

ARAŞTIRMA MAKALESİ

**HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ TUTUMLARININ
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÜZERİNE ETKİLERİNİN
ARAŞTIRILMASI: BİR ARAŞTIRMA UYGULAMA
HASTANESİ ÖRNEĞİ ***

Ertuğrul BAYER **
Gülçin ÇEVİK ***

ÖZ


Hasta güvenliğinin, sağlık hakkı ve hasta odaklı sağlık hizmetleri gibi bazı yeni kavramlar ile birlikte değerlendirilen bir kavram olduğu görülmektedir. Hasta güvenliğini, sağlık hizmetlerine bağlı olarak yapılan hataların önlenmesi ve sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanan hataların nedenlerinin tespit edilerek hasta hasarlarının azaltılması veya eliminasyonu şeklinde ifade etmek mümkündür. Hasta güvenliği için tehdit oluşturan, işgücü, kaynak ve can kaybına neden olabilen tıbbi hataların en aza indirilmesi hata kaynaklarının bilinmesiyle mümkündür. İlaç uygulamaları hataları, hastane enfeksiyonları, cerrahi işlem hataları, düşmeler ve basınç ülsörleri hasta güvenliğini en yüksek düzeyde tehdit eden tıbbi hatalar olarak kabul edilmektedir. Bu araştırmada, Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesinde görev yapmakta olan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla “hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ile hasta güvenliği kültürü görüşleri arasında ilişki vardır” ve “hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi vardır” hipotezlerinin test edilmesi planlanmıştır. Araştırma 2018 yılının Ocak ve Şubat aylarında Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışmakta olan 341 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmaya 200 hemşire onam ve onay vererek katılmayı kabul etmiştir. Veri toplama aracı olarak “Hasta Güvenliği Tutumu Ölçeği” ve “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” ve demografik ve mesleki bilgilerin tespitine yönelik soruları içeren anket formu kullanılmıştır. Hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ve alt boyutları ile hasta güvenliği kültürü ve alt boyutları arası ilişkinin belirlenmesi amacıyla korelasyon analizi, değişkenler arasındaki etkilerin belirlenmesi amacıyla regresyon analizi uygulanmıştır. Uygulanan analizler sonucunda; hemşirelerin hasta güvenliği tutumları alt boyutları ile hasta güvenliği kültürü görüşleri alt boyutları arasında ilişki olduğu ve hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının hasta güvenliği kültürünü etkilediği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire; Hasta Güvenliği Tutumu; Hasta Güvenliği Kültürü; Tıbbi Hata.

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışma, Gülçin Çevik'in “Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarının Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi” isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

** Dr. Öğr. Üyesi, Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Eğirdir MYO, Yönetim Organizasyon Bölümü, ertugrubbayer@isparta.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1099-8703>

*** Hemşire, Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi, gulcincevik@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-8869-2088>

Gönderim Tarihi: 26.04.2019

Kabul Tarihi: 26.08.2019

Atıfta Bulunmak İçin:

Bayer, E., Çevik, G. (2019). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarının Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkilerinin Araştırılması: Bir Araştırma Uygulama Hastanesi Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(3): 653-676.

INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF NURSES' PATIENT SAFETY ATTITUDES ON PATIENT SAFETY CULTURE: A CASE OF A RESEARCH AND APPLICATION HOSPITAL *

Ertuğrul BAYER **
Gülçin ÇEVİK ***

ABSTRACT

It appears that patient safety is a concept that is evaluated together with some new concepts such as the right to health and patient-centered health care. Patient safety can be expressed as the prevention of errors made due to health services, and reduction or elimination of patient damages by determining the causes of errors arising from the delivery of health care services. The minimization of medical errors that pose a threat to patient safety and may lead to the loss of labor, resource and life can be achieved by knowing the sources of error. Medication errors, hospital infections, surgical operation errors, falls and pressure ulcers are considered as the medical errors that threaten patient safety at the highest level. In this study, it was aimed to investigate whether the patient safety attitudes of nurses working in Süleyman Demirel University Research and Application Hospital had an effect on patient safety culture. For this purpose, it was planned to test the hypotheses of "there is a relationship between patient safety attitudes of nurses and their opinions on patient safety culture" and "patient safety attitudes of nurses have an effect on patient safety culture". The study was carried out on the nurses working in Süleyman Demirel University Research and Application Hospital between January and February of 2018. 341 nurses working in Süleyman Demirel University Research and Application Hospital constituted the population of the study. 200 nurses agreed to participate by giving consent and approval. The "Patient Safety Attitude Scale", "Patient Safety Culture Scale" and the questionnaire form including questions related to demographic and professional knowledge were used as data collection tools. Correlation analysis was performed to determine the relationship between the patient safety attitudes of nurses and their sub-dimensions and patient safety culture and its sub-dimensions, and regression analysis was performed to determine the effects between the variables. As a result of analyses performed, it was determined that there was a relationship between the sub-dimensions of patient safety attitudes of nurses and the sub-dimensions of their opinions on patient safety culture and that patient safety attitudes of nurses affected patient safety culture.

Key Words: Nurse; Patient Safety Attitude; Patient Safety Culture; Medical Error.

ARTICLE INFO

* This study was prepared from the master's thesis named "The Effect of Nurses' Attitudes to Patient Safety on Patient Safety Culture" which was prepared by Gülçin Çevik.

** Isparta University of Applied Sciences, ertugrulbayer@isparta.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1099-8703>

*** Süleyman Demirel University Research and Application Hospital, gulcincevik@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-8869-2088>

Received: 26.04.2019

Accepted: 26.08.2019

Cite This Paper:

Bayer, E., Çevik, G. (2019). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarının Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkilerinin Araştırılması: Bir Araştırma Uygulama Hastanesi Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(3):653-676.

I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği konusunun son dönemlerde sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesi çerçevesinde ele alınan önemli ve güncel konular arasında olduğu görülmektedir. Hasta güvenliği sağlık bakım hizmetlerinde hastaya verilecek zararın önlenmesi için; sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanlar tarafından alınmış önlemlerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Türkmen ve diğerleri 2011). Aynı zamanda hasta yakınları ve çalışanlar için zarara neden olabilecek süreçleri ön görme, hata ve zararları engelleme çabaları da (Ovalı 2010) hasta güvenliği kapsamında değerlendirilmektedir.

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğinin sağlanması için önemli ilk adım hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasıdır. Hasta güvenliği kültürü, hata bildirimindeki şeffaflık, tıbbi hataların önlenmesi konusunda sistemli yaklaşım ve dürüstlük (Gündoğdu, Bahçecik 2012), takım çalışması, liderlik, iletişim, sürekli öğrenmeyi ve hastayı merkeze alan davranış tarzı (Sammer 2010) şeklinde tanımlanmaktadır. Bu davranış tarzı aynı zamanda sağlık çalışanlarının hasta güvenliği tutumları olarak da ifade edilmektedir.

“Sağlık Bakım Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu” 2006’da yayımladığı raporla hasta güvenliği çalışmalarının hedeflerini; hastaların doğru kimliklendirilmesi, hasta ile etkin iletişimin sağlanması, yüksek riskli ilaç güvenliğinin artırılması, yanlış taraf cerrahisinin önlenmesi, hastane enfeksiyonu riskinin azaltılması ve düşmelerden kaynaklanan hastanın zarar görme riskinin azaltılması olarak açıklamıştır (İşlek 2009; Akgün 2014).

Sağlık kuruluşlarında etkili bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için yapılması gereken düzenlemeler şu şekilde sıralanabilir:

- Profesyonel yönetim ve yönetim desteği (Ak 1990; Kavuncubaşı, Kısa 2002; Soylu, İleri 2010),
- Sürece çalışanların tam katılımın sağlanması (Güven 2014; Aşırdizer 2009),
- Güvenli çalışma ortamının sağlanması (Özden 2013; İzgi, Türkmen 2012; Babayiğit, Kurt 2013),
- Ekip çalışması ve işbirliği ruhunun geliştirilmesi (Soylu, İleri 2010; Akman 2010; Karcıoğlu ve diğerleri 2009; Ulusoy, Tokgöz 2009),
- Etkili bir raporlama ve kayıt sisteminin kurulması (Reason 1998; Akgün, Al-Assef 2007; Altındiş 2010; Tunçer 2013),
- Hasta bazlı olarak hastaya yönelik risklerin belirlenmesi ve risk yönetimi programlarının hazırlanması (Davis 2012; Sezgin 2007).

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğinin tehdit edildiği en önemli faktörlerin başında tıbbi hatalar gelmektedir (Şen ve diğerleri 2009). Tıbbi hatalar yalnızca hastanede değil, hastanenin dışında bulunan sağlık hizmetlerinin verildiği gününbirlik bakım verilen birimlerde, poliklinik, doktor ofisleri, eczane, bakım evi ve hasta evlerinde meydana gelebilmektedir (Mulloy, Hughes 2008). Tıbbi hataların sağlık bakım kalitesinin değerlendirilmesi açısından en önemli ölçütlerden biri olduğu kabul edilmektedir (Balanuye 2014). “Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu” tıbbi hatayı; sağlık hizmeti veren bir profesyonelin etik ve uygun olmayan bir davranış sergilemesi, mesleki uygulamalarda ihmalkâr ve yetersiz davranmasının sonucunda hastanın zarar görmesi olarak tanımlamıştır (Güneş 2011).

Hasta güvenliğini genel olarak tehdit ettiği görülen tıbbi hatalar dört temel grupta değerlendirilebilir (Crigger 2007; Kim et al. 2015; Dilmen 2016):

- Yanlış tanı veya tanı koymada gecikme, hastaya uygun ve gerekli tetkiklerin yapılmaması, güncel olmayan tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılmasından ve tetkik sonuçlarına uygun hareket edilmemesinden kaynaklanan tanı hataları,
- Cerrahi bir girişim, işlem ya da tetkiklerin yanlış uygulanması, doktor isteminde, ilaç doz veya veriliş yöntemindeki hatalar, tedavinin uygulanmasında gecikme, uygun olmayan tedavinin yapılması gibi tedavi hataları,
- Koruyucu tedavi ile ilgili profilaktik tedavinin uygulanmaması veya uygulamada hata yapılması ve tedavide yetersiz izlemden oluşan hatalar,
- İletişimdeki yetersizliğe, kullanılan malzeme eksikliklerine, sistemdeki yetersizliklere bağlı oluşan diğer hatalar.

Aynı zamanda konu ile ilgili yapılan çalışma ve araştırmalar sonucunda en çok karşılaşılan tıbbi hatalar; ilaç uygulamaları hataları (Uyer ve diğerleri 1997), hastane enfeksiyonları (İşlek 2009; Karan 1999; Bedük 2000), cerrahi işlem hataları (Güven 2014), düşmeler (Chiche et al. 2009; Aştı, Acaroğlu 2000; Dilmen 2016; Savcı 2009; Berke, Alan 2010; Yıldırım, Karadakovan 2004; Özden ve diğerleri 2012; Çeçen, Özbayır 2011) ve basınç ülserleri (Armstrong, Bartz 2001; Chalian, Kagan 2001; Ökdemir 2008; Karadağ 2003; Yücel 2008; Gül 2014) olarak tespit edilmiştir.

Hastanelerde yirmi dört saat doğrudan, dolaylı ve sürekli olarak hasta bakım hizmetlerinden sorumlu olan hemşirelerin, bakımın her alanında hasta güvenliğiyle iç içe oldukları görülmektedir (Aştı, Acaroğlu 2000). Hemşireler sağlık ekibi içerisinde en geniş yeri tutan meslek üyeleridir (Balanuye 2014). Hemşirelerin sayı olarak fazla ve hastayla en çok muhatap olan sağlık çalışan grubu olmaları sebebiyle hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulması önemlidir (Cebeci ve diğerleri 2012). Aynı zamanda hemşirelerin hasta güvenliği bilgi düzeylerinin yükseltilmesi ve hasta güvenliği tutumlarının güçlendirilmesi sunulan sağlık bakım hizmetinin kalitesi açısından oldukça önemlidir.

Hemşirelik, çalışma ortamından kaynaklı birçok olumsuz faktörün etkisi ile yoğun iş yükünün olduğu bir meslektir. Hemşirelerin aşırı iş yükleri, hastaların sorunları sebebiyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma ihtiyacı olan ve bilinci kapalı olan hastalarla çalışmak ve özellikle vardiya sistemi gibi nedenler çalışma şartlarını zorlaştırmaktadır. Bu zor şartlar, hemşirelerin tıbbi uygulamalar esnasında tıbbi hata yapma oranlarını da arttırmaktadır (Zencirci 2010). Çırpı ve diğerleri (2009) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin en çok ilaç uygulama hataları, hastane enfeksiyonlarına yönelik tedbirsizlik ve riskli bakım uygulama hatalarını yaptıklarını tespit etmişlerdir.

Hemşirelerin yaptıkları tıbbi hatalar genel olarak; hekim istemine veya mevcut protokollere uymama (Williams 2005), ilaç kullanım hataları (Akalin 2004; Karataş, Yakıncı 2010; Uzun, Arslan 2008), yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanımına bağlı hatalar (Güleç 2009), yabancı cisim unutulması ile ilgili hatalar (Aren 2008), hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hatalar (Aştı, Acaroğlu 2000), iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar (Zencirci 2010) ve hastanın düşmesi (Uzun, Arslan 2008) şeklinde ifade edilebilir.

Tıbbi hataların önlenmesi için disiplinler arası yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır. Hemşirelerin teknolojik gelişmeler ve yeni muadil ilaçlarla ilgili bilgilendirilmesi, iş ortamındaki fiziksel şartların iyileştirilmesi, eğitim ihtiyaçlarının karşılanması gerekir (Eşer ve diğerleri 2007). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN-International Council of Nurses) hasta güvenliğinin artırılması için profesyonel sağlık bakım personelinin sağlanması, hasta güvenliği ile ilgili araştırma ve eğitimlerin desteklenmesi, ekip içi iletişimin geliştirilmesi gerekliliğini vurgulamıştır (Yılmaz 2014).

Araştırmanın içeriğini oluşturan hasta güvenliği tutumu ölçeği alt boyutlarında:

İş doyumu; bireylerin iş tecrübeleri sonucunda elde ettiği olumlu ruh hali (Erdoğan 1996), hastane yönetimi tarafından çalışanların iş doyumunun yükseltilmesine yönelik düzenlemeler yapılmasının gerekliliği,

Ekip çalışması; sağlık hizmetlerinin koruyucu, geliştirici ve iyileştirici şekilde bir bütün olarak ele alınması ve değişik alanlarda eğitim gören, gerekli beceri ve bilgileri olan kişilerden oluşturulan bir ekip tarafından verilmesi gereklidir (Soylu, İleri 2010). Sağlık hizmeti sunumunda görevli tüm sağlık çalışanlarının ekip olarak hareket etmesinin gerektiği,

Güvenlik iklimi; bir sağlık kurumunda, hasta güvenliği ikliminin en baştan oluşturulması ve bununla birlikte var olan kültürün geliştirilmesi için en önemli adımın hastane yönetim desteği olduğu görülmektedir (Birgili ve diğerleri 2010). Oluşturulan güvenlik iklimi ve kültürünün sürdürülebilirliği yönünde düzenlemeler yapılması gerektiği,

Yönetim anlayışı; sağlık kurumlarında katılımcı, destekleyici, koruyucu ve geliştirici profesyonel bir yönetim anlayışının olması gerektiği,

Stresi tanımlama; çalışma ortamında hemşirelerin iş stresini arttıran faktörlerin belirlenmesi ve tanımlanmasının gerekliliği,

Çalışma koşulları; hastanelerde sağlık çalışanlarının güvenliğini etkilediği görülen şartların başında havalandırma, aydınlatma, gürültü, temiz olmayan ve uygun tasarlanmamış çalışma alanları gelmektedir (Özden 2013). Hemşirelerin çalışma koşullarının düzenlenmesi gerektiği, vurgulanmaktadır.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin alt boyutlarında ise:

Yönetim ve liderlik; hemşire liderlerin, ekibin her üyesinde hasta güvenliğini sağlama konusunda ve desteklemede sorumluluk hissettiren bir çevre yaratıp, kendi beceri ve yeteneklerini kullanıp diğer personeli doğruyu yapmaları konusunda uyarmalıdır. Bununla birlikte hemşireler diğer sağlık çalışanlarını yönetmek, risk altında olan davranışları tespit etmek ve hata riskini azaltma konusunda sorumlu kişiler olmalıdır (Sayek 2011). Hastane üst yönetiminin ve yönetici pozisyonundaki hemşirelerin sergilemesi gereken yönetim ve liderlik tarzları,

Çalışan eğitimi; çalışanların güçlendirilebilmesi, kişisel gelişimlerinin ve kültürel uyumlarının sağlanabilmesi için almaları gereken eğitimlerin belirlenmesi ve programlarının düzenlenmesi,

Beklenmedik olay ve raporlama; beklenmedik olay ve tıbbi hatalardaki raporlamanın zamanında ve eksiksiz yapılmasının gerekliliği,

Bakım ortamı; hastanelerde yirmi dört saat doğrudan, dolaylı ve sürekli olarak hasta bakım hizmetlerinden sorumlu olan hemşirelerin, bakımın her alanında ve her birimde hasta güvenliğiyle iç içe oldukları görülmektedir (Aştı, Acaroğlu 2000). Hasta bakım ortamının çalışma koşulları ile birlikte düzenlenmesi gerektiği,

Çalışan davranışı; hastaların güvenliği ile sağlık bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi konusunda bakım veren ekibin profesyonel davranışları önemlidir. Hemşireler, hastaların durumunda ortaya çıkan ve/veya çıkabilecek olan sağlık sorunlarını hızlıca saptamalıdır. Ancak bazı ünitelerde hastanın durumu, zamanın yetmemesi, karmaşık cihazlar gibi birçok nedenle ve bunun yanında iş yükünün ağırlığı hemşirelerin profesyonel

davranışlarını engelleyebilmekte ve bakım sürecinin de olumsuz olarak etkilenmesine sebep olabilmektedir (Balanuye 2014). Hemşirelerin hasta bakım sürecinin her aşamasında profesyonel davranış tarzı sergilemesi gerektiği, vurgulanmaktadır.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amaç ve Önemi

Bu araştırmada, Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesinde görev yapmakta olan hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır. Araştırma ile elde edilen verilerin sağlık yönetimi literatürüne katkı sağlaması ilgili paydaşların ve özellikle hastane yöneticilerinin hasta güvenliği tedbirlerine yönelik planlama süreçlerine destek olması öngörülmektedir. Araştırmanın hipotezleri:

Hipotez 1: “Hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ile hasta güvenliği kültürü görüşleri arasında ilişki vardır.”

Hipotez 2: “Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının, hasta güvenliği kültürü algılarına etkisi vardır.” şeklinde oluşturulmuştur.

2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma 2018 yılının Ocak ve Şubat aylarında Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın evreni Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan hemşirelerin tamamını kapsamaktadır. Çalışmanın yapıldığı hastane yönetiminden alınan izin ve bilgiler doğrultusunda toplam 341 hemşirenin görev yaptığı tespit edilmiştir. Örneklemi tespit etmek amacıyla, Can (2017) tarafından önerilen formülasyon kullanılmış ve 112 hemşireye ulaşılmasının istatistiksel açıdan yeterli olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarının daha güçlü olmasının sağlanması için onay veren 200 hemşire ile anket uygulaması yapılmış ve sonuçlar istatistikî değerlendirmeye alınmıştır.

2.3. Araştırmanın Modeli

Hemşirelerin hasta güvenliği tutumu alt boyutları olan; ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş memnuniyeti, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşullarına ilişkin tutumlarının hasta güvenliği kültürü ve alt boyutları olan; yönetim ve liderlik, çalışanların eğitimi, beklenmedik hata, bakım ortamı ve çalışan davranışı üzerindeki ilişkinin ve etkilerinin araştırılması amaçlanarak, çalışma modellenmiştir.

2.4. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formundan yararlanılmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların kişisel ve mesleki bilgilerini belirlemek üzere Demografik Bilgi Formu, ikinci bölümde Hasta Güvenliği Tutumu Ölçeği ile üçüncü bölümde “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” yer almaktadır.

Hasta güvenliği tutum ölçeği, Sexton ve diğerleri (2006) tarafından geliştirilmiş ve Baykal ve diğerleri (2009) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçek; İş doyumu (11 madde), Ekip çalışması (12 madde), Güvenlik iklimi (5 madde), Yönetim anlayışı (7 madde), Stresi tanımlama (5 madde) ve Çalışma koşulları (6 madde) olmak üzere altı alt boyut ile 46 maddeden oluşmaktadır. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği, Türkmen ve diğerleri (2011)

tarafından geliştirilmiştir. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği; Yönetim ve Liderlik (18 madde), Çalışanların Eğitimi (7 madde), Beklenmedik Hata ve Olay Raporlama (5 madde), Bakım Ortamı (8 madde) ve Çalışan Davranışı (15 madde) olmak üzere beş alt boyut ile toplam 53 maddeden oluşmaktadır.

2.5. Verilerin Analizi

Öncelikle ölçeklerin güvenilirliğinin ölçülebilmesi için Cronbach's Alpha test istatistiği kullanılmıştır.

Tablo 1. Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

| | Cronbach's Alpha | Madde Sayısı |
|-------------------------|------------------|--------------|
| Hasta Güvenliği Tutumu | 0,915 | 46 |
| Hasta Güvenliği Kültürü | 0,980 | 53 |

Tablo 1'de görüleceği üzere, örneklem grubuna uygulanan Hasta Güvenliği Tutumu Ölçeğinin güvenilirliği $\alpha = 0,915$ ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin güvenilirliği $\alpha = 0,980$ olarak tespit edilmiştir. Kalaycı ve diğerleri (2016)'ne göre; Cronbach's Alfa Katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme ölçütünde " $0,80 \leq \alpha < 1,00$ " ise ölçek yüksek derecede güvenilir, bu veriden hareketle araştırmada kullanılan anketlerin yeterince güvenilir olduğu ifade edilebilir.

Hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ve alt boyutları ile hasta güvenliği kültürü ve alt boyutları arası ilişkinin belirlenmesi amacıyla korelasyon analizi, değişkenler arasındaki etkilerin belirlenmesi amacıyla regresyon analizi uygulanmıştır. Ölçeklerin toplam puanlarındaki ilişkiyi test edebilmek içinse Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Anlamlılık için $p < 0,05$ olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecektir.

III. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, örneklem grubuna ait demografik verilerin açıklanması ve elde edilen verilerin yukarıda belirtilen istatistiksel yöntem ile analizi sonucunda ortaya çıkan bulgulara ve bu bulgulara yönelik yorumlara yer verilerek, sonuç ve öneriler geliştirilmiştir.

3.1. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Bilgileri

Tablo 2'de araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Tablo 2'de görüleceği üzere; katılımcıların %79'u kadın, %45'i 21-30 yaş aralığında, %59'u evli, %61'i lisans mezunu, %25'i 1-5 yıl aralığında mesleki kıdeme sahip, %33'ü 1-5 yıl aralığında ilgi hastanede görev yapmakta, %67'si nöbet usulü çalışmakta, %92'si yöneticilik yapmamakta ve %75'i servis hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

Tablo 2. Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

| Değişkenler | n | % |
|----------------------------------|-----|----|
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 41 | 21 |
| Kadın | 159 | 79 |
| Yaş Aralığı | | |
| 21-30 | 92 | 45 |
| 31-40 | 74 | 37 |
| 41-50 | 34 | 17 |
| Medeni Durum | | |
| Bekar | 70 | 35 |
| Evli | 118 | 59 |
| Boşanmış | 12 | 6 |
| Eğitim Durumu | | |
| Sağlık Meslek Lisesi | 37 | 19 |
| Ön lisans | 29 | 15 |
| Lisans | 121 | 61 |
| Yüksek Lisans | 13 | 7 |
| Meslekteki Çalışma Yılı | | |
| 1 yıldan az | 11 | 6 |
| 1-5 yıl | 49 | 25 |
| 6-10 yıl | 47 | 24 |
| 11-15 yıl | 45 | 23 |
| 16 yıl ve üstü | 48 | 24 |
| Hastanede Çalışma Süresi | | |
| 1 yıldan az | 15 | 8 |
| 1-5 yıl | 66 | 33 |
| 6-10 yıl | 53 | 27 |
| 11-15 yıl | 38 | 19 |
| 16 yıl ve üstü | 28 | 14 |
| Çalışma Türü | | |
| Nöbet usulü | 134 | 67 |
| Sürekli gündüz | 48 | 24 |
| Diğer | 17 | 9 |
| Yönetim Görevi | | |
| Var | 17 | 8 |
| Yok | 183 | 92 |
| Hastanede Çalışılan Bölüm | | |
| Poliklinik | 27 | 14 |
| Servis | 150 | 75 |
| Diğer | 23 | 11 |

3.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumu ve Hasta Güvenliği Kültürü Hakkındaki Görüşleri

3.2.1. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumu Ölçeği İfadelerine Ait Görüşleri

Katılımcıların hasta güvenliği tutumu ölçeği ifadelerine göre; “Bu serviste çalışanlar,

anlamadıkları bir şey olduğunda çalışma arkadaşlarına rahatlıkla sorabilirler.” ifadesinin katılım düzeyi (ort:3,91) en yüksek ifade, “Çalışanlar bu serviste oluşturulan kural ve prosedürleri (el yıkama, tedavi protokolleri / klinik yollar gibi) sıklıkla önemsemezler.” ifadesinin ise katılım düzeyi (ort:2,33) en düşük ifade olarak tercih edildiği belirlenmiştir.

3.2.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği İfadelerine Ait Görüşleri

Katılımcıların hasta güvenliği kültürü ölçeği ifadelerine göre; “Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalinin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.” ifadesinin katılım düzeyi (ort:3,66) en yüksek ifade, “Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.” ifadesinin ise katılım düzeyi (ort:2,48) en düşük olan ifade olarak tercih edildiği belirlenmiştir.

3.3. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumu Ölçeği ve Alt Boyutları İle Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki ve Etkilere Yönelik Görüşleri

3.3.1. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumu ve Alt Boyutları İle Hasta Güvenliği Kültürü ve Alt Boyutları İfadeleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Görüşleri

Hemşirelerin hasta güvenliği tutumu alt boyutları ile hasta güvenliği kültürü alt boyut puanları iki sürekli değişken olarak değerlendirilmiş ve değişkenler arasındaki ilişkiyi test edebilmek için Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır.

Tablo 3. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumu ve Alt Boyutları İle Hasta Güvenliği Kültürü ve Alt Boyutları İfadeleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi

| Hasta Güvenliği Tutumları Alt Boyutları | | Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları Bağımlı değişkenler | | | | |
|---|-------------------|---|-----------------|-------------------------------|--------------|-------------------|
| | | Yönetim ve liderlik | Çalışan eğitimi | Beklenmedik olay ve raporlama | Bakım ortamı | Çalışan davranışı |
| Bağımsız değişkenler | İş doyumunu | 0,560** | 0,466** | 0,463** | 0,466** | 0,418** |
| | Ekip çalışması | 0,521** | 0,519** | 0,481** | 0,537** | 0,621** |
| | Güvenlik iklimi | 0,504** | 0,479** | 0,446** | 0,479** | 0,573** |
| | Yönetim anlayışı | 0,642** | 0,617** | 0,578** | 0,630** | 0,675** |
| | Stresi tanımlama | -0,199** | -0,255** | -0,282** | -0,281** | -0,226** |
| | Çalışma Koşulları | -0,236** | -0,186** | -0,236** | -0,244** | -0,195** |

** p < 0,01; * p < 0,05

Tablo 3’de verilen, alt boyutlar arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçlarına göre; yönetim ve liderlik alt boyutu ile iş doyumunu arasında ($r=0,560$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, ekip çalışması ile arasında ($r=0,521$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, güvenlik iklimi ile arasında ($r=0,504$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, yönetim anlayışı ile arasında ($r=0,642$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, stresi tanımlama ile arasında ($r=-0,199$; $p<0,01$) düşük düzeyde kuvvetli negatif yönlü bir ilişki ve çalışma koşulları ile arasında ($r=-0,236$; $p<0,01$) düşük düzeyde kuvvetli negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir.

Çalışan eğitimi ile iş doyumunu arasında ($r=0,466$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, ekip çalışması ile arasında ($r=0,519$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, güvenlik iklimi ile arasında ($r=0,479$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, yönetim anlayışı ile arasında ($r=0,617$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, stresi tanımlama ile arasında ($r=-0,255$; $p<0,01$) düşük düzeyde kuvvetli negatif yönlü bir ilişki ve çalışma koşulları ile arasında ($r=-0,186$; $p<0,01$) düşük düzeyde kuvvetli negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir.

Beklenmedik olay ve raporlama ile iş doyumunu arasında ($r=0,463$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, ekip çalışması ile arasında ($r=0,481$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, güvenlik iklimi ile arasında ($r=0,446$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, yönetim anlayışı ile arasında ($r=0,578$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, stresi tanımlama ile arasında ($r=-0,282$; $p<0,01$) düşük düzeyde kuvvetli negatif yönlü bir ilişki ve çalışma koşulları ile arasında ($r=-0,236$; $p<0,01$) düşük düzeyde kuvvetli negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir.

Bakım ortamı ile iş doyumunu arasında ($r=0,466$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, ekip çalışması ile arasında ($r=0,537$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, güvenlik iklimi ile arasında ($r=0,479$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, yönetim anlayışı ile arasında ($r=0,630$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, stresi tanımlama ile arasında ($r=-0,281$; $p<0,01$) düşük düzeyde kuvvetli negatif yönlü bir ilişki ve çalışma koşulları ile arasında ($r=-0,244$; $p<0,01$) düşük düzeyde kuvvetli negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir.

Çalışan davranışı ile iş doyumunu arasında ($r=0,418$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, ekip çalışması ile arasında ($r=0,621$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, güvenlik iklimi ile arasında ($r=0,573$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, yönetim anlayışı ile arasında ($r=0,675$; $p<0,01$) orta düzeyde kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, stresi tanımlama ile arasında ($r=-0,226$; $p<0,01$) düşük düzeyde kuvvetli negatif yönlü bir ilişki ve çalışma koşulları ile arasında ($r=-0,195$; $p<0,01$) düşük düzeyde kuvvetli negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir.

3.3.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumu ve Alt Boyutları İle İlgili Görüşlerinin Hasta Güvenliği Kültürü ve Alt Boyutlarına Etkilerine Yönelik İlişkin Görüşleri

Tablo 4’de görüleceği üzere, regresyon analizi sonucunda; bağımlı değişken olan yönetim ve liderlik ile bağımsız değişkenler olan iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ile arasında 0,560, 0,521, 0,504, 0,642 oranında pozitif, stresi tanımlama ve çalışma koşulları arasında -0,199 ve -0,236 oranında negatif yönde bir etki tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Ayrıca Tablo 4’de görülebileceği gibi iş doyumunu boyutunun 32,8 oranında açıklandığı ($R^2= 0,328$; $B= 0,547$; $F= 98,017$), ekip çalışması boyutunun 24,9 oranında açıklandığı ($R^2= 0,249$; $B= 0,565$; $F= 66,834$), güvenlik iklimininin 25,3 oranında açıklandığı ($R^2= 0,253$; $B= 0,471$; $F= 68,367$), yönetim anlayışının 42,8 oranında açıklandığı ($R^2= 0,428$; $B= 0,601$; $F=149,786$), stresi tanımlama boyutunun 4,6 oranında açıkladığı ($R^2= 0,046$; $B= -0,182$; $F= 10,578$); çalışma koşulları boyutunun 6,7 oranında açıklandığı ($R^2= 0,067$; $B= -0,322$; $F= 15,394$) söylenebilir.

Tablo 4. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumu Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Hasta Güvenliği Kültürü Yönetim ve Liderlik Alt Boyutuna Etkisinin Belirlenmesine Yönelik Regresyon Analizi

| | Standart Olmayan Katsayılar | | Standart Katsayılar | R ² | t | F | Tolerans | VIF | p |
|-------------------|-----------------------------|-----------|---------------------|----------------|--------|---------|----------|-------|-------|
| | B | Std. Hata | Beta | | | | | | |
| İş Doyumunu | 0,547 | 0,055 | 0,560 | 0,328 | 9,900 | 98,017 | 0,700 | 1,428 | 0,000 |
| Ekip Çalışması | 0,565 | 0,069 | 0,521 | 0,249 | 8,175 | 66,834 | 0,351 | 2,852 | 0,000 |
| Güvenlik İklimi | 0,471 | 0,057 | 0,504 | 0,253 | 8,268 | 68,367 | 0,407 | 2,460 | 0,000 |
| Yönetim Anlayışı | 0,601 | 0,049 | 0,642 | 0,428 | 12,239 | 149,786 | 0,333 | 2,001 | 0,000 |
| Stresi Tanımlama | -0,182 | 0,056 | -0,199 | 0,046 | -3,252 | 10,578 | 0,588 | 1,702 | 0,001 |
| Çalışma Koşulları | -0,322 | 0,082 | -0,236 | 0,067 | -3,924 | 15,394 | 0,624 | 1,602 | 0,000 |

Tablo 5’de görüleceği üzere, regresyon analizi sonucunda; bağımlı değişken olan çalışan eğitimi ile bağımsız değişkenler olan iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ile arasında 0,466, 0,519, 0,479, 0,617 oranında pozitif, stresi tanımlama ve çalışma koşulları arasında -0,255 ve -0,186 oranında negatif yönde bir etki tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Ayrıca Tablo 5’de görülebileceği gibi iş doyumunu boyutunun 22,7 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,227$; $B = 0,488$; $F = 59,506$), ekip çalışması boyutunun 26,4 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,264$; $B = 0,62$; $F = 72,270$), güvenlik iklimi boyutunun 25,3 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,253$; $B = 0,502$; $F = 68,298$), yönetim anlayışı boyutunun 40,6 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,406$; $B = 0,625$; $F = 137,181$), stresi tanımlama boyutunun 8,7 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,087$; $B = 0,26$; $F = 19,928$), çalışma koşulları boyutunun 5,1 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,051$; $B = -0,301$; $F = 11,645$) söylenebilir.

Tablo 5. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumu Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Hasta Güvenliği Kültürü Çalışan Eğitimi Alt Boyutuna Etkisinin Belirlenmesine Yönelik Regresyon Analizi

| | Standart Olmayan Katsayılar | | Standart Katsayılar | | t | F | Tolerans | VIF | p |
|-------------------|-----------------------------|-----------|---------------------|----------------|--------|---------|----------|-------|-------|
| | B | Std. Hata | Beta | R ² | | | | | |
| İş doyumunu | 0,488 | 0,063 | 0,466 | 0,227 | 7,714 | 59,506 | 0,700 | 1,428 | 0,000 |
| Ekip çalışması | 0,62 | 0,073 | 0,519 | 0,264 | 8,501 | 72,270 | 0,351 | 2,852 | 0,000 |
| Güvenlik iklimi | 0,502 | 0,061 | 0,479 | 0,253 | 8,264 | 68,298 | 0,407 | 2,460 | 0,000 |
| Yönetim anlayışı | 0,625 | 0,053 | 0,617 | 0,406 | 11,712 | 137,181 | 0,333 | 2,001 | 0,000 |
| Stresi tanımlama | 0,26 | 0,058 | -0,255 | 0,087 | -4,464 | 19,928 | 0,588 | 1,702 | 0,000 |
| Çalışma koşulları | -0,301 | 0,088 | -0,186 | 0,051 | -3,413 | 11,645 | 0,624 | 1,602 | 0,001 |

Durbin-Watson: 1,768

Tablo 6’da görüleceği üzere, regresyon analizi sonucunda; bağımlı değişken olan beklenmedik olay ve raporlama ile bağımsız değişkenler olan iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ile arasında 0,463, 0,481, 0,446, 0,578 oranında pozitif, stresi tanımlama ve çalışma koşulları arasında -0,282 ve -0,236 oranında negatif yönde bir etki tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Ayrıca Tablo 6’da görülebileceği gibi iş doyumunu boyutunun 17,9 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,179$; $B = 0,429$; $F = 44,263$), ekip çalışması boyutunun 20,2 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,202$; $B = 0,539$; $F = 51,384$), güvenlik iklimi boyutunun 24,1 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,241$; $B = 0,485$; $F = 64,067$), yönetim anlayışı boyutunun 36,8 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,368$; $B = 0,589$; $F = 116,855$), stresi tanımlama boyutunun 10,9 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,109$; $B = -0,286$; $F = 25,300$), çalışma koşulları boyutunun 7,5 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,075$; $B = -0,356$; $F = 17,111$) söylenebilir.

Tablo 6. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumu Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Hasta Güvenliği Kültürü Beklenmedik Olay ve Raporlama Alt Boyutuna Etkisinin Belirlenmesine Yönelik Regresyon Analizi

| | Standart Olmayan Katsayılar | | Standart Katsayılar | | t | F | Tolerans | VIF | p |
|----------------------|-----------------------------|-----------|---------------------|----------------|--------|---------|----------|-------|-------|
| | B | Std. Hata | Beta | R ² | | | | | |
| İş doyumunu | 0,429 | 0,064 | 0,463 | 0,179 | 6,653 | 44,263 | 0,700 | 1,428 | 0,000 |
| Ekip çalışması | 0,539 | 0,075 | 0,481 | 0,202 | 7,168 | 51,384 | 0,351 | 2,852 | 0,000 |
| Güvenlik iklimi | 0,485 | 0,061 | 0,446 | 0,241 | 8,004 | 64,067 | 0,407 | 2,460 | 0,000 |
| Yönetim anlayışı | 0,589 | 0,054 | 0,578 | 0,368 | 10,810 | 116,855 | 0,333 | 2,001 | 0,000 |
| Stresi tanımlama | -0,286 | 0,057 | -0,282 | 0,109 | -5,030 | 25,300 | 0,588 | 1,702 | 0,000 |
| Çalışma koşulları | -0,356 | 0,086 | -0,236 | 0,075 | -4,136 | 17,111 | 0,624 | 1,602 | 0,000 |
| Durbin-Watson: 1,768 | | | | | | | | | |

Tablo 7’de görüleceği üzere, regresyon analizi sonucunda; bağımlı değişken olan bakım ortamı ile bağımsız değişkenler olan iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ile arasında 0,466, 0,537, 0,479, 0,630 oranında pozitif, stresi tanımlama ve çalışma koşulları arasında -0,281 ve -0,244 oranında negatif yönde bir etki tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Ayrıca Tablo 7’de görülebileceği gibi iş doyumunu boyutunun 21,4 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,214$; $B = 0,483$; $F = 55,041$), ekip çalışması boyutunun 26,4 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,264$; $B = 0,634$; $F = 72,392$), güvenlik iklimi boyutunun 26,1 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,261$; $B = 0,521$; $F = 71,334$), yönetim anlayışı boyutunun 40,8 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,408$; $B = 0,640$; $F = 137,962$), stresi tanımlama boyutunun 12 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,120$; $B = -0,310$; $F = 28,059$), çalışma koşulları boyutunun 7,3 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,073$; $B = -0,363$; $F = 16,591$) söylenebilir.

Tablo 7. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumu Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Hasta Güvenliği Kültürü Bakım Ortamı Alt Boyutuna Etkisinin Belirlenmesine Yönelik Regresyon Analizi

| | Standart Olmayan Katsayılar | | Standart Katsayılar | | t | F | Tolerans | VIF | p |
|-------------------|-----------------------------|-----------|---------------------|----------------|--------|---------|----------|-------|-------|
| | B | Std. Hata | Beta | R ² | | | | | |
| İş doyumu | 0,483 | 0,065 | 0,466 | 0,214 | 7,419 | 55,041 | 0,700 | 1,428 | 0,000 |
| Ekip çalışması | 0,634 | 0,075 | 0,537 | 0,264 | 8,508 | 72,392 | 0,351 | 2,852 | 0,000 |
| Güvenlik iklimi | 0,521 | 0,062 | 0,479 | 0,261 | 8,446 | 71,334 | 0,407 | 2,460 | 0,000 |
| Yönetim anlayışı | 0,640 | 0,054 | 0,630 | 0,408 | 11,746 | 137,962 | 0,333 | 2,001 | 0,000 |
| Stresi tanımlama | -0,310 | 0,058 | -0,281 | 0,120 | -5,297 | 28,059 | 0,588 | 1,702 | 0,000 |
| Çalışma koşulları | -0,363 | 0,089 | -0,244 | 0,073 | -4,073 | 16,591 | 0,624 | 1,602 | 0,000 |

* Durbin-Watson: 1,768

Tablo 8’de görüleceği üzere, regresyon analizi sonucunda; bağımlı değişken olan çalışan davranışı ile bağımsız değişkenler olan iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı ile arasında 0,418, 0,621, 0,573, 0,675 oranında pozitif, stresi tanımlama ve çalışma koşulları arasında -0,226 ve -0,195 oranında negatif yönde bir etki tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Ayrıca Tablo 8’de görülebileceği gibi iş doyumu boyutunun 17,7 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,177$; $B = 0,421$; $F = 43,688$), ekip çalışması boyutunun 41,5 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,415$; $B = 0,757$; $F = 142,023$), güvenlik iklimi boyutunun 36 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,36$; $B = 0,583$; $F = 112,761$), yönetim anlayışı boyutunun 48,1 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,481$; $B = 0,664$; $F = 185,315$), stresi tanımlama boyutunun 8,7 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,087$; $B = -0,254$; $F = 20,004$), çalışma koşulları boyutunun 5,9 oranında açıklandığı ($R^2 = 0,059$; $B = -0,314$; $F = 13,378$) söylenebilir.

Tablo 8. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumu Alt Boyutlarına İlişkin Görüşlerinin Hasta Güvenliği Kültürü Çalışan Davranışı Alt Boyutuna Etkisinin Belirlenmesine Yönelik Regresyon Analizi

| | Standart Olmayan Katsayılar | | Standart Katsayılar | R ² | t | F | Tolerance | VIF | p |
|-------------------|-----------------------------|-----------|---------------------|----------------|--------|---------|-----------|-------|-------|
| | B | Std. Hata | Beta | | | | | | |
| İş doyumu | 0,421 | 0,04 | 0,418 | 0,177 | 6,608 | 43,668 | 0,700 | 1,428 | 0,000 |
| Ekip çalışması | 0,757 | 0,064 | 0,621 | 0,415 | 11,917 | 142,023 | 0,351 | 2,852 | 0,000 |
| Güvenlik iklimi | 0,583 | 0,055 | 0,573 | 0,36 | 10,619 | 112,761 | 0,407 | 2,460 | 0,000 |
| Yönetim anlayışı | 0,664 | 0,049 | 0,675 | 0,481 | 13,613 | 185,315 | 0,333 | 2,001 | 0,000 |
| Stresi tanımlama | -0,254 | 0,057 | -0,226 | 0,087 | -4,473 | 20,004 | 0,588 | 1,702 | 0,000 |
| Çalışma koşulları | -0,314 | 0,086 | -0,195 | 0,059 | -3,658 | 13,378 | 0,624 | 1,602 | 0,000 |

* Durbin-Watson: 1,768

IV. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Konu ile ilgili literatür araştırması sonucunda bir çok araştırmannın (Hahn, Murphy 2008; Abdou, Saber 2011; Rızalar ve diğerleri 2016; Yılmaz 2014; Dilmen 2016; Yolcu ve diğerleri 2015; Erdağı 2013; Karaca, Arslan 2014; Ertürk ve diğerleri 2016; Uslu 2014; Özer ve diğerleri 2019) daha çok, hemşirelerin demografik özellikleri ile hasta güvenliği tutumu ve hasta güvenliği kültürü görüşleri arasında farklılık olup olmadığının belirlenmesi yönünde olduğu veya hemşirelerin hasta güvenliği kültürü düzeylerinin ölçülmesi (Bahrami et al. 2014; Wang et al. 2014; Karaca, Arslan 2014; Rızalar ve diğerleri 2016) doğrultusunda olduğu görülmüştür. Hasta güvenliği tutumu alt boyutları ile hasta güvenliği kültürü alt boyutları arasındaki ilişkiyel etkileşimin az sayıda araştırmaya konu olduğu tespit edilmiştir. Bu açıdan çalışmanın sağlık yönetimi alan yazınına ve konu ile ilgili yönetici ve araştırmacılara önemli düzeyde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında hasta güvenliği tutumu alt boyutları ile hasta güvenliği kültürü alt boyutları kapsamında katılımcı hemşirelerin görüşleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda;

Yönetim ve liderlik alt boyutu ile iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları arasında anlamlı ve negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum, hemşirelerin iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı düzeyleri arttıkça yönetim ve liderlik düzeyleri artmakta, stresi tanımlama ve çalışma koşulları düzeyi arttıkça yönetim ve liderlik düzeyi azalmaktadır şeklinde değerlendirilebilir.

Top ve Tekingündüz (2015) tarafından hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki algılarına yönelik yapılan araştırmada, hasta güvenliği kültürünün alt boyutları arasında karşılıklı ve güçlü oranlarda anlamlı ilişkilerin olduğu tespit edilmiştir. En güçlü anlamlı ilişkinin ekip çalışması alt boyutu ile örgütsel öğrenme sürekli iyileştirme alt boyutu ve üst yönetim desteği alt boyutu arasında olduğu ifade edilmiştir. İfade edilen ilişkiler, çalışmamızda ulaştığımız sonuçlar ile aynı doğrultudadır.

Çalışan eğitimi alt boyutu ile iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı alt boyutları ile arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları arasında anlamlı ve negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum, hemşirelerin iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı düzeyleri arttıkça çalışan eğitimi düzeyi artmakta, stresi tanımlama ve çalışma koşulları düzeyi arttıkça çalışan eğitimi düzeyi azalmaktadır şeklinde değerlendirilebilir.

Beklenmedik olay ve raporlama alt boyutu ile iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları arasında anlamlı ve negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum, hemşirelerin iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı düzeyi arttıkça beklenmedik olay ve raporlama düzeyi artmakta, stresi tanımlama ve çalışma koşulları düzeyi arttıkça beklenmedik olay ve raporlama düzeyi azalmaktadır şeklinde değerlendirilebilir.

Top ve Tekingündüz (2015) tarafından yapılan araştırmada, olay raporlama alt boyutu ile hasta güvenliği ölçeği diğer alt boyutları arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda tespit edilen beklenmedik olay raporlama ile stresi tanımlama ve yönetim anlayışı alt boyutları arasındaki anlamlı ve negatif yönlü ilişki Top ve Tekingüz (2015)'ün elde etmiş oldukları sonuçlar ile aynı doğrultudadır. Dursun ve diğerleri (2010) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların %71,3'ü nün hasta güvenliğini tehlikeye

düşürebilecek hiçbir olayı rapor etmediği tespit edilmiştir. Çakır ve Tütüncü (2009) tarafından yapılan araştırmanın sonucunda da; çalışanların cezalandırılma korkusuyla hataları rapor etmeyebileceklerinin tespit edildiği ifade edilmiştir. Bu bulgular çalışmamızın beklenmedik olay ve raporlama alt boyutu ile ilgili elde ettiğimiz sonucu destekler niteliktedir.

Bakım ortamı alt boyutu ile iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları arasında anlamlı ve negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum, hemşirelerin iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı düzeyi arttıkça bakım ortamı düzeyi artmakta, stresi tanımlama ve çalışma koşulları düzeyi arttıkça bakım ortamı düzeyi azalmaktadır şeklinde değerlendirilebilir.

Çalışan davranışı alt boyutu ile iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi ve yönetim anlayışı alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki, stresi tanımlama ve çalışma koşulları arasında anlamlı ve negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum, hemşirelerin iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı düzeyi arttıkça çalışan davranışı düzeyi artmakta, stresi tanımlama ve çalışma koşulları düzeyi arttıkça çalışan davranışı düzeyi azalmaktadır şeklinde değerlendirilebilir.

Özer ve diğerleri (2019) tarafından hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin algılarının belirlenmesine yönelik yapılan araştırmada; hemşirelerin hasta güvenliği algı düzeylerinin yüksek olduğu, en yüksek puan ortalamasının yönetim anlayışı ve güvenlik iklimi alt boyutlarından alındığı, en düşük alt puanın ise stresi tanımlama alt boyutundan alındığı tespit edilmiştir. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ile stresi tanımlama alt boyutu arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki tespit edildiği ancak diğer alt boyutlar ile anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu ifade edilmiştir. Çalışmamızda stresi tanımlama alt boyutu ile diğer bütün alt boyutlar arasında anlamlı ve negatif yönlü ilişkiler tespit edilmiştir. Bu iki sonuç hemşirelerin hasta güvenliği algılarının yüksek olmasına rağmen genel olarak yaşadıkları iş stresini tanımlayamadıkları ve sürekli stres altından görev yaptıkları şeklinde değerlendirilebilir.

Top ve Tekingündüz (2015) araştırmalarının sonucunda; hemşirelerin hasta güvenliği algı düzeylerinin yüksek olduğunu, en yüksek puanı ekip çalışması ve yönetim desteği alt boyutundan aldıklarını ifade etmişlerdir. Rızalar ve diğerleri (2016) tarafından yapılan araştırma da; hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden aldıkları toplam puanın orta düzeyde olduğu, en yüksek puan ortalamasını çalışan davranışı alt boyutundan, en düşük puan ortalamasını ise bakım ortamı ile beklenmedik olay ve raporlama alt boyutlarından aldıkları ifade edilmiştir. Karaca ve Arslan (2014) tarafından yapılan araştırmada özel bir hastanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bahrami ve arkadaşları (2014) tarafından İran'da üniversite hastanelerinde çalışan 302 hemşire ile yapılan bir çalışmada ve Wang ve diğerleri (2014) tarafından Çin'de 463 hemşire ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamalarının istenilen düzeyde olmadığı tespit edilmiştir.

Elde edilen verilerin genel olarak değerlendirilmesiyle; araştırmanın birinci hipotezi olan "hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ile hasta güvenliği kültürü görüşleri arasında ilişki vardır" hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırma kapsamında; hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ve alt boyutları hakkındaki görüşlerinin hasta güvenliği kültürü ve alt boyutları üzerindeki etkilerini tespit etmek amacıyla yapılan regresyon analizleri sonucunda;

Bağımlı değişken olan yönetim ve liderlik alt boyutu ile bağımsız değişkenler olan iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı alt boyutları arasında pozitif, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları arasında negatif yönde bir etki tespit edilmiştir. Bu durum, hemşirelerin iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışının yönetim ve liderlik alt boyutunu pozitif, stresi tanımlama ve çalışma koşullarının ise yönetim ve liderlik alt boyutunu negatif bir şekilde etkilediği yönünde değerlendirilebilir.

Bağımlı değişken olan çalışan eğitimi alt boyutu ile bağımsız değişkenler olan iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı alt boyutları arasında pozitif, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları arasında negatif yönde bir etki tespit edilmiştir. Bu durum, hemşirelerin iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışının çalışan eğitimi alt boyutunu pozitif, stresi tanımlama ve çalışma koşullarının ise çalışan eğitimi alt boyutunu negatif bir şekilde etkilediği yönünde değerlendirilebilir.

Bağımlı değişken olan beklenmedik olay ve raporlama alt boyutu ile bağımsız değişkenler olan iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı alt boyutları arasında pozitif, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları arasında negatif yönde bir etki tespit edilmiştir. Bu durum, hemşirelerin iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışının beklenmedik olay ve raporlama alt boyutunu pozitif, stresi tanımlama ve çalışma koşullarının ise beklenmedik olay ve raporlama alt boyutunu negatif bir şekilde etkilediği yönünde değerlendirilebilir.

Bağımlı değişken olan bakım ortamı alt boyutu ile bağımsız değişkenler olan iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı alt boyutları arasında pozitif, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları arasında negatif yönde bir etki tespit edilmiştir. Bu durum, hemşirelerin iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışının bakım ortamı alt boyutunu pozitif, stresi tanımlama ve çalışma koşullarının ise bakım ortamı alt boyutunu negatif bir şekilde etkilediği yönünde değerlendirilebilir.

Bağımlı değişken olan çalışan davranışı alt boyutu ile bağımsız değişkenler olan iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı alt boyutları arasında pozitif, stresi tanımlama ve çalışma koşulları alt boyutları arasında negatif yönde bir etki tespit edilmiştir. Bu durum, hemşirelerin iş doyumunu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışının çalışan davranışı alt boyutunu pozitif, stresi tanımlama ve çalışma koşullarının ise çalışan davranışı alt boyutunu negatif bir şekilde etkilediği yönünde değerlendirilebilir.

Top ve Tekingündüz (2015) tarafından yapılan araştırma sonucunda; hemşirelerin hasta güvenliği algı düzeylerinin hasta güvenliği kültürü alt boyutlarından örgütsel öğrenme sürekli iyileştirme, iletişim, ekip çalışması, kadrolama, olay raporlama ve hastane hasta güvenliği bölümü ile diğer bölümler arasındaki ekip çalışması alt boyutları üzerine anlamlı etkilerinin olduğu ifade edilmiştir. Özer ve diğerleri (2019) hemşirelerin; yaşlarının, cinsiyetlerinin, çalışma sürelerinin ve mevcut birimdeki çalışma sürelerinin hasta güvenliği algı düzeyleri üzerine etkisi olduğunu bununla birlikte eğitim düzeyleri ve medeni durumlarının hasta güvenliği algılarına etkisinin olmadığını ifade etmişlerdir.

Aynı doğrultuda Yolcu ve diğerleri (2015) tarafından yapılan araştırmada; hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyleri ve mesleki tecrübelerinin yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı alt boyutlarının tamamı üzerinde anlamlı etkileri olduğu tespit edilmiştir. Ertürk ve diğerleri (2016)'nin çalışmasında ise hemşirelerin medeni durumlarının yönetim ve liderlik ile bakım ortamı alt boyutları üzerinde anlamlı etkilerinin olduğu tespit edilmiştir.

Elde edilen verilerin genel olarak değerlendirilmesiyle; araştırmanın ikinci hipotezi olan “hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının hasta güvenliği kültürü algılarına etkisi vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

Sonuç olarak; hemşirelerin hasta güvenliği tutumları ile hasta güvenliği kültürü alt boyutları arasında olumlu bir etkileşim ve karşılıklı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin sağlanması ve hasta bakım kalitesinin yükseltilebilmesi için hasta güvenliği günümüzde en önemli ölçütlerden biri haline gelmiştir. Sağlık kuruluşlarında olumlu bir hasta güvenliği kültüründen ve güçlendirilmesinden söz edilebilmesi için öncelikle üst kademe yöneticilerde gerekli bilincin, tutum ve davranışların oluşması ve sergilenmesi gerekmektedir. Yöneticiler, kendilerinin ve çalışanların hasta güvenliği kültürü algılarının ve tutumlarının ölçülmesinde öncülük etmeli, çalışanların konuya yönelik kaygılarını ve iyileştirme yapılacak alanları belirlemede bu sonuçlardan faydalanmalıdır. Sağlık hizmetleri sunumunda hasta ile en çok muhatap olan ve sayıca diğer meslek gruplarından da fazla olan hemşirelerin, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tutumlarının ölçülmesinde ve gerekli düzenlemelerin yapılmasında hassas davranılması oldukça önem arz etmektedir.

Konu ile ilgili olarak sağlık kurumları yöneticilerine, planlayıcılara ve araştırmacılara yönelik şu öneriler geliştirilebilir;

- Hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi ve güçlendirilebilmesi çalışmalarının yürütülebilmesi amacıyla kurumun kaynak ayırması,
- Hasta güvenliği kültürünün oluşturularak, sürdürülmesi için kurum çalışanlarının tümünün bu konuyu benimsemelerinin sağlanması,
- Sağlık hizmeti sunan kurumlarda, hasta güvenliği politikalarını belirleyen ve uygulayan hasta güvenliği liderlerinin belirlenmesi ve hasta güvenlik komitesinin hastanelerde kurulmasının sağlanması,
- Sağlık hizmetlerinde organizasyon içerisinde paylaşılan hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve güçlendirilebilmesi için dışsal ve içsel kıyaslamaların yapılması ile gerekli tedbirlerin alınması,
- Yüksek riskli ve hata yapılabilecek uygulamaların önceden belirlenmesi,
- Riske açık olan uygulamalarda çözümlerin hızlı bir şekilde üretilebilmesi,
- Hemşire ve yöneticiler tarafından geliştirilen liderlik stratejileriyle hataların raporlandığı bir güvenlik kültürünün oluşturulması desteklenmelidir,
- Tıbbi hataların çekinmeden ve korkusuz bir şekilde bildirilebildiği ve cezalandırmanın yapılmadığı bir ortamın ve raporlama sisteminin oluşturulması,
- Mesleki olarak yanlış ve uygunsuz davranışların saptanması ve bunların düzeltilmesine yönelik önlemlerin alınması,
- Hastanelerde çalışanlar ile hastalar arasında açık iletişimin teşvik edilmesi.

KAYNAKLAR

1. Abdou H. A. and Saber K. M. (2011) A Baseline Assessment of Patient Safety Culture Among Nurses at Student University Hospital. **World Journal of Medical Sciences** 6(1): 17-26.
2. Ak B. (1990) **Hastane Yöneticiliği**. Özkan Matbaacılık, Ankara.
3. Akalın E. H. (2004) Hasta güvenliği kültürü: Nasıl geliştirebiliriz? **ANKEM Dergisi** 18 (2): 12-13.
4. Akgün S. (2014) Hasta Güvenliği, Beklenmeyen Ciddi Tıbbi Hatalar. **Sağlık Akademisyenleri Dergisi** 1(2): 75-82.
5. Akgün S. ve Al-Assaf A. F. (2007) Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz? **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi** 3: 42-47.
6. Akman A. B. (2010) Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. **İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
7. Altındiş S. (2010) Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri. **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi** 1(1): 17-32.
8. Aren A. (2008) Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliği. **İstanbul Tıp Dergisi** 9(3): 141-145.
9. Armstrong D. and Bartz P. (2001) An Integrative Review of Pressure Relief in Surgical Patient. **AORN Journal** 73(3): 645-657.
10. Aşırız M. (2009) Sağlık Hizmetleriyle İlişkili Enfeksiyonların Hukuki Boyutu. **Sağlıkta Birikim Dergisi** 1(4): 90-94.
11. Aştı T. ve Acaroğlu R. (2000) Hemşirelikte Hatalı Uygulamalar. **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi** 4(2): 22-27.
12. Babayiğit M. A. ve Kurt M. (2013) Hastane Ergonomisi. **İstanbul Med. J.** 14(3): 153-159.
13. Bahrami M. A., Chalak M., Montazeralfaraj R. and Tafti A. D. (2014) Iranian Nurses' Perception of Patient Safety Culture. **Iranian Red Crescent Medical Journal** 16(4): 1-9.
14. Balanuye B. (2014) Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yükünün Hasta Güvenliğine Etkisi. **Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
15. Baykal N. (2008) Değişen Dünya, Tıp ve Teknoloji. **Sağlık ve Bilişimde Objektif Haber**. <http://www.sisoft.com.tr/haber/page?SYF=Detayhb=1197>, Erişim tarihi: 17.06.2018.

16. Bedük Y. (2000) Nozokomiyal Üriner Sistem Enfeksiyonları. **Klinik Dergisi** 13 (Özel Sayı): 19-20.
17. Berke D. ve Aslan F. E. (2010) Cerrahi Hastalarını Bekleyen Bir Risk: Düşmeler, Nedenleri ve Önlemler. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 13(4): 72-77.
18. Birgili F., Salış F. ve Özdemir S. (2010) Sağlık Çalışanlarının İş Doyumunu Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 13(2): 27-37.
19. Can A. (2017) **SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi**. Pegem Akademi, Ankara.
20. Cebeci F. (2010) Hasta Güvenliğinde Acil Hemşirelerinin Rolü. **Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi** 2(1): 57-63.
21. Chalian A. A. and Kagan S. H. (2001) Backside First in Head and Neck Surgery? Preventing Pressure Ulcers in Extended Length Surgeries. **Journal of the Sciences and Specialties of the Head and Neck** 23(1): 25-28.
22. Chiche J. D., Moreno R., Putensen C. and Rhodes A. (2009) **Safety in Intensive Care Medicine: Patient Safety and Quality of Care in Intensive Care Medicine**. Tyskland: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
23. Crigger N. J. and Meek V. L. (2007) Toward a Theory of Self - Reconciliation Following Mistakes in Nursing Practice. **Journal of Nursing Scholarship** 39(2): 177-183.
24. Çakır A. ve Tütüncü Ö. (2009) “İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı”. **I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kongre Kitabı 2**. İçinde: Kırılmaz H. (ed) ss:189- 204. Baydan Ofset, Ankara.
25. Çeçen D. ve Özbayır T. (2011) Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastalarda Düşme Riskinin Belirlenmesi ve Düşmeyi Önlemeye Yönelik Yapılan Girişimlerin Değerlendirilmesi. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi** 27(1): 11-23.
26. Çırpı F., Merih D. Y. ve Kocabey Y. M. (2009) Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamaları ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi** 2(3): 26-34.
27. Davis R., Murphy M. F., Sud A., Noel S., Moss R., Asgheddi M., Abdurrahman I. and Vincent C. (2012) Patient Involvement in Blood Transfusion Safety: Patients’ and Healthcare Professionals’ Perspective. **Transfusion Medicine** 22(4): 251-256.
28. Dilmen B. (2016) Hemşirelik Öğrencileri ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılamalarının Değerlendirilmesi. **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Ankara.
29. Dursun S., Bayram N. ve Aytaç S. (2010) Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. **Sosyal Bilimler Dergisi** 8 (1): 1-14.
30. Erdağı S. (2013) Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. **Atatürk**

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

31. Erdoğan İ. (1996) **İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış**. Avcioğlu Basım Yayım, İstanbul.
32. Ertürk C., Dönmez P. ve Özmen P. (2016) Manisa İl Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi** 32(1): 19-33.
33. Eşer İ., Khorshd L., Türk G. ve Toros F. (2007) Hemşirelerin İlaç Hatası Yapmalarına Yol Açabilecek Etkenlerin Saptanması. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi** 23(2): 81-91.
34. Gül Ş. (2014) Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Basınç Ülseri Gelişiminin Önlenmesi. **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi** 1(3): 54-61.
35. Güleç S., Toygar E., Yeni Ç., Dalmış K. A. ve Yazgan M. (2009) 'Hastanelerde Kullanılan Tıbbi Cihazların Kalibrasyonu ve Hasta Güvenliği'. **Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, Cilt II**. İçinde: Kırılmaz H. (ed.) ss:152-164. Antalya.
36. Gündoğdu S. ve Bahçecik N. (2012) Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 15(2): 119-128.
37. Güneş A. (2011) Hemşirelerin İntravenöz Yoldan Potasyum Verilmesine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Hasta Güvenliği Yönünden Değerlendirilmesi. **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.**
38. Güven M. (2014) Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği İhlali ve Tıbbi Hata Tanıklıkları. **Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.**
39. İşlek E. (2009) Bir Özel Dal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların ve Olası Nedenlerinin Tanımlanması. **Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.**
40. İzgi M. ve Türkmen Ö. H. (2012) Akdeniz Üniversitesi'nde Taşeron Sağlık İşçilerinin İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Durum Tespiti. **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi** 3(10): 160-173.
41. Karaca A. ve Arslan H. (2014) Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi** 1(1): 9-18.
42. Karadağ A. (2003) Basınç Ülserleri: Değerlendirme, Önleme ve Tedavi. **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi** 7(2): 41-48.

43. Karan İ. (1999) Hastanelerde Fiziksel Ortamın Hastalar Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması. **İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
44. Karataş M. ve Yakıncı C. (2010) Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 17(3): 233-236.
45. Karcıoğlu F., Timuroğlu A. G. ve Çınar O. (2009) Örgütsel İletişim ve İş Tatmini İlişkisi: Bir Uygulama. **Yönetim Dergisi** 20(63): 59-76.
46. Kavuncubaşı Ş. ve Kısa A. (2002) **Sağlık Kurumları Yönetimi**. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
47. Kayış A. (2016) ‘Güvenilirlik Analizi’. **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**. İçinde: Kalaycı Ş. (ed) ss:404-425. Asil Yayıncılık, Ankara.
48. Kim F. J., Donalisio D. S. R., Gustafson D., Nogueira L., Harlin T. and Paul D. L. (2015) Current Issues in Patient Safety in Surgery: a Review. **Patient Safety in Surgery** 9(26): 1-9.
49. Mulloy F. M. and Hughes G. R. (2008) **Patient Safety and Quality: an Evidence-Based Handbook for Nurses**. Agency for Healthcare Research and Quality Publication, Rockville.
50. Ovalı F. (2010) Hasta Güvenliği Yaklaşımları. **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi** 1(2): 33-43.
51. Ökdemir P. (2008) “Bası Yaralarından Korunma ve Hemşirelik Bakımı”. **İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri**. İçinde: Erdost Ş. K. (ed.) ss:59-68. Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi, Hünkar Ofset, İstanbul.
52. Özden D. (2013) “Hasta Güvenliği”. **Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilimi ve Sanatı 1**. İçinde: Aştı T. A. Karadağ A. (ed.) ss:261-289. Akademi Yayınları, İstanbul.
53. Özden D., Karagözoğlu Ş. ve Kurukız S. (2012) Hastaların İki Ölçeğe Göre Düşme Riskinin Belirlenmesi ve Bu Ölçeklerin Düşmeyi Belirlemedeki Duyarlılığı: Pilot Çalışma. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 15(2): 80-88.
54. Özer Ö., Şantaş F., Gün Ç. ve Şentürk S. (2019) Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi. **ACU Sağlık Bil Dergisi** 10(2): 161-168.
55. Reason J. (1998) Achieving a Safe Culture: Theory and Practice, Work & Stres: An International Journal of Work. **Health & Organisations** 12(3): 293-306.
56. Rızalar S., Büyük E. T., Şahin R., As T. ve Uzunkaya G. (2016) Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler. **DEUHFED** 9(1): 9-15.
57. Sammer C. E., Kristine L., Karan P. S., Douglas A. M. and Nuha A. L. (2010) What is Patient Safety Culture? a Review of Literature. **Journal of Nursing Scholarship** 42(2): 156-165.

58. Savcı C., Kaya H., Acaroğlu R., Kaya N., Bilir A., Kahraman H. ve 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.
59. Sayek F. (2011) "Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya". **TTB Raporları / Kitapları**. İçinde: ss:36-42. TTB Raporları, Ankara.
60. Sezgin B. (2007) Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. **İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi**, İstanbul.
61. Soylu Y. ve İleri H. (2010) Hastanelerde Stratejik Yönetim Uygulamaları Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Örneği. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi** 13(1-2): 79-96.
62. Şen S., Er S. ve Sevil Ü. (2009) "Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar". **Uluslararası Sağlık Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı**. İçinde: Kırılmaz H. (ed) ss:24-34. Antalya.
63. Top M. ve Tekingündüz S. (2015) Patient Safety Culture in a Turkish Public Hospital: A Study of Nurses' Perceptions about Patient Safety. **Systemic Practice Action Research** 28: 87-110.
64. Tunçer P. (2013) Örgütlerde Performans Değerlendirme ve Motivasyon. **Sayıştay Dergisi** 88(1-3): 87-108.
65. Türkmen E., Baykal. Ü., Seren Ş. ve Altuntaş S. (2011) Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin Geliştirilmesi. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 14(4): 38-46.
66. Ulusoy H. ve Tokgöz D. M. (2009) Hekim ve Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri. **Pamukkale Tıp Dergisi** 2(2): 55-61.
67. Uslu V. (2014) İşletmelerde İş Güvenliği Performansı ve İş Güvenliği Kültürü Algılamaları Arasındaki İlişki: Eskişehir İli Metal Sektöründe Bir Araştırma. **Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Eskişehir.
68. Uyer G., Kocaman G., Oktay S., Argon G. ve Abaan S. (1997) **Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı**. VKV Yayını, İstanbul.
69. Uzun Ş. ve Arslan F. (2008) İlaç Uygulama Hataları. **Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences** 28(2): 217-222.
70. Wang X., Liu K., You L. M., Xiang J. G., Hu H., Zhang L. J., Zheng J. and Zhu X. W. (2014) The Relationship Between Patient Safety Culture And Adverse Events: a Questionnaire Survey. **International Journal of Nursing Studies** 51(8): 1114-1122.
71. Williams J. R. (2005) **Dünya Tabipler Birliği Tıp El Kitabı**. Civaner M. (çev.) Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

72. Yıldırım Y. K. ve Karadakovan A. (2004) Yaşlı Bireylerde Düşme Korkusu, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. **Türk Geriatri Dergisi** 7(2): 78-83.
73. Yılmaz Z. (2014) Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün Belirlenmesi. **Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Kayseri.
74. Yolcu N., Yıldırım Z., İncesu E., Yiğit Y. ve Çağ Y. (2015) Tekirdağ İli Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşireler İçin Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. **International Anatolia Academic Online Journal Scientific Science** 3(2): 8-18.
75. Yücel A. (2008) Bası Yaraları. **Türk Yoğun Bakım Dergisi** 6(2): 73-82.
76. Zencirci D. A. (2010) Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar. **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi** 12(1): 67-74.

