

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİNE YÖNELİK TUTUMLARI

Sibel MELER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Şerife KURŞUN

KONYA-2019

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Sibel Meler tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

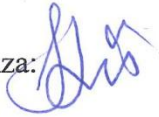
Jüri Başkanı: Prof. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN
Selçuk Üniversitesi

İmza: 

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şerife Kurşun
Selçuk Üniversitesi

İmza: 

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Serpil SÜ
Necmettin Erbakan Üniversitesi

İmza: 

ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim- Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu tarih vesayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ender ERDOĞAN
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimimin her aşamasında bilgi ve deneyimleriyle katkı sağlayan, sabır ve anlayışla beni yönlendiren değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Şerife KURŞUN' a

Çalışmamın araştırma ve yazım aşamasında bana destek olan arkadaşlarım Engin DURUKAN ve Muhammet Ali DELİKTAS' a

Çalışmam süresince her zaman yanımda olan sevinç ve üzüntülerimi paylaşan kardeşim Şerife MELER' e,

İstatistiksel analizler için yardımcı olan arkadaşlarım Fatih ŞAHİN ve Dr. Öğr. Üyesi Yunus AKDOĞAN' a

Her zaman yanımda olan, beni destekleyen, tez sürem içinde katkıda bulunan ve adını sayamadığım arkadaşlarıma,

Tüm eğitim hayatım boyunca hep yanımda olan, beni motive edip manevi desteklerini esirgemeyen sevgili AİLEME en içten dileklerimle teşekkürlerimi sunarım.

Sibel MELER

Konya 2019

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	ii
SİMGE VE KISALTMALAR.....	vi
ÖZET.....	vii
SUMMARY	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	5
1.2. Araştırmanın Soruları.....	6
1.3. Hasta Güvenliği.....	6
1.3.1.Dünyada ve Türkiye’de Hasta Güvenliğinin Tarihçesi.....	7
1.3.2. Hasta Güvenliğine ilişkin Uygulamalar	8
1.4. Hasta Güvenliği Tutumu	17
1.5. Hemşirelerin Hasta Güvenliğinde Sorumlulukları.....	18
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
2.1. Araştırmanın Tipi	21
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	21
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
2.4. Veri Toplama Araçları	22
2.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	22
2.4.2. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği	23
2.5.Ön Uygulama	25
2.6. Verilerin Toplanması	25
2.7. Araştırmanın Değişkenleri	25
2.7.2. Bağımlı Değişkenler	26
2.7.3. Tanımlayıcı Değişkenler	26
2.8. Verilerin Analizi.....	26

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
2.10. Araştırmanın Güçlükleri.....	27
2.11. Araştırmanın Etiği	27
3. BULGULAR.....	29
3.1. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	29
3.2. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarına İlişkin Bulgular.....	33
3.3. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri, Mesleki/Çalışma Özellikleri, Ekip İçi İletişim ve Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşlerine Göre HGTÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular.....	34
3.4. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	43
4.TARTIŞMA	48
4.1. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin HGTÖ alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması	48
4.2. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Mesleki/Çalışma Özellikleri, Ekip İçi İletişim ve Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşlerine Göre HGTÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması.....	51
4.2.1. Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre HGTÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	51
4.2.2. Mesleki Özelliklerine Göre HGTÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	52
4.2.3. Çalışılan Birimdeki İletişimin Özelliklerine Göre HGTÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	55
4.3. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarını etkileyen faktörlere ilişkin bulguların tartışılması.....	57
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	59
5.1. Sonuç.....	59

5.2. Öneriler	61
6. KAYNAKLAR	62
7.EKLER.....	70
EK A- Anket Formu.....	70
EK-B Güvenirlilik Analizi	75
EK -C Gönüllü Bilgilendirme Formu.....	78
EK- D Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı	79
EK-E Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni.....	80
EK- F Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni	80
EK- G Beyhekim Hastanesi Kurum İzni.....	81
EK-H Konya Numune Hastanesi Kurum İzni.....	82
EK- I Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma İzin Formu	83
EK-İ Ölçek İzin Belgesi.....	84
8.ÖZGEÇMİŞ.....	85

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AHRQ: Agency for Research and Quality-Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı

HGTÖ: Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği

ICN: International Council of Nursing-Uluslararası Hemşireler Birliği

IOM: Institute of Medicine-Tıp Enstitüsü

IPSG: International Patient Safety Goals: Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri

JCAHO: The Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations-Sağlık Kuruluşları Birleşik Akreditasyon Komitesi

JCI: Joint Commission International- Sağlık Bakım Organizasyonları Birleşik Komisyonu

KMO: Kaiser-Meyer Olkin

QuIC: Quality Inter-agency Coordination Task Force -Kurumlar arası Kalite Koordinasyonu Görev Gücü

SAQ: Safety Attitudes Questionnaire- Güvenlik Tutumları Ölçeği

SHİE: Sağlık Hizmetiyle İlişkili Enfeksiyonlar

WHO: World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Tutumları

“Sibel MELER”

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA- 2019

Bu çalışma, cerrahi birimlerde (cerrahi klinik, yoğun bakım ve ameliyathane) çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarını belirlemek amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı türdeki bu çalışma, 01-31 Ocak 2017 tarihleri arasında Konya il merkezinde bulunan iki kamu hastanesi ve iki tıp fakültesi hastanesi cerrahi birimlerinde çalışan toplam 380 hemşire ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (HGTÖ)” kullanıldı. Veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile özetlendi. Karşılaştırma analizlerinde, t testi, F testi, Kruskal Wallis, Mann Whitney U testi ve regresyon analizi kullanıldı. Araştırmaya alınan hemşirelerin HGTÖ toplam puan ortalamalarının $137,06 \pm 26,23$, alt boyut puan ortalamalarının ise *iş doyumu* alt boyutunda $31,23 \pm 10,10$, *ekip çalışması* alt boyutunda $41,09 \pm 8,97$, *güvenlik iklimi* alt boyutunda $17,247 \pm 4,29$, *yönetim anlayışı* alt boyutunda $23,93 \pm 6,05$ *stres tanımlama* alt boyutunda $16,05 \pm 5,84$ ve *çalışma koşulları* alt boyutunda $7,49 \pm 3,15$ puan arasında olduğu belirlendi. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin eğitim durumu, kurumdaki çalışma statüsü, mesleki çalışma yılı, çalışılan cerrahi birim, haftalık çalışma saati, çalışılan birimdeki ekip içi iletişimin ve hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi gibi değişkenlere göre hasta güvenliği tutumlarının değiştiği belirlendi. Hasta güvenliğini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizinde tüm alt boyutlar ve toplam ölçek için belirleyici değişkeninin çalışılan birimdeki ekip içi iletişimin değerlendirilmesi olduğu tespit edildi. Sonuç olarak, hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının orta düzeyde olduğu belirlendi. Hasta güvenliği tutumunun bireysel, mesleki/çalışma özellikleri ve ekip içi iletişimine yönelik faktörlerden etkilendiği görüldü.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği, cerrahi hemşireleri, tutum.

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY
SELÇUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Attitudes of Nurses Working in Surgical Units on Patient Safety

“Sibel MELER”

Department of Nursing

MASTER THESIS / KONYA-2019

This study was performed to determine the patient safety attitudes of nurses working in surgical units (clinical, intensive care unit and operating room). This descriptive study was carried out with a total of 380 nurses working in the surgical of two public hospitals and two medical faculty hospitals in Konya province between 01-31 January 2017. We used to collect data ‘Introductory information form’ and ‘Patient Safety Attitude Scale’(SAQ) were used to collect data. Data were summarized by number, percentage, average mean and standard deviation. T-test, F test, Kruskal Wallis, Mann Whitney U test and regression analysis were used in the comparison analysis. The mean score of SAQ total of the nurses included in the study was $137,06 \pm 26,23$, while the mean score of the sub-dimension of *work satisfaction* mean score was $31,23 \pm 10,10$ in the sub-dimension of *team working* $41,09 \pm 8,97$, in the sub-dimension of *security climate* $17,247 \pm 4,29$, in the sub-dimension of the *management understanding* $23,93 \pm 6,05$, in the sub-dimension of *stress identification* $16,05 \pm 5,84$ and in the sub-dimension of *working conditions* $7,49 \pm 3,15$ points. It was determined that patient safety attitudes changed according to variables such as educational status of nurses working in surgical units, working status at the institution, professional working year, surgical unit studied, weekly working hours, intra-team communication in the clinic and evaluation of the unit on patient safety. In the regression analysis to determine the factors affecting patient safety, it was determined that all sub-dimensions and the determinant variable for the total scale were the evaluation of intra-team communication in the clinic. As a result, it was determined that the nurses' patient safety attitudes were moderate. It was seen that patient safety attitude was affected by individual, occupational-study characteristics and factors related to intra-team communication.

Keywords: patient safety, surgical nurses, attitude

1. GİRİŞ

Günümüzde gelişen ve gelişmeye devam eden sağlık bakım hizmetleri giderek karmaşık bir yapı halinde olup tüm ülkelerin gündeminde birinci sırada yer almaktadır. Kaliteli sağlık hizmeti talebinin artması, sağlık alanında teknolojinin gelişmesi, hizmet sunumu ve alımı açısından bazı hataları da beraberinde getirmektedir (Özdemir Kardaş ve Şahin Akgün 2015, Durgun ve Kaya 2018). Sağlık hizmetlerinde oluşan hatalar sağlığı doğrudan etkilemekte, yaşamı tehlikeye atmakta ve geri dönüşümü olmayan sonuçlara yol açmaktadır (Çırpı ve ark 2009). Sağlık bakım hizmetlerinin hasta ve yakınlarının çıkarlarını korumayı amaçlaması ile birlikte hastane ortamının özellikleri, sağlık iş gücü, tıbbi aşamalar ve süreçler, ekip çalışması ve iletişim eksikliği gibi birçok faktöre bağlı olarak tıbbi hatalar meydana gelmekte ve sonuç olarak hastalar ve sağlık bakım profesyonelleri zarar görmektedir (Kurutkan 2009, Gökdoğan ve Yorgun 2010). Uluslararası Akreditasyon Birleşik Komisyonu (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO)'na göre tıbbi hata; sağlık hizmeti sunan profesyonellerin uygun ve etik olmayan bir davranışta (tutum) bulunması, mesleki uygulamalarda yetersizlik (JCAHO 2009), ihmalkar ve ataletli davranışlar sergilemesi sonucu geri dönüşümü olmayan ciddi zararların meydana gelmesi ya da ölümle sonuçlanmasıdır (Cebeci ve ark 2012, Ardahan ve Alp 2015, Kaya ve Yağcı 2015, Özdemir Kardaş ve Şahin Akgün 2015, Durgun ve Kaya 2018). Tıbbi hatalar sağlık bakım hizmetinin her aşamasında ortaya çıkabildiği gibi hastane, poliklinik, eczane, yaşlı ve bakım evleri gibi sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirildiği birçok ortamda meydana gelebilmektedir (Korkmazer ve ark 2016).

Tıbbi hatalar sağlık sektörünün en önemli problemidir. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation-WHO) verilerine göre her 10 hastadan biri tıbbi hata nedeniyle zarar görmektedir (WHO 2014). Tıbbi hataların AIDS, trafik kazası ve meme kanserine bağlı ölümlerden daha fazla ölümlere neden olduğu ve ölüm nedenleri arasında yedinci sırada yer aldığı belirtilmektedir (Nath ve Marcus 2006, Elston ve ark 2009, Özdemir Kardaş ve Şahin Akgün 2015). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'n de her yıl 210.000-440.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiği bildirilmiştir (James 2013). Naghavi ve ark (2015) tarafından tıbbi hata kaynaklı ölüm oranlarının incelendiği bir araştırmada; tıbbi hata kaynaklı

ölüm oranı 1990 yılında 92.500 iken 2013 yılında ise bu oranın yaklaşık 141.700 olduğu saptanmıştır (Naghavi ve ark 2015). Johns Hopkins Üniversite’nde 2000-2008 yılları arasındaki ölüm oranları ve 2013 yılındaki hastaneye yatış oranlarının değerlendirildiği bir araştırmada; hastaneye yatan 35,4 milyon kişiden 500.000’den fazlasının tıbbi hatalar nedeniyle öldüğü ve her yıl ABD’de yaşanan ölümlerin % 9,5’inin tıbbi hatalar sonucunda meydana geldiği belirtilmiştir (Makary ve Daniel 2016). Avrupa Birliği üye ülkelerde tıbbi hata önemlilik oranının incelediği bir araştırmada tıbbi hataların ülkelerin % 78’i için önemli bir sorun olduğu, Türkiye için ise bu oranın %88 olduğu belirlenmiştir (European Medicines Agency 2017). Genel Hasta Derneği (Der Alldemeine Patientenverban) tarafından 2006 yılında yayınlanan ‘tıbbi sanat hataları’ ile ilgili yapılan bir çalışmada; 10.000 kişinin servislerdeki temiz alanların eksikliğinden, 6.000 kişinin yanlış ilaç verilmesinden, 2.000 kişinin gereksiz radyolojik istemlerin yarattığı etkilerden, yaklaşık 7.000 kişinin anestezi, cerrahi, kadın doğum ve ortopedi uzmanlık alanlarında gerçekleşen tıbbi hatalı uygulamalar nedeniyle yaşamını kaybettiği belirtilmiştir (Der Alldemeine Patien-tenverban 2017). Tıbbi hatalar bireysel sağlık harcamalarına ve ülke ekonomisinde de mali açıdan büyük kayıplara yol açmaktadır (Woloshynowych ve ark 2005, Farquhar ve ark 2007).

Türkiye’de tıbbi hatalar konusunda yapılmış geniş kapsamlı bir araştırma olmamasına rağmen Çakmakçı (2014)’nın uluslararası oranlara bakarak yaptığı modellemeye göre, yılda en az 19.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını kaybettiği ve diğer ülkelerle benzerlik gösterdiği düşünülmektedir (Çakmakçı 2014). Ertem ve ark (2009)’nın tıbbi hata ile ilgili 2000-2007 yılları arasında yazılı ve görsel basın haberlerini incelediği retrospektif bir çalışmada 172 habere ulaşılmış olup tıbbi hata yapanların %65’inin doktor, % 12,2’sinin hemşire olduğu, hataların % 43,6’sının ameliyathanede olduğu, ameliyathaneyi içeren 85 haberin 35 tanesinin yanlış taraf cerrahisi olduğu, % 19,8’inin hatalı ameliyatlara ait olduğu ve tıbbi hataya maruz kalan hastaların % 49,4’ünün yaşamını yitirdiği,% 31’inin özürlü kaldığı, % 1,7’sinin bulaşıcı hastalıklarla mücadele ettiği bulunmuştur (Ertem ve ark 2009). Gökdoğan ve Yorgun (2010)’un yaptığı bir çalışmada ise tıbbi hataların % 80,8’inin iletişimden kaynaklandığı, % 65,4 ünün sistemden kaynaklı olduğu ve % 67,3’ünün sağlık bakım profesyoneli ve insan kaynaklı olduğu tespit edilmiştir (Gökdoğan ve Yorgun 2010).

Tıbbi hatalara yol açan nedenler incelendiğinde hataların insan, kurum ve teknik nedenlerden kaynaklandığı belirlenmiştir (Bernstein ve ark 2003, Babacan ve ark 2018). İnsana bağlı nedenler içerisinde iletişim yetersizliği, yorgunluk, yetersiz hasta eğitimi, dikkatsizlik, önlem almama, zamansızlık, tartışmacı kişilik, hasta hakkında gerekli bilgiye sahip olmama, mantık hatası gibi faktörler (Temel 2005, Agency for Research and Quality-AHRQ 2014), kuruma bağlı nedenler arasında; yönetsel ve mali yapı, geri bildirimlerde yetersizlik, lider yöneticilerin olmaması, personel yetersizliği ve iş yükünün fazla olması ve personelin yanlış istihdamı gibi faktörler (Akalin 2004), teknik nedenler arasında ise; entegrasyon eksikliği, yetersiz hastane bilgi sistemi, eksik ve yetersiz cihazlar, yetersiz politika ve prosedürler gibi faktörler yer almaktadır (Demir Zencirci 2010, AHRQ 2014, Canatan ve ark 2018). Hastanelerde tıbbi hataların nedenlerinin araştırıldığı çalışmalarda; iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, hemşirelere görev dışı işler yüklenmesi (Aştı ve Kıvanç 2003, Özata ve Altunkan 2010), stres ve yorgunluk tıbbi hata nedeni olarak belirlenmiştir (Balas ve ark 2004, Rogers ve ark 2004).

Sağlık kurumlarında yaşanan tıbbi hataların bireysel sağlık harcamalarına ve ülke ekonomisine ciddi bir yük getirmesi nedeniyle tıbbi hataların azaltılması için etkin bir hasta güvenliği oluşturulması önerilmekte olup son zamanlar da hasta güvenliği iyileştirme çabaları hız kazanmıştır (Adhikari ve ark 2014). WHO Ekim 2007 yılında Cenevre’de Avrupa Komisyonunun desteklediği uluslararası konferansta her yıl Dünya’da tahminen 10 milyon insanın önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle sakatlandığı veya öldüğü vurgulanarak hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması istenmiştir (WHO 2007). Türkiye’de hasta güvenliğini sağlama ve sürdürmeye yönelik 2010 yılında “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ” ile 2012 yılında “Sağlık Mesleklerinin Uygulanmasından Dolayı Uğranılan Zararların Uzlaşma Yoluyla Halledilmesine İlişkin Yönetmelik” yayınlanmış ve uygulamaya konulmuştur (Resmi Gazete 2010, Resmi Gazete 2012).

Hasta güvenliği yeni bir kavram olmamakla birlikte Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) tarafından “Kurumlarda hata olasılığını en aza indirecek, hata meydana geldiğinde hataları belirleme olasılığını artıracak kurumsal sistem ve

süreçlerin oluşturulmasıyla istemeyerek yapılan hatalardan bağımsız olma” olarak tanımlanmıştır (IOM 2001, Hwang 2015, Kim ve ark 2015, Durgun ve Kaya 2018). Hasta güvenliğinde amaç; bakım esnasında basit hatalara bağlı hasta ve sağlık bakım profesyonellerinin fiziki ve psikolojik şekilde zarar görmesini önleyecek çalışmalar yapmak, hataların raporlanması ve rapor sonuçlarına göre kurum politikaları geliştirilerek sistematik bir yaklaşımla önlemler almaktır (Aydın 2009, Kurutkan 2009, Gökdoğan ve Yorgun 2010, Karaca ve Arslan 2014). Hasta güvenliği hem sağlık kurum ve kuruluşlarında hem de akademik alanda dikkat çekerek birçok çalışmanın yapılmasına vesile olmuş ve böylelikle literatüre önemli bir katkı sağlamıştır (Modak ve ark 2007, Barsbay ve ark 2018).

Hasta güvenliğinin sağlanmasında sağlık bakım profesyonellerine özellikle de hemşirelere önemli roller düşmektedir (Özdemir Kardaş ve Şahin Akgün 2015). Hemşireler, hasta ile en çok zaman geçiren ve iletişim halinde bulunan sağlık bakım profesyonelleridir (Erdağı ve Özer 2013, Özşaker ve Tehçi 2016). Özellikle cerrahi birimlerde hasta güvenliğinin önemi dikkate alındığında etkileyen faktörler olarak; kimlik doğrulama hataları, ilaç hataları, cerrahiye bağlı hatalar, düşmeler, aseptik kurallar, hastane enfeksiyonları ve basınç yaraları, transfüzyon hataları, iletişim eksikliği, cerrahi güvenliğin sağlanamaması (Temel 2005, Özata ve Altuncan 2010, Karabıyık 2012, Candaş ve Gürsoy 2015, Çınar ve Karadakovan 2016, Hergül Kabu ve ark 2016) çalışanların motivasyonu, hataları algılama biçimi, hataları raporla bildirme, olay bildirimini hızlı bir şekilde yapma, yönetme, hataları tespit edilmiştir (Durgun ve Kaya 2018). Hemşirelerin hasta güvenliğini etkileyen bu faktörlere karşı proaktif bir yaklaşım göstermesi hasta güvenliği tutumlarında önemli bir yere sahiptir (Özdemir Kardaş ve Şahin Akgün 2015, Ciğerci ve ark 2016, Durgun ve Kaya 2018).

Hasta güvenliği tutumu; sağlık profesyonellerinin karşılaştıkları olay karşında duygu düşünce ve deneyimlerine dayanarak sergiledikleri sinirsel bir davranışta bulunmaya hazır olma halidir (İnceoğlu 2010, Somyürek ve Uğur 2016, Yılmaz ve ark 2017). Literatürde hasta güvenliği tutumunun; yaş, eğitim durumu, çalışma yılı, (Modak ve ark 2007, Abdou ve Saber 2011, Hassan ve Ahmed 2012) cinsiyet, medeni durum, çalışma şekli, çalışma koşulları, çalışılan yer, hizmet içi eğitim alma durumu (Modak ve ark 2007), çocuk sayısı, bulunduğu pozisyon (Abdou ve Saber

2011) ve sağlık hizmet sekt6r6n6n yapısal 6zelliklerinden etkilendiği belirtilmektedir (Abdou ve Saber 2011, Hassan ve Ahmed 2012). Hemşirelerin hasta g6venliği tutumunu bozan etmenlere karşı dikkatli olmaları, hastalarını b6t6nc6l olarak değerlendirmeleri ve bireysel bakım uygulamalarında hasta g6venliğini koruma, geliştirme ve tutumlarına 6zen g6stermeleri gerekmektedir (T6rk ve Eşer 2007, Erdağı ve 6zer 2013, Durgun ve Kaya 2018). Hasta g6venliği, hemşirelik bakımı i6in en 6nemli kalite g6stergelerinden birisi olup (Mehtsun ve ark 2013) sağlık profesyonellerinin paylaştığı inan6, algı, tutum ve değerlerden meydana gelmektedir (Kaya 2009, Yılmaz ve ark 2017, Durgun ve Kaya 2018).

Sağlık profesyonelleri i6inde hemşireler; savunma, araştırma, g6venli ve sağlıklı bir ortam oluşturma, sağlık sistemini y6netme, sağlık sistemine katılım, savunuculuk, eğitim gibi 6nemli hemşirelik rollerine sahip olup 6zellikle cerrahi birimlerde 6alışan hemşireler, bakımın her alanında hasta g6venliğini sağlamada anahtar role sahiptir (Kirwan ve ark 2013, Ciğerci ve ark 2016). Hastanın, sağlıklı ve g6venli bir ortamda ihmal ve zarar verici t6m uygulamalardan korunarak bakım g6rmesi temel hasta haklarından biridir. Bu bağlamda koşullar her ne olursa olsun, bakımın her alanında hasta g6venliğini sağlamak, s6rd6rmek, savunmak ve hastaya uygulanacak olan işlem ve tedavilerde hasta ve ailesini bilgilendirerek bu konudaki farkındalıklarını artırmak ve tıbbi hataları rapor etmek, g6venli ve nitelikli bakım sağlanmak hemşirelerin 6nemli rolleri arasındadır. Hasta g6venliği uygulamalarında hemşireler, hataların ortaya 6ıkmasını kolaylaştırmak i6in a6ık bir iletişim ortamı oluştırmada anahtar kişiler olarak g6r6lmektedir. Bu bilgiler 6er6evesinde 6alışmanın literat6re cerrahi birimlerde g6venli bir sağlık hizmeti sunulmasına katkıda bulunacağı d6ř6n6lerek cerrahi hemşirelerin, hasta g6venliğine y6nelik tutumlarını geliştirme ve artırmaya y6nelik 6alışmalarda yol g6sterici olacağı d6ř6n6lmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Konya il merkezinde bulunan kamu hastanelerinin cerrahi birimlerinde (klinik, yoğun bakım ve ameliyathane) 6alışan hemşirelerin hasta g6venliği tutumlarını belirlemek amacıyla yapıldı.

1.2. Araştırmanın Soruları

- 1) Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutum düzeyi nedir?
- 2) Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumları sosyodemografik özelliklere göre değişmekte midir?
- 3) Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumları mesleki/çalışma özellikleri ve ekip içi iletişime yönelik görüşlerine göre değişmekte midir?
- 4) Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ile etkili faktörler nelerdir?

1.3. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği; tıbbi bakım ve tıbbi hatalara bağlı oluşabilecek, hasta ve yakınlarını olumsuz yönde etkileyecek olaylardan uzak tutmak ya da sağlık bakım hizmetlerinin hastalara verebileceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı olarak tanımlanmaktadır (Aiken ve ark 2002). Bir başka deyişle hasta güvenliği; sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve olabilecek hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonudur (Akalin 2014, Ardahan ve Alp 2015). Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses-ICN 2006) hasta güvenliğini “Profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, hizmet içi eğitim verilmesi, performanslarının iyileştirilmesi, sağlıklı klinik uygulamaları, enfeksiyon ile mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz güvenliği, hijyenik bakım ortamının sağlanması, hasta güvenliği konusunda yoğunlaştırılmış bilimsel bilgi ve yol göstermesini sağlayacak alt yapı hizmetlerinin bir bütünü olarak ele almaktadır (ICN 2006). Hasta güvenliği; sağlık bakım hizmetlerinde tanı ve koruyucu tedavi uygulamaya bağlı basit hataların hasta ve sağlık bakım profesyonellerine fiziki ve psikolojik yönden zarar vermesini önleyecek şekilde tasarımlar yaparak, raporlanmasını ve gerekli düzeltmeler doğrultusunda travma ve ölümlerin ortadan kaldırılmasıdır (Resmi Gazete 2011). Sağlık bakım hizmetinin her basamağında tıbbi hataları önleyerek hasta güvenliğinin sağlanması sağlık sisteminin en önemli görevidir (Akalin 2007). Hasta güvenliğinde amaç; sağlık bakım hizmetleri sırasında hata oluşmasını önleyerek hem hasta ve

yakınlarının hem de sağlık bakım profesyonellerinin zarar görmesini engelleyerek güvenliğin sağlanmasıdır (Türk ve Eşer 2007, Gökdoğan ve Yorgun 2010, Durgun ve Kaya 2018).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından 6 Nisan 2011 tarihinde yayınlanan hasta güvenliği hedeflerine yönelik “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik (27897 sayılı)” kapsamında *‘kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması, hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastadan onam alınması, sağlık hizmeti sunumunda iletişim, ilaç, kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik ve radyasyon güvenliğinin sağlanması, hasta düşmelerinin önlenmesi, engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması’* konularıyla ilgili hasta ve çalışan güvenliği önlemleri yayınlanmış olup günümüzde bu çalışmalar hız kesmeden devam etmektedir (Resmi Gazete 2011).

1.3.1. Dünyada ve Türkiye’de Hasta Güvenliğinin Tarihçesi

Hasta güvenliği 21. yüzyılın gündeminde yer almasına rağmen tıp tarihinde eski çağlardan beri var olduğu tarihi belgelerden anlaşılmaktadır. Babil Kralı Hammurabi tarafından M.Ö. 1700’lü yıllarda 282 maddeden oluşan ‘Hammurabi Kanunları’ içinde sağlık alanında özellikle cerrahlar ile ilgili maddeler yer almakta ve bu kanun ile tıbbi başarı ödüllendirilirken başarısızlık ve sakat kalmaya neden olanlar da cezalandırılmaktadır (Ovalı 2010). Bu kanunlardan 218. maddeye göre; bir hekim neşter ile derin bir yarık açarsa ve hastayı öldürürse ya da bıçak ile bir tümörü açıp gözü keserse doktorun elleri bileğinden kesilecektir’ ile hastanın güvenliğini tehdit eden cerrah için bir yaptırım olacağı ifade edilmektedir (Ovalı 2010, Sayek 2011, Güneş Yapucu ve ark 2016). Günümüzde tıbbın babası olarak kabul edilen Hipokrat’a ait olan fakat 1860’lı yıllarda İngiliz hekim Thomas Sydenham’a atfedilen ‘Primum non care’ (önce zarar verme) (IOM 2001) sözü hasta güvenliğinin sloganı olmuştur (Yılmaz ve Yılmaz 2006). Modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale ise ‘bir hastanenin yapması gereken şey mikrop saçmamaktır’ diyerek hastane enfeksiyonlarına dikkat çekerek hasta güvenliğini vurgulamıştır (Nieva ve ark 2003). Osmanlı İmparatorluğu dönemine ait tıbbi kayıtlara bakıldığında zaman günümüzde hasta güvenliğini tehdit eden sorunlardan biri olan ilaç hatalarını önlemeye ilişkin yazılı hükümlere ulaşılmış ve aynı zamanda hastanın cerrahi işlem sonrası gelişebilecek herhangi bir komplikasyon sonrası da davacı olmayacağına

yönelik belgelerle günümüzde kullanılan onam formları şekillenmiştir (Yılmaz ve Yılmaz 2006 , Thomas ve Panchagnula 2008, Ovalı 2010).

Hasta güvenliği ilk olarak 1951 yılında Sağlık Bakım Organizasyonları Birleşik Komisyonu (Joint Commission International- JCI) tarafından sağlık kuruluşlarında kalite ve güvenliği sağlamak için ele alınan hasta güvenliği 1960'lardan sonra sağlık bakım sistemine dahil olmuştur. Hasta çıktılarını incelemek amacıyla sonuçlar ve komplikasyonlar ile ilgilenen Ernest Codman hasta güvenliğinin temelini atarak sadece sonuçların incelenmesi ve raporlanmasında öncü olmuştur (Byers ve White 2004). 1995 yılında 1. Annenberg Hasta Güvenliği Konferansı düzenlenmiş ve bunu takip eden yıllarda hasta güvenliği ile ilgili çalışmalara politikacıların katılımıyla çalışmalar hız kazanmıştır (Korkmaz Çiçek 2018). 2000'li yıllara gelindiğinde ise sağlık bakım kalitesini artırmak için kalite ve hasta güvenliği ile ilgili standartlar oluşturulmuş, IOM tarafından 'Güvenlik Standartları Rapor'u yayınlanmış aynı zamanda Kurumlar arası Kalite Koordinasyonu Görev Gücü (Inter-agency Quality Coordination Task Force-QuIC) ve Sağlık Bakımında Kalite ve Araştırma Ajansı (AHRQ) tarafından 'Hasta Güvenliği Araştırma Ajandası yayınlanarak, hasta güvenliğini değerlendirmek için ölçek geliştirilmiştir (Woloshynowych ve ark 2005, WHO 2009). ABD'de 2003 yılında ulusal hasta güvenliği hedefleri ilan edilmiş ve 2005 yılından itibaren bu hedefler uluslararası hasta güvenliği hedefleri olarak kabul edilmiştir (Catalano 2006, Spruill ve ark 2009).

Türkiye'de 2003 yılında sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında ele alınan hasta güvenliği' Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliği'nin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ (27214 sayılı 29 Nisan 2009 tarihli) (Resmi Gazete 2009) ile resmi olarak gündeme gelmiş, 'Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik' (27987 sayılı, 6 Nisan 2011 tarihli) ile halen geçerliliğini korumaktadır (Resmi Gazete 2011).

1.3.2. Hasta Güvenliğine ilişkin Uygulamalar

Sağlık bakım profesyonellerinin mesleklerini icra ederken meslek etiğine uygun olmayan davranışta bulunması, bilgi, beceri yetersizliği ve ihmalkarlığı sonucu hastaların zarar görmesine neden olur. Tıbbi hatalar geri dönüşümü olmayan

ciddi zararlar oluşturduğunda (uzuv kaybı, yanlış organ kaybı, yanlış taraf cerrahisi gibi) ya da ölümle sonuçlandığında basına yansımakta ve gündemin ilk sıralarında yer almaktadır (Özata ve Altuncan 2010, Çakmakçı 2014). Tüm ülkelerde güvenli bir sağlık hizmetinin sunulması için hasta güvenliğinin geliştirilmesi gerekmektedir (AHRQ 2014). Hasta güvenliğinin sağlanması için liderler; tüm çalışanlar ve hastalar arasındaki iletişimin desteklenmesi, çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden uygulamaları tespit etme ve azaltma konusunda sorumluluk verilmesi (Özata ve Altuncan 2010), çalışanların hasta güvenliği tutumları belirlenerek farkındalık oluşturulması ve tüm çalışanlara düzenli aralıklarla hasta güvenliği konusunda hizmet içi eğitimin verilmesi gibi önerilerde bulunulmuştur (Türkmen ve ark 2011, Erdağı ve Özer 2013, Vural ve ark 2014).

Hasta güvenliği Sağlık Bakım Organizasyonları Birleşik Komisyonu (Joint Commission International- JCI) tarafından uzman bir ekip danışmanlığında Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri'ni (International Patient Safety Goals-IPSG) revize ederek yayınlanmıştır (JCI 2015).

- ***Hasta Kimlik Bilgilerinin Tanımlanması ve Doğrulanması:*** Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanmasındaki amaç; sağlık bakım hizmeti sunulacak olan hastanın doğru tanımlanması ve sunulacak hizmetin o hasta ile doğru eşleştirilmesidir (Aren 2008, Özata ve Altuncan 2010). ABD'de %61'inin hemşire olduğu acil servis çalışanları ile yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %37'sinin kimlik saptama hatası yaptıkları, hemşirelerin %39'unun yanlış hastaya girişimde bulundukları ve tüm sağlık çalışanlarının %27'sinin işlem öncesi hastayı ya da kimlik bantlarını kontrol etmedikleri saptanmıştır (Nieva ve ark 2003). Tüm ülkelerde hasta güvenliğinin iyileştirilmesi kapsamında öncelikle sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta kimlik tanımlama ve doğrulama ile ilgili bir süreç oluşturulması gerektiği bildirilmiş olup bu süre zarfında hasta için planlanan tetkik, tedavi, cerrahi girişimler ile girişimsel işlemler öncesinde, ilaç, kan ve kan ürünü uygulamalarından önce, klinik testler için örnek alımında ve hasta transferinde kimlik doğrulama işleminin gerçekleştirilmesi gerektiği bildirilmiştir (Durgun ve Kaya 2018). Hastanın kimliğinin doğrulanması için; ad- soyad protokol numarası doğum tarihi yazılı bir barkodlu bileklik kullanılmalıdır (JCAHO 2009).

- **Sağlık Hizmeti Sunumunda İletişim Güvenliğinin Sağlanması:** İletişim; sağlık bakım hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda hizmetin kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biridir (Özata ve Altuncan 2010, Durgun ve Kaya 2018). Sağlık bakım profesyonelleri arasında iletişim; hiyerarşi, sözel-telefon direktifleri, dil farklılıkları, yoğun ve stresli çalışma ortamları, hasta ile ilgili eksik veriler, sağlık bakım hizmetlerinin karmaşık hale gelmesi gibi faktörler nedeniyle engellenebilmektedir. Sağlık bakım profesyonelleri arasındaki iletişim eksikliğinden kaynaklanan hataların en çok görüldüğü alanlardan biri de cerrahi birimler olup (Makary ve ark 2007, Gökdoğan ve Yorgun 2010, Cebeci ve ark 2012), özellikle ameliyathanelerde yaşanan iletişim problemleri yanlış taraf cerrahisine yol açmaktadır (Cebeci ve ark 2012). İletişim eksikliği, hem cerrahi girişimin başarısını hem de hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Hasta güvenliğini etkileyen olumsuz iletişim hatalarından biri de özellikle yoğun bakım ünitelerinden yapılan hasta nakilleri sırasında yaşanmaktadır. Bu durumda hastaya yapılan ve yapılacak olan tüm işlemler nakil esnasında tam ve eksiksiz teslim edilmeli, hasta bilgileri mutlaka yazılı olmalı, sözel-telefon direktifleri ile ilgili politikalar belirlenmeli, ortak dil kullanımı ve kısaltmalar standartlaştırılmalıdır (McBride-Henry ve Foureur 2006, Aren 2008, JCI 2008).

- **İlaç Güvenliğinin Sağlanması:** İlaç uygulama hataları hasta güvenliğini tehdit eden önlenebilir tıbbi hatalardan biri olup sağlık bakım profesyonelleri tarafından uygulanmasına, reçete yazılmasına, ilacın adlandırılmasına, bileşim haline getirilmesine ve uygulanma aşamalarından birine bağlı olarak meydana gelmektedir (Aygin ve Cengiz 2011). İlaç hazırlama ve uygulama süreci multidisipliner bir süreç olup, ilaç uygulamalarında en aktif rolü hemşireler üstlenmektedir. Hemşire kaynaklı ilaç hataları incelendiğinde; doktor istemi olmadan ilaç uygulanması, ilacın telaffuz ve şekil benzerliği nedeniyle doğru ilacın verilmemesi, ilaç dozunun hatalı hesaplanması, ilaç uygulama esnasında gerekli uyarılara dikkat edilmemesi, zamanında ilacın uygulanmaması gibi hatalar yer almaktadır (Uzun ve Arslan 2008, Özata ve Altuncan 2010). Yapılan çalışmalarda en fazla karşılaşılan tıbbi hatanın ilaç uygulama hataları olduğu belirtilmekte olup ilacın yanlış zamanda uygulanması (%47,6) ve ilacın dozunun atlanması ya da uygulanmaması (%46,3) olduğu saptanmıştır (Savitz ve ark 2005). Ayrıca hemşirelerin %42,7'sinin ilaç uygulama hatası yaptıkları ve bunu yapan hemşirelerin %36,1'inin antibiyotiklerin verilmesi

konusunda hatalı oldukları belirlenmiştir (Yılmaz ve Goris 2015). Yoğun bakım ünitelerinde yapılan bir çalışmada da ilaç uygulama hatalarının %44,8'inin ilacı yanlış zamanda uygulanması %13,0'ının ilacın yanlış dozda verilmesi, %4,0'ının ilacı yanlış yoldan uygulanması olduğu belirlenmiştir (Valentin ve ark 2009). İlaç uygulamaları hasta tedavi planının temel taşı olup hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir yere sahiptir. İlaç hatalarını önleyip hasta güvenliğini sağlamak için; ilaç uygulama ve hazırlama konusunda hizmet içi eğitimler verilmeli, ilaç uygulama ile ilgili protokoller oluşturup riayet edilmeli ve yapılan tüm ilaçlar tam olarak raporlanmalı ve bu raporlar doğrultusunda uygulanan politikalar yeniden gözden geçirilmelidir (Özata ve Altunkan 2010, Aygin ve Cengiz 2011, Yılmaz ve Goris 2015).

- **Kan ve Kan Ürünlerinin Transfüzyon Güvenliğinin Sağlanması:** Kan ve kan ürünleri nakli hastaya yaşam verirken dikkatsiz bir şekilde verildiğinde hastanın yaşamını tehdit edebilecek sonuçlar doğuran önemli bir sağlık uygulamasıdır (Öğce 2008). Türkiye'de kanın toplanması, hazırlanması, saklanması ve taşınmasına yönelik uygulamaların standartlara uygun yapılması amacıyla "Kan ve Kan Ürünleri Kanunu (11.07.2007 tarih ve 5624 sayılı)" yayınlanmıştır (Resmi Gazete 2007). Transfüzyon öncesinde cross match işleminin yapılması hasta güvenliği açısından önemli olup kan ve kan ürünleri cross match formu, kanın son kullanım tarihi ve hastanın kimlik bilgileri hekim ve hemşire tarafından kontrol edilip ve 'Kan Transfüzyonu Hasta Bilgilendirilmiş İzin Formu' hasta veya yakınına onaylatılmalıdır (Durgun ve Kaya 2018). Hemşirelerin doğru kanı doğru hastaya vermesi, transfüzyon hakkında hastayı bilgilendirmesi, kanı uygun bir şekilde vermesi, işlem sırasında hastayı gözlemlemesi ve gelişebilecek komplikasyonlardan koruma konusunda bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir (Pehlivanoğlu ve ark 2011). İşlem süresince 'Kan Transfüzyon İzlem Formu' doldurularak 2 hemşire ve doktor tarafından imzalanmalı ve doldurulan bilgi formları bireyin dosyasında ve kan bankasında saklanmalıdır (Durgun ve Kaya 2018).

- **Cerrahi Güvenliğinin Sağlanması:** Güvenli cerrahi; hastanın yatışından taburculuğuna kadar olan süre zarfında yapılan tüm cerrahi işlemleri içine alan bakım, tedavi ve hizmet sürecinde hastada meydana gelebilecek önlenemez veya beklenilmeyen tıbbi hatalardan koruma olarak tanımlanmaktadır (Candaş ve Gürsoy

2015, Charani ve ark 2017). Cerrahi uygulamalara bağılı hataların ortaya çıkmasına neden olan faktörler arasında; acil ameliyat girişimleri, morbid obezite, fiziksel deformite varlığı, alışılmadık malzeme ya da ameliyat odası kurulumu, birçok cerrahın olması, alan işaretlenmesinin olmaması, ameliyathanede tekrar doğrulamaya gerek duyulmaması, kontrol listesine gerek duyulmaması, hastanın tam olarak değerlendirilmemesi, personel eksikliği, dalgınlık ve kurum kültürü olmaması yer almaktadır (WHO 2010). Diğer taraftan cerrahi ekip ve diğer ekip üyeleri arasındaki iletişim yetersizliği, hasta ve yakınlarının bu sürece dahil edilmemesi de etkilidir (Çırpı ve ark 2009). Yapılan bir çalışmada cerrahi ile ilgili hataların %49,8'inin yabancı cisim unutulması %25,1'inin yanlış prosedür uygulanması, %24,8'inin yanlış yer, %0,3'ünün yanlış hasta olduğu, kalıcı hasar gören hasta oranının %39,2 olup mortalite oranının %6,6 olduğu tespit edilmiştir (McElroy ve ark 2015). Cerrahi birimlerde tıbbi hataları azaltmak ve hasta güvenliğini sağlamak için WHO tarafından Ekim 2007-Eylül 2008 tarihinde "Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi" ön uygulaması 8 farklı bölgede (Toronto, Kanada; Yeni Delhi, Hindistan; Amman, Ürdün; Auckland, Yeni Zelanda; Manila, Filipinler; Ifakara, Tanzanya; London, İngiltere; Seattle, Amerika) uygulanmış olup Eylül 2009 da terminoloji değişikliği yapılarak yeni şekli yayınlanmıştır (WHOP 2008).

WHO tarafından geliştirilen Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (Şekil 1.1) Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından 2009 yılında "Cerrahi Güvenlik Kontrol ListesiTR" formunda düzenlenip tüm sağlık kurumlarında kullanıma sunulmuştur. Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır' amacıyla Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından hizmet kalite standartlarında güvenli cerrahi uygulamalarına önem verilmiş (Candaş ve Gürsoy 2015) ve cerrahi güvenliğin sağlanmasında 'Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) (Şekil 1.1) geliştirilerek 3 bölümden 4 bölüme çıkarılmış ve kullanımını yaygınlaştırılmasını istemiştir (WHO 2008, www.kalite.gov.tr 2011).

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ*			
Hastanın Adı Soyadı		Ameliyat/Bölgesi	
Ameliyat Tarihi			
I. Klinikten Ayrılmadan Önce			
1. Hastane: ☐ Kimlik bilgileri ☐ Ameliyat ☐ Ameliyat bölgesi doğrulandı.			
2. Hastanın nazı kontrol edildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır			
3. Hasta aç mı? ☐ Evet ☐ Hayır			
4. Ameliyat bölgesi ırsı yapıldı mı? ☐ Evet ☐ Hayır			
5. Hastada mahyal/öle, protez, değeri eşya var mı? ☐ Evet ☐ Hayır			
6. Hastanın kayıtları tümüyle çıkarılıp ameliyat önüğü ve bonesi ayrıldı mı? ☐ Evet ☐ Hayır			
7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı? ☐ Evet ☐ Hayır			
8. Ameliyat için gerekli özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazır mı? ☐ Evet ☐ Hayır			
9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyolojik tetkikleri mevcut mu? ☐ Evet ☐ Hayır			
Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza			
II. Anestezi Verilmeden Önce			
10. Hastanın kendisinden ☐ Kimlik bilgileri ☐ Ameliyat ☐ Ameliyat bölgesi ☐ Hastanın ameliyatı ile ilgili nazı doğrulandı.			
11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı? ☐ Var ☐ İşaretlenme uygulanmaz			
12. Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı? ☐ Evet ☐ Hayır			
13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır			
14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı? ☐ Yok ☐ Var			
15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı? ☐ Yok ☐ Var			
16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı? ☐ Yok ☐ Var			
17. Var, uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.			
Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza			
III. Ameliyat Kesinden Önce			
17. Ekipdeki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı? ☐ Evet ☐ Hayır			
18. Ekipden bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi? ☐ Evet ☐ Hayır			
19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi? ☐ Tahmini ameliyat süresi ☐ Beklenen kan kaybı ☐ Ameliyat sırasında gerçelkeşebilecek beklenmedik olaylar ☐ Olası anestezi riskleri ☐ Hastanın pozisyonu			
20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı? ☐ Kesiden öncesi son 60 dakika içerisinde uygulandı			
21. Kullanılacak malzemeler hazır mı? ☐ Kullanılmaz ☐ Evet ☐ Hayır			
22. Malzemelemler sterilizasyonu uygun mu? ☐ Evet ☐ Hayır			
23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi? ☐ Evet ☐ Hayır			
24. Antikoagülan kullanımı var mı? ☐ Evet ☐ Hayır			
25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi? ☐ Evet ☐ Hayır			
Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza			
IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce			
26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak ☐ Hasta, ☐ Yapılan ameliyat, ☐ Ameliyat bölgesi, ☐ Teyit edildi.			
27. Alet, sporc/kompres ve lâne sayımları yapıldı mı? ☐ Evet/Tam ☐ Hayır			
28. Hastadan alınan numune etiketinde ☐ Hastanın adı doğru yazdı ☐ Numunenin alındığı bölge yazdı			
29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi? ☐ Anestezi önerileri: ☐ Cerrahin önerileri:			
30. Hastanın ameliyat sonrası aldacağı bölüm teyit edildi mi? ☐ Evet			
Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza			

* Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretlemeye yapılmalıdır.

Şekil 1.1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (www.kalite.gov.tr 2011).

- **Hasta Düşmelerinin Önlenmesi:** Düşme; ani ve istem dışı pozisyon değişikliği sonucu bireyin bulunduğu, tutunduğu, yerden ayrılarak veya dengesini kaybederek yukarıdan aşağıya inmesidir. Hastanelerde hasta güvenliğini tehdit eden durumlardan en sık görülen ikincil yaralanma nedenleri arasında olup çevresel ve bireysel faktörlerden meydana gelmektedir (Duman ve Kitiş 2013, Durgun ve Kaya 2018). Hasta düşmelerinin bireysel nedenleri arasında; denge ve yürüme bozuklukları, çeşitli hastalıklar (parkinson, demans, görme bozukluğu, hipotansiyon, baş dönmesi) (Henneman 2010) ve kullanılan bazı ilaçların yan etkileri sayılabilir. Çevresel faktörler ise kaygan zemin, yetersiz aydınlatma, ortamın dağınık olması, yatak yüksekliğinin uygun olmaması (Fracica ve ark 2010), uygun olmayan ayakkabı veya terlik kullanımı, tuvalet, banyo ve yatak kenarında tutunacak bir yerin olmaması olarak sıralanabilir (Duman ve Kitiş 2013, Durgun ve Kaya 2018). Türkiye’de kayıt altına alınan düşme vaka sayısı 2006-2009 yılları arasında 46 olarak belirtilmiştir (Savcı ve ark 2009, Duman ve Kitiş 2013). Acil serviste yatan hastalarda yapılan bir çalışmada ise; hastaların %40’ının düşmelerden etkilendiği ve her 1000 hastanın en az 36’sının düştüğü tespit edilmiştir (Hitcho ve ark 2004). Türkiye’de hasta güvenliği kapsamında hastaların hastane ortamında düşmesinin tamamen ortadan kaldırılamayacağı ancak alınan etkin koruyucu tedbirler sayesinde en aza indirileceği bildirilmiştir. Buna göre hastaların hastaneye yatışından sonra sağlık bakım profesyonelleri tarafından hasta değerlendirme formu doldurularak düşme riski olan hastaların belirlenmesi gerekmektedir. Hastaneler için düşme riski yüksek alanların tespit edilmesi, düşmelerin takibinin ve belirli aralıklarla analizinin yapılması, hastane personellerinin hasta nakilleri konusunda eğitilmesi, gerekli düzenlemelerin yapılması önerilmektedir (Duman ve Kitiş 2013).

- **Sağlık Hizmetleriyle İlişkili Enfeksiyonların Önlenmesi:** Enfeksiyon patojen mikroorganizmaların vücuda girmesi ile vücudun ona ve toksinlere karşı gösterdiği tepkidir. Hastane enfeksiyonları ise; bireyin sağlık kurum ve kuruluşuna başvurduğu anda var olmayan yatış anından itibaren 48-72 saat sonra ya da taburculuktan 10 gün sonra ve bir cerrahi girişimden 30 gün sonra ortaya çıkmasıdır (Aytaç ve ark 2008, Durgun ve Kaya 2018). Sağlık Hizmetiyle İlişkili Enfeksiyonlar (SHİE) için birçok risk faktörü tanımlanmış olup bunlar birey, sağlık sistemi ve sağlık bakım profesyoneli ile çevreye ait risk faktörleri olarak sınıflandırılmıştır. Bireye ilişkin risk faktörleri prematür doğum ve düşük doğum ağırlığı, ileri yaş,

invaziv araç kullanımı, obezite, bağışıklık sistemini düşüren ilaç veya hastalıklar, yanık ve travmalar (Sağlık Bakanlığı 2011); çevreye ait risk faktörleri hastane ortamı ve yapım/onarım çalışmaları; sağlık sistemi ve sağlık bakım profesyonellerine ait risk faktörleri ise asepsi kurallarına uymama, ameliyat ve girişimsel uygulamalar sırasında meydana gelen komplikasyonlardır (Çelik ve ark 2009, Karahocagil ve ark 2011). Yapılan bir çalışmada hastaneye yatan hastalarda 1,7 milyon SHİE geliştiği ve hastaların yaklaşık %5’inde enfeksiyon görüldüğü bildirilmiştir (Burden 2005). Yoğun bakım ünitelerinde yapılan bir çalışmada SHİE’nin fazla görüldüğü ve hastane enfeksiyon hızı %16,9 olduğu tüm enfeksiyonların %47,1’inin kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu, %35,7’sinin kan dolaşımı enfeksiyonu ve %17,1’inin ventilatör ilişkili pnömoni olduğu belirlenmiştir (Sutker 2008). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise SHİE oranının %3,5 olduğu ve belirlenen enfeksiyonların ise % 48,2’sinin pnömoni, %19,6’sının üriner sistem enfeksiyonu, %18,7’sinin cerrahi alan enfeksiyonu ve %13,4’ünün kan dolaşımı enfeksiyonu olduğu saptanmıştır (Karahocagil ve ark 2011). Sağlık bakım profesyonelleri içerisinde enfeksiyonların oluşması, yayılması ve önlenmesinde aktif bir role sahip olan hemşireler aynı zamanda enfeksiyon kontrol programlarının oluşturulması ve tam olarak uygulanmasından sorumludurlar (Yardımcı ve ark 2014, Durgun ve Kaya 2018). Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği (25.06.2011 tarih ve 27975 sayılı)’ne göre enfeksiyon kontrol programları, hastane enfeksiyon risklerini izlemeli, sonuçlarını sağlık bakım profesyonelleri ile paylaşmalı ve hastane enfeksiyonlarını önlemek ve hasta güvenliğini artırmak için çalışanlara düzenli olarak hizmet içi eğitimler verilmelidir (Aren 2008, Öztürk 2008).

- **Basınç Yaralarının Önlenmesi:** Basınç yarası; yatağa ya da tekerlekli sandalyeye bağlı olarak yaşayan özellikle hareketsiz kalma sonucu kemik çıkıntılarının (topuk, dirsek, kalça vs.) bulunduğu vücut bölgelerinin uzun süreli veya yinelenen basınç sonucunda meydana gelen cilt ve cilt altı dokularda kapiller damarların tamamen kapanması ve o bölgede kan dolaşımının durması sonucu cilt bütünlüğünün bozulmasıyla oluşan iskemi, nekroz ve hücre ölümü ile ortaya çıkan yaralardır (Agrawal ve Chauhan 2012, Gencer ve Özkan 2015, Kiraner ve ark 2016, NPUAP 2017). Basınç yaraları tüm dünyada sağlık bakım maliyetini artıran, hastanın yaşam kalitesini ve fiziksel sağlığını etkileyerek hayatı tehdit eden, fiziksel (bağımsızlığını kaybetme) ve psikolojik sorunlara (sosyal izolasyon gibi) yol açan

önemli sorunlardan biridir (Gencer ve Özkan 2015, Kiraner ve ark 2016). Hasta güvenliğini tehdit eden önemli unsurlardan biri olan basınç yaraları; önlenemeyen ve tamamen sağlık bakım profesyonellerine bağlı değişebilen bir durum olup aynı zamanda hemşirelik bakımında yetersizlik ve önleyici uygulamalarla ilgili ihmal olduğunun bir göstergesi olarak da kabul edilmektedir (Çelik ve ark 2017, Durgun ve Kaya 2018). Sağlık bakım profesyoneli yetersizliği, ihmalkarlığı, hastaya ayrılan sürenin az olması, yoğun çalışma şartları, yeterli malzeme ve ekipmanın bulunmaması gibi nedenlerle basınç yaralarının önüne geçilememekte ve hastanın hastanede kalış süresinde artma, mali yük (Korkmaz 2011), hastada meydana gelen fizyolojik ve psikolojik hasar, kalite standartlarında düşme gibi durumlara yol açmaktadır (JCI 2008). Farklı yoğun bakımlarda yatan hastalarda yapılan bir çalışmada ise; cerrahi yoğun bakım kliniğinde yatan 82 hastanın %13,4'ü, yoğun bakım kliniğinde yatan 715 hastanın %5,9'u başka bir yoğun bakımda yatan 98 hastanın %11,2'sinde basınç yarası geliştiği tespit edilmiştir (Alderden ve ark 2017).

Türkiye'de yapılan bir çalışmaya göre basınç yarası görülme sıklığı %10-31 arasında olduğu belirlenmiş olup en sık yaşlı hastalarda, yoğun bakım hastalarında, uzun süreli yatağa bağımlı hastalarda ve kemik çıkıntılarının olduğu bölgelerde görülmektedir (Kiraner ve ark 2016). Gencer ve Özkan (2015)'in yaptığı çalışmada, basınç yaralanmalarının %41'inin yoğun bakım ünitelerinde geliştiği, hastane genelinde basınç yarası gelişme oranının %2,5 genel yoğun bakım ünitesinde ise bu oranın %5,9 olduğu, Kiraner ve ark (2016)'nın çalışmasında ise basınç yaralarının %59 (67 hasta)'unun yoğun bakım ünitesinde olduğu tespit edilmiştir (Gencer ve Özkan 2015, Kiraner ve ark 2016). Cerrahi birimlerde hastaya 24 saat kesintisiz hizmet veren tek sağlık bakım profesyoneli olması nedeniyle hemşireler, basınç yaralarının önlenmesine yönelik girişimlerin uygulanmasında ve gelişen yaraların bakımında sorumludur. Hastada sık ve düzenli olarak pozisyon değişimi, dengeli beslenme, mobilizasyonun sağlanması (Ersoy Ortaç ve ark 2013, Çelik ve ark 2017), hijyenik bakımın verilmesi gibi iş yükü ve maliyeti olmayan girişimler sayesinde basınç yaraları önlenabilir (Gencer ve Özkan 2015).

1.4. Hasta Güvenliği Tutumu

Hasta güvenliği, tüm sağlık bakım profesyonellerinin olduğu kadar sağlık kurum ve kuruluşlarının sorumluluğuunda olup, meydana gelen tıbbi hatalar sağlık bakım hizmetlerinde hem hasta hem de kurum için zararlı sonuçlar getirmesiyle birlikte ek maliyette getirmektedir (Sari ve ark 2007, Korkmaz 2012). Sağlık bakım hizmeti sunumu sürecinde karşılaşılan tıbbi hataların önemli kısmı, bireysel hatalardan daha çok yönetim politikası, çalışan sayısı, yöneticilerin tutumu ve teknik alt yapı yetersizliği gibi sistemlerden kaynaklanmaktadır (Yılmaz ve ark 2017). Sağlık kurum ve kuruluşlarında yaşanan tıbbi hataların önlenmesi ya da düzeltilmesindeki en önemli etkenlerden birisi olan hasta güvenliği, örgüt kültürünün bir parçası olup sağlık bakım profesyonellerinin aktardığı inançlar, değerler ve tutumlardan meydana gelmektedir (Kaya 2009, Yılmaz ve ark 2017, Durgun ve Kaya 2018).

Tutum; herhangi bir olay ya da durum karşısında bireyin göstermiş olduğu olası davranış şeklidir. Ayrıca tutum; davranışsal, duygusal ve zihinsel olmak üzere üç temel öğeden oluşur ve bunlar arasında iç tutarlılık olduğu tahmin edilmektedir. Buna göre sağlık bakım profesyonellerinin konu hakkında bildikleri (zihinsel öğe), olaya nasıl bir duygu ile yaklaşacağı (nötr, olumlu veya olumsuz) ve olaya nasıl bir tepki göstereceğini (davranışsal öğe) belirlemektedir (İnceoğlu 2010, Kağıtçıbaşı 2010). Sağlık bakım profesyonellerinin bir olay, durum ya da kişi hakkında duygusal, davranışsal ve zihinsel anlamda ortaya koyduğu duruş onların hasta güvenliği tutumunu yansıtır.

Literatür, hasta güvenliği tutumunun sosyo demografik özellikler, kurum politika ve prosedürlerinin varlığı, iş tatmini, ekip çalışması (Durgun ve Kaya 2018), çevre güvenliği, yönetim anlayışı ve liderlik (Çırpı ve ark 2009, Korkmaz 2011), stres ve çalışma koşulları (Aygin ve Cengiz 2011, Karaca ve Arslan 2014, Yılmaz ve ark 2017), çalıştıkları birim, bakım verilen hasta sayısı (Gökdoğan ve Yorgun 2010, Erdağı ve Özer 2013), iletişim (Aydemir ve Yildirim 2016, Yılmaz ve ark 2017, Durgun ve Kaya 2018) iş yükü (Yılmaz ve ark 2017), cinsiyet, yaş (Yılmaz ve ark 2017, Barsbay ve ark 2018), çalışma süresi (Özdemir Kardaş ve Şahin Akgün 2015, Ciğerci 2016) gibi faktörlerden etkilendiğini belirtmektedir. Bununla birlikte yapılan bazı çalışmalarda da sosyo demografik özelliklerin (yaş, cinsiyet, medeni

durum, eğitim durumu), çalışma yılı, çalışılan bölüm, kurumdaki çalışma yılı ve haftalık çalışma süresi (Korkmaz 2012), mesleki çalışma yılı ve cinsiyet (Tabrizchi ve Sedaghat 2012) gibi faktörlerden hasta güvenliği tutumunu etkilemediği belirlenmiştir.

Sağlık bakım hizmeti sunumunda meydana gelen tıbbi hataların ve sistemdeki mevcut eksikliklerin düzeltilmesiyle sağlık bakım hizmetlerinin ve hasta güvenliğinin kalitesi artacaktır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta güvenliği tutumunu geliştirmek kurum yöneticilerinin ve sağlık bakım profesyonellerinin önemli bir görevidir. Sağlık bakım hizmeti sunumunda önemli bir rolü olan hemşirelerin yaşadığı sorunlar hem yaşam kalitelerinin hem de iş veriminin azalmasına, işe gitmemeye bağlı kurumda ekonomik kayıplara yol açmakla birlikte bakım verilen hastaları tehlikeye atmaktadır. Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının belirlenmesi, mevcut düzenlemeler doğrultusunda hasta güvenliği konusunda eğitilmesi ve yöneticilerin cezalandırıcı olmayan raporlama sistemini geliştirmesi, tıbbi süreçlerin hasta merkezli ve hasta güvenliğini sağlamaya yönelik planlanması, geri bildirimlerde bulunulması, çalışma şartlarının düzeltilmesi hasta güvenliğinde tutum oluşumunu desteklerken sağlık bakım profesyonellerinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini de dikkate alarak çalışmalar yapılmalıdır (Sağlık Bakanlığı 2017, Yılmaz ve ark 2017).

1.5. Hemşirelerin Hasta Güvenliğinde Sorumlulukları

Florence Nightingale'e göre hemşirelik mesleğinin temel amacı; 'doğanın iyileştirilmesini sağlamak üzere hastayı en uygun ortama koymaktır'. Türk Hemşireler Derneği'ne göre; 'Hemşirelik, bireyin ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini' olarak tanımlamıştır (Birol 2009). Hemşireler her alanda aktif olarak çalışan, yetenekli, hızlı karar verebilen, soğukkanlı, tüm çalışanlar arasında bir köprü görevi üstlenen, zorluklarla baş edebilme yeteneğine sahip, kritik düşünebilen ve toplum için rol model ilişkisinde örnek olan önemli bir meslek grubudur (Grober ve Bohnen 2005).

Hemşireler, tedavi ve bakımın her aşamasında hasta güvenliği ile iç içedir (Aydın 2009). Hasta güvenliği hemşirelik bakımın en önemli kalite göstergelerinden olup kaliteli hemşirelik bakımı için ana hedef olarak kabul edilir. Hemşireler sağlık bakım hizmetlerinde en fazla personel sayısına sahip olan bir meslek grubu olduğu için hasta güvenliğinin sağlanmasında anahtar role sahiptir (Mehtsun ve ark 2013). ICN hasta güvenliği konusunda hemşirelerin sorumluluklarını şu şekilde ifade etmiştir:

- Hasta ve hasta yakınlarının olası riskler konusunda bilgilendirilmesi,
- İstenmeyen olayların hemen ilgili makamlara bildirilmesi,
- Sağlık bakım hizmeti güvenliği ve kalitesinin değerlendirilmesinde aktif rol alması,
- Hastalar ve diğer profesyonel sağlık bakım personeli arasında etkili iletişimin sağlanması,
- Yeterli istihdam düzeylerinin sağlanması konusunda lobi faaliyetleri yürütülmesi,
- Hasta güvenliğini artırıcı önlemlerin desteklenmesi,
- Sıkı ve kapsamlı enfeksiyonla mücadele programlarının teşvik edilmesi,
- Hataları en aza indirerek tedavi politikaları ve protokollerinin standart hale getirilmesine yönelik lobi faaliyetlerinin yürütülmesi (Filiz 2009, NCCMERP 2018).

Hemşireler bakım ve tedavi yaptıkları alanlarda olası tehlikelerden hastalarını korumak, uygulanacak işlem ve tedavilerin istenmeyen sonuçlarını önlemek veya en aza indirmekten sorumludurlar. Bu nedenle hemşirelerin hasta güvenliğini etkileyen faktörler bilme ve farkında olma, hastalarını değerlendirmeleri ve uygulamalarında hasta güvenliğini koruma ve geliştirmede dikkatli ve özenli olmaları büyük önem taşımaktadır. Sağlık bakım hizmeti veren kurumların tüm birimlerinde hasta güvenliğini tehdit eden faktörlerin önlenmesi için ilk olarak hemşirelere hasta güvenliği kavramına yönelik eğitimler verilmeli ve içselleştirmeleri için fırsatlar sağlanmalı, hasta güvenliği hedeflerine uygun olarak tedavi ve bakımın sürekliliğini

sağlayarak hasta güvenliği tutumları geliştirmelidirler (Filiz 2009, Turunen ve ark 2013).

Hasta güvenliğini sağlama ve sağlık bakımında kaliteyi geliştirmede en büyük rol hemşirelere aittir. Sonuç olarak hemşireler; hasta güvenliği algı ve tutumlarını etkileyen unsurların belirlenmesi, çalıştıkları kuruma hasta güvenliğine ait tutumlarının kazandırılması ve geliştirilmesinin temelini oluşturmaktadır (Rızalar ve ark 2015).



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı tiptedir.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Beyhekim Devlet Hastanesi ve Konya Numune Hastanesi'nde yapıldı.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 11 cerrahi klinik, 5 cerrahi yoğun bakım ünitesi ve 2 ameliyathane 23 modül bulunmaktadır. Çalışan hemşire sayısı 180 olup hemşireler 08-17, 16-08 olmak üzere ikili vardiya sistemi ile çalışmaktadır.

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde 12 cerrahi klinik, 6 cerrahi yoğun bakım ünitesi ve 1 ameliyathane 23 modül bulunmaktadır. Çalışan hemşire sayısı 272 olup hemşireler 08-17, 16-08 olmak üzere ikili vardiya sistemi ile çalışmaktadır.

Beyhekim Devlet Hastanesi'nde 11 cerrahi klinik, 3 cerrahi yoğun bakım ünitesi ve 1 ameliyathane ve 9 modül bulunmaktadır. Çalışan hemşire sayısı 94 olup, hemşireler 08-17, 16-08 olmak üzere ikili vardiya sistemi ile çalışmaktadır.

Konya Numune Hastanesi'nde 9 cerrahi klinik, 4 cerrahi yoğun bakım ünitesi ve 1 ameliyathane 16 modül bulunmaktadır. Çalışan hemşire sayısı 70 olup, hemşireler 08-17, 16-08 olmak üzere ikili vardiya sistemi ile çalışmaktadır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Konya il merkezinde bulunan Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Beyhekim Devlet Hastanesi ve Konya Numune Hastanesi cerrahi klinikleri, cerrahi yoğun bakım üniteleri ve ameliyathanelerde çalışan 616 hemşire araştırma evrenini oluşturdu. İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi araştırmanın yapılmasına izin vermediği için bu hastane evrene dahil edilmedi.

Araştırmada evrenin ulaşılabilirliği dikkate alınarak örneklem seçimine gidilmeden tüm evrene ulaşılması hedeflendi. Ancak 180 hemşirenin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi, 20 hemşirenin verilerin toplandığı tarihlerde izinli/raporlu olması ve 36 hemşirenin de veri toplama formunu eksik doldurması nedeniyle araştırma 380 hemşire ile gerçekleştirildi (Çizelge 2.1). Araştırmaya katılım oranı %61,68'dir. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; araştırmaya cerrahi birimlerde çalışma süresi en az 6 ay olan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hemşireler dahil edildi.

Çizelge 2.1. Araştırmaya alınan hastanelerdeki cerrahi hemşire sayıları, araştırmaya katılan hemşire sayıları ve katılım oranları.

Hastaneler	Evren (N)	Örneklem (n)	Katılım Oranı
Beyhekim Devlet Hastanesi	94	57	60,63
Numune Hastanesi	70	26	37,14
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi	272	153	56,25
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi	180	144	80,0
Toplam	616	380	61,68

2.4. Veri Toplama Araçları

Verilerinin toplanmasında, cerrahi birimlerde (klinikler, yoğun bakım üniteleri ve ameliyathane) çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini, mesleki/çalışma özelliklerini ve ekip içi iletişime ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik bir “Tanıtıcı Bilgi Formu” ile hasta güvenliği tutumlarını değerlendirmeye yönelik “Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği (HGTÖ)” kullanıldı (Bkz. Ek A).

2.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Baykal ve ark 2010, Türkmen ve ark 2011, Yardımcı ve ark 2014) geliştirilen tanıtıcı bilgi formu iki bölüm ve toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Formun birinci bölümünde sosyo-demografik özelliklere yönelik dört soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu), ikinci bölümünde mesleki/çalışma özelliklerine yönelik 10 soru (kurumdaki görevi, kurumdaki çalışma statüsü, mesleki çalışma yılı, kurumdaki çalışma yılı, bulunduğu

birimde çalışma yılı, çalışılan cerrahi birim, haftalık çalışma saati, çalışılan vardiya, bakım verilen hasta sayısı, günlük yapılan ameliyat sayısı) ile ekip içi iletişim ve hasta güvenliğine yönelik görüşlere ilişkin altı soru (çalışılan birimde ekip içi iletişimin nasıl değerlendirildiği, hasta güvenliğine yönelik eğitim alınıp alınmadığı ve eğitimin türü, olay raporu yazılıp yazılmadığı, hasta güvenliği konusunda çalıştıkları birimi değerlendirme, çalışılan birimde hasta güvenliğini tehdit eden en sık karşılaşılan durumlar) yer aldı.

2.4.2. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği

Güvenlik Tutumları Ölçeği-GTÖ (Safety Attitudes Questionnaire -SAQ) Teksas Üniversitesinde Sexton ve ark (2006) tarafından hasta güvenliğine ilişkin tutumları ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Hasta güvenliğini belirlemeye yönelik GTÖ serisinin temelini ameliyathane versiyonu (58 madde) oluşturmakla birlikte yoğun bakım üniteleri (64 madde), ameliyathaneler (58 madde), yatan hasta birimleri (kadın-doğum birimleri-57 madde) ve eczaneler (59 madde) gibi farklı birimlere özgü versiyonları da vardır. Bu birimlere özgü kullanılan ölçeklerin maddelerinde birimlerin özelliklerine göre küçük ifade değişiklikleri olmakla birlikte ölçek maddeleri büyük oranda benzerdir (Sexton ve ark 2006).

Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin geliştirilmesinde araştırmacılar GTÖ ameliyathane, yoğun bakım, kadın doğum birimlerinde kullanılan versiyonlarındaki ifadeleri birleştirerek 66 maddelik bir taslak ölçek oluşturmuş, geçerlik ve güvenirlik analizlerini yapmıştır. Yapılan madde analizi sonucunda madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0,02 ile 0,58 arasında olduğu belirlenmiş ve madde toplam puan korelasyon değeri 0,35'in altında olan 21 madde ölçek taslağından çıkartılmıştır. Kalan 46 madde ile yapılan faktör analizi sonucunda Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı 0,92, Bartlett testi sonucunun ileri derecede anlamlı ($\chi^2=12247,684$, $p=0,000$) bulunmuştur. Yapılan faktör analizi sonucunda maddelerin faktör yüklerinin 0,354-0,789 arasında olduğu ve ölçeğin 6 alt faktör grubuna ayrıldığı belirlenmiştir. Ölçeğin güvenirliği test-tekrar test ve iç tutarlılık analizi ile değerlendirilmiştir. Test-tekrar test analizi sonucunda iki uygulama arasında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır. İç tutarlılık analizi sonucunda toplam ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,93, alt boyutların ise 0,72-0,86 arasında

bulunmuştur. Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması sonucu ölçek 46 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır (Baykal ve ark 2010) (Çizelge 2.2).

Çizelge 2.2. HGTÖ alt boyutları, madde sayıları, alınabilecek düşük-yüksek puanlar ve güvenirlik katsayıları.

HGTÖ alt boyut ve toplam ölçek	Madde sayısı	Alınabilecek düşük-yüksek puanlar	Cronbach alfa (Baykal ve ark 2010)	Bu çalışmada Cronbach alfa
İş Doyumu	11 madde (1-11)	11-55	0,85	0,93
Ekip Çalışması	12 madde (12-23)	12-60	0,86	0,89
Güvenlik İklimi	5 madde (24-28)	5-25	0,83	0,90
Yönetim Anlayışı	7 madde (29-35)	7-35	0,77	0,90
Stresi Tanımlama	6 madde (36-41)	6-30	0,74	0,86
Çalışma Koşulları	5 madde (42-46)	5-25	0,72	0,74
Toplam	46 madde	46-230	0,93	0,94

Ölçek değerlendirilmesinde; orijinal ölçeğe uygun şekilde 5'li Likert tipi (5=tamamen katılıyorum, 4= katılıyorum, 3=kısmen katılıyorum, 2=katılmıyorum ve 1=kesinlikle katılmıyorum) değerlendirilme kullanılmaktadır. Ölçeğin 21, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 ve 45 numaralı maddeleri negatif, geri kalan maddeler pozitif olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 46, en yüksek puan 230 olup ölçeğin kesme noktası yoktur. Ölçekten alınan toplam puan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını yansıtmaktadır (Baykal ve ark 2010). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,94 olarak bulundu (Çizelge 2.2) (Bkz. Ek B).

2.5. Ön Uygulama

Veri toplama formunun anlaşılabilirliği ve işlevselliğini saptamak için araştırmanın evreni dışında cerrahi birimlerde çalışan 10 hemşireye ön uygulama yapılmış olup ön uygulama sonrasında herhangi bir düzeltmeye gerek duyulmamıştır.

2.6. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından 1-31 Ocak 2017 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya Numune Hastanesi ve Beyhekim Devlet Hastanesinde cerrahi klinikler, cerrahi yoğun bakım üniteleri ve ameliyathanede çalışan hemşirelerden öz bildirim dayalı olarak toplandı. Kurumların başhemşirelik biriminden alınan nöbet listelerine doğrultusunda hemşireler çalıştıkları birimlerde ziyaret edildi, araştırmanın amacı açıklandı, gönüllü bilgilendirme formunu okumaları sağlanarak sözel izinleri alındı ve araştırmacı gözetiminde hemşire odalarında etkileşim olmadan doldurmaları sağlandı. Bir veri toplama formunun doldurulması yaklaşık 10 dakika sürdü.

2.7. Araştırmanın Değişkenleri

2.7.1. Bağımsız Değişkenler

- *Sosyo-demografik özellikler:* Yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu,
- *Mesleki /çalışma özellikleri:* Kurumdaki görevi, kurumdaki çalışma statüsü, mesleki çalışma yılı, kurumdaki çalışma yılı, bulunduğu birimde çalışma yılı, çalışılan cerrahi birim, haftalık çalışma saati, çalışılan vardiya, bakım verilen hasta sayısı, günlük yapılan ameliyat sayısı, ekip içi iletişim ve hasta güvenliğine yönelik görüşleri, çalışılan birimde ekip içi iletişimin değerlendirilmesi, hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılım durumu, olay raporu yazma, hasta güvenliği konusunda birimi değerlendirmedir.

2.7.2. Bağımlı Değişkenler

- HGTÖ alt boyut (iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama, çalışma koşulları) ve toplam ölçek puan ortalamalarıdır.

2.7.3. Tanımlayıcı Değişkenler

- Hasta güvenliğine yönelik alınan eğitimin türü,
- Çalışılan birimde hasta güvenliğini tehdit eden durumlardır.

2.8. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi için Statiscal Package for Social Sciences (SPSS) 21 kullanılarak bilgisayar ortamına aktarıldı. Veriler, sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılarak özetlendi. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uyan verilerin karşılaştırılmasında t testi, ANOVA testi, normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve korelasyon analizi kullanıldı. Normallik için yapılan Kolmogorov–Smirnov testi sonucunda iş doyumu ($p=0,000<0,05$), ekip çalışması ($p=0,000<0,05$), güvenlik iklimi ($p=0,000<0,05$), yönetim anlayışı ($p=0,000<0,05$), stres tanımlama ($p=0,000<0,05$), ve çalışma koşulları ($p=0,000<0,05$) alt boyut puanları normal dağılmadıkları için nonparametrik testler, ölçek toplam ($p=0,067>0,05$) puanı normal dağıldığı için parametrik testler kullanıldı. Bağımlı değişkene etki eden risk faktörlerinin değerlendirilmesinde lineer regresyon analizi kullanıldı. Lineer regresyonda bağımsız değişkenler analize aşağıdaki kodlamalar ile alındı:

- *Yaş grubu için*; 20 yaş altı=1, 21-30 yaş=2, 31 yaş ve üzeri =3
- *Medeni durum için*; evli=1, bekar =2
- *Eğitim durumu için*; SML=1, önlisans =2, lisans ve yüksek lisans=3
- *Kurumdaki çalışma statüsü*; kadrolu=1, sözleşmeli =2
- *Mesleki çalışma yılı için*; 1yıldan az=1, 1-5 yıl =2, 6-10yıl=3, 11 yıl ve üzeri=4

- *Kurumdaki çalışma yılı;* 1 yıldan az=1, 1-5 yıl=(2), 6-10 yıl=3, 11 yıl ve üzeri=4
- *Bulunduğu birimde çalışma yılı;* 1 yıldan az=1, 1-5 yıl =2, 6-10 yıl =3, 11 yıl ve üzeri =4
- *Çalışılan cerrahi birim için;* cerrahi klinik=1, yoğun bakım=2, ameliyathane=3
- *Çalışılan birimdeki ekip içi iletişimin değerlendirilmesi;* çok kötü- kötü =1, idare eder=2, iyi-çok iyi=3
- *Hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılım;* evet=1, hayır =2
- *Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazma;* evet =1, hayır =2
- *Hasta güvenliği konusunda çalıştıkları birimin değerlendirilmesi;* çok kötü-kötü =1, idare eder =2, iyi- çok iyi =3

İstatistiksel olarak $p < 0,05$ olan değerler anlamlı kabul edildi.

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Konya ili kamu hastanelerinde sadece cerrahi klinikler, cerrahi yoğun bakım ünitesi ve ameliyathanede çalışmakta olan hemşireler ile sınırlıdır. Tüm cerrahi hemşirelerine genellenemez.

2.10. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmanın veri toplama sürecinde cerrahi klinik, yoğun bakım ve ameliyathane de çalışan hemşirelere uygulandı. Hemşirelerin; yoğun olması, anket uygulama tarihinin yoğun kış şartlarına denk gelmesi ve kar tatili dolayısıyla hemşirelere ulaşma konusunda güçlükler yaşandı.

2.11. Araştırmanın Etiği

Araştırma yapılması için Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından etik kurul izni (Bkz. Ek D), ile Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (Bkz. Ek E) Necmettin Erbakan

Üniversitesi Meram Tıp Fakóltesi Hastanesi (Bkz. Ek F), Beyhekim Devlet Hastanesi (Bkz. Ek G), Konya Numune Hastanesi (Bkz. Ek H) Bařhekimliklerinden yazılı izin alındı. Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden izin alınamadı (Bkz. Ek I). Ayrıca araştırmaya katılan katılımcılardan ise sözel izinleri alınmış olup araştırmada kullanılacak olan ölçeğın kullanım izni (Bkz. Ek İ) Ülkü Baykal'dan elektronik posta yoluyla alındı.



3. BULGULAR

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının ve hasta güvenliği tutumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada bulgular dört bölümde verildi:

Birinci bölümde, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,

İkinci bölümde, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin HGTÖ alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulgular,

Üçüncü bölümde, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, mesleki/çalışma özellikleri, ekip içi iletişim ve hasta güvenliğine yönelik görüşlerine göre HGTÖ alt boyut ve toplam ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular,

Dördüncü bölümde ise cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarını etkileyen faktörlere ilişkin bulgular yer aldı.

3.1. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik (Çizelge 3.1) ve mesleki/çalışma özellikleri (Çizelge 3.2), ekip içi iletişim (Çizelge 3.3) ve hasta güvenliğine (Çizelge 3.4) yönelik görüşlerine ilişkin bulgular yer aldı.

Çizelge 3.1. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (n=380).

Özellikler	n	%
Yaş grubu		
20 yaş ve altı	8	2,1
21-30 yaş	212	55,7
31 yaş ve üzeri	160	42,2
Cinsiyet		
Kadın	270	71,1
Erkek	110	28,9
Medeni durum		
Evli	244	64,3
Bekâr	136	35,7
Eğitim düzeyi		
Sağlık Meslek Lisesi (SML)	140	36,8
Önlisans	67	17,7
Lisans ve lisansüstü ¹	173	45,5

¹ Lisansüstü (n=23).

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; katılımcıların % 55,7'sinin 21-30 yaş grubunda, % 71,1'inin kadın, % 64,3'ünün evli ve % 45,5'inin eğitim durumunun lisans ve lisansüstü olduğu belirlendi (Çizelge 3.1). Katılımcıların yaş ortalaması 30,13±7,44 (minumum:18, maksimum:52) olduğu belirlendi.

Çizelge 3.2. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin mesleki/çalışma özellikleri (n=380).

Özellikler	n	%
Kurumdaki görevi		
Hemşire	361	95,0
Sorumlu Hemşire	19	5,0
Kurumdaki çalışma statüsü		
Kadrolu	274	72,2
Sözleşmeli	106	27,8
Mesleki çalışma yılı		
1 yıldan az	17	4,7
1-5 yıl	134	35,2
6-10 yıl	109	28,6
11 yıl ve üzeri	120	31,5
Kurumdaki çalışma yılı		
1 yıldan az	47	12,3
1-5 yıl	190	50,0
6-10 yıl	102	26,8
11 yıl ve üzeri	41	10,9
Bulunduğu birimde çalışma yılı		
1 yıldan az	97	25,5
1-5 yıl	175	46,0
6-10 yıl	74	19,5
11 yıl ve üzeri	34	9,0
Çalışılan cerrahi birim		
Cerrahi klinik	201	52,9
Cerrahi yoğun bakım ünitesi	87	23,2
Ameliyathane	92	23,9
Haftalık çalışma saati		
<40 saat	156	41,1
>40 saat	224	58,9
Çalışılan vardiya		
Gündüz	130	34,3
Gece	56	14,7
Gündüz+gece	194	51,0
Bakılan hasta sayısı ortalaması	Ort±ss	Min-Max.
Gündüz (n= 247)	17,68±12,27	2-90
Gece (n= 217)	17,97±11,64	1-90
Hafta sonu (n= 204)	16,26±10,73	2-90
Günlük ameliyat sayısı (n=83)*	70,75±39,03	2-152

*8 kişi cevap vermemiş.

Hemşirelerin çalışma/mesleki özellikleri incelendiğinde; katılımcıların % 95,0'ı hemşire ve % 72,2'i kadrolu olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin % 35,2'sinin mesleki çalışma yılının 1-5 yıl arasında olduğu, % 50'sinin 1-5 yıl arasında aynı hastanede çalıştığı, % 46'sının aynı birimde çalışma yılının 1-5 yıl arasında olduğu ve % 52,9'unun cerrahi kliniklerde çalıştığı, % 58,9'unun haftada 40 saatten fazla çalıştığı, % 51'inin gece+gündüz çalıştığı belirlendi. Cerrahi klinikler ve Cerrahi YBÜ'nde bakılan hasta sayısı ortalaması gündüz mesaisinde 17,68±12.27, nöbette 17,97±11,64 ve hafta sonu mesaisinde 16,26±10,73'dir. Ameliyathanede günlük yapılan ameliyat sayısı ise ortalama 70,75±39,03'dir (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.3. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin ekip içi iletişime ve hasta güvenliğine yönelik görüşleri (n=380).

Özellikler	n	%
Çalışılan birimde ekip içi iletişimin değerlendirilmesi		
Çok kötü	8	2,1
Kötü	16	4,3
İdare eder	116	30,5
İyi	187	49,2
Çok iyi	53	13,9
Hasta güvenliği ile ilgili eğitime katılma durumu		
Evet	320	84,3
Hayır	60	15,7
Eğitim programı türü		
Hizmet içi eğitim	372	97,8
Kongre	8	2,2
Olay raporu yazma durumu		
Evet	42	11,0
Hayır	338	89,0
Hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi		
Çok kötü	2	0,5
Kötü	12	3,2
İdare eder	77	20,3
İyi	223	58,6
Çok iyi	66	17,4

Hemşirelerin ekip içi iletişim ve hasta güvenliğine yönelik görüşleri incelendiğinde; % 48,8'i ekip içi iletişimin iyi olduğunu, % 84,3'u hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldığını, eğitim alanların % 97,8'i eğitimi hizmeti içi eğitim olarak

aldığını, % 89,0'ı olay raporu yazmadığını ve % 58,6'sının çalıştıkları birimde hasta güvenliğini iyi olarak değerlendirdiği saptandı (Çizelge 3.3).

Çizelge 3.4. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin son bir yılda en sık karşılaştıkları hasta güvenliğini tehdit eden olayların dağılımı

Hasta güvenliğini tehdit eden olaylar	n	%
Enfeksiyon riski	233	61,3
Uzun çalışma saatlerinin neden olduğu yorgunluk ve uykusuzluk	231	60,8
İletişim bozukluğu	220	57,9
Uygun olmayan fiziksel ortam	133	35,0
Hasta düşmeleri	109	28,7
Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanmaması ve doğrulanmaması	66	17,4
Yatak başı bakımda vital bulgulardaki değişikliklerin atlanması	48	12,6
İlaç uygulama hataları	43	11,3
İnfüzyonların yanlış uygulanması	24	6,3
Yanlış kan transfüzyonu	18	4,7

*Şıklar birden fazla işaretlenmiştir.

Cerrahi birimde çalışan hemşirelerin son 1 yılda en sık karşılaştıkları hasta güvenliğini tehdit eden olayların dağılımı Çizelge 3.4'te verildi. Çalışmaya katılan hemşirelerin % 61,3'ü enfeksiyon riskini, % 60,8'i uzun çalışma saatlerinin neden olduğu yorgunluk ve uykusuzluğu ve % 57,9'u iletişim bozukluğunu hasta güvenliğini tehdit eden olaylar olarak ifade ettikleri saptandı.

3.2. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmaya katılan hemşirelerin HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarına (Çizelge 3.5) ilişkin bulgular yer aldı.

Çizelge 3.5. Hemşirelerin HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları.

Alt Boyutlar ve Ölçek Toplamı		Ort±ss	Minimum	Maksimum
Alt boyutlar	İş Doyumu	31,23±10,10	11	55
	Ekip Çalışması	41,09±8,97	12	60
	Güvenlik İklimi	17,24±4,29	5	25
	Yönetim Anlayışı	23,93±6,05	7	35
	Stres Tanımlama	16,05±5,84	6	30
	Çalışma Koşulları	7,49±3,15	5	25
Ölçek Toplamı		137,06±26,23	46	230

Hemşirelerin HGTÖ alt boyut ve toplam ölçekten aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde toplam ölçek puan ortalamasının 137,06±26,23 alt boyutlardan alınan puanların ise 7,49±3,15 ile 41,09±8,97 arasında olduğu belirlendi (Çizelge 3.5).

3.3. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri, Mesleki/Çalışma Özellikleri, Ekip İçi İletişim ve Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşlerine Göre HGTÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Bu bölümde; hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (Çizelge 3.6), mesleki/çalışma özellikleri (Çizelge 3.7), ekip içi iletişim ve hasta güvenliğine yönelik görüşlerine (Çizelge 3.9) göre HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer aldı.

Çizelge 3.6. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=380).

Özellikler	İş Doyumu	Ekip Çalışması	Güvenlik İklimi	Yönetim Anlayışı	Stres Tanımlama	Çalışma Koşulları	HGTÖ Toplam
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Yaş grubu							
20 yaş ve altı	33,62±3,11	44,37±4,18	17,37±1,42	25,00±2,28	18,87±2,19	8,25±1,29	147,50±10,17
21- 30 yaş	30,25±0,66	40,41±0,63	17,08±0,30	23,56±0,43	15,96±0,41	7,48±0,21	134,76±1,83
31 yaş ve üzeri	32,41±0,85	41,94±0,68	17,51±0,33	24,41±0,44	16,03±0,45	7,44±0,24	139,77±2,04
Test değeri	KW: 3,786	KW: 2,595	KW: 0,279	KW: 1,2	KW: 1,427	KW: 0,12	F: 2,27
p değeri	0,151	0,273	0,873	0,549	0,495	0,942	0,105
Cinsiyet							
Kadın	31,22±0,61	40,95±0,51	17,25±0,25	23,75±0,35	15,85±0,34	7,37±0,18	136,42±1,51
Erkek	31,14±0,95	41,39±0,96	17,21±0,45	24,36±0,63	16,50±0,58	7,81±0,32	138,44±2,81
Test değeri	MW: -0,319	MW: -0,466	MW: -0,444	MW: -1,312	MW: -0,685	MW: -1,304	t: -0,681
p değeri	0,751	0,641	0,657	0,192	0,493	0,192	0,496
Medeni durum							
Evli	30,73±0,64	40,59±0,55	17,01±0,26	23,66±0,37	15,80±0,36	7,45±0,19	135,26±1,65
Bekar	31,99±0,87	41,88±0,80	17,58±0,39	24,43±0,56	16,53±0,52	7,60±0,28	140,03±2,30
Test değeri	MW: -1,033	MW: -1,523	MW: -1,748	MW: -1,382	MW: -0,941	MW: -0,168	t: -1,697
p değeri	0,302	0,128	0,081	0,167	0,346	0,866	0,09
Eğitim durumu							
SML ^a	31,97±0,91	42,66±0,79	17,76±0,38	24,87±0,54	15,76±0,53	7,73±0,29	140,79±2,43
Ön lisans ^b	32,25±1,22	42,00±1,02	17,79±0,49	24,47±0,74	17,68±0,77	8,11±0,40	142,32±3,10
Lisans ve üzeri ^c	30,18±0,72	39,45±0,65	16,61±0,31	22,97±0,43	15,66±0,39	7,09±0,21	131,98±1,80
Test değeri	KW: 2,765	KW: 11,029	KW: 8,58	KW: 9,397	KW: 7,403	KW: 5,091	F: 6,126
p değeri	0,251	0,004	0,014	0,009	0,025	0,078	0,002
Anlamlı fark		c<a, b	c<a, b	c<a, b	a, c<b		c<a, b

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Çizelge 3.6'da verildi.

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin *eğitim durumu* ile HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim durumu ile ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) ancak iş doyumu ve çalışma koşulları alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Anlamlı farklılık saptanan HGTÖ alt boyutları ve ölçek toplamında farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; lisans ve üzeri eğitime sahip hemşirelerin ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı alt boyutları ile toplam ölçek puan ortalamalarının SML ve ön lisans mezunu hemşirelerden daha düşük olduğu, ön lisans mezunu hemşirelerin stres tanımlama puan ortalamasının ise diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi.

Çalışmaya katılan cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin *yaş, cinsiyet ve medeni durumlarına* göre HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.7. Cerrahi Birimlerde çalışan hemşirelerin mesleki/çalışma özelliklerine göre HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=380).

Özellikler	İş Doyumu	Ekip Çalışması	Güvenlik İklimi	Yönetim Anlayışı	Stres Tanımlama	Çalışma Koşulları	Toplam
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Kurumdaki görevi							
Sorumlu hemşire	31,12±0,53	41,05±0,47	17,22±0,22	23,86±0,32	16,04±0,31	7,50±0,16	136,82±1,38
Hemşire	33,26±2,19	41,94±1,95	17,57±0,83	25,21±1,21	16,36±0,85	7,31±0,50	141,68±5,37
Test değeri	MW: -1,148	MW: -0,476	MW: -0,465	MW: -0,771	MW: -0,346	MW: -0,230	t: -0,787
p değeri	0,251	0,634	0,642	0,441	0,729	0,818	0,432
Kurumdaki çalışma statüsü							
Kadrolu	30,83±0,63	40,53±0,54	17,00±0,25	23,53±0,35	15,97±0,34	7,55±0,18	135,43±1,61
Sözleşmeli	32,45±0,91	42,34±0,87	17,89±0,43	25,04±0,59	16,06±0,60	7,25±0,30	141,06±2,39
Test değeri	MW: -1,779	MW: -1,859	MW: -2,206	MW: -2,253	MW: -0,086	MW: -1,021	t: -1,886
p değeri	0,075	0,063	0,027	0,024	0,931	0,307	0,060
Mesleki çalışma yılı							
1 yıldan az ^a	33,11±2,8	45,41±2,15	19,05±0,82	26,64±1,29	17,41±0,95	7,05±0,58	148,70±4,99
1-5 yıl ^b	30,89±0,82	41,00±0,73	17,16±0,38	24,00±0,53	16,56±0,55	7,60±0,28	137,23±2,14
6-10 yıl ^c	29,78±1,01	39,71±0,93	16,69±0,41	23,03±0,59	15,23±0,56	7,44±0,30	131,92±2,82
11 yıl ve üzeri ^d	32,50±0,96	41,97±0,79	17,54±0,39	24,40±0,55	16,19±0,49	7,46±0,28	140,07±2,32
Test değeri	KW: 5,957	KW: 7,672	KW: 5,835	KW: 7,075	KW: 4,509	KW: 0,199	F: 3,058
p değeri	0,114	0,053	0,120	0,070	0,211	0,978	0,028
Anlamlı fark							c<b<d<a
Kurumdaki çalışma yılı							
1 yıldan az	32,70±1,52	43,36±1,40	18,02±0,72	25,27±0,99	16,29±0,79	7,34±0,43	143,00±3,83
1-5 yıl	30,66±0,72	40,53±0,66	17,17±0,32	23,72±0,44	16,03±0,45	7,41±0,23	135,55±1,94
6-10 yıl	31,57±1,10	41,51±0,93	17,06±0,40	23,99±0,63	15,68±0,58	7,35±0,32	137,19±2,80
11 yıl ve üzeri	31,04±1,31	40,29±0,99	17,24±0,51	23,39±0,66	16,36±0,69	8,21±0,44	136,56±2,98
Test değeri	KW: 1,342	KW: 3,212	KW: 1,331	KW: 1,796	KW: 0,557	KW: 3,384	F: 1,002
p değeri	0,719	0,360	0,722	0,616	0,906	0,336	0,392

Çizelge 3.7 (Devam). Cerrahi Birimlerde çalışan hemşirelerin mesleki/çalışma özelliklerine göre HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=380).

Özellikler	İş Doyumu	Ekip Çalışması	Güvenlik İklimi	Yönetim Anlayışı	Stres Tanımlama	Çalışma Koşulları	Toplam
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Bulunduğu birimde çalışma yılı							
1 yıldan az	32,10±1,11	41,47±0,98	17,29±0,49	24,11±0,67	16,13±0,59	6,93±0,31	138,06±2,83
1-5 yıl	30,12±0,72	40,62±0,67	17,09±0,33	23,73±0,45	15,88±0,47	7,63±0,24	135,10±1,95
6-10 yıl	32,09±1,26	41,50±1,10	17,35±0,46	24,32±0,73	15,95±0,67	7,64±0,39	138,87±3,26
11 yıl ve üzeri	30,91±1,47	40,88±1,14	17,38±0,58	23,76±0,74	16,26±0,75	7,82±0,48	137,02±3,41
Test değeri	KW: 2,100	KW: 0,261	KW: 0,454	KW: 0,551	KW: 0,105	KW: 4,430	F: 0,467
p değeri	0,552	0,967	0,929	0,908	0,991	0,219	0,705
Çalışılan cerrahi birim							
Cerrahi klinikler ^a	29,64±0,69	39,74±0,61	16,64±0,29	23,05±0,42	16,26±0,39	7,61±0,21	132,97±1,81
Cerrahi YBÜ ^b	31,37±1,04	41,97±1,04	17,15±0,44	24,56±0,63	16,01±0,68	7,02±0,34	138,10±2,92
Ameliyathane ^c	34,45±1,04	43,18±0,87	18,61±0,46	25,23±0,62	15,69±0,63	7,70±0,34	144,87±2,58
Test değeri	KW: 14,668	KW: 11,185	KW: 12,936	KW: 11,549	KW: 0,666	KW: 2,495	F: 6,825
p değeri	0,001	0,004	0,002	0,003	0,717	0,287	0,001
Anlamlı fark	a<b<c	a<b<c	a<b<c	a<b<c			a<b<c
Haftalık çalışma saati							
<40 saat	31,33±0,79	41,27±0,73	17,42±0,32	24,42±0,48	15,38±0,43	7,33±0,25	137,17±2,15
>40 saat	30,78±0,71	40,84±0,60	17,07±0,30	23,61±0,41	16,66±0,41	7,61±0,21	136,60±1,78
Test değeri	MW: -0,554	MW: -0,389	MW: -0,926	MW: -0,959	MW: -2,018	MW: -0,712	t: 0,208
p değeri	0,579	0,697	0,354	0,337	0,044	0,477	0,835
Çalışılan vardiya							
Gündüz	32,24±0,84	41,73±0,73	17,37±0,36	24,10±0,51	15,50±0,45	7,42±0,27	138,39±2,19
Gece	28,85±1,30	40,67±1,28	17,75±0,54	23,69±0,75	15,94±0,80	7,21±0,39	134,14±3,04
Gündüz+gece	31,29±0,75	40,83±0,66	17,02±0,32	23,92±0,45	16,54±0,44	7,65±0,23	137,27±2,014
Test değeri	KW:6,010	KW:0,776	KW:1,524	KW:0,032	KW:4,262	KW:0,833	F:0,515
p değeri	0,051	0,678	0,467	0,984	0,119	0,659	0,598

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin mesleki/çalışma özelliklerine göre HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Çizelge 3.7’ de yer aldı.

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin ***kurumdaki çalışma statüsüne*** göre HGTÖ alt boyutlarından güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı puan ortalamalarında istatistiksel olarak fark olduğu ($p<0,05$) ve sözleşmeli olarak çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının kadrolu olarak çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptandı. Bununla birlikte iş doyumu, ekip çalışması, stres tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları ile toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin ***mesleki çalışma yılı*** ile HGTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), toplam ölçek puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Farkın kaynaklandığı grubu belirlemek için yapılan ileri analizde tüm grupların puan ortalamalarının birbirinden farklı olduğu belirlendi. Bir yıldan daha az süre çalışan hemşirelerin HGTÖ toplam puan ortalamasının en yüksek, 6-10 yıl arasında çalışan hemşirelerin ise en düşük olduğu saptandı.

Hemşirelerin ***çalıştıkları cerrahi birim*** ile HGTÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında grupların iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı alt boyutları ile toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), stres tanımlama ve çalışma koşulları alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Yapılan ileri analizde hemşirelerin hem anlamlı çıkan alt boyutlar hem de toplam puan ortalamalarının birbirinden farklı olduğu, ameliyathanede çalışan hemşirelerin HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamasının en yüksek, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ise en düşük olduğu saptandı.

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin ***haftalık çalışma saati*** ile HGTÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılması sonucunda ölçek alt boyutlarından sadece stres tanımlamada fark olduğu ($p<0,05$), diğer alt boyutlar ile toplam ölçek arasında fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Haftada 40 saatten az çalışan hemşirelerin stres tanımlama puan ortalaması daha düşüktür.

Hemşirelerin *kurumdaki görevi, kurumdaki çalışma yılı, bulunduğu birimdeki çalışma yılı ve çalışılan vardiya* ile HGTÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Çizelge 3.7).

Çizelge 3.8. Cerrahi klinikler ve cerrahi YBÜ'n de bakılan hasta sayısına göre HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları.

		İş Doyumu	Ekip Çalışması	Güvenlik İklimi	Yönetim Anlayışı	Stres Tanımlama	Çalışma Koşulları	Toplam
Gündüz bakılan hasta sayısı	Pearson r	-0,100	-0,206	-0,120	-0,184	-0,052	0,069	-0,173
	p	0,116	0,001	0,060	0,004	0,412	0,277	0,007
Gece bakılan hasta sayısı	Pearson r	-0,076	-0,157	-0,065	-0,139	0,010	0,115	-0,114
	p	0,262	0,021	0,340	0,041	0,888	0,091	0,095
Hafta sonu bakılan hasta sayısı	Pearson r	-0,035	-0,142	-0,042	-0,113	0,013	0,148	-0,077
	p	0,621	0,043	0,549	0,108	0,852	0,035	0,275

Cerrahi klinikler ve cerrahi YBÜ' sinde gündüz, gece ve hafta sonu bakılan ortalama hasta sayısına göre HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gündüz bakılan hasta sayısı ile ekip çalışması, yönetim anlayışı ve toplam puan ortalaması ($p<0,05$) arasında negatif yönde çok zayıf bir ilişki olduğu, gece bakılan hasta sayısı ile ekip çalışması ve yönetim anlayışı ($p<0,05$) alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde çok zayıf bir ilişki olduğu, hafta sonu bakılan hasta sayısı ile ekip çalışması ($p<0,05$) arasında negatif yönde çok zayıf bir ilişki, çalışma koşulları ($p<0,05$) arasında ise pozitif yönde çok zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.9. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin ekip içi iletişim ve hasta güvenliğine yönelik görüşlerine göre HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=380).

Özellikler	İş Doyumu	Ekip Çalışması	Güvenlik İklimi	Yönetim Anlayışı	Stres Tanımlama	Çalışma Koşulları	Toplam
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Çalışılan birimdeki ekip içi iletişimin değerlendirilmesi							
Çok kötü- Kötü ^a	24,08±1,64	32,92±1,26	14,96±0,86	19,13±1,03	17,92±1,49	9,50±0,62	118,50±4,20
İdare eder ^b	28,84±0,86	38,98±0,75	16,28±0,38	22,66±0,59	16,31±0,47	8,43±0,27	131,51±2,42
İyi- Çok iyi ^c	33,12±1,26	42,97±0,58	17,95±0,27	25,05±0,37	15,79±0,39	6,86±0,20	141,73±1,66
Test değeri	KW:14,250	KW:20,321	KW:9,991	KW:15,272	KW:1,574	KW:15,917	F:13,117
p değeri	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,209	<0,001	<0,001
Anlamlı Fark	a<b<c	a<b<c	a<b<c	a<b<c		c<b<a	a<b<c
Hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılım durumu							
Evet	30,98±0,57	40,98±0,50	17,24±0,24	23,90±0,34	16,01±0,32	7,38±0,17	136,52±1,47
Hayır	32,45±1,18	41,67±1,15	17,26±0,50	24,07±0,71	16,25±0,78	8,01±0,39	139,73±3,33
Test değeri	MW:1,061	MW:0,561	MW:0,037	MW:0,204	MW:0,288	MW:1,450	t:0,892
p değeri	0,289	0,575	0,970	0,838	0,773	0,148	0,373
Olay raporu yazma durumu							
Evet	31,71±1,55	43,11±1,32	18,65±0,70	25,82±0,87	15,71±0,97	8,25±0,50	143,28±4,04
Hayır	31,16±0,55	40,89±0,48	17,10±0,23	23,74±0,33	16,09±0,31	7,40±0,17	136,41±1,42
Test değeri	MW:-0,304	MW:-1,392	MW:-2,043	MW:-1,946	MW:0,367	MW:-1,515	t:-1,476
p değeri	0,761	0,165	0,042	0,052	0,714	0,131	0,141
Hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi							
Çok Kötü-Kötü ^a	27,36±1,84	39,79±1,76	18,36±0,88	23,14±1,44	15,36±1,75	8,79±1,06	132,79±3,97
İdare eder ^b	26,42±0,87	36,84±0,80	15,57±0,44	21,51±0,70	16,44±0,65	8,08±0,35	124,86±2,56
İyi- Çok İyi ^c	32,73±0,61	42,34±0,54	17,66±0,26	24,65±0,35	15,99±0,35	7,28±0,18	140,64±1,57
t değeri	KW:13,781	KW:12,258	KW:7,910	KW:8,676	KW:0,287	KW:3,193	F: 11,831
p değeri	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,751	0,042	<0,001
Anlamlı fark	b<a<c	b<a<c	b<c<a	b<a<c		c<a,b	b<a<c

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin ekip içi iletişime ve hasta güvenliğine yönelik görüşlerine göre HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Çizelge 3.9’da yer aldı.

Hemşirelerin *çalıştıkları birimindeki ekip içi iletişimin değerlendirilmesi* ile HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında grupların iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ve çalışma koşulları alt boyutları ile toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), stres tanımlama alt boyutu puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Anlamlı farklılık saptanan HGTÖ alt boyutları ve ölçek toplamında farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; çok kötü-kötü olarak değerlendiren hemşirelerin iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ortalamalarının idare eder ve iyi-çok iyi olarak değerlendiren hemşirelerden daha düşük olduğu, *çalışma koşulları* puan ortalamasının ise; iyi – çok iyi olarak değerlendiren hemşirelerin diğerlerinden daha düşük olduğu belirlendi.

Hemşirelerin *hasta güvenliği konusunda birim değerlendirilmesi* ile HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında grupların iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, çalışma koşulları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), ancak stres tanımlama alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Anlamlı farklılık saptanan HGTÖ alt boyutlarında farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; idare eder olarak değerlendiren hemşirelerin iş doyumunu, ekip çalışması, yönetim anlayışı ve toplam puan ortalamalarının çok kötü-kötü ve iyi-çok iyi olarak değerlendiren hemşirelerden daha düşük olduğu, güvenlik iklimi puan ortalamasının; çok kötü-kötü olarak değerlendiren hemşirelerin diğerlerinden daha yüksek olduğu, çalışma koşulları puan ortalamasının ise; hasta güvenliği iyi-çok iyi olarak değerlendiren hemşirelerin idare eder ve çok kötü- kötü olarak değerlendiren hemşirelerden daha düşük olduğu belirlendi.

Hasta güvenliği ile ilgili *eğitim programına katılma durumu ve olay raporu* yazma durumuna göre hem HGTÖ alt boyutları hem de ölçek toplam puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Çizelge 3.9).

3.4. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde hemşirelerin hasta güvenliği tutumları üzerinde etkili olan faktörlere ilişkin bulgular yer aldı (Çizelge 3.10, 3.11, 3.12, 3.13, 3.14, 3.15, 3.16).

Çizelge 3.10. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin HGTÖ iş doyumu alt boyutu tutumlarını etkileyen faktörler.

İş Doyumu	β	Sig(p)	%95,0		Beta	t
			Güven Aralığı			
			Alt Değer	Üst Değer		
Medeni durum	3,186	0,005	0,982	5,389	0,151	2,844
Mesleki çalışma yılı	0,029	0,002	0,011	0,048	0,234	3,177
Kurumdaki çalışma yılı	-0,026	0,015	-0,047	-0,005	-0,166	-2,433
Çalışılan birimdeki ekip içi iletişimin değerlendirilmesi	2,689	<0,001	1,525	3,854	0,223	4,543
Hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılım	-3,200	0,020	-5,888	-0,511	-0,112	-2,340
Hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi	3,852	<0,001	2,490	5,214	0,269	5,562
R=0,456 R ² =0,208 F=15,734 Sig(p)=0,000						

Çizelge 3.10 incelendiğinde hasta güvenliği tutumlarını etkileyen değişken faktörlere göre HGTÖ *İş Doyumu* alt boyutunun %20,8'ini açıklamakta ve bulunan modelde medeni durumun ($p=0,005$), mesleki çalışma yılının ($p=0,002$), kurumdaki çalışma yılının ($p=0,015$), çalışılan birimde ekip içi iletişimin değerlendirilmesinin ($p<0,001$), hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılım durumunun ($p=0,020$), hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesinin ($p<0,001$) anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$).

Çizelge 3.11. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin HGTÖ Ekip Çalışması alt boyutu tutumlarını etkileyen faktörler.

Ekip Çalışması	β	Sig(p)	95,0% Güven Aralığı		Beta	t
			Alt	Üst		
			Değer	Değer		
Eğitim durumu	-1,030	0,014	-1,852	-0,208	-0,114	-2,464
Çalışılan birimdeki ekip içi iletişimin değerlendirilmesi	3,192	<0,001	2,197	4,187	0,301	6,308
Hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi	3,116	<0,001	1,939	4,293	0,249	5,206
R=0,459 R ² =0,211 F=33,092 Sig(p)=0,000						

Çizelge 3.11. incelendiğinde hasta güvenliği tutumlarını etkileyen değişken faktörlere göre HGTÖ *Ekip Çalışması* alt boyutunun %21,1'ini açıklamakta ve bulunan modelde eğitim durumun ($p=0,014$), çalışılan birimde ekip içi iletişimin değerlendirilmesinin ($p<0,001$), hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesinin ($p<0,001$) anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$).

Çizelge 3.12. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin HGTÖ Güvenlik İklimi alt boyutu tutumlarını etkileyen faktörler.

Güvenlik İklimi Puanı	β	Sig(p)	95,0% Güven Aralığı		Beta	t
			Alt	Üst		
			Değer	Değer		
Yaş	0,110	0,009	0,027	0,193	0,192	2,618
Kurumdaki çalışma statüsü	1,385	0,015	0,271	2,498	0,148	2,446
Kurumdaki çalışma yılı	-0,022	0,010	-0,038	-0,005	-0,336	-2,579
Bulunduğu birimde çalışma yılı	0,015	0,044	0,000	0,031	0,241	2,021
Çalışılan birimdeki ekip içi iletişimin değerlendirilmesi	1,332	<0,001	0,829	1,835	0,266	5,210
Olay raporu yazma	1,384	0,010	0,327	2,441	0,129	2,576
Hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi	1,078	<0,001	0,482	1,674	0,180	3,557
R= 0,409 R ² =0,168 F=10,090 sig(p)=0,000						

Çizelge 3.12 incelendiğinde hasta güvenliği tutumlarını etkileyen değişken faktörlere göre HGTÖ **Güvenlik İklimi** alt boyutunun %16,8'ini açıklamakta ve bulunan modelde yaşı (p=0,009), kurumdaki çalışma statüsünün (p=0,015), kurumdaki çalışma yılının (p=0,010), bulunduğu birimdeki çalışma yılının (p=0,044), çalışılan birimdeki ekip içi iletişimin değerlendirilmesinin (p<0,001), olay raporu yazmanın (p=0,010), çalışılan birimdeki hasta güvenliğini değerlendirilmesinin (p<0,001) anlamlı olduğu saptandı (p<0,05).

Çizelge 3.13. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin HGTÖ Yönetim Anlayışı alt boyutu tutumlarını etkileyen faktörler.

Yönetim Anlayışı	β	Sig(p)	95,0%		Beta	t
			Güven Aralığı			
			Alt Değer	Üst Değer		
Kurumdaki çalışma statüsü	1,870	0,003	0,625	3,116	0,141	2,953
Çalışılan birimdeki ekip içi iletişimin değerlendirilmesi	1,929	<0,001	1,244	2,615	0,271	5,533
Hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılım durumu	-2,645	0,001	-4,219	-1,072	-0,157	-3,306
Hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi	1,662	<0,001	0,850	2,474	0,197	4,024
R=0,431 R²=0,186 F= 20,987 Sig(p)=0,000						

Çizelge 3.13 incelendiğinde hasta güvenliği tutumlarını etkileyen değişken faktörlere göre HGTÖ **Yönetim Anlayışı** alt boyutunun %18,6'sını açıklamakta ve bulunan modelde kurumdaki çalışma statüsünün (p=0,003), çalışılan birimdeki ekip içi iletişimin değerlendirilmesinin (p<0,001), hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılım durumunun (p=0,001) ve hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesinin (p<0,001) anlamlı olduğu saptandı (p<0,05).

Çizelge 3.14. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin HGTÖ Stresi Tanımlama alt boyutu tutumlarını etkileyen faktörler.

Stres Tanımlama	β	Sig(p)	95,0% Güven Aralığı		Beta	t
			Alt Değer	Üst Değer		
Çalışılan birim	-0,127	0,014	-0,228	-0,026	-0,126	-2,466
Çalışılan birimdeki ekip içi iletişimin değerlendirilmesi	-0,794	0,025	-1,490	-0,099	-0,115	-2,247
R=0,168 R ² =0,028 F= 5,427 Sig(p)=0,005						

Çizelge 3.14 incelendiğinde hasta güvenliği tutumlarını etkileyen değişken faktörlere göre HGTÖ **Stres Tanımlama** alt boyutunun %2,8'ini açıklamakta ve bulunan modelde çalışılan birimin (p=0,014), çalışılan birimde ekip içi iletişimin değerlendirilmesinin (p=0,025) anlamlı olduğu görüldü (p<0,05).

Çizelge 3.15. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin HGTÖ Çalışma Koşulları alt boyutu tutumlarını etkileyen faktörler.

Çalışma Koşulları	β	Sig(p)	95,0% Güven Aralığı		Beta	t
			Alt Değer	Üst Değer		
Eğitim durumu	-0,359	0,023	-0,670	-0,049	-0,113	-2,278
Çalışılan birimdeki ekip içi iletişimin değerlendirilmesi	-1,056	<0,001	-1,421	-0,691	-0,282	-5,689
R=0,298 R ² =0,089 F= 18,068 Sig(p)=0,000						

Çizelge 3.15 incelendiğinde hasta güvenliği tutumlarını etkileyen değişken faktörlere HGTÖ **Çalışma Koşulları** alt boyutunun %8,9'unu açıklamakta ve bulunan modelde eğitim durumunun (p=0,023), çalışılan birimdeki ekip içi iletişimin değerlendirilmesinin (p<0,001) anlamlı olduğu görüldü (p<0,05).

Çizelge 3.16. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin HGTÖ tutumlarını etkileyen faktörler.

Toplam Ölçek Boyutu	β	Sig(p)	95,0% Güven Aralığı		Beta	t
			Alt Değer	Üst Değer		
Medeni durum	9,620	0,001	3,873	15,367	0,175	3,292
Mesleki çalışma yılı	0,065	0,007	0,018	0,113	0,200	2,701
Kurumdaki çalışma yılı	-0,063	0,025	-0,117	-0,008	-0,154	-2,254
Çalışılan birimde ekip içi iletişimin değerlendirilmesi	7,454	<0,001	4,417	10,491	0,238	4,827
Hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılım	-9,110	0,011	-16,124	-2,097	-0,123	-2,555
Hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi	9,299	<0,001	5,747	12,852	0,250	5,147
R=0,451 R ² =0,204 F= 15,358 Sig(p)=0,000						

Çizelge 3.16 incelendiğinde hasta güvenliği tutumlarını etkileyen değişken faktörlere göre cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin HGTÖ **Ölçek Toplamının** %20,4'ünü açıklamakta ve bulunan modelde medeni durumun (p=0,001), mesleki çalışma yılının (p=0,007), kurumdaki çalışma yılının (p=0,025), çalışılan birimdeki ekip içi iletişimin değerlendirilmesinin (p<0,001), hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılım durumunun (p=0,011), hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmenin ise (p<0,001) anlamlı olduğu görüldü (p<0,05).

4. TARTIŞMA

Sağlık bakım hizmetlerinin temel ilkelerinden biri olan ‘önce zarar verme’ ilkesine göre; öncelikle hasta ve sağlık bakım profesyonellerinin güvenliğini ilk sıraya koyarak sağlık bakım hizmetinin her aşamasında, hasta güvenliğinin geliştirilmesine öncelik verilerek tıbbi hataların önlenmesi gerekmektedir (Morath ve Turnbull 2005, Rızalar ve ark 2016). Bu bağlamda hasta güvenliğinin sağlanmasında sağlık bakım profesyonellerinin tutumlarının belirlenmesi önemlidir (Weaver ve ark 2013). Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarını ve bu tutumları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada bulgular üç bölümde tartışıldı.

4.1. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin HGTÖ alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması,

4.2. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, mesleki/çalışma özellikleri, ekip içi iletişim ve hasta güvenliğine yönelik görüşlerine göre HGTÖ alt boyut ve toplam ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bulguların tartışılması,

4.3. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarını etkileyen faktörlere ilişkin bulguların tartışılması.

4.1. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin HGTÖ alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması

Sağlık profesyonellerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarını değerlendirmek amacıyla kullanılan HGTÖ’nin kullanıldığı bu çalışmada cerrahi hemşirelerinin toplam ölçekten aldıkları puan ortalaması ($137,06 \pm 26,23$) ölçeğin orta noktasından (orta noktası 138) düşüktür (Çizelge 3.5). Bu çalışma ile paralel olarak literatürde hasta güvenliği tutum puanlarının orta noktasından düşük olduğunu gösteren çalışmaların (Bahrami ve ark 2014, Saleh ve ark 2015, Şahin ve ark 2015) yanı sıra orta nokta ve üzerinde olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Erdağı ve Özer 2013, Hwang 2015, Özdemir Kardeş ve Şahin Akgün 2015, Rızalar ve ark 2016, Durgun ve Kaya 2018, Soh ve ark 2018). Bu çalışmada hasta güvenliği tutumlarının düşük düzeyde olmasının nedenleri; çalışılan grubun eğitim düzeyinin farklı olması,

hasta güvenliğine ilişkin eğitim alınmasına karşın eğitimlerin içselleştirilmemesi ve çalışma saatlerinin yoğun olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin iş doyumu (orta noktası 33), stresi tanımlama (orta noktası 18) ve çalışma koşulları (orta noktası 15) alt boyutlarından aldıkları puanlar alt boyutların orta noktasından düşük, ekip çalışması (orta noktası 36), güvenlik iklimi (orta noktası 15) ve yönetim anlayışı (orta noktası 21) alt boyutlarında ise aldıkların puanlar alt boyutların orta noktasından yüksektir (Çizelge 3.5).

Durgun ve Kaya (2018)'nın çalışmasında ise, hemşirelerin iş doyumu; 36,67 ekip çalışması; 31,71 güvenlik iklimi; 13,51 yönetim anlayışı; 18,76 stresi tanımlama; 15,80 çalışma koşulları; 16,67 ve toplam ölçekten 133,12 puan aldıkları belirlenmiştir (Durgun ve Kaya 2018). Bu çalışmada ise hemşirelerin iş doyumu; 31,23 ekip çalışması; 41,09 güvenlik iklimi; 17,24 yönetim anlayışı; 23,93 stresi tanımlama; 16,05 çalışma koşulları; 7,49 ve toplam ölçekten 137,06 puan aldıkları saptandı (Çizelge 3.5).

Hasta güvenliği tutum ölçeği altı alt boyuttan oluşmakta **Ekip Çalışması** (41,09±8,97) alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 60'dır (Çizelge 3.5). Yapılan çalışmalarda ekip çalışmasının yüksek puan aldığı birimlerde hasta çıktılarının daha iyi olduğu, ekip üyelerinin daha az stres yaşadıkları ve böylece iş doyumunu arttırdığı tespit edilmiştir (Toso ve ark 2016, Elsous ve ark 2017, Ongun ve Intepeler 2017). Ekip çalışması puanının yüksek olması, hasta güvenliğinin sağlanmasında tutumları olumlu yönde artırarak hasta güvenliğinin gelişimini destekleyeceği düşünülebilir.

HGTÖ'n de **İş doyumu** (31,23±10,10) alt boyutundan en düşük 11 en yüksek 55 puan aldığı tespit edilmiş olup (Çizelge 3.5) iş doyumlarının yetersiz ve istenilen düzeyde olmadığı tespit edilmiştir. Hemşirelerin iş doyumlarının yetersiz olduğunu bildiren çalışmaların yanı sıra (Gabrani ve ark 2015, Soh ve ark 2018), cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin sorumluluklarının artmasıyla birlikte iş doyumunun olumlu yönde etkilendiğini bildiren çalışmalarda tespit edilmiştir (Kahraman ve ark 2011, Tilev ve Beydağı 2014). İş doyumunun artırılması kalite ve hasta güvenliği tutumlarının yanı sıra iletişim ve hasta memnuniyetinin artacağı söylenebilir.

HGTÖ **Yönetim anlayışı** (23,93±6,05) alt boyutundan en düşük 7 en yüksek 35 puan aldığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda hasta güvenliğinin tam olarak sağlanmasında yönetim anlayışının ve yöneticilerin tutum ve davranışlarının önemli olduğu belirtilmiştir (Adigüzel 2010, Abdi ve ark 2015). Bu çalışmanın aksine yönetim anlayışının düşük olduğunu belirten çalışmalar tespit edilmiştir (Sexton ve ark 2006, Filiz ve Bodur 2009, Ongun ve İntepeler 2017). Hasta güvenliği tutumlarını inceleyen bir çalışmada; yönetimin hasta güvenliğine olan sadakati, sağlık bakım profesyonellerinin tutumları ile doğrudan ilişkili olduğu tespit edilmiş olup (Vural ve ark 2014), yönetimin hasta güvenliğini özümsemesi ve hemşirelere bu desteği hissettirmesi güvenlik tutumlarını artırarak hasta güvenliğinin daha iyi olacağı söylenebilir.

HGTÖ **Güvenlik iklimi** (17.24±4.29) alt boyutunda en düşük 5 en yüksek 25 puandır. Yapılan çalışmalarda güvenlik iklimine ilişkin tutumların düşük düzeyde olduğu ve güvenlik ikliminin geliştirilmesinin gerekli olduğu tespit edilmiştir (Brasaitte ve ark 2016, Durgun ve Kaya 2018). Yapılan bir çalışmada çalışma süresi 1 yıldan az, yaşı <35 olan sağlık bakım profesyonellerinin güvenlik iklimi tutumlarının daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir (Raftopoulos ve ark 2011). Hasta güvenliğine ilişkin kural ve yönetmeliklerin geliştirilmesi mevcut bulunan kuralların etkili bir şekilde kullanılması hasta güvenliği tutumunu geliştirmede etkili olacağı düşünülebilir.

HGTÖ **Stresi tanımlama** (16,05±5,84) alt boyutundan en düşük 6 en yüksek 30 puandır. Yapılan çalışmalarda stresin performansı ve iş doyumunu olumsuz yönde etkilediğini belirten çalışmalar olup (Abdi ve ark 2015, Durgun ve Kaya 2018), stres yorgunluk ve aşırı iş yükünün fazla olması gibi etmenlerin hataya sürüklediği tespit edilmiştir (Sami ve ark 2012, Yılmaz ve ark 2017). Yapılan bir çalışmada ise ameliyathane içindeki ekip çalışmasının olumlu algılanması stres düzeyini düşürdüğü, güvenlik tutumlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Ongun ve İntepeler 2017). Bu çalışmaya göre hemşirelerin çalışma saatleri artıka stres tanımlama alt boyut puanlarının arttığı, tıbbi hatalara yol aarak güvenlik tutumlarını etkilediği söylenebilir.

HGTÖ **Çalışma koşulları** (7,49±3,15) alt boyutundan en düşük 5, en yüksek 25 puandır. Çalışma koşulları alt boyutu çalışılan ortamın nitelik ve kalitesine

yönelik tutumları göstermesinin yanı sıra mesleki doyumu ve profesyonelliği etkilediği bildirilmiştir (Smith ve ark 2006). Çalışanların çalışma şartları düzeltilmeden hasta güvenliği ile ilgili bir tutum oluşturulması imkansızdır. Ekip içi iyi bir iletişim sağlandığı takdirde çalışma koşulları içerisinde hasta güvenliği tutumu artacağı bildirilmiş olup (Karamanoğlu Yavuz ve ark 2009), ekip içi iletişimin kötü olarak değerlendirilmesi, çalışma koşullarının iyi olmaması hasta güvenliği tutumunu olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

4.2. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Mesleki/Çalışma Özellikleri, Ekip İçi İletişim ve Hasta Güvenliğine Yönelik Görüşlerine Göre HGTÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri mesleki/çalışma özellikleri, ekip içi iletişim ve hasta güvenliğine yönelik görüşlerine göre HGTÖ alt boyut ve toplam ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin verilerin tartışılmasına yer verildi (Çizelge 3.6, 3.7, 3.8).

4.2.1. Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre HGTÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Bu çalışmada hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinden *yaş, cinsiyet* ve *medeni durumlarına* göre HGTÖ alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında bir fark olmadığı belirlendi (Çizelge 3.6). Bu çalışma ile benzer şekilde literatürde yaş, cinsiyet (Ammouri ve ark 2015, Özsayın Susam ve Özbayir 2016, Özşaker ve Tehçi 2016, Durgun ve Kaya 2018) ve medeni durumlarına (Özsayın Susam ve Özbayir 2016, Durgun ve Kaya 2018) göre HGTÖ puanları arasında fark olmadığını gösteren çalışmalar vardır. Bununla birlikte bu çalışmanın aksine erkek hemşirelerin kadınlara göre (Bodur ve Filiz 2009, Ongun ve Intepeler 2017), 40 yaş ve üzeri hemşirelerin 40 yaş altı gruba göre (Holden ve ark 2009, Şahin ve ark 2015, Ongun ve Intepeler 2017), evli hemşirelerin ise bekarlara göre (Bodur ve Filiz 2009, Ongun ve Intepeler 2017), hasta güvenliği tutumlarının daha iyi olduğunu gösteren çalışmalarda vardır. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin yaşı arttıkça deneyimlerinin artması, mesleki etiği benimsemeleriyle birlikte hasta güvenliği tutumlarının olumlu yönde geliştiğini, evli olanların sorumluluk alması, bekarlara

göre olay karşısında çözüm üretme becerisinin daha iyi olduğu ve bu durumun çalışmalarına etki ederek hasta güvenliği tutumlarını olumlu etkilediği düşünülmektedir. Cinsiyet ve medeni durum hasta güvenliği tutumlarını etkileyen majör değişkenlerden olmadığı için hasta güvenliği tutum puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaması ve çalışanların nitel özelliklerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada lisans ve üzeri eğitime sahip hemşirelerin ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ve toplam ölçek puanları, SML ile lisans ve üzeri hemşirelerin stresi tanımlama puanları daha düşüktür (Çizelge 3.6). Bu çalışma ile benzer şekilde lisans ve üzeri hemşirelerin ekip çalışması, güvenlik iklimi (Ciğerci ve ark 2016), yönetim anlayışı (Sexton ve ark 2006, Bodur ve Filiz 2009, Ciğerci ve ark 2016, Ongun ve Intepeler 2017) ve toplam ölçek (Karaca ve Arslan 2014) puanları düşük bulunduğu çalışmalar vardır. Bu çalışmanın aksine bazı çalışmalarda ise eğitim durumu lisans ve üzeri olan hemşirelerin ekip çalışması (Sexton ve ark 2006, Bodur ve Filiz 2009, Elliott ve Liu 2010, Güneş Yapucu ve ark 2016, Ongun ve Intepeler 2017) güvenlik iklimi (Hwang 2015, Brasaite ve ark 2016, Ongun ve Intepeler 2017), stresi tanımlama (Kaya 2009, Ciğerci ve ark 2016, Ongun ve Intepeler 2017), yönetim anlayışı (Elsous ve ark 2017) puanları yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte eğitim durumuna göre HGTÖ alt boyut ve toplam puanın değişmediğini gösteren çalışmalar da (Özşaker ve Tehçi 2016, Durgun ve Kaya 2018, Tunçer Ünver ve Harmanci Seren 2018) vardır. Bu çalışmanın sonucunda SML ve önlisans mezunu hemşirelerin iş deneyim sürelerinin fazla olmasının yanı sıra hemşirelerin nitel ve nicel özelliklerinin de etkili olduğu düşünülmektedir.

4.2.2. Mesleki Özelliklerine Göre HGTÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Bu çalışmada hemşirelerin mesleki özelliklerinden *kurumdaki görevi, kurumdaki çalışma yılı, klinikteki çalışma yılı ve çalışılan vardiya*ya göre HGTÖ alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında bir fark olmadığı belirlendi (Çizelge 3.7). Bu çalışma ile benzer şekilde literatürde kurumdaki görevi (Rızalar ve ark 2016), kurumdaki çalışma yılı (Karaca ve Arslan 2014, Özşaker ve Tehçi 2016, Durgun ve Kaya 2018), klinikteki çalışma yılına (Karaca ve Arslan 2014, Durgun ve Kaya 2018) göre HGTÖ puanları arasında fark olmadığını gösteren çalışmalar vardır.

Hasta güvenliği tutumlarının çalışma süresine göre değişim gösterdiği, hemşirelerin çalışma yılıyla orantılı olarak profesyonelliklerinin arttığı düşünülmektedir. Uzun çalışma saatleri psiko sosyal ve fizyolojik iyilik halini etkilemekte ve bu durumun çalışanların tutum ve davranışlarına olumsuz etkiler yarattığı düşünülmektedir.

Çalışmada sözleşmeli çalışan hemşirelerin güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı alt boyut puanlarının kadrolu çalışan hemşirelere göre yüksek olduğu, diğer alt boyut ve toplam ölçek puanlarının değişmediği bulundu (Çizelge 3.7). Bu çalışmanın aksine yapılan bir başka çalışmada kadrolu hemşirelerin hasta güvenliği tutumları daha iyi bulunmuştur (Özsayın Susam ve Özbayır 2016). Bununla birlikte kurumdaki çalışma statüsünün hasta güvenliği tutumu üzerinde etkili olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Karaca ve Arslan 2014, Ongun ve Intepeler 2017). Bu çalışmada kadrolu hemşirelerde güvenlik iklimi ve yönetim anlayışının düşük olmasının nedeni son yapılan düzenlemeler ile sözleşmeli hemşirelerle kadrolu hemşireler arasında özlük hakları, benzer olmasına karşın kadrolu hemşirelerde iş garantisinin vermiş olduğu güvenceye bağlı olarak hasta güvenliğine gereken önemi vermemelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada *mesleki çalışma yılına* göre HGTÖ alt boyut algılamaları arasında fark olmadığı ancak ölçek toplamında 6-10 yıl çalışan hemşirelerin sırasıyla 1-5 yıl, 11 yıl ve üzeri ile 1 yıldan az çalışan hemşirelere göre hasta güvenliği tutum algılarının olumsuz olduğu görülmektedir (Çizelge 3.7). Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar (Bodur ve Filiz 2009, Karaca ve Arslan 2014, Özşaker ve Tehçi 2016, Karayurt ve ark 2017, Durgun ve Kaya 2018) olduğu kadar mesleki deneyim arttıkça hasta güvenliği tutumlarının olumlu yönde olduğunu gösteren çalışmalarda (Bondevik ve ark 2014, Hwang 2015, Özdemir Kardaş ve Şahin Akgün 2015, Ongun ve Intepeler 2017) vardır. Ancak bir çalışmada mesleki çalışma yılı artıkça hasta güvenliği tutumunun olumsuz olduğu belirtilmiştir (Bodur ve Filiz 2009). Hemşirelerin mesleki deneyimi artıkça hasta güvenliği tutumlarının artması beklenmektedir. Bu çalışmada bir yıldan az çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutum algılarının diğer gruplara göre yüksek olmasının nedeninin, bu grubun işe yeni başlaması ve deneyimlerinin yeterli olmaması nedeniyle daha dikkatli olmalarından, mesleki deneyimi daha çok olan hemşirelerin ise bu işleri daha fazla yapmalarına

bağlı olarak daha az önemseyerek yapmaları ve meslekten beklentilerinin azalması olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada ameliyathanede çalışan hemşirelerin iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı alt boyutları ile toplam ölçek puanlarının sırasıyla cerrahi YBÜ’ de ve cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu görülmektedir (Çizelge 3.7). Yapılan bir çalışmada hastanelerin farklı birimlerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumuna ilişkin puan ortalamaları arasında farklılıklar olduğu belirlenmiş olup, polikliniklerin hasta güvenliği açısından en güvenilir yerler olduğu, acil servislerin çok yoğun olması, hasta sirkülasyonunun hızlı olması ve hasta ile ilgili kararların kısa bir sürede alınması gereken birimler olmasına rağmen hasta güvenliği uygulamaları açısından yeterli birimler olduğu belirlenmiştir (Göz ve Kayahan 2011). Ameliyathanelerin yoğun, karmaşık iç yapısı, stresli ve kullanılan tıbbi cihazların çeşitliliği ve işleyişindeki karmaşa açısından özel bilgi, beceri ve donanım gerektiren özel birimler olması ve ameliyathane ekibinin hasta güvenliği açısından daha dikkatli bir tutum sergilemeleri gerekmektedir (Özsayın Susam ve Özbayır 2016). Ameliyathane ortamının fiziksel özelliğinin, kullanılan araç-gereç, malzemelerin ve yapılan uygulamaların karmaşık ve özellikli olması nedeniyle ameliyathanede hasta ve hasta yakınları, h ı nedeniyle burada çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının daha iyi olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada **40 saat ve üzeri** çalışan hemşirelerin stresi tanımlama alt boyut puanlarının diğer gruba göre yüksek olduğu, diğer alt boyut ve toplam ölçek puanlarının değişmediği bulundu (Çizelge 3.7). Benzer şekilde hemşirelerin çalışma saatleri arttıkça stres tanımlama alt boyutu puanlarının arttığı görülmektedir (Elsous ve ark 2017). Bununla birlikte literatürde haftada 40 saatten fazla çalışmanın yorgunluk ve strese neden olmasına bağlı olarak hasta güvenliğini tehlikeye attığı ifade edilmektedir (Rogers ve ark 2004, Bodur ve Filiz 2009). Bir çalışmada da hemşirelerin çalışma saati arttıkça hastanın durumundaki değişikliklerin fark edilmesinin geciktiği, ilaç uygulama hatalarının, hastane enfeksiyonlarının ve basınç yaralarının arttığı ve hemşirelerin olumsuz bu durumlara yanıt verme sürelerinin de azaldığı belirtilmiştir (Rogers ve ark 2004). Yapılan çalışmalarda uzun çalışma saatleri fizyolojik ve psikososyal durumu etkileyerek stres düzeyinin artmasına neden

olmakta, ayrıca artan haftalık çalışma saati ile birlikte yorgunluk, dikkatsizlik, stres gibi nedenlerle hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedir (Şahin ve ark 2015, Elsous ve ark 2017). Bu çalışmada ise; çalışma saatlerine göre hasta güvenliği tutumları arasında fark olmamasına rağmen 40 saatten az çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutum algıları daha olumsuzdur.

Cerrahi klinikler ve cerrahi YBÜ' n de çalışan hemşirelerin ***bakım verdikleri ortalama sayılarına*** göre; gündüz bakılan hasta sayısı ile ekip çalışması, yönetim anlayışı ve ölçek toplam puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki, gece bakılan hasta sayısı ile ekip çalışması ve yönetim anlayışı arasında negatif yönde çok zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, hafta sonu bakılan hasta sayısı ile ekip çalışması arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı, çalışma koşulları ile arasında pozitif yönde çok zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (Çizelge 3.8). Literatürde bakılan hasta sayısı ile HGTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanılmamıştır. Bununla birlikte hemşire başına düşen hasta sayısının artması hemşirelerin iş yoğunluğunun artmasına, dikkatlerinin azalmasına ve hasta güvenliğinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir.

4.2.3. Çalışılan Birimdeki İletişimin Özelliklerine Göre HGTÖ Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Hemşirelerde ***çalışılan birimdeki ekip içi iletişim*** hasta güvenliği tutumlarını etkileyebilir. Bu nedenle çalışmada hemşirelerin ekip içi iletişim özellikleri hasta güvenliği tutumları arasında ilişki olup olmadığı incelendi. Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki ekip içi iletişimini iyi-çok iyi değerlendiren hemşirelerin HGTÖ iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı alt boyutları ile toplam ölçek puanlarının yüksek, çalışma koşulları alt boyut puanlarının ise düşüktür (Çizelge 3.9). Benzer şekilde yapılan çalışmalarda da klinikteki iletişim hasta güvenliğini tehdit eden ve tıbbi hatalara yol açan önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (Acaroğlu ve Aştı 2000, Elliott ve Liu 2010, Ovalı 2010, Gündoğdu Karaboğa ve Bahçecik 2012). Bu sonuçlara göre birimdeki iletişimin iyi olması hasta güvenliği tutumlarını olumlu yönde değiştirebileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin *hasta güvenliği konusunda birim değerlendirmesine* göre; iyi-çok iyi değerlendiren hemşirelerin iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetimi anlayışı alt boyutları ile toplam ölçek puanları diğer gruplara göre daha yüksek, çalışma koşulları puanı ise daha düşüktür (Çizelge 3.9). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin çalıştıkları birimi hasta güvenliğine ilişkin olumlu yönde değerlendirdikleri (Çakır ve Tütüncü 2009, Çırpı ve ark 2009, Özmen ve Başol 2010), ayrıca hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre değerlendirmelerinde çok iyi ve olumlu yönde olduğu yanıtını verdiği bulunmuştur (Gündoğdu ve Bahçecik 2012). Literatürde hasta güvenliği konusunda birim değerlendirmesi ile hasta güvenliği tutumları arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanmamıştır.

Hemşirelerin *hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılım durumlarına* göre HGTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Çizelge 3.9). Benzer bir şekilde, bir çalışmada hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılma durumunun hasta güvenliği tutumunu etkilemediği belirlenmiştir (Durgun ve Kaya 2018). Bu çalışmanın aksine yapılan çalışmalarda, hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılan hemşirelerin hasta güvenliği tutumu daha anla bulunmuştur (Özsayın Susam ve Özbayır 2016, Ongun ve Intepeler 2017). Literatürde hasta güvenliği ile ilgili eğitim programına katılımın hasta güvenliği tutumuna etkisinin karşılaştırıldığı çalışmalar birbirine benzemektedir. Hemşirelerin aldığı bu eğitimlerin genellikle hastane uygulamaları kapsamında zorunlu olması nedeniyle eğitimlerin bireyler tarafından önemsenmemesi ve içselleştirilmemesinin hasta güvenliği tutumlarının değişmemesine neden olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin *olay raporu yazma durumlarına* göre HGTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Çizelge 3.9). Yapılan çalışmalarda hasta güvenliğine yönelik olay raporu yazma oranının az olduğu ve rapor yazmanın hasta güvenliği tutumu üzerine etkisinin olmadığını düşündürmektedir (Çakır ve Tütüncü 2009, Gündoğdu Karaboğa ve Bahçecik 2012). Hata yapanı suçlayıcı ve cezalandırıcı bir yaklaşımın sergilenmesi, aynı zamanda yaşanan olayların hata olarak algılanmaması da olay raporu yazılmamasına neden olmaktadır. Sağlık bakım profesyonelleri ve hastalar arasında açık iletişimin sağlanması, açık yönetim politikaları ve şeffaflık felsefesiyle çalışanların olay raporlamalarını kolaylaştıracak

hataların tespit edildiği, kabullenildiği, raporlandığı ve yetkili kişilere bildirildiği, güvenlik tutumunun oluşumu yönetim tarafından desteklenmelidir.

4.3. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarını etkileyen faktörlere ilişkin bulguların tartışılması

Bu çalışmada hemşirelerin HGTÖ alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulgular ile sosyo-demografik özellikleri, mesleki/çalışma özellikleri, çalıştıkları birimdeki iletişim ve hasta güvenliğine yönelik görüşlerine yönelik hasta güvenliği tutumlarını etkileyen faktörler arasında ilişki olup olmadığı incelendi.

Bu çalışmada yapılan ileri analiz sonucunda ölçek alt boyutlarından **İş Doyumu** alt boyutunda da medeni durum, mesleki çalışma yılı, kurumdaki çalışma yılı, ekip içi iletişim, hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılım durumu, çalışılan birimdeki hasta güvenliğini değerlendirme, **Ekip Çalışması** alt boyutunda eğitim durumu, ekip içi iletişim ve çalışılan birimlerde hasta güvenliğini değerlendirme, **Güvenlik İklimi** alt boyutunda yaş, çalışma statüsü, kurumdaki çalışma yılı, klinikteki çalışma yılı, ekip içi iletişim, olay raporu yazma, hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirmesi, **Yönetim Anlayışı** alt boyutunda çalışma statüsü, ekip içi iletişim, hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılım durumu, birimdeki hasta güvenliğini değerlendirme, **Stresi Tanımlama** alt boyutunda; çalışılan birim, ekip içi iletişim, **Çalışma Koşulları** alt boyutunda eğitim durumu, ekip içi iletişim ve **Toplam Ölçekte** ise; medeni durum, mesleki çalışma yılı, kurumdaki çalışma yılı, ekip içi iletişim, hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılım durumu ve hasta güvenliğini konusunda birim değerlendirme de etkili olduğu görülmüştür. Literatürde yapılan bir çalışmada güvenlik tutumunu etkileyen faktörler; yaş, hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılım ve erkek cinsiyet olarak belirlenmiş, hasta güvenliği konusunda eğitim alma durumu en önemli faktör olarak saptanmıştır. Hasta güvenliği tutumunda sürekliliğin sağlanması için eğitimin önemi ön plana çıkmaktadır (Ongun ve Intepeler 2017).

Bu çalışmada ise alt boyutlar ve toplam boyutta ekip içi iletişimin hasta güvenliği tutumu üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Ekip içi iletişim aktif olmasıyla tıbbi hataların önlenmesi, hasta bakımının kalitesini ve sürekliliğini sağlanması,

hemşirelerin iş doyumunu ve performansına olumlu yansıyacağı düşünölmektedir. Literatürde ekip içi iletişim ile HGTÖ puan ortalaması arasındaki ilişkinin değeriendirildiğı çalışmalara rastlanmamıştır.



5. SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Bu araştırma cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Bu çalışmada;

- Ölçeğin alt boyut ve toplam puan ortalamalarının hemşirelerin bazı özelliklerine göre değiştiği belirlendi.

- **İş doyumu** alt boyutu puanının çalışılan cerrahi birim, ekip içi iletişimin değerlendirilmesi ve hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi,
- **Ekip çalışması** alt boyutu puanının eğitim durumu, çalışılan cerrahi birim gündüz bakılan hasta sayısı, gece bakılan hasta sayısı, haftasonu bakılan hasta sayısı, ekip içi iletişimin değerlendirilmesi ve hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi,
- **Güvenlik iklimi** alt boyutu puanının eğitim durumu, kurumdaki çalışma statüsü, çalışılan cerrahi birim, ekip içi iletişimin değerlendirilmesi ve hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi,
- **Yönetim anlayışı** alt boyutu puanının eğitim durumu, çalışma statüsü, çalışılan cerrahi birim, gündüz bakılan hasta sayısı, gece bakılan hasta sayısı, ekip içi iletişimin değerlendirilmesi ve hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi,
- **Stres tanımlama** alt boyutu puanının eğitim durumu ve haftalık çalışma saati,
- **Çalışma koşulları** alt boyutu puanının hafta sonu bakılan hasta sayısı, ekip içi iletişimin değerlendirilmesi ve hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi,
- **Toplam ölçek** puanının ise eğitim durumu, mesleki çalışma yılı, çalışılan cerrahi birim, gündüz bakılan hasta sayısı, ekip içi iletişimin

değerlendirmesi ve hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi gibi değişkenlere göre değiştiği belirlendi.

-Hemşirelerin hasta güvenliği tutumları üzerinde etkili olan faktörlerin ise;

- **İş doyumu** alt boyutunda medeni durum, mesleki çalışma yılı, kurumdaki çalışma yılı, ekip içi iletişimin değerlendirilmesi, hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılım durumu ve hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi,
- **Ekip çalışması** alt boyutunda eğitim durumu, ekip içi iletişimin değerlendirilmesi ve hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi,
- **Güvenlik iklimi** alt boyutunda yaş, kurumdaki çalışma statüsü, kurumdaki çalışma yılı, bulundukları birimde çalışma yılı, ekip içi iletişimin değerlendirilmesi, olay raporu yazma ve hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi,
- **Yönetim anlayışı** alt boyutunda çalışma statüsü, ekip içi iletişimin değerlendirilmesi, hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılma ve hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi,
- **Stres tanımlama** alt boyutunda çalışılan birim ve ekip içi iletişimin değerlendirilmesi
- **Çalışma koşulları** alt boyutunda eğitim durumu ve ekip içi iletişimin değerlendirilmesi,
- **Toplam ölçekte** ise medeni durum, mesleki çalışma yılı, kurumdaki çalışma yılı, ekip içi iletişimin değerlendirilmesi, hasta güvenliği konusunda eğitim programına katılım durumu ve hasta güvenliği konusunda birimin değerlendirilmesi gibi değişkenlerin etkili olduğu sonucuna varıldı.

5.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- *Yöneticiler yönelik öneriler;*

- Yönetim olarak çalışma koşulları ve saatlerinin yasalara uygun olarak düzenlenmesi ve planlanması,
- Hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları doğrultusunda çalışmasının sağlanması,
- Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarını etkileyen bireysel, mesleki/çalışma özellikleri ve ekip içi iletişime yönelik faktörlerin göz önünde bulundurulması ve gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Hasta güvenliğine yönelik eğitimlerin denetlenmesi, eğitim sonrası çalışanların tutumlarına yönelik izlemler yapılması

- *Araştırmacılara yönelik öneriler;*

- Hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutum, iletişim ve görüşlerinin belirlenmesine yönelik daha somut değerlendirmelerin yapılabilmesi için araştırmaların sayıca artırılması,
- Sağlık bakım profesyonellerinin hasta güvenliği tutumlarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi kapsamında yönetimin tutumlarının da araştırılması için yarı deneysel çalışmaların yapılması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

- Abdi Z, Delgoshaei B, Ravaghi H, Abbasi M, Heyrani A, 2015. The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. *Journal of Nursing Management*, 23, 3, 333-45.
- Abdou HA, Saber KM, 2011. A baseline assessment of patient safety culture among nurses at student university hospital. *World Journal of Medical Sciences*, 6, 1, 17-26.
- Acaroğlu R, Aştı T, 2000. Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. *Cerrahpaşa Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4, 2, 22-7.
- Adhikari R, Tocher J, Smith P, Corcoran J, MacArthur J, 2014. A multi-disciplinary approach to medication safety and the implication for nursing education and practice. *Nurse Educ Today*, 34, 2, 185-90.
- Adigüzel O, 2010. Hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanları tarafından algılanmasına yönelik bir araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 28, 159-170.
- Agrawal K, Chauhan N, 2012. Pressure ulcers: Back to the basics. *Indian journal of plastic surgery: official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 45, 2, 244.
- AHRQ, 2014. Hospital Survey on Patient Safety Culture: User Comparative Database Report, Westat, Rockville.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, 2002. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Int J Qual Health Care*, 14, 1, 5-13.
- Akalın E, 2004. Medikasyon hataları. *Ankem Dergisi*, 18, 2, 10-11.
- Akalın E, 2007. Klinik araştırmalar ve hasta güvenliği. *İku Dergisi*, 17, 2, 32-35.
- Akalın H, 2014. Hasta Güvenliği: Değişen Paradigme. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 32, 64-7.
- Alderden J, Rondinelli J, Pepper G, Cummins M, Whitney J, 2017. Risk factors for pressure injuries among critical care patients: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 71, 97-114.
- Ammouri A, Tailakh A, Muliira J, Geethakrishnan R, Al Kindi S, 2015. Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review*, 62, 1, 102-110.
- Ardahan M, Alp F, 2015. Hasta güvenliği ve hasta güvenliğini sağlamada sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6, 2, 85-88.
- Aren A, 2008. Ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliği. *İstanbul Tıp Dergisi*, 3, 141-5.
- Aştı T, Kıvanç M, 2003. Ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 6, 14-9.
- Aydemir İ, Yıldırım T, 2016. Ameliyathane cerrahi ekibinin teknik olmayan becerilere ilişkin tutumlarının belirlenmesi-Determinatoin of operating room surgical team attitudes related to non-technical skills. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8, 15, 66-84.
- Aydın B, 2009. Hasta güvenliği uygulama rehberi denemesi. Ankara, Sage Yayıncılık: 18-57.
- Aygın D, Cengiz H, 2011. İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45, 3, 110-4.
- Aytaç N, Naharcı H, Öztunç G, 2008. Adanada eğitim araştırma hastanelerinin yoğun bakım hemşirelerinde hastane enfeksiyonları bilgi düzeyi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9, 3, 9-15.
- Babacan E, Öztürk H, Kahrıman İ, 2018. Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği: hemşirelere yönelik eğitimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 14, 2, 57-72.
- Bahrami MA, Chalak M, Montazeralfaraj R, Tafti AD, 2014. Iranian nurses' perception of patient safety culture. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16, 4.
- Balas M, Scott LD, A. R, 2004. The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. *Applied Nursing Research*, 17, 224-30.

- Barsbay S, Parıltı N, Barsbay MÇ, 2018. Healthcare professionals' attitudes regarding patient safety in clinics. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8, 2, 67-78.
- Baykal Ü, Şahin NH, Altuntaş S, 2010. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 7, 1, 39-45.
- Bernstein M, Hebert PC, Etchells E, 2003. Patient safety in neurosurgery: detection of errors, prevention of errors, and disclosure of errors. *Neurosurgery Quarterly*, 13, 2, 125-37.
- Birol L, 2009. Hemşirelik süreci: hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım, İstanbul, Etki Yayınları, p. 35.
- Bodur S, Filiz E, 2009. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International Journal for Quality in Health Care*, 21, 5, 348-55.
- Bondevik GT, Hofoss D, Hansen EH, Deilkås ECT, 2014. The safety attitudes questionnaire-ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. *BMC Health Services Research*, 14, 1, 139.
- Brasaitė I, Kaunonen M, Martinkenas A, Suominen T, 2016. Health care professionals' attitudes regarding patient safety: cross-sectional survey. *BMC Research Notes*, 9, 1, 177.
- Burden N, 2005. Implementing the 2005 National patient safety goals in the ambulatory surgery setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 20, 5, 341-4.
- Byers JF, White SV, 2004. Patient safety: principles and practice, springer publishing company, p. 87.
- Canatan H, Erdoğan A, Yılmaz S, 2018. Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 5, 4, 82-9.
- Candaş B, Gürsoy A, 2015. Cerrahide hasta güvenliği: Güvenli cerrahi kontrol listesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3, 1, 40-50.
- Catalano K, 2006. JCAHO's national patient safety goals 2006. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 21, 1, 6-11.
- Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S, 2012. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15, 3, 188-96.
- Charani E, Ahmad R, Tarrant C, Birgand G, Leather A, Mendelson M, Moonesinghe S, Sevdalis N, Singh S, Holmes A, 2017. Opportunities for system level improvement in antibiotic use across the surgical pathway. *International Journal of Infectious Diseases*, 60, 29-34.
- Çiğerci Y, Özdemir H, Kiliç İ, 2016. The patient safety culture perception of surgery nurses and its relationship with sociodemographic characteristics. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6, 3, 149-53.
- Çakır A, Tütüncü Ö, 2009. İzmir ili hastanelerinde hasta güvenliği algısı. , Antalya, Turunç Matbaacılık, p. 205.
- Çakmakçı M, 2014. Hasta güvenliği: Bir paradigma değişimi. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 33, 6-11.
- Çelik İ, Şenol A, Karlıdağ GE, İnci NA, 2009. Fırat Üniversitesi Hastanesi 2006 yılı hastane enfeksiyonları surveyans sonuçları. *Fırat Tıp Dergisi*, 14, 4, 242-6.
- Çelik S, Dirimeşe E, Taşdemir N, Aşık Ş, Demircan S, Eyican S, Güven B, 2017. Hemşirelerin bası yarasını önleme ve yönetme bilgisi. *Medical Journal of Bakirkoy*, 13, 3, 133-139.
- Çınar D, Karadakovan A, 2016. Yoğun bakım ünitelerinde hasta ve çalışan güvenliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20, 2, 116-22.
- Çırpı F, Merih DY, Kocabey YM, 2009. Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2, 26-34.
- Demir Zencirci A, 2010. Hemşirelik ve hatalı tıbbi uygulamalar. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 12, 1, 67-74.

- Duman S, Kitiş Y, 2013. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta düşmeleri ile ilgili farkındalıklarının belirlenmesi. . Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 11, 72-5.
- Durgun H, Kaya H, 2018. The attitudes of emergency department nurses towards patient safety. International Emergency Nursing, 40, 29-32.
- Elliott M, Liu Y, 2010. The nine rights of medication administration: an overview. British Journal of Nursing, 19, 5, 300-5.
- Elsous A, Akbarisari A, Rashidian A, Aljeesh Y, Radwan M, Zaydeh HA, 2017. Psychometric properties of an Arabic safety attitude questionnaire (short form 2006). Oman Medical Journal, 32, 2, 115.
- Elston D, Stratman E, Johnson-Jahangir H, Watson A, Swiggum S, CW. H, 2009. Part II. Opportunities for improvement in patient safety. J Am Acad Dermatol, 61, 2, 193-205.
- Erdağı S, Özer N, 2013. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. Journal of Anatolia Nursing Health Sciences, 18, 2, 94-106.
- Ersoy Ortaç E, Öcal S, Öz A, Yılmaz P, Arsava B, Topeli A, 2013. Yoğun bakım hastalarında bası yarısı gelişiminde rol oynayabilecek risk faktörlerinin değerlendirilmesi/Evaluation of risk factors for decubitus ulcers in intensive care unit patients. Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi, 4, 1, 9-12.
- Ertem G, Oksel E, Akbıyık A, 2009. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. Dirim Tıp Gazetesi, 84, 1, 1-10.
- European Medicines Agency, 2017. Patientensicherheit. Erişim tarihi 29.09.2018. Erişim adresi: <http://www.patienten-verband.de>.
- European Medicines Agency, 2017. Medication Errors. Erişim tarihi 03.08.2017. Erişim adresi, http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/special_topics/general/general_content_000570.jsp.
- Farquhar M, Sharp BAC, Clancy CM, 2007. Patient safety in nursing practice. AORN Journal, 86, 3, 455-7.
- Fracica P, Wilson S, Chelluri L, 2010. Medical quality management: theory and practice, London, Jones & Bartlett Publishers, p. 43.
- Gabrani A, Hoxha A, Simaku A, Gabrabi JC, 2015. Application of the safety attitudes questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross- sectional study. British Medical Journal, 5,4.
- Gencer ZE, Özkan Ö, 2015. Basınç ülserleri surveyans raporu/Pressure ulcers surveillance report. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 13, 1, 26.
- Grober ED, Bohnen JM, 2005. Defining medical error. Can J Surg, 48, 1, 39-44.
- Gökdoğan F, Yorgun S, 2010. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13, 2, 53-9.
- Göz F, Kayahan M, 2011. Hemşirelerin çalıştıkları kurumlardaki hasta güvenliği kültürünü değerlendirmeleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 8, 2, 44-50.
- Gündoğdu Karaboğa S, Bahçecik N, 2012. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15, 2, 119-28.
- Güneş Yapucu Ü, Gürlek Ö, Sönmez M, 2016. A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. Collegian, 23, 2, 225-32.
- Hassan M, Ahmed T, 2012. Patient safety: Assessing Nurses' Compliance. Journal of American Science, 8, 1, 748-55.
- Henneman E, 2010. Patient safety and technology. Advanced Critical Care Nurse . 20, 2, 128-32.
- Hergül Kabu F, Özbayır T, Gök F, 2016. Ameliyathanede hasta güvenliği: Sistematik derleme. Pamukkale Tıp Dergisi, 91, 1, 87-98.

- Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, Claiborne Dunagan W, Fischer I, Johnson S, Nast PA, Costantinou E, Fraser VJ, 2004. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 7, 732-9.
- Holden LM, Watts DD, Walker PH, 2009. Patient safety climate in primary care: age matters. *Journal of Patient Safety*, 5, 1, 23-8.
- Hwang J-I, 2015. What are hospital nurses' strengths and weaknesses in patient safety competence? Findings from three Korean hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 27, 3, 232-8.
- İnceoğlu M, 2010. Tutum, Algı, İletişim, İstanbul, İyi İşler Yayıncılık ve Matbacılık, p.78,
- International Council of Nurses-ICN, 2006. Patient Safety. Erişim Tarihi: 01.02.2017.
- IOM, 2001. To err is human: Building a safer health system. . National Academy. Washington D. C. , Kohn, L.T., Corrigan J. M., Donaldson, M. S. 1-287.
- James JT, 2013. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of Patient Safety*, 9, 3, 122-8.
- Joint commision international accreditation standarts for hospital, 2015. Patient safety. Erişim adresi: <http://tr.jointcommissioninternational.org>.
- Joint commission international - JCI, 2008. Joint Commission International Accreditation Standarts for Hospital, 3, 31-5.
- Kağıtçıbaşı Ç, 2010. Günümüzde insan ve insanlar-sosyal psikolojiye giriş, İstanbul, Evrim Yayınevi, p. 28.
- Kahraman G, Engin E, Dülgerler Ş, Öztürk E, 2011. Hemşirelerde iş doyumunu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu*, 4, 1, 12-8.
- Karabıyık L, 2012. Yoğun bakımda sık yapılan tıbbi hatalar. *Yoğun Bakım Dergisi*, 10, 40.
- Karaca A, Arslan H, 2014. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1, 1, 9-18.
- Karahocagil MK, Yaman G, Göktaş U, Sünnetçioğlu M, Çıkman A, Bilici A, Yapıcı K, Baran Aİ, Binici İ, Akdeniz H, 2011. Hastane enfeksiyon etkenlerinin ve direnç profillerinin belirlenmesi. *Van Tıp Dergisi*, 18, 1, 27-32.
- Karamanoğlu Yavuz A, Özer Gök F, Tuğcu A, 2009. Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 14, 1, 12-7.
- Karayurt Ö, Turhan Damar H, Bilik Ö, Özdöker S, Duran M, 2017. Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün ve güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8, 1, 16-23.
- Kaya S, 2009. Hasta güvenliği kültürü nedir ve nasıl geliştirilebilir. *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, 1, 1, 32-4.
- Kaya ŞD, Yağcı M, 2015. Sağlık çalışanlarının atalet durumlarının hasta güvenliği ile ilişkisi. *International Journal of Social Sciences Education Research*, 1, 2, 553-64.
- Kim F, Silva R, Gustafson D, Nogueira L, Harlin T, Paul D, 2015. Current issues in patient safety in surgery: a review. *Patient Safety in Surgery*, 9, 26, 1-9.
- Kiraner E, Terzi B, Ekinci Uzun A, Tunali B, 2016. Yoğun bakım ünitemizdeki basınç yarası insidansı ve risk faktörlerinin belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20, 2, 78-83.
- Kirwan M, Matthews A, Scott PA, 2013. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 2, 253-63.
- Korkmaz Çiçek A, 2018. Geçmişten günümüze hasta güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 6, 1, 10-9.
- Korkmaz F, 2011. Basınç yarası bakımında topikal negatif basınç terapisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18, 1, 93-102.

- Korkmaz O, 2012. Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilerin tutumunu algılayışı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14, 4, 91-112.
- Korkmazer F, Yıldız A, Ekingen E, 2016. Sağlık personeli hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 4, 2, 141-54.
- Kurutkan MN, 2009. Hasta güvenliği çözümleri bir uygulama rehberi denemesi. Ankara, Sage Yayıncılık, p. 10-8.
- Makary MA, Daniel M, 2016. Medical error—the third leading cause of death in the US. British Medical Journal, 353, i2139.
- Makary MA, Mukherjee A, Sexton JB, Syin D, Goodrich E, Hartmann E, Rowen L, Behrens DC, Marohn M, Pronovost PJ, 2007. Operating room briefings and wrong-site surgery. Journal of the American College of Surgeons, 204, 2, 236-43.
- McBride-Henry K, Foureur M, 2006. Medication administration errors: understanding the issues. Australian Journal of Advanced Nursing, 23, 3, 33.
- McElroy LM, Collins KM, Koller FL, Khorzad R, Abecassis MM, Holl JL, Ladner DP, 2015. Operating room to intensive care unit handoffs and the risks of patient harm. Surgery, 158, 3, 588-94.
- Mehtsun WT, Ibrahim AM, Diener-West M, Pronovost PJ, Makary MA, 2013. Surgical never events in the United States. Surgery, 153, 4, 465-72.
- Modak I, Sexton JB, Lux TR, Helmreich RL, Thomas EJ, 2007. Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire—ambulatory version. Journal of General Internal Medicine, 22, 1, 1-5.
- Morath JM, Turnbull JE, 2005. To do no harm: ensuring patient safety in health care organizations, John Wiley & Sons, p. 12.
- Naghavi M, Wang H, Lozano R, Davis A, Liang X, Zhou M, 2015. GBD 2013 Mortality and causes of death collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet, 385, 9963, 117-71.
- Nath SB, Marcus SC, 2006. Medical errors in psychiatry. Harvard Review of Psychiatry, 14, 4, 204-11.
- Nieva V, Sorra J, Safety, 2003. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. British Medical Journal Quality, 12, 2, 17-23.
- Ongun P, Intepeler SS, 2017. Operating room professionals' attitudes towards patient safety and the influencing factors. Pakistan Journal of Medical Sciences, 33, 5, 1210.
- Ovalı F, 2010. Hasta güvenliği yaklaşımları. Performans ve Kalite Dergisi, 33.
- Öğce F, 2008. Kan transfüzyonunda hemşirelerin dikkat etmesi gereken noktalar. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 24, 1, 101-12.
- Özata M, Altuncan H, 2010. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi, 8, 2, 100-11.
- Özdemir Kardaş F, Şahin Akgün Z, 2015. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları: Kars İli örneği. ODÜ Tıp Dergisi, 2, 3, 139-44.
- Özsayın Susam F, Özbayır T, 2016. Attitudes of operating theater workers toward patient safety. Antisept Disinfect Steril, 1, 1, 1-6.
- Özşaker E, Tehçi H, 2016. Cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliği kültürüne ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi, 1, 2, 71-8.
- Öztürk R, 2008. Hastane enfeksiyonları: sorunlar, yeni hedefler ve hukuki sorumluluk hastane enfeksiyonları korunma ve kontrol. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 60, 23-9.

- Pehlivanoglu F, Yaşar KK, Işık ME, Özkan H, Çiçek G, Canatan G, Yıldırım S, Çetin D, Şengöz G, 2011. Kan transfüzyonu uygulamaları hemşire anketi; Doğrular, Doğru Bilinenler, Değişenler, Hatalar. Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni, 49, 4.
- Position Statement on Staging – 2017 Clarifications, 2017. Erişim tarihi: 01.02.2018. Erişim adresi, <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/01/NPUAP-Position-Statement-onStaging-Jan-2017.pdf>.
- Raftopoulos V, Savva N, Papadopoulou M, 2011. Safety culture in the maternity units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. BMC Health Services Research, 11,19.
- Resmi Gazete, 2/05/2007. 26510 sayılı ‘Kan ve Kan Ürünleri Kanunu’. p. 1.
- Resmi Gazete, 29/04/2009. 27214 sayılı ‘Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ’. p. 1.
- Resmi Gazete, 21/07/2010. 27648 sayılı ‘Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ’. p. 1.
- Resmi Gazete, 6/04/2011. 27897 sayılı ‘Sağlık Bakanlığı, Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik.’ p.1.
- Resmi Gazete, 14/08/2012. 28384 sayılı ‘Sağlık Mesleklerinin Uygulanmasından Dolayı Uğranılan Zararların Uzlaşma Yoluyla Halledilmesine İlişkin Yönetmelik’. p.2
- Rızalar S, Büyük ET, Şahin R, As T, Uzunkaya G, 2016. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9, 1, 9-15.
- Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF, 2004. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Aff (Millwood), 23, 4, 202-12.
- Sağlık Bakanlığı. Hastane kalite standartları., 2011. Erişim tarihi 10.01.2019. Erişim adresi, <https://kalite.saglik.gov.tr/>.
- Sağlık Bakanlığı. Güvenlik raporlama sistemi., 2017. Erişim tarihi 01.12.2017. Erişim adresi, <http://www.grs.saglik.gov.tr/Default.aspx>.
- Saleh AM, Darawad MW, Al-Hussami M, 2015. The perception of hospital safety culture and selected outcomes among nurses: An exploratory study. Nursing Health Sciences, 17, 3, 339-46.
- Sami A, Waseem H, Nourah A, Areej A, Afnan A, Ghadeer A-S, Abdulaziz A, Arthur I, 2012. Real-time observations of stressful events in the operating room. Saudi Journal of Anaesthesia, 6, 2, 136.
- Sari AB-A, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A, 2007. Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. British Medical Journal, 334, 7584, 79.
- Savcı C, Kaya H, Acaroğlu R, Kaya N, Bilir A, Kahraman H, Gökerler N, 2009. Nöroloji ve nöroşirürji kliniklerinde hastaların düşme riski ve alınan önlemlerin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2, 3, 19-25.
- Savitz LA, Jones CB, Bernard S, 2005. Quality indicators sensitive to nurse staffing in acute care settings. Rockville Md, Agency for Healthcare Research and Quality, 4, 375.
- Sayek F, 2011. Hasta güvenliği: Türkiye ve Dünya, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 1, 15.
- Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts PR, Thomas EJ, 2006. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Services Research, 6, 1, 44.
- Smith H, Tallman R, Kelly K, 2006. Magnet hospital characteristics and northern canadian nurses' job satisfaction. Nursing Leadership, 19, 3, 73-86.
- Soh S-E, Morello R, Rifat S, Brand C, Barker A, 2018. Nurse perceptions of safety climate in Australian acute hospitals: a cross-sectional survey. Australian Health Review, 42, 2, 203-9.
- Somyürek N, Uğur E, 2016. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği kültürü oluşturma: Hemşire gözüyle tıbbi hatalar. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 3, 1, 1-7.

- Spruill A, Eron B, Coghill A, Talbert G, 2009. Decreasing patient misidentification before chemotherapy administration. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13, 6, 716-7.
- SPSS SPSS, IBM SPSS Statistics 21 Client.
- Sutker WL, 2008. The physician's role in patient safety: What's in it for me? *Baylor University Medical Center Proceedings*, 9-14.
- Şahin A, Ayhan F, Kurşun Ş, 2015. Evaluation of surgical nurses' attitudes concerning patient safety. *Journal of Human Sciences*, 12, 1, 1537-46.
- Tabrizchi N, Sedaghat M, 2012. The first study of patient safety culture in Iranian primary health centers. *Acta Medica Iranica*, 50, 7, 505-10.
- Temel M, 2005. Sağlık personelinin ilgilendiren önemli bir konu: Malpraktis. *Hemşirelik Forum Dergisi*, 3, 1, 84-90.
- Tilev S, Beydağı DK, 2014. Hemşirelerde iş doyumunu. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1, 3, 140-147.
- The joint commission on accreditation of healthcare organizations, 2009. Sentinel Event Statistics. Erişim tarihi 2018. Erişim adresi, http://www.jointcommission.org/Library/T_M_hysicians/mp_11_06.htm.
- The national coordinating council for medication error reporting and prevention (NCC MERP) 2018. Erişim tarihi 05.01.2018. Erişim adresi, <http://www.nccmerp.org/>.
- Thomas A, Panchagnula U, 2008. Medication-related patient safety incidents in critical care: a review of reports to the UK National Patient Safety Agency. *Anaesthesia*, 63, 7, 726-33.
- Toso GL, Golle L, Magnago TSBdS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F, Kolankiewicz ACB, 2016. Patient safety culture in hospitals within the nursing perspective. *Revista Gaucha De Enfermagem*, 37, 4.
- Tunçer Ünver G, Harmancı Seren AK, 2018. Defining the patient safety attitudes and influencing factors of health professionals working at maternity hospitals. *Journal of Nursing Management*, 26, 5, 579-86.
- Turunen H, Partanen P, Kvist T, Miettinen M, Vehviläinen-Julkunen K, 2013. Patient safety culture in acute care: a web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospitals. *International journal of nursing practice*, 19, 6, 609-17.
- Türk G, Eşer İ, 2007. Hastane ortamında hasta güvenliği ve hemşirelik yaklaşımı. *Hastane Yönetimi Dergisi*, 11, 1-2, 16-20.
- Türkmen E, Baykal Ü, Seren Ş, Altuntaş S, 2011. Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 4, 38-46.
- T.C. Sağlık bakanlığı sağlıkta verimlilik, kalite ve akreditasyon dairesi başkanlığı, 2011. Güvenli Cerrahi. Erişim tarihi: 08 Ocak 2013. Erişim adresi, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_ocak_2011/0901guvenlicerrahi.pdf.
- Uzun Ş, Arslan F, 2008. İlaç uygulama hataları. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28, 2, 217-22.
- Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, Moreno R, Metnitz B, Bauer P, Metnitz P, 2009. Errors in administration of parenteral drugs in intensive care units: multinational prospective study. *British Medical Journal*, 338, b814.
- Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B, 2014. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanmasını. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5, 2, 152-7.
- Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Elizabeth RP, Martinez KA, Sydney MD, 2013. Promoting a culture of safety strategy: A systematic review. *Ann Intern Med*, 158, 502, 369-74.
- World Health Organization -WHO, 2008. The second global patient safety challenge: Safe surgery saves lives. Erişim tarihi 01.02.2016. Erişim adresi, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007>.

- World Health Organization -WHO, 2010. Patient safety. Erişim tarihi 01.01. 2017. Erişim adresi, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-systems/patient-safety>.
- World Health Organization -WHO, 2007. Call for more research on patient safety. Erişim tarihi 05.05.2017. Erişim adresi, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007>.
- World Health Organization -WHO, 2014. Fact file,10 facts patient safety. Erişim tarihi, 13.10.2017. Erişim adresi, http://www.who.int/futures/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en.
- World Health Organization -WHO, 2009. Guidelines for safe surgery, safe surgery saves lives. Erişim tarihi 23.07.2017. Erişim adresi, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf
- WHOP SWHO, 2008. The second global patient safety challenge: safe surgery saves lives, Geneva: World Health Organization. Erişim tarihi 01.02.2016. Erişim adresi, https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf
- Woloshynowych M, Rogers S, Taylor-Adams S, Vincent C, 2005. The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare. Health Technology Assessment, 9,19.
- Yardımcı F, Başbakkal Z, Beytut D, Muslu G, Ersun A, 2014. Bir devlet hastanesinde sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algısının incelenmesi. Anatolian Journal of Clinical Investigation, 8, 4, 173-9.
- Yılmaz A, Oğuz I, Nesrin A, 2017. Hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumu algı düzeylerinin belirlenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 20, 1, 69-80.
- Yılmaz C, Yılmaz N, 2006 Osmanlılarda sağlık. İstanbul.
- Yılmaz Z, Göriş S, 2015. Determination of the patient safety culture among nurses working at intensive care units. Pakistan Journal of Medical Sciences, 31, 3, 597.

7.EKLER

EK A- ANKET FORMU

Sayın katılımcı;

Bu araştırma, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı olan Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Devlet Hastanesi ve Konya Numune Hastanesinde cerrahi klinikler, ameliyathane ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarını belirlemek için yapılmaktadır. Araştırma, sizin doğru ve samimi cevaplarınız ölçüsünde anlamlı ve güvenli olacaktır. Sorular ortalama 10 dakikayı alacaktır. Ankete zaman ayırdığınız ve katıldığınız için teşekkür ederiz.

Sibel MELER

A) TANITICI BİLGİ FORMU

- 1) Yaşınız
- 2) Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
- 3) Medeni durumunuz: () Evli () Bekar
- 4) Hemşirelikten mezun olduğunuz eğitim durumu:
() Sağlık Meslek Lisesi () Ön lisans () Lisans () Lisans üstü

B) MESLEKİ /ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİ

- 5) Göreviniz: () Hemşire () Sorumlu hemşire
- 6) Hastanedeki çalışma statünüz: () Kadrolu () Sözleşmeli
- 7) Hemşirelik mesleğindeki çalışma süreniz (ay/yıl):
- 8) Şu an çalıştığınız kurumda çalışma süreniz: (ay/yıl):
- 9) Şu an çalıştığınız birimde çalışma süreniz: (ay/yıl):
- 10) Çalıştığınız klinik

- () Genel Cerrahi Kliniği
- () Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi
- () Göğüs Cerrahisi Kliniği
- () Kalp Damar Cerrahisi Kliniği
- () Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi
- () Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği
- () Beyin ve Sinir Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi
- () Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği
- () Organ Nakli
- () Üroloji kliniği
- () Kulak Burun Boğaz Kliniği
- () Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği
- () Çocuk Cerrahisi Kliniği
- () Kadın Hastalıkları Kliniği
- () Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi
- () Göz Kliniği
- () Ameliyathane

11) Haftalık ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?

12) Genelde çalışma sisteminiz nasıldır?

() Gündüz () Gece () Gece + Gündüz

13) Bakım verdiğiniz ortalama hasta sayısı:

Gündüz.....

Nöbette.....

Hafta sonu.....

14) Ameliyathanede günlük yapılan vaka sayısı?

15) Çalıştığınız birimdeki iletişimi nasıl değerlendiriyorsunuz?

1) Çok kötü 2) Kötü 3) İdare Eder 4) İyi 5) Çok iyi

16) Hasta güvenliği konusunda eğitim programına katıldınız mı?

() Evet () Hayır

17) 16. soruya cevabınız ‘evet’ ise ne tür bir eğitim programına katıldınız?

() Hizmet içi eğitim programı () Kongre () Sempozyum () Diğer...

18) Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?

() Hiç () 1-2 olay raporu () 3-5 olay raporu () 6-10 olay raporu

19) Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz?

1) Çok kötü 2) Kötü 3) İdare Eder 4) İyi 5) Çok iyi

20) Çalıştığınız birimde son 1 yıldır hasta güvenliğini tehdit eden en sık karşılaştığınız olay; 1’den 5’ e kadar sıralayınız.

- () İlaç uygulama hataları
- () Hasta düşmeleri
- () İletişim bozuklukları
- () Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanmaması ve doğrulanmaması
- () Enfeksiyon riski
- () Uygun olmayan fiziksel ortam
- () Yanlış kan transfüzyonu
- () Yatak başı bakımda vital bulgulardaki değişikliklerin atlanması
- () İnfüzyonların yanlış uygulanması
- () Uzun çalışma saatlerinin neden olduğu yorgunluk ve uykusuzluk

HASTA GÜVENLİĞİ TUTUM ÖLÇEĞİ	Kesinlikle Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Yönerge: aşağıdaki hasta güvenliğine ilişkin ifadelerde düşüncenizi en iyi yansıtan seçeneğe X işareti koyunuz.					
İŞ DOYUMU					
1) Performansım hakkında geri bildirim alırım (bilgilendirilirim).	1	2	3	4	5
2) Hastane yönetimi, işini iyi yapar.	1	2	3	4	5
3) Bu hastane, çalışmak için çok iyi bir yerdir.	1	2	3	4	5
4) Bu hastanede çalışmak, büyük bir ailenin parçası olmak gibidir.	1	2	3	4	5
5) Bu hastanede, problemleri doktor ve çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenilir.	1	2	3	4	5
6) Bu birimde, hemşirelerin fikirlerine değer verilir.	1	2	3	4	5
7) Bu hastanede çalışmaktan gurur duyarım,	1	2	3	4	5
8) Bu birimdeki tıbbi ekipman - donanım yeterlidir.	1	2	3	4	5
9) Bu birimdeki personelin düzeyi, hasta sayısını karşılamak için yeterlidir.	1	2	3	4	5
10) Bu birimde karar verilirken, ilgili personelden elde edilen verilerden yararlanılır.	1	2	3	4	5
11) Hastanede, iletişimi etkileyebilecek durumlara ilişkin uygun ve zamanında bilgi akışı sağlanır.	1	2	3	4	5
EKİP ÇALIŞMASI					
12) Hastalara bakım verirken, ihtiyacım olduğunda diğer çalışanlar bana yardım eder.	1	2	3	4	5
13) Bu birimde çalışanlar, anlamadıkları bir şey olduğunda rahatlıkla sorabilirler.	1	2	3	4	5
14) Bu birimde ahlaki (etik) değerler yüksektir.	1	2	3	4	5
15) Acil durumlarda, diğer personelin ne yapacağını bilirim.	1	2	3	4	5
16) Bu birimde, görüş farklılıkları hasta yararı(kimin haklı olduğundan çok hastalar için neyin iyi olduğu gibi) dikkate alınarak çözülür.	1	2	3	4	5
17) Gerçekten profesyonel olan çalışanlar, kişisel problemlerini işine yansıtmaz.	1	2	3	4	5
18) Bu hastanede, çalışanlar arasında ekip çalışması ve işbirliği desteklenir.	1	2	3	4	5
19) Hasta güvenliği ile ilgili bir sorun olduğunda, bunu rapor etmem konusunda meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.	1	2	3	4	5
20) Bu birimde, diğerlerinin hatalarından öğrenmeyi kolaylaştıran bir kültür vardır.	1	2	3	4	5
21) Diğer personelin hastaya zarar verebilecek hatalar yaptığını gördüm.	1	2	3	4	5
22) Bu birimde, hasta güvenliğiyle ilgili soruları sormak için uygun yolları (kanalları) bilirim.	1	2	3	4	5
23) Bu birimde, doktor ve hemşireler uyumlu bir ekip olarak çalışır.	1	2	3	4	5
GÜVENLİK İKLİMİ					
24) Bu birimde olay raporlarıyla ilgili bilgiler, hasta bakımının güvenliğini sağlamada kullanılır.	1	2	3	4	5

25) Bu birimde, güvenli raporlama sistemlerinden, hasta güvenliğini geliştirmede yararlanılır.	1	2	3	4	5
F26) Bu birimde, hasta güvenliği ile ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyulur.	1	2	3	4	5
27) Bu birimde, gerektiğinde tıbbi hataların nasıl rapor edileceğini bilirim.	1	2	3	4	5
28) Hasta güvenliği, bu birimin önceliği olarak sürekli önemsenir.	1	2	3	4	5
YÖNETİM ANLAYIŞI					
29) Bu birimde hasta olarak bulunmam durumunda kendimi güvende hissedirim.	1	2	3	4	5
30) Bu birimde, tıbbi hatalar uygun şekilde ele alınır.	1	2	3	4	5
31) Bu hastanede, yeni personelin işe oryantasyonu ve hizmet içi eğitimi iyi yapılır.	1	2	3	4	5
32) Bu birimdeki tüm personel, hasta güvenliği ile ilgili sorumluluk alır.	1	2	3	4	5
33) Hastane yönetimi, hasta güvenliğiyle ilgili konularda taviz vermez.	1	2	3	4	5
34) Hastane yönetimi, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarını eksiksiz yürütmeme destekler	1	2	3	4	5
35) Tanı ve tedavi kararlarına ilişkin tüm bilgiler rutin olarak bana verilir.	1	2	3	4	5
STRESİ TANIMLAMA					
36) Acil durumlardaki yorgunluğum, performansımı olumsuz etkiler.	1	2	3	4	5
37) Rutin bakım uygulamaları sırasındaki yorgunluğum, performansımı olumsuz etkiler.	1	2	3	4	5
38) Kişisel problemlerimden kaynaklanan stres, performansımı olumsuz etkiler.	1	2	3	4	5
39) Yorgun olduğumda, işimde daha az etkin olurum.	1	2	3	4	5
40) Bu birimde hasta bakımıyla ilgili bir problem fark edersem, bunu dile getirmem zordur.	1	2	3	4	5
41) Bu birimde, hizmetin aksamasına neden olan iletişim bozuklukları yaygındır.	1	2	3	4	5
ÇALIŞMA KOŞULLARI					
42) Çalışanlar, bu birimde oluşturulan kural veya prosedürleri (el yıkama, tedavi protokolleri/klinik yollar gibi) sıklıkla önemsemezler	1	2	3	4	5
43) İşim de hayal kırıklığı yaşıyorum.	1	2	3	4	5
44) Bu birimdeki doktorlar dahil tüm çalışanlar, işlerini iyi yapar.	1	2	3	4	5
45) İşimde kendimi tükenmiş hissedirim.	1	2	3	4	5
46) Bu birimde, hemşirelik eğitimi alanlar (öğrenciler), uygun şekilde desteklenir.	1	2	3	4	5

EK-B Güvenirlik Analizi

	ORTALAMA	Std. Sapma	Cronbach's Alpha
İŞ DOYUMU			,930
Ö1	3,0061	1,34963	
Ö2	2,9693	1,25722	
Ö3	2,9540	1,26529	
Ö4	2,8773	1,24665	
Ö5	2,7546	1,33862	
Ö6	2,8834	1,29801	
Ö7	3,0491	1,23689	
Ö8	3,1503	1,19953	
Ö9	2,3896	1,40058	
Ö10	2,8681	1,23703	
Ö11	3,0307	1,16842	
EKİP ÇALIŞMASI			,898
Ö12	3,5346	1,07473	
Ö13	3,6454	1,06799	
Ö14	3,6787	1,11645	
Ö15	3,6233	1,05246	
Ö16	3,5956	1,08391	
Ö17	3,7064	1,09908	
Ö18	3,3601	1,12693	
Ö19	3,4488	1,11965	
Ö20	3,3102	1,09196	
Ö21	2,4571	1,36584	
Ö22	3,4571	1,05618	
Ö23	3,3906	1,11296	
GÜVENLİK İKLİMİ			,908
Ö24	3,3895	1,03147	
Ö25	3,4309	1,00245	
Ö26	3,4475	1,00897	
Ö27	3,4862	1,03462	
Ö28	3,5552	1,05709	
YÖNETİM ANLAYIŞI			,901
Ö29	3,5467	1,11483	
Ö30	3,5552	1,07287	
Ö31	3,4136	1,17214	
Ö32	3,5637	1,10116	
Ö33	3,4306	1,11109	
Ö34	3,3654	1,14050	
Ö35	3,2096	1,18763	

STRES TANIMLAMA			
Ö36	3,0395	1,31611	
Ö37	2,9407	1,29255	
Ö38	2,6469	1,29157	
Ö39	2,8446	1,28232	
Ö40	2,2316	1,30265	
Ö41	2,4322	1,28939	
ÇALIŞMA KOŞULLARI			
Ö42	2,1285	1,29218	
Ö43	2,6704	1,34842	
Ö44	3,4247	1,21413	
Ö45	2,7263	1,35470	
Ö46	3,4198	1,21771	



EK-C Gönüllü Bilgilendirme Formu

Bu çalışma cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerine bağlı hataların neden olduğu hasta sorunlarının ortadan kaldırılması veya azaltılması hasta güvenliği tutumunun oluşmasına bağlıdır. Özellikle Cerrahi birimlerde kesintisiz hizmet sunan hemşirelerde hasta güvenliği tutumunun güvenli ve kaliteli bakımın oluşturulmasında önemli yere sahiptir.

Çalışmayı sizlerle yapmaktaki amacım cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği tutumunu belirlemektir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçların cerrahi birimlerde hemşirelik bakım kalitesini artırmaya yönelik güvenilir tedavi ve bakım girişimlerinin sunulması ve sürdürülmesine bilimsel katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Veriler 20 soruluk “ Anket Formu” ve 6 bölümden oluşan “Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği” ile toplanacaktır. Veri toplama formlarına isim yazılması gerekmemektedir. Elde edilen veriler sadece araştırmacı Sibel MELER tarafından bilimsel amaçlı kullanılacak ve araştırma raporu dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Sorulara vereceğiniz samimi ve doğru cevaplar çalışmanın güvenilir olmasında etkili olacaktır. Çalışmaya verdiğiniz katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

Araştırmacı

Sibel MELER

Araştırmaya Katılmayı Kabul Ediyorum Araştırmaya Katılmayı Kabul Etmiyorum

Adı Soyadı:

Adı Soyadı:

İmza:

İmza:

EK-D Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

Sayı: 07/12/2016-E.26/89

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Sayısı: 2016/18	Toplantı Tarihi : 30.11.2016
--------------------------	------------------------------

Karar Sayısı 2016/280 S.C. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Şerife KURŞUN'un, "Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumları" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 14.11.2016 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra; Yrd.Doç.Dr. Şerife KURŞUN'un, "Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumları" adlı araştırmanın kabulüne oy birliği ile karar verildi.

AŞLI GİRİLDİR
30.11.2016
S. Selcen ÇELİK
Selcenca

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

EK-E Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/12/2016-E.225469 KİŞİYE ÖZEL



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği



ACELE

Sayı : 92469864-730.08.03/
Konu : Anket Çalışma Talebi

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 07/12/2016 tarihli, 123452 sayılı yazı

İlgi tarihli ve sayılı yazınızda belirttiğiniz Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Sibel MELER' in "*Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumları*" konulu anket çalışmasını, Hastanemizde yapmak istediğine dair talebi, Başhekimliğimizce değerlendirilmiş olup UYGUN görülmüştür. Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Hüseyin YILMAZ
Hastane Başhekimisi

KİŞİYE ÖZEL

Evrak Doğrulama İçin : http://193.255.244.181/enVision-Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BEL54H55M

Selçuk Üniversitesi Alaeddin Keykubat Yerleşkesi 42075 Selçuklu / KONYA Bilgi İçin: Demet POLAT

Tel:0332 241 50 00 Faks:0332 241 60 65

E-Posta :seltip@selcuk.edu.tr Elektronik Ağ :www.hastane.selcuk.edu.tr



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

**EK- F Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi
Başhekimliği Kurum İzni**



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

SAYI : 33101875-900/ 31357
KONU : Anketler

29/12/2016

S.Ü. SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 09/12/2016 tarih ve 74668451-730.08.03/E.26923 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans programı öğrencisi Sibel MELER'in, "Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumları" konulu anket çalışmasını 01-31 Ocak 2017 tarihleri arasında Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ahmet TEKİN
Başhekim

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	
Tarih	09.01.2017
No.	37
Ekl	
Bölümü	

Adres: N.E.Ü. Meram Tıp Fak.Hastanesi, Akyoku:
42080-Meram / KONYA,
Tel: (0332) 223 60 00, Faks: (0332) 223 65 22
Elektronik posta : mtiphos@konya.edu.tr,
Web Adresi : www.meramtıp.com.tr
Bilgi için : İnsan Kaynakları Tel: 6008



EK- G Beyhekim Hastanesi Kurum İzni

BEYHEKİM DEVLET HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

Selçuk Üniversitesi hemşirelik ana bilim dalında
yöresel olarak öğrencisiyim. Cerrahi kliniklerde çalışan
hemşirelerin hasta güvenliği tutumları konulu anket çalışması.
5-31 Ocak 2017 tarihleri arasında hastanemizde cerrahi
birimlerde (Cerrahi yoğun bakım, cerrahi birimler, ameliyathane
de çalışan hemşirelere gerekli iznin uygun olup-
olmayacağı hususunda;
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

- Eki - Pilekçe
- Anket içerik ve formları
- Etik kurul kararı

3.01.2017
Sibel MELER


İletişim; Selçuk Üni. Tıp Fak. Hast.
Tıp Birimi

Tel: 03322244655 - 0546 8412179


Op. Dr. Ali Haydar DADACI
Konya Beyhekim Devlet Hast.
Hastane Yöneticisi

EK-H Konya Numune Hastanesi Kurum İzni

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU KONYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ Konya Numune Hastanesi	KONYA NUMUNE HASTANESİ - KONYA NUMUNE HASTANESİ 29/12/2016 13:03 - 78025658 - 934.01.01 - E.7189  00036252881
Sayı : 78025658-934.01.01 Konu : Ön İzin Değerlendirme Komisyon Kararı.		
Sayın Sibel MELER		
Hastanemiz Yöneticiliğine "Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumları" konulu anket çalışması yapmak istediğinize dair vermiş olduğunuz dilekçe Hastanemiz Ön İzin Değerlendirme Komisyonunca incelenmiş olup "Hasta hakları ihlali olmaması ve çalışma esnasında oluşabilecek masrafların tarafınızca karşılanması kaydıyla çalışma yapmanızda sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir."		
Gereğini rica ederim.		
Uz.Dr.Süleyman DÖNMEZ Hastane Yöneticisi\Başhekim		
Sibel MELER 12.01.17 li		
Beyhekim Mah.Turgut Özal Cd. Faks No:03322631050 e-Posta:azize.bodur@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://www.konyanumunedh.saglik.gov.tr/ Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 348d2d47-fe04-4263-b93f-29d549d445ed kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.	Bilgi için:Azize BODUR Unvan:TIBBİ SEKRETER Telefon No:	

EK- I Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma İzin Formu

13.03.2019

Posta - sibel sibel - Outlook

Dr. Mustafa Alper BOZKURT

Doç. Dr. Alaaddin NAYMAN



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi



29.12.2016

Sayı : 48929119/ 774

Konu : Eğitim Planlama Kurulu (EPK)

Eğitim Planlama Kurulu (EPK)

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Yrd. Doç.Dr. Şerife KURŞUN'un proje sorumlusu olduğu "Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumları" başlıklı Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi olan Sibel MELER'in tez çalışmasının hastanemizde yapılmasının uygun olmadığına (29.12.2016 tarih ve 16-08 no lu karar gereği) oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. İbrahim Güney
Eğitim Planlama Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Hürriyet
Eğitim Planlama Kurulu Üyesi

Doç. Dr. Cevdet DÜRAN
Eğitim Planlama Kurulu Üyesi

Doç. Dr. Taha Tahir BEKÇİ
Eğitim Planlama Kurulu Üyesi

Doç. Dr. Mehmet ALİ RYILMAZ
Başhekim/Eğitim Planlama Kurulu Başkanı
Hastane Yürütücüsü V.

29.12.2016 Hemşire Meral TAŞKIN
Teslim alan: sibel.m@selcuk.edu.tr adresine mail gönderildi (02.01.2017)

Adres: Hacı Şaban Mah. Yeni Meram Cd. No:97 Meram/KONYA . Eğitim Ar-Ge Birimi. Hemşire: Meral TAŞKIN Telefon:03323236709-13/1815 Faks:03323236723 eposta:konyaeah.egitim@saglik.gov.tr

EK –İ Ölçek İzin Belgesi

Sayın Sebel Meler

Ölçeğimizi ekte gönderdiğim gibi tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Yayın yapmanız durumunda yazar grubunu dönüş yaparsanız çok seviniriz. Başarılar dileriz.

Prof.Dr. Ülkü BAYKAL

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Öğretim Üyesi

İstanbul Üniversitesi

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Tel:0212 440 00 00 /27034

Fax: 0212 224 49 90



8.ÖZGEÇMİŞ

2002 yılında Ilgın Anadolu Lisesi'nden mezun oldu ve aynı yıl Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü kazandı. 2007 yılında Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde çalışmaya başladı. 2011 de Selçuk Üniversitesi İİBF İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kurumları İşletmeciliğinde yüksek lisans eğitimini tamamladı. 2013 yılında Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesine naklen atama ile geldi.2014 yılından beri Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Teşhis İlişkili Gruplar Biriminde çalışmaktadır.

