonlarının değerlendirilmesini amaçlayan yüksek lisans tezi kapsamında yapılmaktadır. İlgili ankete verilen cevaplar izniniz dışında hiçbir üçüncü şahıs ve kurumlarla paylaşılmayacak, sadece toplu değerlendirmeye elde edilecek sonuçları tez kapsamında yayınlanacaktır.

Değerli zamanınızı ayırarak ankete ve çalışmaya yapmış olduğunuz katkıdan dolayı çok teşekkür eder çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Prof. Dr. Zehra DURNA

Zahide CEBECİ

Danışman

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Cinsiyetiniz

a) Kadın

b) Erkek

2. Yaşınız

a) 18-29

b) 30-39

c) 40-49

d) 50 ve üzeri

3. Görev Süreniz

a) 0-1 yıl

b) 1-5 yıl

c) 6-10 yıl

d) 10 yıl ve üzeri

4. Eğitim durumunuz

a) Lise

b) Önlisans

c) Lisans

d) Lisans üstü

EK- 3: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

5. Çalıştığınız Birim

- a) Kadın doğum kliniği
- b) KVC Kliniği
- c) Genel cerrahi kliniği
- d) Ortopedi Kliniği
- e) Kbb kliniği
- f) Göz Kliniği
- g) Beyin cerrahisi kliniği
- h) Üroloji Kliniği
- ı) Plastik cerrahi kliniği
- i) Çocuk cerrahi Kliniği

6. Günlük ortalama bakılan hasta sayısı

- a) 1-5
- b) 6-10
- c) 11-15
- d) 15 üzeri

7. Hasta güvenliğine yönelik eğitim aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

EK- 4: HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ

Alt Boyut	Soru No	Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Yönetim ve Liderlik	1	Tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.				
	2	Sunulan tüm hizmetler, hasta güvenliği açısından değerlendirilir.				
	3	Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır.				
	4	Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır.				
	5	İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (İsim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır.				
	6	Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır.				
	7	Çalışanların, kurumdan ayrılmalarını azaltıcı önlemler alınır.				
	8	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömöni oranları, düşmeler vb göstergelerden yararlanılır.				
	9	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb göstergelerden yararlanılır.				
	10	Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir.				
	11	Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate alınır.				
	12	Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.				
	13	Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme) çalışılır.				
	14	Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.				
	15	Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreci kullanılır.				
	16	Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.				
	17	Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.				
	18	Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.				
Çalışanların Eğitim	19	Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir.				
	20	Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır.				
	21	Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.				
	22	Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay-hataları tanımlama ve raporlama süreçleri, vb) eğitimler düzenli olarak verilir.				
	23	Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.				
	24	Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.				
	25	Hasta güvenliği eğitim programlarında, isim vermeden gerçek olay raporlarından yararlanılır.				
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	26	Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.				
	27	Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.				
	28	Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.				
	29	Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.				
	30	Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.				

EK- 5: HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYON ÖLÇEĞİ

HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYON ÖLÇEĞİ

Cevaplayıcılar, 5’li likert tipi ölçek (1=düşük hemşirelik bakım rollerine oryantasyonu, 5=yüksek hemşirelik bakım rollerine oryantasyonu belirtir) kullanmaktadır. Toplam sonuca ulaşabilmek için 24 maddenin her biri için numaralı cevaplar verilmiştir. Toplam maksimum skor 120 dir.

Bazı maddeler karşıt skor gerektirmektedir. Bunlar; 1, 2, 3, 4, 5, 9, 11, 12, 14, 18, 22, 23, 24’üncü maddelerdir (13 madde). Karşıt skor gerektiren maddelerde puanlama ters yönde yapılmaktadır. Alınan toplam puanların yüksek olması, hemşirelerin bakım rollerine oryantasyonlarının yüksek olduğunu, puanların düşük olması ise hemşirelerin bakım rollerine oryantasyonlarının düşük olduğunu göstermektedir.

	Madde Numaraları	Madde Sayısı	Minimum Puan	Maksimum Puan
HBROÖ	1-24	24	24	120
Alt Ölçekler				
1.İşbirliği	23, 24, 18, 12, 5, 14, 9, 17	8	8	40
2.Araştırma	16, 15, 19, 7, 21, 20, 22, 13	8	8	40
3.Hemşire/Hasta Etkileşimi	1, 4, 3, 2, 6	5	5	25
4.Otonomi	8, 10, 11	3	3	15

Şekil 1: HBROÖ’nin Alt Ölçekleri ve Puanları

EK- 5: HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYON ÖLÇEĞİ

HEMŞİRELERİN BAKIM ROLLERİNE ORYANTASYONLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Bu ölçek sizlerin hemşirelik bakım rollerine oryantasyonunuzu değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen aşağıdaki her ifadeyi dikkatlice okuyarak her ifadeye görüşünüzü en iyi yansıtan rakamı daire içine alınız. İsim belirtmenize gerek yoktur. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Rakamların anlamları aşağıda belirtilmiştir.

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1 = ilk ifadeye tamamen katılıyorum | 2 = ilk ifadeye katılıyorum |
| 3 = her iki ifadeye de katılıyorum | 4 = ikinci ifadeye katılıyorum |
| 5 = ikinci ifadeye tamamen katılıyorum | |

1 - Çoğu durumda sağlıklı/hasta (toplum, aile, birey) için en etkili sağlık bakımı, sağlık ekibinin iş birliği ile verilir **1 2 3 4 5** yalnızca hemşirelik bakımı ile verilir.

2 - X sağlıklı/hasta birey için hemşirelik bakımının hedefleri çoğunlukla, bireyin gereksinimleri **1 2 3 4 5** hekim istemi doğrultusunda belirlenir, doğrultusunda belirlenir.

3 - Aşağıdakilerden hangisi hemşireliği en iyi tanımlar ?
öz bakım uygulamalarında **1 2 3 4 5** tedavi edici uygulamaları yapar.
sağlıklı/hasta bireye yardım eder

4 - Sağlıklı/hasta bireye verilen sağlık hizmetinin kalitesi, hemşirelik ekibinin işbirliği ile **1 2 3 4 5** hemşirenin teknik becerilerine özen göstermesi ile arttırılır.

5 - Hemşirelik için önemli olan hemşirenin, bireyin sonuçlarının kaydını **1 2 3 4 5** hekim kayıtları için veri tutmasıdır kaydetmesidir.

6 - Sağlıklı/hasta bireyin sorunlarının tanılanması, bireyin durumunu anlama **1 2 3 4 5** bireyin şikâyetleri ve testlerini düzeyini belirlemekle başlamalıdır değerlendirmekle başlamalıdır.

7 - Hemşirelik uygulamalarının çoğu, sağlık ekibinin diğer üyeleri **1 2 3 4 5** hemşireler tarafından yapılan araştırmalara dayandırılmalıdır.

8 - Hemşirelik uygulamaları en iyi hemşirenin, uygulamada kullandığı kavramlar **1 2 3 4 5** gerçekleştirdiği aktiviteler ile tanımlanabilir.

9 - Çoğu durumda sağlıklı/hasta bireye sağlık durumu ile ilgili bilgi verilirse, kendi sağlık uygulamaları ile **1 2 3 4 5** hala sağlık uygulamaları ile ilgili ilgili uygun kararı verebilir karar verilmesine ve tavsiyeye gereksinim duyar.

EK- 5: HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYON ÖLÇEĞİ

- 10 - Sağlıklı/hasta birey hemşirelik bakımı için hemşire ile,
hekim aracılığı ile iletişim **1 2 3 4 5** doğrudan iletişim kurmalıdır.
kurmalıdır
- 11-Sağlıklı/hasta bireyin sağlık hedeflerinin karşılanması için izlenecek yolların belirlenmesinde
en iyi yöntem,
birey ile iş birliği yapmaktır **1 2 3 4 5** sağlık probleminin niteliğini
belirlemektir.
- 12 - Hemşire- sağlıklı/hasta birey etkileşimi,
bireyin gereksinimlerine **1 2 3 4 5** hekim istemlerine dayanmalıdır.
dayanmalıdır
- 13 - Sağlıklı/hasta bireyin sağlığının değerlendirilmesinde öncelikli veri kaynağı,
bireyin davranışı ve tedaviye **1 2 3 4 5** sağlık kayıtları ve günlük gözlem
verdiği yanıtlardır formlarıdır.
- 14 - Sağlıklı/hasta bireyden sağlık öyküsünün alınmasının amacı,
bireyin sağlık gereksinimlerini **1 2 3 4 5** hastalığın semptomlarını belirlemeye
belirlemeye yardımcı olmaya yönelik yönelik olmalıdır.
olmalıdır
- 15 - Sağlıklı/hasta bireyin sağlık hedeflerinin belirlenmesi en iyi,
hastalığın nedeninin tanınması **1 2 3 4 5** hasta ile işbirliği yapılması ile olur.
ile olur
- 16 - Hemşirelik bakımının kalitesi,
hemşirenin teknik becerileri ile **1 2 3 4 5** hemşirelik araştırmaları ile daha çok
daha çok arttırılır arttırılır.
- 17 - Hemşirenin fizik muayene yapmasının amacı,
Sağlık durumunu anlamasında **1 2 3 4 5** hastalığına tanı koymada bireye
bireye yardımcı olacak veri elde yardım edecek veri elde etmek
etmek olmalıdır olmalıdır
- 18 - Sağlıklı/hasta birey için etkili beslenme programı en iyi,
sağlık ekibinin iş birliği **1 2 3 4 5** kapsamlı literatür taraması yapılarak
geliştirilebilir geliştirilebilir.
- 19 – Hemşirenin yükümlülüğü/sorumluluğu aşağıdakilerden hangisi olmalıdır?
temel olarak hekim **1 2 3 4 5** temel olarak sağlıklı/hasta birey
- 20 – Yaşam tarzı verileri hekimden,
kalp hastalıklarının nedenlerini **1 2 3 4 5** sağlığı geliştirme aktiviteleri
tartışması için kullanılmalıdır hakkında bireyi eğitmesi için
kullanılmalıdır.
- 21 - Hemşirelik bakımının özel boyutları ve tıbbi bakımın özel boyutları,
birbirinden çok farklıdır **1 2 3 4 5** birbirine benzerdir.

EK- 5: HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYON ÖLÇEĞİ

22 - Kan basıncı verileri,
durumundaki değişiklikler
konusunda bireyi eğitmek için
kullanılmalıdır

1 2 3 4 5

hekim tarafından bireyin sağlığının
tanılanmasında kullanılmalıdır.

23 - Birey için etkili uyuşturucu bağımlılığı rehabilitasyon programı en iyi,
sağlık ekibinin iş birliği ile
geliştirilebilir

1 2 3 4 5

kapsamlı literatür taraması yapılarak
geliştirilebilir.

24 - En iyi hemşirelik bakımı hemşire ve,
sağlıklı/hasta birey tarafından
belirlenir

1 2 3 4 5

hekim tarafından belirlenir.



EK -6: KURUM İZİN YAZILARI

	T.C. İSTANBUL VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi	PROF. DR. CEMİL TAŞCIĞLU Şİ DİSTER VE KALİTE HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ PROF. DR. CEMİL TAŞCIĞLU Şİ STRATEJİ - BAŞEN YATIN VE HALKLA İLİŞKİLER BİRLİĞİ 24.11.2023 15:27:23 E-48670771-020-230103978 230103978 İSTANBUL CUMHURİYETİNA HİZMETLERİ 
Sayı : E-48670771-020-230103978	24.11.2023	
Konu : Yüksek Lisans Tez Çalışmanız hk.		
Sayın Zahide CEBECİ Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü		
İlgi : 14.11.2023 tarihli yazınız. Hastanemize 14/11/2023 tarihinde vermiş olduğunuz dilekçenize bahse konu "Bir Şehir Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Bakım Rollerini Oryantasyonlarının Değerlendirilmesi" isimli Yüksek Lisans Tez çalışmanızı hastanemizde yürütme talebiniz Hastanemiz Eğitim Planlama Kurulu'nda değerlendirilmiş olup alınan karar yazımız ekinde sunulmuştur. Bilgilerinize rica ederim. Prof. Dr. Mehmet Mesut SÖNMEZ Başhekim Ek: EPK Kararı		
Bo belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Belge doğrulama kodu: A5857355-7BB7-4E0D-9F52-2E86CDAE3160 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys		

EK -6: KURUM İZİN YAZILARI

PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ EĞİTİM PLANLAMA KURULU (EPK) KARAR TUTANAĞI

Toplantı Tarihi: 20.11.2023

Toplantı No: 103

Hastanemizde Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü olarak görev yapan aynı zamanda Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Zahide CEBECİ 'nin Prof. Dr. Zehra DURNA danışmanlığında yürüttüğü “Bir Şehir Hastanesi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile Bakım Rolü Oryantasyonlarının Değerlendirilmesi” isimli Yüksek Lisans Tezini hastanemizde yapma talebi oy birliği ile uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Mehmet Mesut SÖNMEZ
Başhekim

Prof. Dr. Mine Adaş
Eğitim Koordinatörü

Prof. Dr. Alper ÖTÜNÇTEMUR
Üye

Prof. Dr. Namigar TURGUT
Üye

Prof. Dr. Veli MİHMANLI
Üye

Prof. Dr. Seçil ARICA
Üye

Prof. Dr. Asım KALKAN
Üye

Doç. Dr. Nafiye Emel ÇAKAR
Üye

EK- 7: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı;

“Bir şehir hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile bakım rolü oryantasyonlarının değerlendirilmesi” isimli çalışmamız bir araştırma çalışmasıdır. Bu araştırmanın amacı; Çalışmanın yapılacağı hastanede cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ile bakım rolü oryantasyonlarının değerlendirilmesidir. Araştırma 25.12.2023-01.03.2024 tarihleri arasında İstanbul’da Bir Şehir Hastanesi cerrahi kliniklerde çalışan 119 hemşire arasından kriterlere uyan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş onamı alınan hemşirelere ulaşılması hedeflenmektedir. Çalışmaya katılmanız sizin isteğinize bağlıdır. İsteddiğiniz zaman araştırmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Çalışmada istatistiksel veri elde edilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma bir anket çalışmasıdır. Sizden “Kişisel Bilgi Formu”, “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” ve “Hemşirelerin Bakım Rolü Oryantasyonlarının Değerlendirilmesi Ölçeği” ni dikkatle okumanızı ve soruları cevaplamanızı rica ediyoruz. Bu araştırmaya katılımınız 20 dakikalık bir süreyi alacaktır. Bu çalışma için size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmada, siz katılımcıların isimleri kullanılmayacak, araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi sizin kimliğiniz gizli kalacaktır. Sağlık otoriteleri, Bakanlık, Etik Kurul gerektiğinde sizin kayıtlarınıza ulaşabilir ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Siz istediğiniz zaman çalışmanın sonuçları hakkında bilgilendirileceksiniz, ayrıca istediğiniz anda çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz.

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

1. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı
Kabul Ediyorum Kabul Etmiyorum
2. Bu çalışma için alınan bilgilerin ileride yapılacak başka bir çalışmada kullanılmasını
Kabul Ediyorum Kabul Etmiyorum

Gönüllü Adı / Soyadı / Adresi / Telefon numarası:

Sorumlu Araştırmacının Adı / Soyadı / Adresi / Telefon numarası:

Prof. Dr. Zehra DURNA

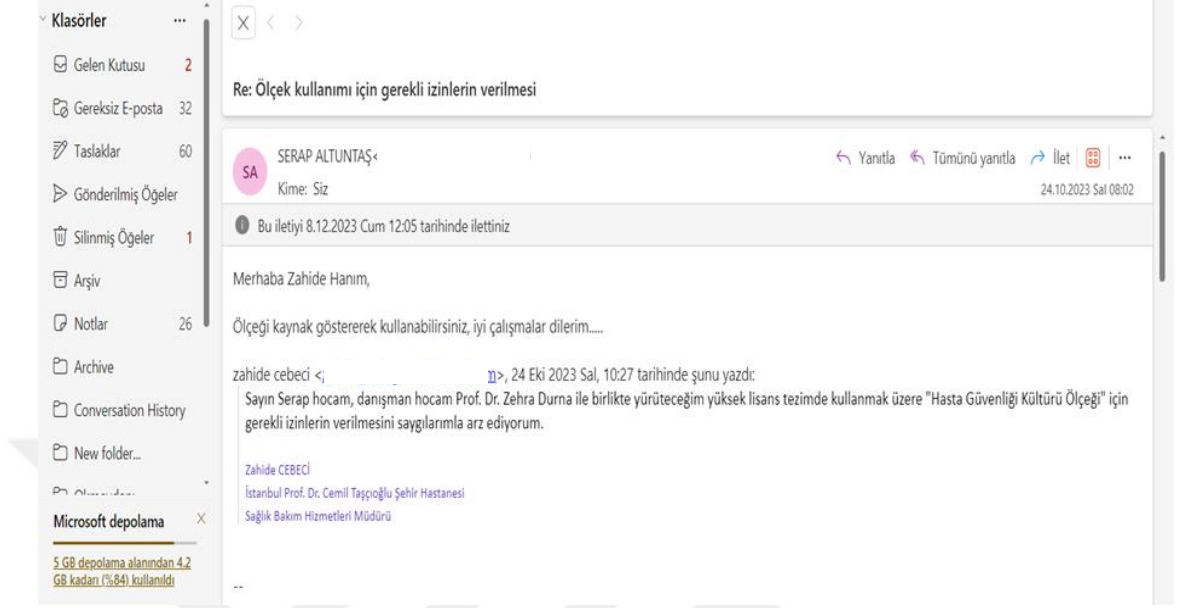
Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu

Yardımcı Araştırmacının Adı / Soyadı / Adresi / Telefon numarası:

Zahide CEBECİ/ Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu

EK- 8: HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



EK- 9: HEMŞİRELİK BAKIM ROLÜ ORYANTASYONU ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

The screenshot shows an email client interface. On the left is a sidebar with folders: To Do, Gelen Kutusu (2), Gereksiz E-posta (32), Taslaklar (60), Gönderilmiş Öğeler, Silinmiş Öğeler (1), Arşiv, Notlar (26), Archive, Conversation History, New folder..., and Microsoft depolama (5 GB depolama alanından 4.2 GB kadarı (%84) kullanıldı). The main area displays an email from GULSEN ULAS KARAAHMETOGLU<gk...> to 'Siz' (You) on 19.09.2023 at 08:28. The subject is 'Ynt: Ölçek kullanım izninin verilmesi'. The email body contains two attachments: 'ölçek makale.pdf' (403 KB) and 'ölçek.docx' (23 KB). Below the attachments, it says '2 ek (426 KB) Tümüünü OneDrive'a kaydet' and 'Tümünü indir'. The text of the email reads: 'Ölçeği kullanabilirsiniz. Bilgiler ektedir. İyi çalışmalar'. The sender's signature is: 'Dr. Öğr. Üyesi Gülşen ULAŞ KARAAHMETOĞLU, Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölüm Başkanı'.