



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGISI
İLE
ÖRGÜTSEL ADALETLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ**

AYŞE CAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğretim Üyesi NİHAL SUNAL

İSTANBUL-2019

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamı sürdürürken yardımlarını esirgemeyen ve beni daima çalışmam için yüreklendiren , değerli bilgileriyle bana yön veren değerli tez danışmanım Sayın Dr.Öğretim Üyesi NİHAL SUNAL'a ,

Tüm yazışmalarımnda ve tezimin tüm aşamalarında bana destek veren Sayın CEREN ŞENTÜRK' e

İstatistik çalışmalarına yön veren Sayın Öğretim Görevlisi AHMET GÜL 'e,

Bana tüm yüksek lisans yazışmalarımnda, yayın taramalarımnda desteğini esirgemeyen değerli Enfeksiyon Kontrol hemşiremiz ,Uzm.Hemş.HATİCE ERİM SÖKMEN'e,

Yüksek Lisans Tezimi hazırlarken fikir ve önerileri ile bana yardımlarını esirgemeyen değerli Enfeksiyon Kontrol hemşiremiz ,Uzm.Hemş.FATMA ŞEKER'e,

Tezimi hazırlarken İngilizce çevirilerimde yardımlarını benden esirgemeyen kardeşim M.MUSTAFA ARABACI'ya

Araştırma çalışmamı gerçekleştirmem için bana fırsat veren değerli Hastane yöneticilerime, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm yönetici hemşireler, Eğitim gelişim hemşirelerine ve araştırmam sırasında bana yardımcı olan tüm çalışma meslektaşlarıma, çalışmaya istekli olarak katılıp, zamanlarını bana ayıran, verilerin toplanmasına yardımcı olan tüm hemşire meslektaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca bana desteğini esirgemeyen babama, eşime, oğluma, kardeşlerime ve yanımda olmasa da desteğini her zaman kalbimde hissettiğim anneme teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
TEZ ONAY FORMU.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
TABLolar LİSTESİ.....	vii
1.ÖZET.....	1
2.ABSTRACT.....	3
3.GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
4.GENEL BİLGİLER	
4.1. HASTA GÜVENLİĞİ.....	8
4.1.1 Hasta Güvenliği Tanımı ve Önemi	8
4.1.2. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi.....	8
4.1.3. Hasta Güvenliği Yaklaşımları.....	10
4.1.3.1.Önleyici Yaklaşım.....	10
4.1.3.2.Düzeltilici Yaklaşım.....	10
4.1.4. Hasta Güvenlik Kültürü Ölçümünün Faydaları.....	11
4.2. ÖRGÜTSEL ADALET.....	11

4.2.1. Örgütsel Adaletin Tanımı.....	11
4.2.2. Örgütsel Adaletin Önemi.....	11
4.2.3. Örgütsel Adaletin Tarihçesi	12
4.2.4. Örgütsel Adaletin Türleri	13
4.2.4.1.Dağıtımsal Adalet.....	13
4.2.4.2.Prosedürel(İşlemci) Adalet	13
4.2.4.3.Etkileşimsel Adalet	13
5.MATERYAL ve METOD.....	15
5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	15
5.2.Araştırma Soruları.....	15
5.3.Araştırmanın yeri ve Zamanı.....	15
5.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	15
5.5. Veri Toplama Araçları.....	16
5.5.1.Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu.....	16
5.5.2.Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi.....	17
5.5.3.Örgütsel Adalet Algısı Ölçeği.....	18
5.6. Uygulama.....	19

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	19
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	19
6.BULGULAR	21
7.TARTIşMA	49
8.SONUÇ.....	65
9.KAYNAKLAR.....	69
10.EKLER.....	77
11. ETİK KURUL ONAYI.....	89
12.ÖZGEÇMİş.....	93

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 6.1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	21
Tablo 6.2: Hasta Güvenliği Konusunda Hemşirelerin Yaşadığı Sorunların Dağılımı..	23
Tablo6.3: Hasta Güvenliği Kültürünü Olumsuz Etkileyen Faktörler Dağılımı	24
Tablo 6.4: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	25
Tablo 6.5: Örgütsel Adalet Ölçek Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımları	28
Tablo 6.6: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Eğitim Gruplarına Göre Dağılımları	29
Tablo 6.7: Örgütsel Adalet Ölçek Puanlarının Eğitim Gruplarına Göre Dağılımları	33
Tablo 6.8: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Görev Gruplarına Göre Dağılımları	34
Tablo 6.9: Örgütsel Adalet Ölçek Puanlarının Görev Gruplarına Göre Dağılımları.....	38
Tablo 6.10: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Görev Süresi Gruplarına Göre Dağılımları	39
Tablo 6.11: Örgütsel Adalet Ölçek Puanlarının Görev Süresi Gruplarına Göre Dağılımları	43
Tablo 6.13: Örgütsel Adalet Ölçek Puanlarının Cinsiyet Gruplarına Göre Dağılımları	45
Tablo 6.15: Örgütsel Adalet Ölçek Puanlarının Medeni Durum Gruplarına Göre Dağılımları	47

1.ÖZET

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGISI İLE ÖRGÜTSEL ADALETLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Bu çalışma, Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı ile Örgütsel adaletleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini İstanbul Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde çalışan 530 hemşire oluşturmaktadır. Örneklemi ise araştırmamıza katılmayı kabul eden 351 hemşire oluşturmaktadır. Çalışmanın verileri, Hasta Güvenliği Kültürü Anketi ve Örgütsel Adalet Ölçeği ve araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu yolu ile toplanmıştır. Yapılan “anket” çalışmaları doğrultusunda elde edilen veriler SPSS 21 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Verilerin normallik testleri Kolmogorov Simirnov testi aracılığı ile analiz edilmiştir. Çalışma verilerinin normal yayılmaması nedeniyle iki gruplu karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, üç veya daha fazla gruplu çalışmalarda ise Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiye ise Spearman korelasyon analizi ile yön verilmiştir. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın/ilişkinin olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın/ilişkinin olmadığı ifade edilmiştir. Dağıtımsal adalet ve işlemsel adalet puanları arttıkça, hataların raporlanma sıklığı, hastane üniteleri arasında ekip çalışması, hastane müdahaleleri ve değişim, yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme , üniteler içinde ekip çalışması, iletişimin açık tutulması, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, personel sağlama puanlarının arttığı görülmektedir. Etkileşimsel adalet puanı arttıkça güvenliğin kapsamlı algılanması puanları da artmaktadır.(Dağıtımsal Adalet Ortalama Puanı:16,04,İşlemsel Adalet Ortalama Puanı:20,24,Etkileşimsel Adalet Ortalama Puanı: 26,15) Hasta güvenlik kültürü algısı; 1 yıldan az süredir çalışan ve eğitim düzeyi Lisans/Yüksek Lisans düzeyindeki hemşirelerde, anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Örgütsel adalet algısı verilerinin; kadınlara göre erkeklerde ve eğitim düzeyi Lisans/Yüksek Lisans olan hemşirelerde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” puanlarının, evli olan hemşirelerde anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Dağıtımsal Adalet ve

İşlemsel Adalet puanlarının artmasının; hemşirelerin Hasta güvenliği kültürü algısını arttırdığı ve hemşirelerin hasta güvenlik sorunlarını raporlamadan yana davranmalarına sebep olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerde hasta güvenliği kültürü oluşturulurken örgütsel adaletin atlanmaması önemli bir unsurdur.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Hasta , Güvenlik, Örgüt ,Adalet.



2.ABSTRACT

DETERMINATION OF THE RELATION BETWEEN ORGANIZATIONAL JUSTICE WITH PATIENT SAFETY CULTURE PERCEPTION

The aim of this study was to determine the relationship between nurses' perception of patient safety culture and organizational justice. The population of the study consisted of 530 nurses working in Istanbul Medipol Mega University Hospital. The sample consisted of 351 nurses who agreed to participate in our study. The data of the study was collected through the Patient Safety Culture Questionnaire and Organizational Justice Scale and the questionnaire form prepared by the researcher. The data obtained from the “survey” studies were analyzed through the SPSS 21 package program. Normality tests of the data were analyzed by Kolmogorov Simirnov test. Mann-Whitney U test was used in two-group comparisons and Kruskal-Wallis H test was used in studies with three or more groups due to the fact that the study data were not spread normally. The relationship between the scales was directed by Spearman correlation analysis. 0.05 was used as the level of significance, and if $p < 0.05$, there was a significant difference / relationship, and if $p > 0.05$, there was no significant difference / relationship. As distributional and procedural justice scores increase, the frequency of errors reporting, teamwork between hospital units, hospital interventions and change, executive expectations and security development activities, organizational learning and continuous improvement, teamwork within units, keeping communication open, feedback on errors and communication, non-punitive response to error, staffing scores increased. The higher the interactive justice score, the greater the perception of security scores. (In this study; The average score of distributional justice was :16,04, The average of Transactional justice was:20:24 and The average score of interactional justice was:26,15) Patient safety culture perception; Nurses who have been working for less than 1 year and whose education level is Bachelor / Master level have been found to be significantly higher. Organizational justice perception data; it was found to be significantly higher in males compared to females and in nurses with undergraduate / graduate education level. “Organizational learning and continuous improvement” scores were found to be significantly higher among married nurses. Increase in Distributive Justice and Transactional Justice scores; It was found that nurses increased the perception of patient safety culture and caused nurses to

behave in favor of reporting patient safety problems. It is an important element that organizational justice should not be missed while creating a patient safety culture in hospitals.

Keywords: Nurse, Patient, Safety, Security, Organization, Justice.



3.GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetleri doğrudan insan hayatı ile ilgili olduğundan; ayrıcalıklı bir hizmet niteliği taşımaktadır. Bu nedenle bir çok faktörden doğrudan etkilenmektedir.

Hasta güvenliği ile ilgili karşılaşılan sorunlarda sağlık çalışanlarının, çalıştığı kurumdaki yönetsel kurgunun içinde kendini güvende hissedip hasta güvenliği sorunlarını raporlamadan yana davranıp davranmadığını anlamaya çalıştık.

Hasta güvenliği son yıllarda en çok önemsenen konuların başında gelmektedir. Yapılan bir çok araştırmadaki bir çok veriler bu konunun önemini bize bir daha hatırlatmaktadır.

Hasta güvenliği kültürü; hasta güvenliği sorunların sistemsel çözümler üretilerek, hasta güvenlik sorunlarını dürüstçe raporlamayı seçmek olarak da tanımlanabilir.(1)

Bu çalışmada; sağlık çalışanlarının ,kendi sosyodemografik özellikleri içinde, eğitim düzeyleri çerçevesinde, hasta güvenliği sorunlarına göstermiş olduğu duyarlılığın, kurumsal yapının içinde, kurumun davranışına güvenerek, kişinin hasta güvenliği sorunlarını gerekli bildirim sağlayıp sağlamadığını ölçmeye çalıştık.

Bu çalışmada ; Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde hemşireler üzerinde yapılan iki farklı "Anket " çalışması aynı anda hemşireye uygulanarak yapılmıştır. Hasta Güvenliği Kültürü Algısı ve Örgütsel Adalet arasındaki ilişki ile ilgili; toplanan veriler karşılaştırmalı olarak incelenmiştir.

Hasta güvenliği geçmişi geliştikçe, hasta güvenliğini tanımlamak giderek daha önemli hale gelmiştir. Hasta güvenliği algısının kişisel bir yaklaşım mı yoksa sistemsel bir yaklaşım mı olması gerektiği uzmanlarca tartışılmış ,sistemsel yaklaşımların hasta güvenliğine katkısının daha anlamlı olduğu ifade edilmiştir.(2). Hasta güvenliği sorunları üç kategoride sınıflandırılmıştır; hastanın bakım sürecindeki tüm kanıtlar gözlenerek, yetersiz kullanım, aşırı kullanım ve yanlış kullanım olarak sınıflandırılmıştır. Yanlış kullanım ve yetersiz kullanım hasta güvenliği sorunlarını ifade eder. .(2)

2006 yılında; Leape ve Berwick ,Hasta güvenliğine dikkat edildiğinde, aşırı kullanım, yetersiz kullanım ve yanlış kullanım gibi hasta güvenliği sınırlarının bulanıklaştığını ; özetle hasta güvenliği sorunlarının azaldığını ya da yok olduğunu tanımlamışlardır. (2)

Hasta güvenliği ; IOM (International Organization for Migration-Uluslararası Göç Örgütü) tarafından "hastalara verilecek zararın engellenmesi "olarak tanımlanmıştır.(3)

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)Hasta güvenliği web sitesinde; Hasta güvenliği uygulamaları ve oluşan zararlar tanımlanırken ; örgütsel sistematüğün öneminden bahsedilmiş ve Hasta güvenliğinin , Örgütsel adalet kavramı ile ilişkili olduğundan bahsedilmiştir. (3)

Hasta güvenliği ; kaliteli sağlık bakımından bahsedebilmek için en önemli şarttır. Hasta güvenlik sorunlarını engelleyen faaliyetleri tanımlayan işlerin çoğu hasta güvenlik kültürü olarak karşımıza çıkmaktadır. Hemşireler, bu sürecin içinde en çok görev alan meslek grubudur .Hasta güvenliği sorunlarını önleme de ve raporlamada aktif yer alarak ; sürecin iyileşmesine katkı sağlarlar.(3)

Hasta güvenliği ile ilgili bir çok tanım bulunmaktadır.

Ovalı'ya göre; " Hasta güvenliği , sağlık hakkı , hasta odaklı sağlık hizmeti gibi bir takım yeni kavramlarla birlikte değerlendirilebilecek bir kavramdır". Yine Ovalı'ya göre hasta güvenliği tanımı şöyledir : Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı oluşabilecek hataların, hasta güvenlik sorunlarının azaltılması veya ortadan kaldırılması olarak tanımlanır" (4)

Şen ve arkadaşları; hasta güvenliğinin kapsamını vurgulamışlardır ."Hasta güvenlik önlemleri , sağlık bakımı gerçekleştirilirken ,hizmetin yaratacağı zararları engelleyici önlemlerin tanımlanmasıdır". Hasta güvenliği ,sağlık hizmetine bağlı oluşabilecek sorunların engellenmesi ve sağlık hizmetine bağlı oluşan sorunların yarattığı zararların azaltılması ya da ortada kaldırılmasıdır.(5)

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinden kaynaklı zararların engellenmesi ve hastaların sorun yaşamaması için alınan bir takım önlemleri ifade eder.(6)

Örgütsel adalet, örgüt çalışanlarının kişisel doyuma ulaşabilmesi ve örgütün etkili ve verimli bir şekilde fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için önemlidir(7)

Örgütsel adaletin azlığı ,bireyin değerleri ile örgütün değerleri arasındaki uyumsuzluğa dayanmakta ve genellikle örgütten ayrılma eğilimini arttırmaktadır. Adaletsiz bir ortamda çalıştığını düşünen birey; motivasyonunu ,iş tatminini, örgütsel bağlılığını ve psikolojik sözleşmesini kaybederek ,orada çalışmaktan gurur duymamaya başlayacaktır. Herkese adil davranılmadığını düşünen birey ; sonuç

olarak o örgütün parçası olmamaya karar verecektir. Bu çalışmanın amacı; çalışanın ,hasta güvenliği sorunlarını ,çalışılan kurumun (örgütün) yapılanmasının adaletine güvenerek raporlama yapıp yapmadığını sayısal verilerle incelemek ve çalışanlarda bu konuda farkındalık yaratarak doğru yaklaşımın yaratılmasına katkı sağlamaktır. Bu bağlamda hasta güvenliği algısı ve örgütsel adalet arasındaki ilişkinin incelenmesi çalışmamızın ana amacını oluşturmaktadır.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. HASTA GÜVENLİĞİ

4.1.1. Hasta Güvenliğinin Tanımı ve Önemi

Hasta güvenliği ve hasta güvenlik sorunlarının halk arasında kabullenilme şekli ile ilgili çalışmalar bu konu ile ilgilenen ve önemseyen ülkelerde sıkça yapılmakta ve sonuçları takip edilerek değerlendirilmektedir. (8)

Tüm sağlık çalışanlarının amacı hastanın zarar görmeden hizmet almasını sağlamaktır. Herhangi bir zarar oluştu ise hastanın bundan en az zarar görmesini sağlamak ve bundan sonra ,bu durum ile karşılaşılacak hastaların bu zararla karşılaşmasını engellemek için bu hatalar muhakkak raporlanmalı, gerekli sistemsel değişimler planlanmalı ve iyileştirme çalışmaları ve sonuçları gözlemlenmelidir.

Yapılan bir çalışmada; Sağlık çalışanlarının hasta güvenlik sorunu oluşturma oranı%6,2,diğer sağlık çalışanlarının da bu duruma şahit kalma yüzdesi %10,4 olarak gözlenmiştir.(9)

İzmir’de yapılan bir çalışmada ; hasta güvenliği kültürü oluşumuna ilişkin yapılan çalışmada çalışanların ve hastane yönetiminin davranışının belirlenmesi için yapılan çalışmada hasta güvenliği kültürünün doğru algılanmadığı sonucuna varmışlardır.(10) Filiz ‘in yaptığı çalışmada; sağlık çalışanları ile toplumun tıbbi sorun/ hasta güvenliği algısındaki fikirlerini ölçmek ve sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü ile ilgili görüşlerini ölçmek isteği ile uyguladığı araştırmada hastane güvenlik kültürünün oluşmasına ve kurumlarda ‘‘Hasta Güvenliği Komitesi’’ kurulması ve bu konunun gelişimini sağlayacak çalışmaların desteklenmesi gereğinden bahsedilmiştir.(10) ,(11)

4.1.2.Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi

Hasta güvenliğinin kökenini Babil Kralı Hamurabi tarafından M.Ö.1700’lü yıllarda hazırlanan ‘‘Hamurabi Kanunlarına’’ dayandıran çalışmalar (4) bulunmaktadır. Bu kanunların218. Maddesinde cezai yaptırım öngörülmüştür. Ayrıca Hipokrat’ın ‘primum non nocere’’(önce zarar verme)sözü hasta güvenliği hareketinin sloganı haline gelmiştir .Modern hemşireliğin önderi olan Florence Nightingale’in’’ bir hastaya ilk önce zarar vermemeye çalışması gerekiyor, bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikroorganizma saçmaktır’’ cümlesi de tarihe yazılmış temel süreçlerden birini oluşturmuştur. (12)

1951 yılında yapılan ABD menşeli Sağlık Bakımı Organizasyonları’nın

Akreditasyonu'nda Birleşik Komisyon (JCAHO), kalite düzeyini arttırmak ve güvenliği sağlamak için çalışmalarına başlamıştır. Hasta güvenliği konusunun öncelikli sorun olarak görülmesi ise 1999-2000'li yıllarda İnstitue of Medicine 'in yayınladığı iki rapor doğrultusunda olmuştur.''To Err is Human'' raporundaki çalışmalara göre,ABD'de her yıl44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybetmektedir. Join Commission(JC) ilk kez Temmuz 2002'de Ulusal Hasta Güvenliği Hedeflerini duyurmuştur. Bunu 2005 yılı Haziran'da 2006 Hasta Güvenliği Hedefleri ve Gereklilikleri raporu izlemiştir.2004 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve üye ülkeler hasta güvenliği konularına odaklanmak üzere World Alliance for Patient Safety Birliğini kurmuştur.(12)

Dünyada; Dünya Sağlık Örgütü'nün(DSÖ) hasta güvenliği ile ilgili bildirimleri dikkatlerin bu konuya yoğunlaşmasına neden olmuştur. DSÖ 2007 yılında ,Cenevre'de yapılan milletlerarası bir toplantıda, Dünyada her sene 10 milyon insanın engellenebilir sağlık hataları sebebiyle işlevsel fonksiyonel kayıplara yahut öldüğüne dikkat çekerek hasta güvenliği konusuna yoğunlaşmak gereğini ve bu konuda daha fazla çalışma yapılması için öneride bulunmuştur.(13)

''İnstitue of Medicine'nin raporunda yayınları doğrultusunda ,sağlık hizmetlerindeki en önemli iki problemin ''kalite ve hasta güvenliği '' olduğu tanımlanmıştır.(14)

İnstitue of Medicine'nin 2003 yılında yayınladığı diğer bir bildirisinde ;kalite için tercih edilen 20 konudan 3'ünün hasta güvenlik sorunu olduğunu bildirmiştir.(15)

Amerika Birleşik Devletleri(ABD)'nde yapılan çalışmalarda her yıl 98.000 kişi tıbbi hatalar sebebiyle hayatını kaybettiği ,bu hataları sistemseller sorunların daha çok desteklediği durumlardan kaynaklandığı belirlenmiştir(16)

Türkiye'de hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar; ''Başbakanlık mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü tarafından 29 Nisan 2009 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan; sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ'de yer almaktadır''. Bu tebliğin hedefi kurumlardaki hasta güvenliği sorunlarının önlenmesine sağlayabilmektir.(17)

Türkiye'de henüz yapılandırılmış bir hasta güvenliği sistemi bulunmamaktadır. Bunun yanında uluslararası akreditasyon kurumu tarafından akredite edilmiş/edilecek hastanelerde standartlar gereğince, hastanın ve çalışanın güvenliğine sorun oluşturan

olaylar izlenmekte, kayıt altına alınmakta, incelenmekte ve iyileştirilmektedir. Hasta güvenliği bilincini yaymak ,kültür geliştirmek için Türkiye ‘de son yıllarda hasta güvenliği ve sağlıkta kaliteyi geliştirmeyi amaçlayan dernekler kurulmuştur. Hasta Güvenliği Derneği, Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği çalışmalarına devam etmektedir. (18)

4.1.3.Hasta Güvenliği Yaklaşımları

4.1.3.1. Önleyici Yaklaşım

Önleyici yaklaşım, hasta güvenliği basamaklarında değişiklik yapılması için bir sorun veya bir hatanın ortaya çıkmasının beklenmemesi gerektiğini ifade etmektedir. .Gelecekte olasılıkla ortaya çıkma ihtimali olan hataların ve hastaya zarar verebilecek durumların olmasını ve hasta güvenliği sorunlarıyla karşılaşılmasını önlemek amacıyla önlem alınması şarttır. Başka bir deyişle, risklerin azaltılmasında yaklaşımında, daha yüksek riskli süreçler dikkate alınmalıdır.(18)

4.1.3.1.2.Düzeltilici Yaklaşım

Bu yaklaşım; herhangi bir hasta güvenliği sorunu ortaya çıktıktan sonra uygulanabilir. Hasta güvenlik sorunu oluşan durumlar ‘‘Kök Neden Analizi’’ yapılarak soruna sebep olan nedene yönelmeye çalışılarak geliştirilmesi gereken alanlar üzerinde çalışılabilir.

Kök Neden Analizi; hasta güvenliği sorununa neden olan olayların ana sebebini belirlemek, ilgili süreç ve sistemleri incelemek , ilerde buna benzer olayların yaşanmaması için riski azaltacak önlemleri alabilmek , benzer olayların yeniden yaşanmasını önlemek maksadıyla yapılabilir. Bu süreç, olayın ana sebebini (kök neden) bulmayı amaçlar.(18)

4.1.4.Hasta Güvenlik Kültür Ölçümünün Faydaları

İyileştirme sağlanması gereken alanları belirlemek, Hasta güvenliği kültürü ile ilgili kişilerin farkındalığını geliştirmek , hasta güvenliği sorunlarını belirlemek ve önlem alınmasını sağlamak, Gelişebilecek hasta güvenliği sorunlarının ön görülebilmesini sağlamak, Hasta güvenliği arttırma sistemleri geliştirilmesini sağlamak, oluşabilecek hasta güvenliği sorunlarında; hasta ve ailesinin en az zararla karşılaşmasını sağlamak, Oluşan hasta güvenliği sorunlarına, kök neden analizi yöntemi ile sistemsel çözümler üretmek.(18)

4.2.ÖRGÜTSEL ADALET

Dünyadaki değişen şartlar; kurumlarda (örgütlerde) sistem oluşturma ihtiyacını doğurmuştur. Oluşturulan bu sistematik ve kuruma özgü yaklaşımlar, çalışanların kuruma bağlılığını arttırmayı hedeflemektedir.

Kuruma bağlılığın artırılmasında seçilen yöntemlerin örgütsel adalet kavramını yansıtması anlamlı etki göstermektedir.

Bu çalışmada; çalışanın kurumda algıladığı örgütsel adaletin hasta güvenliği kültürüne etkilerinin incelenmesi hedeflenmiştir.

4.2.1.Örgütsel Adalet Tanımı

Örgütsel Adalet kavramı; bir yapılanmadaki uygulamaların dayandığı kuralların belirli olmasını ,kişilere göre değişen farklı uygulamalar olmamasını, olsa bile bu farklılıkların sebeplerinin net bir şekilde ifade edilmesini öngören bir kavramdır. Yönetim karar ve uygulamalarının adaletli olduğu algısı, çalışanların motivasyon ve performanslarını etkileyen önemli bir sebeptir.(19)

Adalet algısı ; çalışanların örgütsel çalışma ortamında, güven duygusu içinde çalışmalarını sağlayan temel nedendir. Örgütsel Adalet, kurumsal yönetimin temel amacı olmalıdır. Araştırmalar ,çalışanların örgütsel adalet algılarının yüksek olduğu kurumlarda iş doyumlarının arttığını ve örgütsel amaçlara karşı daha bağlı olmalarını arttırır.(20) Bu nedenle; örgütsel adalet çalışanın kuruma duyduğu bağlılıkta en önemli değerlerin arasında yer alır.

4.2.2.Örgütsel Adaletin Önemi

Bugün; örgütsel adaletin öneminden bahsedilmesinin üç sebebi bulunmaktadır. Birincisi ; adaletin sosyal bir olgu olduğudur. Adalet her türlü sosyal , örgütsel ve insan ilişkilerinde karşımıza çıkmaktadır. Kişiler iş hayatında; adaletin farklı türleriyle karşılaştığından, adaletin varlığı değer kazanmaktadır.İkinci sebep , sahip olduğu en önemli kaynağı çalışanlar olan örgütlerin yönetim süreçlerinin genelinde adalet algısının belirleyici değer olmasıdır. Kurumda çalışanlara nasıl davranıldığı ve çalışanların davranışlarının tümü adalet algısı ile ilişkilidir. Üçüncü olarak ise,

,çalışanların daha eğitimli hale gelmelerinin önemidir. Çalışanlar eğitim düzeyleri ve donanımlarına hitap eden işler beklerken ,bu vazifelerini sergilerken saygılı ve değerli bir yaklaşım beklemektedirler. (21)

Örgütsel adalet, kurum çalışanlarının iş doyumunun artması için ve kurumun etkili ve verimli bir şekilde fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için anlamlıdır.(7)

Örgütsel adalet konusu; adaletin tüm toplumu ilgilendiren bir konu olması nedeniyle, her türlü ortamda karşımıza çıkabileceğinden ve çalışanlar kurumlarından saygı ve samimiyet beklediği için önemli hale gelmektedir.(22)

Örgütsel adaletin azlığı ,bireyin değerleri ile örgütün değerleri arasındaki uyumsuzluğa yaratmakta ve genellikle örgütten ayrılma eğilimini arttırmaktadır. Adaletsiz bir ortamda çalıştığını düşünen birey; motivasyonunu ,iş tatminini, örgütsel bağlılığını ve kuruma bağlılığını kaybederek ,orada çalışmaktan gurur duymamaya başlayacaktır. Kişilere adil davranılmadığını düşünen çalışan ; sonuç olarak o örgütün parçası olmamaya karar verecektir. Örgütteki özellikle gelişime yatkın olan kişilerin davranışları incelendiğinde; bu kişilerin sosyal statü ve takdir ile motive oldukları ve dolayısıyla hem kendisi hem de grubu için diğer gruplarla statü ve itibarlarını kıyasladıkları görülmektedir.(23)

4.2.3. Örgütsel Adaletin Tarihçesi

Örgütsel adalet kavramı Adams'ın Eşitlik teorisine dayanmaktadır. Eşitlik Teorisi, çalışanların örgüte sağladıkları faydaları ve örgütten sağladıkları kazanımları ifade etmektedir.

Örgütsel adalet kavramından ilk söz eden Greenberg (1987)(29),örgütsel adaleti çalışanların örgütsel durumları , uygulamaları ve kuralları adalet ilkesine göre değerlendirerek , bireylerin görevlerinin açık olarak tanımlandığı, kendilerine adil davranıldığına inandıkları ortam olarak ifade etmişlerdir. Greenberg'e göre örgütsel adalet algısı, çalışanın seçimi, performans değerlendirmesi, ödüllendirilmesi, maddi manevi kazançlar aracılığı ile şekil alır. (1)

4.2.4. Örgütsel Adalet Türleri

4.2.4.1. Dağıtımsal Adalet

Örgütsel adalet boyutlarından literatürde ortaya çıkan ilk adalet boyutu dağıtımsal adalettir. Dağıtım adaleti, karar verme sürecini dikkate almaksızın ; karar sürecinin sonuçlarının ne derece adil olduğu ile ilgilenir. (24)

Dağıtımsal adalet; “örgütlerde ortaya çıkan kazanımların adil paylaşımını, ödül, ceza ve fırsatların çalışanlar arasında adaletli dağılıp dağılmadığı ile ilgilenir”(25)

Dağıtımsal adalet, eşitlik kuramından feyz alır .Bu kuramın özü, eşit çalışmanın, eşit sonuç getirmesi beklentisidir. Eşitlik Kuramına göre ; çalışanlar kazanımları ve çalışmaları arasındaki oranı başkalarınınkiyle kıyaslarlar. Oranlar arasında denge olduğunu düşündüklerinde dağıtımsal adaletin varlığına, eşitliğe inanırlar. Eşitsizlik olduğunu düşündüklerinde ise ,eşitliği yakalamaya çalışırlar .Bunu ya performanslarını azaltarak ya da karşılaştırma yaptıkları çalışanı değiştirerek sağlamaya çalışırlar (26)

4.2.4.2. Prosedürel (İşlemci) Adalet

Örgütsel adaletin ikincisi olan prosedür adaleti, dağıtımsal adaletin tersine, kurumda alınan kararlara neden olan süreçleri ele alır. Bu şekilde; örgütlerdeki adalet ile ilgili, dağıtımsal adalet yönelimi; maddi çıkarımları baz alırken, işlemsel(prosedürel) adalet çalışma koşulları ,terfi, maddi olanaklar gibi farklı etmenlere yönelir.(27)

Prosedürel adalet; ücret, terfi, maddi olanaklar, çalışma şartları ve performans değerlendirmesi gibi basamakların oluşturulması ve ölçümünde kullanılan yöntem; prosedür ve politikaların adaletli olma derecesi olarak ele alınmaktadır.(28)

4.2.4.3. Etkileşimsel Adalet

“Kararları düzenleyen biçimsel süreçlerin algılanan adaleti olarak tanımlanan süreç adaleti üzerinde yapılan çalışmaların ilerlemesiyle birlikte ,araştırmacıların adalet algısının belirlenmesinde bir başka faktörün önemini fark etmeleriyle etkileşimsel adalet olarak isimlendirilen yeni bir adalet türü ortaya çıkmıştır. Çalışanların adalet algısının oluşmasında, süreçlerin uygulanması esnasında kişilerin karşılaştığı bireyler

arası etkileşimin kalitesinin de göz önünde bulundurulması gerektiği ileri sürülmüş ve bu durum etkileşimsel adalet olarak tanımlanmıştır”.(29)

İlk defa Bies ve Moag (30) tarafından bahsedilen etkileşimsel adalet kavramı, “Çalışanların kendilerine adil davranıldığını yeterince hissedebilmeleri için kişiler arası ilişkilerin niteliği şeklinde tanımlanmıştır”.(31) Etkileşimsel adalet, prosedürlerin uygulanmasında, kurum yöneticilerinin çalışanlara karşı dürüst olmalarını ,değer vermelerini, saygı duymalarını ve bilgilendirmeleri şeklinde tanımlanmaktadır.(32)



5.MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışma, hasta güvenliği kültürü algısı ile örgütsel adaletleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için Tanımlayıcı,kesitsel,ilişki tarama modeli kullanılan bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırma Soruları

1. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri hasta güvenliği kültürü algısını etkiler mi?
2. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri örgütsel adaletlerini etkiler mi?
3. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri hasta güvenliği kültürü algısı ile örgütsel adaletleri arasındaki ilişkiyi etkiler mi?

5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul'da yer alan Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde; Mayıs 2018 –Mayıs 2019 tarih aralığında,tüm hastane genelinde çalışan 351 hemşireye(13 sorumlu hemşire,6 eğitim gelişim hemşiresi,70 yataklı servis hemşiresi,168 yoğun bakım hemşiresi,16 poliklinik hemşiresi,18 acil servis hemşiresi,60 diğer kliniklerde çalışan hemşireye) ‘‘Anket’’ uygulaması ile gerçekleştirildi..

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul Medipol Mega Hastanesi'nde çalışan 530 hemşire oluşturdu. Örneklemi ise; araştırmaya katılmayı kabul eden 351 hemşire oluşturdu.

Evren-Örneklem:

Evreni bilinen örneklem yöntemi kullanılarak 351 kişi olarak hesaplanmıştır.

$$\frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı (530)

n: Örneklem alınacak birey sayısı 316

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0,5)

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (0,5)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma(0,035)

Çalışma sonucunda katılımcıların ilgisi nedeniyle toplam 351 denek ile çalışma tamamlanmış oldu.(33)

5.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, “Hemşire Sosyodemografik Bilgi Formu”, İkinci Bölümde ,”Hasta Güvenliği Kültürü Algısı Anket Formu” , Üçüncü Bölümde “Örgütsel Adalet Ölçeği Anketi” kullanıldı.

5.5.1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin veri toplama formu; literatür taraması yapılarak araştırmacı tarafından oluşturuldu. Veri toplama formunda,cinsiyet, medeni durum, yaş,eğitim durumu, gibi sosyodemografik özellikler ,hemşirelerin eğitim düzeyleri, ilişkili konuda daha önceden eğitim alıp almadıkları soruldu, hasta güvenliği sorunu yaşanması durumunda bildirim yapıp yapmayacakları soruldu.

Çalışmaya alınmama kriterlerinde; hastayla doğrudan etkileşim halinde olması göz önünde bulundurularak,hastayla doğrudan etkileşim halinde olmayan ameliyathane hemşireleri çalışma dışında tutulmuştur.

5.5.2. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi:

“Sağlık personeli için uygulanan Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)) 2004 yılında ABD’de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından geliştirilmiştir. Anket ABD’deki hastanelerde yaygın olarak kullanılmaktadır ve 2006 yılında veri tabanı oluşturulmuştur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2009 yılında Said BODUR ve Emel FİLİZ tarafından yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır(34). Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 12 boyutludur ve 42 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca katılımcılara hasta güvenliği derecesi ve raporlanan olay sayısı ile ilgili birer soru sorulmaktadır. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi’nin 12 boyutu, bu boyutların içerdiği sorular ve ters yönlü sorular aşağıdaki tabloda sunulmuştur. 31 Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alanları Sorular Güvenliğin kapsamlı algılanması (A10, A15,A17, A18) Hataların raporlanma sıklığı (D1,D2,D3) Hastane üniteleri arasında ekip çalışması (F2, F4, F6, F10) Hastane müdahaleleri ve değişim (F3, F5, F7, F11) Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (B1, B2, B3, B4) Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (A6, A9, A13) Üniteler içinde ekip çalışması (A1, A3, A4, A11) İletişimin açık tutulması (C2, C4,C6) Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (C1, C3,C5) Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (A8, A12, A16) Personel sağlama (A2, A5, A7, A14) Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (F1, F8, F9) Ters Yönlü Sorular A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2,F3, F5, F6, F7, F9, F11 Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketinin Cevaplandırılması: Cevaplamada A, B ve F bölümlerinde “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “ne katılıyorum ne katılmıyorum”, “katılıyorum”, “kesinlikle katılıyorum” ifadeleri, C ve D bölümlerinde “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “çoğu zaman”, “her zaman” ifadeleri yer almaktadır. Bölüm E’de hasta güvenliği derecesi “mükemmel”, “çok iyi”, “kabul edilebilir”, “zayıf” ve “başarısız” olarak değerlendirildi. Bölüm G’de raporlanan olayların sayısı sınıflandırılarak sorulmaktadır. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketinin Puanlanması: 42 maddeden oluşan Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketinin Yorumlanması ve Puanlanmasında Her bir madde için verilen pozitif cevaplar “katılıyorum” (4), “kesinlikle katılıyorum” (5) ya da “çoğu zaman” (4), “her zaman”(5) hesaplanır. 18 soru(A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2,F3, F5, F6, F7, F9, F11)

ters yönlü sorulardır. Ters yönlü soruların puanları çevrilerek (kesinlikle katılmıyorum 5, katılmıyorum 4 ya da her zaman 5 çoğu zaman 4) şeklinde puanlanır. Daha sonra tüm sorular için verilen pozitif cevaplar hesaplanır. Her bir madde için verilen pozitif cevaplar maddelere verilen tüm cevap sayısına bölünür. Elde edilen sonuç maddelere verilen olumlu cevap yüzdesidir. 32 Olumlu cevap yüzdesi hesaplanırken “kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum”(2), “ne katılıyorum ne katılmıyorum”(3), hiçbir zaman”(1), “nadiren”(2) ve “bazen”(3) grubu olumlu cevap yüzde hesaplanmasına katılmamaktadır. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alanlarının İç Tutarlılık ve Güvenilirlikleri: Hasta güvenliği kültürü Hastane Anketinin 12 alt alanının Cronbach Alpha Katsayısı (0,34 - 0,92) arasında değişmekte olup toplam skor Cronbach Alpha değeri 0,880 bulunmuştur. Filiz'in (2009) çalışmasında Cronbach Alpha Katsayısı 0,864, Gündoğdu (2010) çalışmasında Cronbach Alpha Katsayısı 0,920, Tütüncü ve Küçükusta' nın (2006) çalışmasında Cronbach Alpha Katsayısı 0,796 bulunmuştur. Bu çalışmada; Ölçek Cronbach α Örgütsel adalet ölçeği 0,95 bulundu. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alanları Cronbach Alpha İç Tutarlılık Değeri Güvenliğin kapsamlı algısı 0,468 Hataların raporlanma sıklığı 0,921 Hastane üniteleri arasında ekip çalışması 0,347 Hastane müdahaleleri ve değişim 0,707 Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri 0,661 Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme 0,606 Üniteler içinde ekip çalışması 0,793 İletişimin açık tutulması 0,730 Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim 0,795 Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt 0,571 Personel sağlama 0,075 Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği 0,671 Toplam Skor 0,880 ‘‘ (34)

5.5.3. Örgütsel adalet algısı ölçeği

“Örgütsel adaletin ölçülmesinde Niehoff ve Moorman (1993) tarafından geliştirilen ve Muharrem Alparslan Kurudirek in 2014 yılında „ Örgütsel Adalet Algısı ve iş Doyumu ilişkisi: Doğu Anadolu Bölgesi Gençlik Hizmetleri ve Spor İl Müdürlüğü Çalışanları Üzerine Bir Çalışma’’ isimli araştırmasında kullandığı ölçek izin alınıp bu çalışmada kullanılmıştır. Örgütsel adalet ölçeğinde örgütsel adaletin 3 boyutu ele alınmıştır’’. (35)

1. Dağıtımsal adalet (8-12. maddeler)

2. İşlemsel (prosedür) adalet (13-18. maddeler)

3. Etkileşimsel adalet (19-27. maddeler)

Ölçeklerin güvenilirlik analizleri

Ölçek Cronbach α Örgütsel adalet ölçeği 0,95

Dağıtımsal adalet 0,87

İşlemsel adalet 0,87

Etkileşimsel adalet 0,94

5.6. Uygulama

Araştırma, ekte sunulan veri toplama formları ile Mayıs 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde çalışmakta olan hemşireler ile yüz yüze görüşme sağlanarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın amacı açıklandıktan sonra hemşirelerin yazılı izinleri alınmış, hemşirelerin doldurduğu anketler araştırmacı tarafından toplanmıştır.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

“Bu araştırmada bulunan veriler SPSS 21 paket programı kullanılarak yorumlanmıştır. Verilerin normallik testler Kolmogorov Simirnov testi aracılığı ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılmaması nedeniyle iki gruplu karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, üç ve daha gruplu karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiye ise Spearman korelasyon analizi ile bakılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın/ilişkinin olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın/ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.”

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan etik kurul izni (Karar No:133 Tarih:14/02/2018), İstanbul Medipol

Mega Üniversite Hastanesi Başhekimliği ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nden kurum izni alındı (Ek.4). Çalışma, araştırmaya katılmaya gönüllü hemşirelere, bilgilendirmeler yapıldıktan sonra yazılı rızaları alınarak sürdürüldü (Ek.3). Hemşirelerin çalışmaya dair bilgileri yapılan bu çalışma için kullanılmıştır ve gizlilik ilkesi gözetilmiştir.



6.BULGULAR

Tablo 6.1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N:351)

		n	%
Yaş	18-24 yaş	216	61,5
	25-35 yaş	111	31,6
	36-45 yaş	17	4,8
	46 yaş üstü	7	2,0
	Toplam	351	100,0
Cinsiyet	Kadın	274	78,1
	Erkek	77	21,9
	Toplam	351	100,0
Medeni durum	Evli	90	25,6
	Bekar	261	74,4
	Toplam	351	100,0
Eğitim durumu	Lise	113	32,2
	Ön lisans	59	16,8
	Lisans	159	45,3
	Yüksek Lisans	18	5,1
	Doktora	2	,6
	Toplam	351	100,0
Hastanedeki görevi	Sorumlu Hemşire	13	3,7
	Eğitim Gelişim Hemşiresi	6	1,7
	Yataklı Servis Hemşiresi	70	19,9
	Yoğun Bakım Hemşiresi	168	47,9
	Poliklinik Hemşiresi	16	4,6
	Acil Servis Hemşiresi	18	5,1
	Diğer	60	17,1
	Toplam	351	100,0
Mesleki deneyim	1 yıldan az	106	30,2
	1-3 yıl	93	26,5

	4-6 yıl	78	22,2
	7-9 yıl	25	7,1
	10 yıl ve üzeri	49	14,0
	Toplam	351	100,0
Bulunduğu görevde hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde olma durumu	Evet	341	97,2
	Hayır	10	2,8
	Toplam	351	100,0
Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve korunmasına ilişkin bir eğitim alma durumu	Evet	340	96,9
	Hayır	11	3,1
	Toplam	351	100,0

Tablo 6. 1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı Devamı (N:351)

		n	%
Eğitim aldığı kişi/kurum	Hizmet İçi Eğitim	312	91,8
	Sağlık Bakanlığı Eğitimi	9	2,6
	Diğer (kongre,sempozyum,...vb)	19	5,6
	Toplam	340	100,0
Çalıştığınız kurumda hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve korunmasına ilişkin protokol, doküman bulunma durumu	Evet	340	96,9
	Hayır	11	3,1
	Toplam	351	100,0
Çalıştığınız kurumda olay bildirim formu olma durumu	Evet	342	97,4
	Hayır	9	2,6
	Toplam	351	100,0
Olay bildiriminde bulunurken çekince yaşama durumu	Evet	43	12,3
	Hayır	231	65,8
	Bazen	77	21,9
	Toplam	351	100,0

Araştırmaya katılanların demografik özellikleri Tablo 1 de verilmiştir. Çalışmaya katılanların %61,5 i 18-24 yaş grubunda görülürken, %78,1 i kadın olarak

görülmektedir. Çalışmaya katılanların %74,4 ü Bekar olarak görülürken %45,3 ü ise Lisans mezunu olarak görülmektedir. Çalışmaya katılanların görev yerleri incelendiğinde %47,9 u yoğun bakım hemşiresi olarak çalıştıkları görüldü.

Meslekteki hizmet yılına göre incelendiğinde çalışmaya katılanların %30,2 sinin 1 yıldan az ve %14 ünün de 10 yıl ve üstü süredir hastanede görev yaptıkları görüldü.

Çalışmaya katılanların %97,02 sinin hastalarla doğrudan temas içinde oldukları görüldü.

Araştırmaya katılanların %96,9 unun hasta ve çalışan güvenliği eğitimi aldıkları gözlenirken, bu eğitimi alanların %91,8 inin de bu eğitimleri hizmet içi eğitimi çerçevesinde aldıkları görüldü.

Çalışmaya katılanların %97,4 ünün kurumlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması konusunda protokol ve dokümanlarının olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılanların %97,4 ünün kurumlarında olay bildirim formunun bulunduğu görülürken, gene çalışmaya katılanların %12,3 ünün olay bildirmede çekince duydukları ve %21,9 unun da bazen çekince duydukları tespit edildi.

Tablo 6.2: Hasta Güvenliği Konusunda Hemşirelerin Yaşadığı Sorunların Dağılımı(N:351)

Yaşanan sorunlar	n	%
Enfeksiyon risklerinin azaltılması	148	42,2
Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzluk	141	40,2
İletişim güvenliğinin sağlanması	126	35,9
Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması	126	35,9
Hasta düşmelerinin önlenmesi	50	14,2
Güvenli Cerrahi uygulamalarının sağlanması	43	12,3
Güvenli kan transfüzyonu uygulanması	38	10,8
Afetler(deprem, yangın, sel)ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması	35	10,0
Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması(Mavi Kod)	28	8,0
Yeni doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması(Pembe Kod Uygulanması)	19	5,4

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Çalışmaya katılanların belirttikleri yaşanan sorunlar incelendiğinde en sık %42,2 ile “Enfeksiyon Risklerinin azaltılması” ve %40,2 ile “Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzluk” sorunları görüldü.

Tablo6.3: Hasta Güvenliği Kültürünü Olumsuz Etkileyen Faktörler Dağılımı(N:351)

Olumsuz etkileyen faktörler	n	%
Yoğun çalışma saatleri	295	84,0
Çalışan personel sayısındaki yetersizlik	271	77,2
Hataları izlemeye ve hatalardan ders almaya yardımcı olacak sistemlerin eksikliği	74	21,1
Hatanın hissedilmesi ve tanımlanmasındaki eksiklik	58	16,5
Kalite geliştirme ve hizmet içi eğitim program yetersizliği	33	9,4
Tıbbi Ekipman eksikliği	29	8,3

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Çalışmaya katılanların olumsuz etkileyen faktörler cevapları incelendiğinde %84 oranında “Yoğun çalışma saatleri” ve %77,2 ile “Çalışan personel arasındaki yetersizlik” olduğu görüldü.

Tablo 6.4: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı(N:351)

		Yaş						Test			
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	H*	p	İkili karşılaştırma
Güvenliğin kapsamlı algılanması	18-24 yaş	216	10,06	10,00	5,00	15,00	2,12	170,0	2,3	0,319	-
	25-35 yaş	111	10,38	10,00	5,00	16,00	2,40	183,6			
	36+ yaş	24	10,63	10,00	6,00	16,00	2,22	195,3			
	Toplam	351	10,20	10,00	5,00	16,00	2,22				
Hataların raporlanma sıklığı	18-24 yaş	216	10,33	10,00	3,00	15,00	2,42	169,2	3,5	0,173	-
	25-35 yaş	111	10,61	11,00	6,00	15,00	2,05	183,2			
	36+ yaş	24	11,25	11,00	8,00	15,00	2,03	204,0			
	Toplam	351	10,48	10,00	3,00	15,00	2,29				
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	18-24 yaş	216	13,66	13,00	7,00	20,00	2,35	182,6	2,9	0,232	-
	25-35 yaş	111	13,14	13,00	5,00	20,00	2,39	162,7			
	36+ yaş	24	13,67	13,00	10,00	19,00	2,37	177,7			
	Toplam	351	13,50	13,00	5,00	20,00	2,37				
Hastane müdahaleleri ve değişim	18-24 yaş	216	13,90	14,00	4,00	20,00	3,41	189,2	10,1	0,006	1-2 1-3
	25-35 yaş	111	12,84	13,00	4,00	20,00	3,52	157,7			
	36+ yaş	24	12,08	12,00	4,00	17,00	3,56	141,8			
	Toplam	351	13,44	14,00	4,00	20,00	3,50				
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	18-24 yaş	216	14,04	14,00	7,00	20,00	2,50	179,7	5,8	0,055	-
	25-35 yaş	111	13,61	13,00	8,00	20,00	2,85	161,0			
	36+ yaş	24	14,92	15,00	11,00	20,00	2,39	212,0			
	Toplam	351	13,96	14,00	7,00	20,00	2,62				
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	18-24 yaş	216	10,86	11,00	4,00	15,00	1,85	168,9	3,8	0,153	-
	25-35 yaş	111	11,10	11,00	6,00	15,00	2,17	183,5			
	36+ yaş	24	11,58	11,50	7,00	15,00	1,84	205,0			
	Toplam	351	10,98	11,00	4,00	15,00	1,96				

*Kruskall-Wallis H testi

Tablo 6.4: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı Devamı (N:351)

		Yaş						Test			
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	H*	p	İkili karşılaştırma
Üniteler içinde ekip çalışması	18-24 yaş	216	15,33	16,00	4,00	20,00	3,02	178,6	1,7	0,437	-
	25-35 yaş	111	14,89	16,00	6,00	20,00	3,19	167,3			
	36+ yaş	24	15,83	16,00	8,00	20,00	3,03	192,8			
	Toplam	351	15,23	16,00	4,00	20,00	3,08				
İletişimin açık tutulması	18-24 yaş	216	7,12	7,00	2,00	10,00	1,47	170,2	2,2	0,332	-
	25-35 yaş	111	7,38	8,00	3,00	10,00	1,38	187,3			
	36+ yaş	24	7,29	7,00	5,00	10,00	1,33	175,5			
	Toplam	351	7,21	7,00	2,00	10,00	1,43				
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	18-24 yaş	216	11,63	12,00	5,00	15,00	1,95	175,0	0,5	0,766	-
	25-35 yaş	111	11,84	12,00	7,00	15,00	1,83	175,0			
	36+ yaş	24	11,58	12,00	3,00	15,00	2,72	190,0			
	Toplam	351	11,70	12,00	3,00	15,00	1,97				
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	18-24 yaş	216	8,32	8,00	3,00	15,00	2,30	176,6	0,2	0,928	-
	25-35 yaş	111	8,23	8,00	3,00	15,00	2,28	173,5			
	36+ yaş	24	8,42	8,00	3,00	14,00	2,36	181,6			
	Toplam	351	8,30	8,00	3,00	15,00	2,29				
Personel sağlama	18-24 yaş	216	10,74	11,00	4,00	16,00	2,18	170,4	5,4	0,068	-
	25-35 yaş	111	10,94	11,00	5,00	17,00	2,13	177,2			
	36+ yaş	24	11,83	12,00	9,00	16,00	1,88	220,4			
	Toplam	351	10,88	11,00	4,00	17,00	2,16				
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	18-24 yaş	216	10,67	11,00	4,00	15,00	1,81	180,8	2,5	0,292	-
	25-35 yaş	111	10,47	10,00	6,00	15,00	1,83	164,0			
	36+ yaş	24	10,96	10,50	8,00	15,00	1,90	188,1			
	Toplam	351	10,62	10,00	4,00	15,00	1,82				

*Kruskal-Wallis H testi

Hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının yaş gruplarına göre dağılımları ve karşılaştırmaları Tablo 4 de görülmektedir.

“Hastane müdahaleleri ve değişim” puanlarının 18-24 yaş grubunda diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p < 0,05$).

“Güvenliğin kapsamlı algılanması” puanı açısından yaş aralıkları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu gözlemlendi.

“Hataların raporlanma sıklığı” puanı açısından yaş aralıkları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu görüldü.

“Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” puanı açısından farklı yaş gruplarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu izlendi.

“Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğuna rastlandı.

“Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu tespit edildi.

“Üniteler içinde ekip çalışması” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu görüldü.

“İletişimin açık tutulması” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 25-35 yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu izlendi.

“Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 25-35 yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu gözlemlendi.

“Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 25-35 yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu görüldü.

“Personel sağlama” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu gözlemlendi.

“Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu görüldü.

Tablo 6.5: Örgütsel Adalet Ölçek Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımları (N:351)

		Yaş						Test			
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	H*	p	İkili karşılaştırma
Dağıtımsal adalet	18-24 yaş	216	16,18	17,00	5,00	25,00	4,25	183,1	4,2	0,125	-
	25-35 yaş	111	15,56	16,00	5,00	25,00	4,10	159,9			
	36+ yaş	24	16,96	16,00	11,00	25,00	4,11	186,8			
	Toplam	351	16,04	16,00	5,00	25,00	4,20				
İşlemsel (prosedür) adalet	18-24 yaş	216	20,32	21,00	6,00	30,00	4,90	179,8	3,7	0,156	-
	25-35 yaş	111	19,79	19,00	6,00	30,00	4,89	163,0			
	36+ yaş	24	21,63	21,50	14,00	30,00	4,31	201,8			
	Toplam	351	20,24	20,00	6,00	30,00	4,87				
Etkileşimsel adalet	18-24 yaş	216	26,02	26,50	9,00	43,00	5,58	175,2	1,4	0,487	-
	25-35 yaş	111	26,05	26,00	13,00	45,00	6,19	172,5			
	36+ yaş	24	27,79	27,00	17,00	45,00	6,35	199,5			
	Toplam	351	26,15	26,00	9,00	45,00	5,83				

*Kruskal-Wallis H testi

Örgütsel Adalet ölçek puanlarının yaş gruplarına göre dağılımları ve karşılaştırmalar tablo 5 de izlenmektedir.

“Dağıtımsal Adalet” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir. ($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu görüldü.

“İşlemsel(Prosedür) Adalet” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu gözlemlendi.

“Etkileşimsel adalet” ” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu rastlandı.

Tablo 6.6: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Eğitim Gruplarına Göre Dağılımları (N:351)

		Eğitim Durumu						Test			
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	H*	p	İkili karşılaştırma
Güvenliğin kapsamlı algılanması	Lise	113	10,35	10,00	5,00	16,00	2,40	183,9	5,8	0,122	-
	Ön lisans	59	9,64	9,00	6,00	15,00	2,07	147,6			
	Lisans	159	10,25	10,00	6,00	15,00	2,03	179,7			
	Yüksek Lisans ve üstü	20	10,65	10,00	6,00	16,00	2,85	185,3			
	Toplam	351	10,20	10,00	5,00	16,00	2,22				
Hataların raporlanma sıklığı	Lise	113	10,59	10,00	4,00	15,00	2,27	179,9	1,1	0,766	-
	Ön lisans	59	10,12	10,00	3,00	15,00	2,96	165,1			
	Lisans	159	10,51	10,00	5,00	15,00	2,02	175,9			
	Yüksek Lisans ve üstü	20	10,75	11,00	6,00	15,00	2,24	187,4			
	Toplam	351	10,48	10,00	3,00	15,00	2,29				
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	Lise	113	13,49	13,00	5,00	20,00	2,58	174,5	1,6	0,661	-
	Ön lisans	59	13,85	14,00	9,00	20,00	2,48	189,4			
	Lisans	159	13,33	13,00	8,00	20,00	2,17	171,1			
	Yüksek Lisans ve üstü	20	13,80	13,50	10,00	20,00	2,38	184,0			
	Toplam	351	13,50	13,00	5,00	20,00	2,37				
Hastane müdahaleleri ve değişim	Lise	113	12,83	13,00	4,00	20,00	3,75	157,7	16,4	0,001	1-2 1-3 1-4
	Ön lisans	59	14,92	16,00	4,00	20,00	3,47	222,4			
	Lisans	159	13,34	13,00	4,00	20,00	3,18	172,3			
	Yüksek Lisans ve üstü	20	13,30	13,50	4,00	20,00	3,61	172,7			
	Toplam	351	13,44	14,00	4,00	20,00	3,50				

*Kruskall-Wallis H testi

Hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının eğitim gruplarına göre dağılımları ve karşılaştırmaları Tablo 6 de izlenmektedir.

“Hastane müdahaleleri ve değişim” puanlarının Lise grubunda diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğuna rastlandı($p < 0,05$).

“Güvenliğin kapsamlı algılanması” puanı açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte önlisans grubunda puanların daha düşük olduğu tespit edildi.

“Hataların raporlanma sıklığı” puanı açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte önlisans grubunda puanların daha düşük olduğu saptandı.

“Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” puanı açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte önlisans grubunda puanların daha yüksek olduğu görüldü.

Tablo 6.6 : Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Eğitim Gruplarına Göre Dağılımları Devamı (N:351)

		Eğitim Durumu						Test			
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	H*	p	İkili karşılaştırma
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	Lise	113	13,71	13,00	8,00	20,00	2,66	164,5	7,8	0,051	-
	Ön lisans	59	14,86	14,00	10,00	20,00	2,64	208,1			
	Lisans	159	13,79	14,00	7,00	19,00	2,43	171,6			
	Yüksek Lisans ve üstü	20	14,15	14,00	8,00	20,00	3,41	180,7			
	Toplam	351	13,96	14,00	7,00	20,00	2,62				
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	Lise	113	10,95	11,00	6,00	15,00	2,09	177,1	3,8	0,286	-
	Ön lisans	59	10,80	11,00	6,00	15,00	1,92	165,3			
	Lisans	159	10,99	11,00	4,00	15,00	1,84	174,3			
	Yüksek Lisans ve üstü	20	11,70	12,00	7,00	15,00	2,20	214,9			
	Toplam	351	10,98	11,00	4,00	15,00	1,96				
Üniteler içinde ekip çalışması	Lise	113	15,24	16,00	6,00	20,00	3,03	176,0	2,2	0,535	-
	Ön lisans	59	14,80	16,00	5,00	20,00	3,58	165,7			
	Lisans	159	15,28	16,00	4,00	20,00	2,95	176,3			
	Yüksek Lisans ve üstü	20	16,00	16,00	8,00	20,00	2,83	204,0			
	Toplam	351	15,23	16,00	4,00	20,00	3,08				
İletişimin açık tutulması	Lise	113	7,27	7,00	3,00	10,00	1,57	181,7	4,8	0,188	-
	Ön lisans	59	7,17	7,00	5,00	10,00	1,22	169,6			
	Lisans	159	7,12	7,00	2,00	10,00	1,40	169,2			
	Yüksek Lisans ve üstü	20	7,75	8,00	4,00	10,00	1,45	216,6			
	Toplam	351	7,21	7,00	2,00	10,00	1,43				
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	Lise	113	11,79	12,00	5,00	15,00	2,06	179,0	0,8	0,846	-
	Ön lisans	59	11,68	12,00	6,00	15,00	2,12	181,2			
	Lisans	159	11,62	12,00	5,00	15,00	1,77	171,0			
	Yüksek Lisans ve üstü	20	11,85	12,00	3,00	15,00	2,56	183,4			
	Toplam	351	11,70	12,00	3,00	15,00	1,97				

*Kruskal-Wallis H testi

“Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” puanı açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir.($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Ön lisans grubunda puanların daha yüksek olduğu gözlemlendi.

“Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” puanı açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir.($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Y.Lisans grubunda puanların daha yüksek olduğu görüldü.

“Üniteler içinde ekip çalışması” puanı açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir.($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Y.Lisans grubunda puanların daha yüksek olduğu saptandı.

“İletişimin açık tutulması” puanı açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir.($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Y.Lisans grubunda puanların daha yüksek olduğu görüldü.

“Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” puanı açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir.($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Y.Lisans grubunda puanların daha yüksek olduğu izlendi.

Tablo 6.6: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Eğitim Gruplarına Göre Dağılımları Devamı (N:351)

		Eğitim Durumu						Test			
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	H*	p	İkili karşılaştırma
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Lise	113	8,03	8,00	3,00	15,00	2,55	161,2	6	0,114	-
	Ön lisans	59	8,75	9,00	4,00	14,00	2,19	197,1			
	Lisans	159	8,39	8,00	3,00	14,00	2,10	180,8			
	Yüksek Lisans ve üstü	20	7,80	8,00	3,00	11,00	2,33	159,6			
	Toplam	351	8,30	8,00	3,00	15,00	2,29				
Personel sağlama	Lise	113	10,83	11,00	4,00	16,00	2,13	173,8	1,6	0,666	-
	Ön lisans	59	11,10	11,00	5,00	15,00	2,28	189,7			
	Lisans	159	10,84	11,00	5,00	17,00	2,16	174,2			
	Yüksek Lisans ve üstü	20	10,75	10,00	8,00	16,00	2,05	162,3			
	Toplam	351	10,88	11,00	4,00	17,00	2,16				
	Lise	113	10,75	11,00	6,00	15,00	1,79	179,6	3,9	0,276	-

Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Ön lisans	59	10,75	11,00	4,00	15,00	1,90	183,9			
	Lisans	159	10,43	10,00	5,00	15,00	1,75	166,6			
	Yüksek Lisans ve üstü	20	11,10	11,00	5,00	15,00	2,31	207,0			
	Toplam	351	10,62	10,00	4,00	15,00	1,82				

*Kruskall-Wallis H testi

“Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” puanı açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir.($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Ön lisans grubunda puanların daha yüksek olduğu görüldü.

“Personel sağlama” puanı açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir.($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Ön lisans grubunda puanların daha yüksek olduğu gözlemlendi.

“Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” puanı açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir.($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Y.Lisans grubunda puanların daha yüksek olduğu izlendi.

Tablo 6.7: Örgütsel Adalet Ölçek Puanlarının Eğitim Gruplarına Göre Dağılımları (N:351)

		Eğitim Durumu						Test			
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	H*	p	İkili karşılaştırma
Dağıtımsal adalet	Lise	113	16,69	17,00	5,00	25,00	4,17	191,3	8,2	0,041	4-1 4-2 4-3
	Ön lisans	59	15,86	17,00	5,00	25,00	4,23	174,1			
	Lisans	159	15,45	15,00	5,00	25,00	4,12	161,5			
	Yüksek Lisans ve üstü	20	17,55	18,00	10,00	25,00	4,42	210,5			
	Toplam	351	16,04	16,00	5,00	25,00	4,20				
İşlemsel (prosedür) adalet	Lise	113	20,63	21,00	6,00	30,00	5,05	184,6	7,3	0,063	-
	Ön lisans	59	20,29	21,00	6,00	30,00	4,58	179,9			
	Lisans	159	19,69	19,00	6,00	30,00	4,70	163,0			
	Yüksek Lisans ve üstü	20	22,30	23,50	11,00	30,00	5,55	219,8			
	Toplam	351	20,24	20,00	6,00	30,00	4,87				
Etkileşimsel adalet	Lise	113	25,95	26,00	11,00	45,00	6,18	174,2	6,5	0,091	-
	Ön lisans	59	26,66	27,00	15,00	43,00	5,95	187,5			

Lisans	159	25,70	26,00	9,00	42,00	5,40	167,0
Yüksek Lisans ve üstü	20	29,40	27,50	23,00	45,00	6,02	223,6
Toplam	351	26,15	26,00	9,00	45,00	5,83	

*Kruskall-Wallis H testi

Örgütsel Adalet ölçek puanlarının eğitim gruplarına göre dağılımları ve karşılaştırmalar tablo 7 de görülmektedir.

“Dağıtımsal Adalet” puanlarının Y.Lisans grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi.

“İşlemsel(Prosedür) Adalet” puanı açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir. ($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Y.Lisans grubunda puanların daha yüksek olduğu izlendi.

“Etkileşimsel adalet” ” puanı açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir. ($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Y.Lisans grubunda puanların daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 6.8: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Görev Gruplarına Göre Dağılımları (N:351)

		Hastanedeki görevi						Test			
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	H*	p	İkili karşılaştırma
Güvenliğin kapsamlı algılanması	1=Sorumlu + Eğitim Gelişim Hemşiresi	19	10,21	10,00	6,00	16,00	2,64	168,4	12	0,034	4-1 4-2 4-3 4-6 5-1 5-2 5-3 5-6
	2=Yataklı Servis Hemşiresi	70	10,69	11,00	6,00	16,00	2,29	198,8			
	3=Yoğun Bakım Hemşiresi	168	10,13	10,00	6,00	15,00	2,04	172,9			
	4=Poliklinik Hemşiresi	16	9,00	9,00	6,00	12,00	1,63	123,9			
	5=Acil Servis Hemşiresi	18	9,17	8,50	5,00	13,00	2,62	133,9			
	6=Diğer(Angio,girişimsel Radyoloji hemş...vb)	60	10,47	10,00	6,00	16,00	2,35	186,9			
	Toplam	351	10,20	10,00	5,00	16,00	2,22				
Hataların raporlanma sıklığı	1=Sorumlu + Eğitim Gelişim Hemşiresi	19	11,37	12,00	7,00	15,00	2,43	208,7	4,3	0,505	-
	2=Yataklı Servis Hemşiresi	70	10,31	10,00	6,00	15,00	2,14	165,1			
	3=Yoğun Bakım Hemşiresi	168	10,46	10,50	4,00	15,00	2,19	176,3			
	4=Poliklinik Hemşiresi	16	10,69	10,50	6,00	15,00	2,50	184,7			
	5=Acil Servis Hemşiresi	18	10,89	11,00	3,00	15,00	2,83	198,6			
	6=Diğer(Angio,girişimsel Radyoloji hemş...vb)	60	10,30	10,50	3,00	15,00	2,49	168,5			

	Toplam	351	10,48	10,00	3,00	15,00	2,29				
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	1=Sorumlu + Eğitim Gelişim Hemşiresi	19	14,79	15,00	12,00	20,00	2,51	223,6	28	0,0001	2-1 2-4 5-1 5-4
	2=Yataklı Servis Hemşiresi	70	12,54	12,00	5,00	19,00	2,30	136,3			
	3=Yoğun Bakım Hemşiresi	168	13,85	14,00	7,00	20,00	2,23	192,3			
	4=Poliklinik Hemşiresi	16	14,25	14,50	9,00	17,00	2,24	217,9			
	5=Acil Servis Hemşiresi	18	12,39	12,00	9,00	17,00	1,85	122,6			
	6=Diğer(Angio,girişimsel Radyoloji hemş...vb	60	13,35	13,00	9,00	20,00	2,52	166,6			
	Toplam	351	13,50	13,00	5,00	20,00	2,37				

*Kruskal-Wallis H testi

Hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının görev gruplarına göre dağılımları ve karşılaştırmaları Tablo 8 de görülmektedir.

“Güvenliğin kapsamlı algılanması” ölçek puanlarının 4 ve 5. grupta diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu gözlemlendi ($p<0,05$).

“Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” ölçek puanlarının 2 ve 5. grupta 1 ve 4. gruba göre anlamlı derecede düşük olduğu izlendi($p<0,05$).

Diğer puan türleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmedi($p>0,05$).

Tablo 6.8: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Görev Gruplarına Göre Dağılımları Devamı (N:351)

		Hastanedeki görevi						Test			
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	H*	p	İkili karşılaştırma
Hastane müdahaleleri ve değişim	1=Sorumlu + Eğitim Gelişim Hemşiresi	19	13,21	14,00	4,00	20,00	4,25	176,9	13	0,022	2-1 2-3 2-4 2-5 2-6
	2=Yataklı Servis Hemşiresi	70	12,11	12,00	4,00	18,00	3,29	137,9			
	3=Yoğun Bakım Hemşiresi	168	13,82	14,00	4,00	20,00	3,40	186,9			
	4=Poliklinik Hemşiresi	16	13,63	14,00	7,00	19,00	2,80	179,2			
	5=Acil Servis Hemşiresi	18	13,44	13,50	8,00	20,00	3,58	172,0			
	6=Diğer(Angio,girişimsel Radyoloji hemş...vb	60	13,93	14,00	4,00	20,00	3,66	190,1			
	Toplam	351	13,44	14,00	4,00	20,00	3,50				
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	1=Sorumlu + Eğitim Gelişim Hemşiresi	19	15,16	16,00	8,00	20,00	3,32	221,0	20	0,002	2-1 2-3 2-4 2-5 2-6
	2=Yataklı Servis Hemşiresi	70	13,06	12,00	8,00	19,00	2,33	138,2			
	3=Yoğun Bakım Hemşiresi	168	13,95	14,00	7,00	20,00	2,56	178,3			
	4=Poliklinik Hemşiresi	16	15,56	15,00	11,00	20,00	2,73	230,4			

	5=Acil Servis Hemşiresi	18	13,78	14,00	10,00	20,00	2,44	164,7			
	6=Diğer(Angio,girişimsel Radyoloji hemş...vb	60	14,32	14,00	9,00	20,00	2,60	188,4			
	Toplam	351	13,96	14,00	7,00	20,00	2,62				
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	1=Sorumlu + Eğitim Gelişim Hemşiresi	19	12,42	12,00	8,00	15,00	2,06	242,7	11	0,044	1-2 1-3 1-4 1-5 1-6
	2=Yataklı Servis Hemşiresi	70	10,76	11,00	6,00	15,00	1,91	160,1			
	3=Yoğun Bakım Hemşiresi	168	10,90	11,00	6,00	15,00	1,86	171,9			
	4=Poliklinik Hemşiresi	16	11,38	12,00	9,00	15,00	1,59	193,8			
	5=Acil Servis Hemşiresi	18	10,83	11,50	6,00	15,00	2,04	168,7			
	6=Diğer(Angio,girişimsel Radyoloji hemş...vb	60	10,95	11,50	4,00	15,00	2,19	182,4			
	Toplam	351	10,98	11,00	4,00	15,00	1,96				
	Üniteler içinde ekip çalışması	1=Sorumlu + Eğitim Gelişim Hemşiresi	19	17,11	16,00	13,00	20,00	2,42			
2=Yataklı Servis Hemşiresi	70	14,61	14,00	6,00	20,00	2,80	148,0				
3=Yoğun Bakım Hemşiresi	168	15,68	16,00	4,00	20,00	2,87	191,0				
4=Poliklinik Hemşiresi	16	14,81	16,00	7,00	20,00	3,69	167,4				
5=Acil Servis Hemşiresi	18	14,11	15,00	5,00	20,00	4,21	156,2				
6=Diğer(Angio,girişimsel Radyoloji hemş...vb	60	14,52	15,50	4,00	20,00	3,20	155,8				
Toplam	351	15,23	16,00	4,00	20,00	3,08					

*Kruskal-Wallis H testi

“Hastane müdahaleleri ve değişim” ve “Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” puanlarının 2. grupta anlamlı derecede anlamlı derecede düşük görüldü. “Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” ve “Üniteler içinde ekip çalışması” puanlarının 1. grupta diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu izlendi.(p<0,05)

Tablo 6.8 : Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Görev Gruplarına Göre Dağılımları Devamı (N:351)

		Hastanedeki görevi						Test			
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	H*	p	İkili karşılaştırma
İletişimin açık tutulması	1=Sorumlu + Eğitim Gelişim Hemşiresi	19	7,63	8,00	4,00	10,00	1,83	203,4	7,6	0,182	-
	2=Yataklı Servis Hemşiresi	70	7,27	7,00	4,00	10,00	1,30	176,2			
	3=Yoğun Bakım Hemşiresi	168	7,27	7,00	3,00	10,00	1,42	181,1			
	4=Poliklinik Hemşiresi	16	6,50	7,00	2,00	10,00	1,86	135,8			
	5=Acil Servis Hemşiresi	18	6,67	6,50	4,00	9,00	1,37	136,0			

	6=Diğer(Angio,girişimsel Radyoloji hemş...vb	60	7,22	7,00	3,00	10,00	1,32	175,5			
	Toplam	351	7,21	7,00	2,00	10,00	1,43				
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	1=Sorumlu + Eğitim Gelişim Hemşiresi	19	12,26	12,00	6,00	15,00	2,75	213,6	7,5	0,188	-
	2=Yataklı Servis Hemşiresi	70	11,53	12,00	5,00	15,00	2,10	162,9			
	3=Yoğun Bakım Hemşiresi	168	11,86	12,00	5,00	15,00	1,67	183,3			
	4=Poliklinik Hemşiresi	16	11,88	12,00	8,00	15,00	1,63	172,8			
	5=Acil Servis Hemşiresi	18	10,89	12,00	6,00	15,00	2,49	142,5			
	6=Diğer(Angio,girişimsel Radyoloji hemş...vb	60	11,43	12,00	3,00	15,00	2,17	169,9			
	Toplam	351	11,70	12,00	3,00	15,00	1,97				
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	1=Sorumlu + Eğitim Gelişim Hemşiresi	19	8,21	8,00	3,00	14,00	2,37	171,5	4,8	0,446	-
	2=Yataklı Servis Hemşiresi	70	7,77	8,00	3,00	11,00	2,10	157,3			
	3=Yoğun Bakım Hemşiresi	168	8,44	8,00	3,00	15,00	2,29	181,3			
	4=Poliklinik Hemşiresi	16	8,31	9,00	6,00	11,00	1,78	178,0			
	5=Acil Servis Hemşiresi	18	7,89	7,50	3,00	12,00	2,78	156,3			
	6=Diğer(Angio,girişimsel Radyoloji hemş...vb	60	8,67	9,00	3,00	15,00	2,40	189,8			
	Toplam	351	8,30	8,00	3,00	15,00	2,29				

*Kruskall-Wallis H testi

“İletişimin açık tutulması”, “Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” ve “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” puanları açısından görev grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi.($p>0,05$)

Tablo 6.8: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Görev Gruplarına Göre Dağılımları Devamı (N:351)

		Hastanedeki görevi						Test			
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	H*	p	İkili karşılaştırma
Personel sağlama	1=Sorumlu + Eğitim Gelişim Hemşiresi	19	11,16	11,00	8,00	15,00	2,09	189,6	13	0,028	4-1 4-2 4-3 4-5 4-6
	2=Yataklı Servis Hemşiresi	70	11,10	11,00	5,00	15,00	2,22	189,3			
	3=Yoğun Bakım Hemşiresi	168	10,57	11,00	4,00	17,00	2,20	160,4			
	4=Poliklinik Hemşiresi	16	12,00	12,00	9,00	14,00	1,51	232,3			
	5=Acil Servis Hemşiresi	18	10,61	11,00	8,00	14,00	1,50	157,2			
	6=Diğer(Angio,girişimsel Radyoloji hemş...vb	60	11,18	11,00	5,00	16,00	2,19	190,4			
	Toplam	351	10,88	11,00	4,00	17,00	2,16				

Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	1=Sorumlu + Eğitim Gelişim Hemşiresi	19	11,42	12,00	5,00	15,00	2,46	221,2	14	0,016	1-2 1-3 1-5 1-6 4-2 4-3 4-5 4-6
	2=Yataklı Servis Hemşiresi	70	10,29	10,00	7,00	14,00	1,42	155,7			
	3=Yoğun Bakım Hemşiresi	168	10,70	11,00	4,00	15,00	1,89	183,7			
	4=Poliklinik Hemşiresi	16	11,44	11,00	7,00	15,00	2,22	213,7			
	5=Acil Servis Hemşiresi	18	10,11	10,00	9,00	15,00	1,41	133,3			
	6=Diğer(Angio,girişimsel Radyoloji hemş...vb	60	10,48	10,00	7,00	15,00	1,71	166,6			
	Toplam	351	10,62	10,00	4,00	15,00	1,82				

*Kruskall-Wallis H testi

“Personel sağlama” puan türlerinin 4. grupta diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu izlendi ($p<0,05$).

“Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” puanlarının 1 ve 4. grupta diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olarak gözlemlendi ($p<0,05$).

Tablo 6.9: Örgütsel Adalet Ölçek Puanlarının Görev Gruplarına Göre Dağılımları (N:351)

		Hastanedeki görevi						Test			
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Sıra Ort.	H*	p	İkili karşılaştırma
Dağıtımsal adalet	1=Sorumlu + Eğitim Gelişim Hemşiresi	19	16,95	16,00	10,00	25,00	4,39	188,7	2	0,846	-
	2=Yataklı Servis Hemşiresi	70	15,63	16,00	5,00	25,00	3,96	164,6			
	3=Yoğun Bakım Hemşiresi	168	15,97	16,00	5,00	25,00	4,36	176,8			
	4=Poliklinik Hemşiresi	16	15,75	15,50	6,00	25,00	4,49	166,6			
	5=Acil Servis Hemşiresi	18	17,11	16,00	10,00	25,00	3,89	194,1			
	6=Diğer(Angio,girişimsel Radyoloji hemş...vb	60	16,17	17,00	5,00	25,00	4,05	180,3			
	Toplam	351	16,04	16,00	5,00	25,00	4,20				
İşlemsel (prosedür) adalet	1=Sorumlu + Eğitim Gelişim Hemşiresi	19	22,32	22,00	15,00	30,00	5,00	212,4	5,3	0,385	-
	2=Yataklı Servis Hemşiresi	70	19,60	20,00	6,00	30,00	4,31	163,2			
	3=Yoğun Bakım Hemşiresi	168	20,29	20,00	6,00	30,00	5,03	177,8			
	4=Poliklinik Hemşiresi	16	18,94	18,50	6,00	30,00	5,72	153,0			
	5=Acil Servis Hemşiresi	18	21,33	20,00	12,00	30,00	4,35	197,0			
	6=Diğer(Angio,girişimsel Radyoloji hemş...vb	60	20,22	21,00	6,00	30,00	4,83	174,2			
	Toplam	351	20,24	20,00	6,00	30,00	4,87				
Etkileşimsel adalet	1=Sorumlu + Eğitim Gelişim Hemşiresi	19	29,58	30,00	19,00	43,00	5,82	234,0	14	0,016	1-2 1-3 1-4
	2=Yataklı Servis Hemşiresi	70	25,86	26,50	11,00	42,00	6,06	169,4			

3=Yoğun Bakım Hemşiresi	168	26,40	27,00	9,00	45,00	5,59	181,1			1-5 1-6
4=Poliklinik Hemşiresi	16	23,00	24,00	17,00	27,00	3,12	110,4			
5=Acil Servis Hemşiresi	18	25,61	27,00	15,00	34,00	5,32	175,5			
6=Diğer(Angio,girişimsel Radyoloji hemş...vb)	60	25,70	26,00	13,00	45,00	6,48	168,8			
Toplam	351	26,15	26,00	9,00	45,00	5,83				

*Kruskall-Wallis H testi

Örgütsel Adalet ölçek puanlarının görev gruplarına göre dağılımları ve karşılaştırmalar tablo 9 da görülmektedir.

“Etkileşimsel adalet” puanlarının 1. grupta diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu izlendi ($p < 0,05$).

“Dağıtımsal adalet ve İşlemsel adalet” puan türleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p > 0,05$).

Tablo 6.10: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Görev Süresi Gruplarına Göre Dağılımları (N:351)

		Mesleki deneyim						Test			
		n	Mean	Median	Min	Ma	ss	Sıra Ort.	H*	p	İkili karşılaştırma
Güvenliğin kapsamlı algılanması	1=1 yıldan az	106	10,00	10,00	6,00	15,00	2,04	166,0	4,2	0,375	-
	2=1-3 yıl	93	10,47	11,00	5,00	15,00	2,14	192,1			
	3=4-6 yıl	78	10,05	10,00	6,00	15,00	2,25	167,5			
	4=7-9 yıl	25	10,48	11,00	5,00	16,00	2,95	186,0			
	5=10 yıl ve üzeri	49	10,22	10,00	6,00	16,00	2,30	175,4			
	Toplam	351	10,20	10,00	5,00	16,00	2,22				
Hataların raporlanma sıklığı	1=1 yıldan az	106	10,10	10,00	3,00	15,00	2,27	159,3	5,2	0,266	-
	2=1-3 yıl	93	10,48	11,00	4,00	15,00	2,32	177,3			
	3=4-6 yıl	78	10,64	11,00	6,00	15,00	2,34	184,3			
	4=7-9 yıl	25	10,60	10,00	6,00	15,00	2,06	181,9			
	5=10 yıl ve üzeri	49	11,00	11,00	6,00	15,00	2,29	193,6			
	Toplam	351	10,48	10,00	3,00	15,00	2,29				
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	1=1 yıldan az	106	13,70	14,00	8,00	20,00	2,08	188,3	14,8	0,005	4-1 4-2 4-3 4-5
	2=1-3 yıl	93	13,29	13,00	7,00	20,00	2,43	164,7			
	3=4-6 yıl	78	13,82	14,00	9,00	20,00	2,27	189,2			
	4=7-9 yıl	25	12,16	12,00	9,00	16,00	1,60	111,5			
	5=10 yıl ve üzeri	49	13,61	13,00	5,00	20,00	3,07	182,7			
	Toplam	351	13,50	13,00	5,00	20,00	2,37				

Hastane müdahaleleri ve değişim	1=1 yıldan az	106	13,37	13,00	6,00	20,00	3,28	171,9	10,6	0,031	3-1 3-2 3-4 3-5
	2=1-3 yıl	93	13,68	14,00	4,00	20,00	3,49	183,3			
	3=4-6 yıl	78	14,04	14,50	8,00	20,00	3,25	191,9			
	4=7-9 yıl	25	11,08	12,00	4,00	16,00	3,90	118,9			
	5=10 yıl ve üzeri	49	13,39	13,00	4,00	20,00	3,77	174,6			
	Toplam	351	13,44	14,00	4,00	20,00	3,50				

*Kruskall-Wallis H testi

Hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının görev süresi gruplarına göre dağılımları ve karşılaştırmaları Tablo 10 da görülmektedir.

“Güvenliğin kapsamlı algılanması” ve “Hataların raporlanma sıklığı” puanları açısından görev süre grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p>0,05$).

“Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” puanlarının 4. grupta diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmedi ($p<0,05$).

“Hastane müdahaleleri ve değişim” puanlarının 3. grupta diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu izlenmedi ($p<0,05$).

Tablo 6.10: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Görev Süresi Gruplarına Göre Dağılımları Devamı (N:351)

		Mesleki deneyim						Test			
		n	Mean	Median	Min	Ma	ss	Sıra Ort.	H*	p	İkili karşılaştırma
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	1=1 yıldan az	106	14,21	14,00	7,00	20,00	2,54	189,5	11,2	0,024	1-2 1-3 1-4 5-1 5-2 5-3
	2=1-3 yıl	93	13,66	14,00	8,00	20,00	2,46	162,1			
	3=4-6 yıl	78	13,83	14,00	8,00	20,00	2,56	171,6			
	4=7-9 yıl	25	13,08	12,00	10,00	20,00	2,45	134,3			
	5=10 yıl ve üzeri	49	14,67	15,00	8,00	20,00	3,11	201,3			
	Toplam	351	13,96	14,00	7,00	20,00	2,62				
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	1=1 yıldan az	106	11,09	11,00	6,00	15,00	1,74	178,3	4,2	0,377	-
	2=1-3 yıl	93	10,81	11,00	4,00	15,00	1,84	165,8			
	3=4-6 yıl	78	10,94	12,00	6,00	14,00	1,89	179,6			
	4=7-9 yıl	25	10,56	10,00	6,00	15,00	2,74	154,3			

	5=10 yıl ve üzeri	49	11,37	11,00	6,00	15,00	2,25	195,7			
	Toplam	351	10,98	11,00	4,00	15,00	1,96				
Üniteler içinde ekip çalışması	1=1 yıldan az	106	15,63	16,00	10,00	20,00	2,49	182,9	3,9	0,416	-
	2=1-3 yıl	93	14,76	16,00	4,00	20,00	3,42	162,2			
	3=4-6 yıl	78	15,31	16,00	5,00	20,00	2,86	181,3			
	4=7-9 yıl	25	14,68	15,00	6,00	20,00	3,08	158,4			
	5=10 yıl ve üzeri	49	15,39	16,00	7,00	20,00	3,78	187,8			
	Toplam	351	15,23	16,00	4,00	20,00	3,08				
İletişimin açık tutulması	1=1 yıldan az	106	7,17	7,00	3,00	10,00	1,29	174,1	0,9	0,923	-
	2=1-3 yıl	93	7,25	7,00	2,00	10,00	1,53	177,4			
	3=4-6 yıl	78	7,13	7,00	3,00	10,00	1,36	170,7			
	4=7-9 yıl	25	7,40	8,00	3,00	10,00	1,76	191,3			
	5=10 yıl ve üzeri	49	7,29	7,00	4,00	10,00	1,50	178,0			
	Toplam	351	7,21	7,00	2,00	10,00	1,43				
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	1=1 yıldan az	106	11,76	12,00	6,00	15,00	1,53	177,7	1,9	0,747	-
	2=1-3 yıl	93	11,52	12,00	5,00	15,00	2,01	166,2			
	3=4-6 yıl	78	11,73	12,00	5,00	15,00	1,97	176,1			
	4=7-9 yıl	25	12,00	12,00	7,00	15,00	2,38	193,3			
	5=10 yıl ve üzeri	49	11,67	12,00	3,00	15,00	2,51	181,8			
	Toplam	351	11,70	12,00	3,00	15,00	1,97				

*Kruskall-Wallis H testi

“Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” puanlarının 1 ve 5. grupta diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p < 0,05$).

Diğer puan türleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık izlenmedi ($p > 0,05$).

Tablo 6.10: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Görev Süresi Gruplarına Göre Dağılımları (N:351)

		Mesleki deneyim						Test			
		n	Mean	Median	Min	Ma	ss	Sıra Ort.	H*	p	İkili karşılaştırma
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	1=1 yıldan az	106	8,41	8,50	3,00	14,00	2,12	180,7	6,4	0,172	-
	2=1-3 yıl	93	8,13	8,00	3,00	15,00	2,36	168,2			
	3=4-6 yıl	78	8,28	8,00	4,00	15,00	2,13	173,1			
	4=7-9 yıl	25	7,32	9,00	3,00	12,00	2,78	144,6			
	5=10 yıl ve üzeri	49	8,92	9,00	3,00	15,00	2,36	201,2			
	Toplam	351	8,30	8,00	3,00	15,00	2,29				
Personel sağlama	1=1 yıldan az	106	10,98	11,00	5,00	15,00	2,13	184,1	13,2	0,011	5-1 5-2 5-3 5-4
	2=1-3 yıl	93	10,46	11,00	4,00	16,00	2,19	154,4			
	3=4-6 yıl	78	10,82	11,00	5,00	17,00	2,04	169,3			
	4=7-9 yıl	25	10,56	11,00	5,00	14,00	2,45	165,8			
	5=10 yıl ve üzeri	49	11,69	12,00	6,00	16,00	2,01	215,5			
	Toplam	351	10,88	11,00	4,00	17,00	2,16				
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	1=1 yıldan az	106	10,73	11,00	5,00	15,00	1,83	187,4	4,6	0,336	-
	2=1-3 yıl	93	10,41	10,00	7,00	15,00	1,86	158,9			
	3=4-6 yıl	78	10,55	10,00	4,00	14,00	1,67	175,0			
	4=7-9 yıl	25	10,60	11,00	6,00	15,00	1,83	175,8			
	5=10 yıl ve üzeri	49	10,94	10,00	7,00	15,00	1,98	185,4			
	Toplam	351	10,62	10,00	4,00	15,00	1,82				

*Kruskall-Wallis H testi

“Personel sağlama” puanlarının 5. grupta diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Diğer puan türleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı izlendi ($p>0,05$).

Tablo 6.11: Örgütsel Adalet Ölçek Puanlarının Görev Süresi Gruplarına Göre Dağılımları (N:351)

		Mesleki deneyim						Test			
		n	Mean	Median	Min	Ma	ss	Sıra Ort.	H*	p	İkili karşılaştırma
Dağıtımsal adalet	1=1 yıldan az	106	16,54	17,00	5,00	25,00	3,53	189,5	8,1	0,088	-
	2=1-3 yıl	93	15,06	15,00	5,00	25,00	4,82	157,1			
	3=4-6 yıl	78	16,32	17,00	5,00	25,00	4,01	183,0			
	4=7-9 yıl	25	15,12	15,00	8,00	25,00	4,12	147,0			
	5=10 yıl ve üzeri	49	16,82	16,00	5,00	25,00	4,37	186,3			
	Toplam	351	16,04	16,00	5,00	25,00	4,20				
İşlemsel (prosedür) adalet	1=1 yıldan az	106	20,61	21,00	6,00	30,00	4,11	184,3	5,7	0,225	-
	2=1-3 yıl	93	19,45	20,00	6,00	30,00	5,51	162,8			
	3=4-6 yıl	78	20,40	21,00	6,00	30,00	4,82	179,3			
	4=7-9 yıl	25	19,36	18,00	12,00	29,00	4,70	147,4			
	5=10 yıl ve üzeri	49	21,14	21,00	6,00	30,00	5,17	192,4			
	Toplam	351	20,24	20,00	6,00	30,00	4,87				
Etkileşimsel adalet	1=1 yıldan az	106	26,46	27,00	13,00	41,00	4,64	183,4	2,5	0,638	-
	2=1-3 yıl	93	26,46	26,00	9,00	43,00	6,50	182,5			
	3=4-6 yıl	78	25,51	25,00	14,00	43,00	5,99	164,1			
	4=7-9 yıl	25	25,24	24,00	17,00	36,00	5,86	161,7			
	5=10 yıl ve üzeri	49	26,37	26,00	13,00	45,00	6,59	174,1			
	Toplam	351	26,15	26,00	9,00	45,00	5,83				

*Kruskall-Wallis H testi

Örgütsel Adalet ölçek puanlarının görev süresi gruplarına göre dağılımları ve karşılaştırmalar tablo 11 de görülmektedir.

Örgütsel adalet puan türleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı gözlemlendi.($p>0,05$)

Tablo 6.12: Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Cinsiyet Gruplarına Göre Dağılımları (N:351)

		Cinsiyet						Test		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	z*	p
Güvenliğin kapsamlı algılanması	Kadın	274	10,14	10,00	5,00	16,00	2,13	173,6	-0,851	0,395
	Erkek	77	10,43	10,00	5,00	16,00	2,53	184,6		
	Toplam	351	10,20	10,00	5,00	16,00	2,22			

Hataların raporlanma sıklığı	Kadın	274	10,45	10,00	3,00	15,00	2,29	174,1	-0,666	0,505
	Erkek	77	10,60	11,00	6,00	15,00	2,32	182,7		
	Toplam	351	10,48	10,00	3,00	15,00	2,29			
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	Kadın	274	13,56	13,00	5,00	20,00	2,38	179,2	-1,14	0,253
	Erkek	77	13,27	13,00	7,00	20,00	2,33	164,5		
	Toplam	351	13,50	13,00	5,00	20,00	2,37			
Hastane müdahaleleri ve değişim	Kadın	274	13,55	14,00	4,00	20,00	3,39	179,1	-1,08	0,279
	Erkek	77	13,04	13,00	4,00	20,00	3,87	165,0		
	Toplam	351	13,44	14,00	4,00	20,00	3,50			
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	Kadın	274	13,99	14,00	7,00	20,00	2,64	177,3	-0,463	0,643
	Erkek	77	13,88	14,00	8,00	20,00	2,57	171,3		
	Toplam	351	13,96	14,00	7,00	20,00	2,62			
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	Kadın	274	10,97	11,00	4,00	15,00	1,92	174,9	-0,376	0,707
	Erkek	77	11,03	11,00	6,00	15,00	2,11	179,8		
	Toplam	351	10,98	11,00	4,00	15,00	1,96			
Üniteler içinde ekip çalışması	Kadın	274	15,26	16,00	4,00	20,00	3,07	177,6	-0,581	0,562
	Erkek	77	15,10	15,00	5,00	20,00	3,14	170,2		
	Toplam	351	15,23	16,00	4,00	20,00	3,08			
İletişimin açık tutulması	Kadın	274	7,16	7,00	2,00	10,00	1,42	172,4	-1,27	0,202
	Erkek	77	7,40	8,00	4,00	10,00	1,48	188,6		
	Toplam	351	7,21	7,00	2,00	10,00	1,43			
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	Kadın	274	11,71	12,00	3,00	15,00	1,91	177,1	-0,405	0,686
	Erkek	77	11,65	12,00	5,00	15,00	2,18	172,0		
	Toplam	351	11,70	12,00	3,00	15,00	1,97			

*Mann-Whitney U testi

Tablo 6.12:Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Cinsiyet Gruplarına Göre Dağılımları Devamı (N:351)

		Cinsiyet						Test		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	z*	p
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Kadın	274	8,32	8,50	3,00	15,00	2,29	178,3	-0,811	0,417
	Erkek	77	8,21	8,00	3,00	15,00	2,31	167,8		
	Toplam	351	8,30	8,00	3,00	15,00	2,29			
Personel sağlama	Kadın	274	10,84	11,00	4,00	17,00	2,19	174,5	-0,543	0,587
	Erkek	77	11,00	11,00	5,00	15,00	2,06	181,5		
	Toplam	351	10,88	11,00	4,00	17,00	2,16			
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Kadın	274	10,70	11,00	5,00	15,00	1,85	179,8	-1,32	0,184
	Erkek	77	10,36	10,00	4,00	15,00	1,71	162,7		
	Toplam	351	10,62	10,00	4,00	15,00	1,82			

*Mann-Whitney U testi

Hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının cinsiyet gruplarına göre dağılımları ve karşılaştırmaları Tablo 12 de görülmektedir.

Hasta güvenliği kültürü puanları açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık görülmedi.($p>0,05$)

Tablo 6.13: Örgütsel Adalet Ölçek Puanlarının Cinsiyet Gruplarına Göre Dağılımları (N:351)

		Cinsiyet						Test		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	z*	p
Dağıtımsal adalet	Kadın	274	15,85	16,00	5,00	25,00	4,26	171,3	-1,6	0,101
	Erkek	77	16,71	17,00	5,00	25,00	3,95	192,7		
	Toplam	351	16,04	16,00	5,00	25,00	4,20			
İşlemsel (prosedür) adalet	Kadın	274	19,99	20,00	6,00	30,00	4,84	169,7	-2,21	0,027
	Erkek	77	21,14	21,00	6,00	30,00	4,91	198,5		
	Toplam	351	20,24	20,00	6,00	30,00	4,87			
Etkileşimsel adalet	Kadın	274	25,81	26,00	9,00	45,00	5,80	170,0	-2,08	0,038
	Erkek	77	27,36	27,00	15,00	43,00	5,79	197,2		
	Toplam	351	26,15	26,00	9,00	45,00	5,83			

*Mann-Whitney U testi

Örgütsel Adalet ölçek puanlarının cinsiyet gruplarına göre dağılımları ve karşılaştırmalar tablo 13 de görülmektedir.

“İşlemsel (prosedür) adalet” ve “Etkileşimsel adalet “ puanlarının erkeklerde anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi ($p<0,05$).

“Dağıtımsal adalet” puanı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık izlenmedi ($p>0,05$).

Tablo 6.14:Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Medeni Durum Gruplarına Göre Dağılımları (N:351)

		Medeni durum						Test		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	z*	p
Güvenliğin kapsamlı algılanması	Evli	90	10,41	10,00	6,00	16,00	2,37	184,9	-0,97	0,332
	Bekar	261	10,13	10,00	5,00	16,00	2,17	172,9		
	Toplam	351	10,20	10,00	5,00	16,00	2,22			
Hataların raporlanma sıklığı	Evli	90	10,54	10,00	6,00	15,00	2,25	177,3	-0,147	0,883
	Bekar	261	10,46	11,00	3,00	15,00	2,31	175,5		
	Toplam	351	10,48	10,00	3,00	15,00	2,29			

Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	Evli	90	13,23	13,00	5,00	19,00	2,51	166,4	-1,05	0,293
	Bekar	261	13,59	13,00	7,00	20,00	2,32	179,3		
	Toplam	351	13,50	13,00	5,00	20,00	2,37			
Hastane müdahaleleri ve değişim	Evli	90	13,07	13,50	4,00	20,00	3,70	165,9	-1,1	0,269
	Bekar	261	13,57	14,00	4,00	20,00	3,43	179,5		
	Toplam	351	13,44	14,00	4,00	20,00	3,50			
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	Evli	90	13,64	13,00	8,00	20,00	2,90	161,7	-1,56	0,117
	Bekar	261	14,07	14,00	7,00	20,00	2,52	180,9		
	Toplam	351	13,96	14,00	7,00	20,00	2,62			
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	Evli	90	11,32	12,00	6,00	15,00	1,97	194,4	-2,02	0,043
	Bekar	261	10,87	11,00	4,00	15,00	1,94	169,7		
	Toplam	351	10,98	11,00	4,00	15,00	1,96			
Üniteler içinde ekip çalışması	Evli	90	15,28	16,00	4,00	20,00	3,37	183,0	-0,77	0,441
	Bekar	261	15,21	16,00	4,00	20,00	2,98	173,6		
	Toplam	351	15,23	16,00	4,00	20,00	3,08			
İletişimin açık tutulması	Evli	90	7,19	7,00	3,00	10,00	1,52	175,4	-0,071	0,943
	Bekar	261	7,22	7,00	2,00	10,00	1,40	176,2		
	Toplam	351	7,21	7,00	2,00	10,00	1,43			
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	Evli	90	11,81	12,00	6,00	15,00	1,95	177,7	-0,187	0,851
	Bekar	261	11,66	12,00	3,00	15,00	1,98	175,4		
	Toplam	351	11,70	12,00	3,00	15,00	1,97			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Evli	90	8,22	8,50	3,00	15,00	2,35	172,2	-0,421	0,674
	Bekar	261	8,33	8,00	3,00	15,00	2,27	177,3		
	Toplam	351	8,30	8,00	3,00	15,00	2,29			

*Mann-Whitney U testi

Tablo 6.14:Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Medeni Durum Gruplarına Göre Dağılımları Devamı (N:351)

		Medeni durum						Test		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	z*	p
Personel sağlama	Evli	90	10,71	11,00	5,00	15,00	2,14	167,4	-0,942	0,346
	Bekar	261	10,93	11,00	4,00	17,00	2,17	179,0		
	Toplam	351	10,88	11,00	4,00	17,00	2,16			
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Evli	90	10,56	10,00	6,00	15,00	1,76	171,6	-0,486	0,627
	Bekar	261	10,65	11,00	4,00	15,00	1,85	177,5		
	Toplam	351	10,62	10,00	4,00	15,00	1,82			

*Mann-Whitney U testi

Hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının medeni durum gruplarına göre dağılımları ve karşılaştırmaları Tablo 14 de görülmektedir.

“Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” puanlarının evli olanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi ($p < 0,05$).

Diğer puan türleri açısından medeni gruplar açısından anlamlı bir farklılık izlenmedi ($p > 0,05$).

Tablo 6.15: Örgütsel Adalet Ölçek Puanlarının Medeni Durum Gruplarına Göre Dağılımları (N:351)

		Medeni durum						Test		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	z*	p
Dağıtımsal adalet	Evli	90	15,72	16,00	5,00	25,00	4,24	166,4	-1,04	0,298
	Bekar	261	16,15	16,00	5,00	25,00	4,19	179,3		
	Toplam	351	16,04	16,00	5,00	25,00	4,20			
İşlemsel (prosedür) adalet	Evli	90	20,07	20,00	6,00	30,00	4,79	170,5	-0,601	0,548
	Bekar	261	20,30	21,00	6,00	30,00	4,90	177,9		
	Toplam	351	20,24	20,00	6,00	30,00	4,87			
Etkileşimsel adalet	Evli	90	25,57	26,00	9,00	45,00	6,36	167,2	-0,956	0,339
	Bekar	261	26,35	27,00	11,00	45,00	5,63	179,0		
	Toplam	351	26,15	26,00	9,00	45,00	5,83			

*Mann-Whitney U testi

Örgütsel Adalet ölçek puanlarının medeni durum gruplarına göre dağılımları ve karşılaştırmalar tablo 15 de görülmektedir.

Medeni durumlar arasında örgütsel adalet puanları açısından anlamlı bir farklılık izlenmedi ($p > 0,05$).

Tablo 6.16: Örgütsel Adalet Puanları İle Hasta Güvenliği Kültürü Puanları Arasındaki İlişkinin Dağılımı (N:351)

		1 Güvenliğin kapsamlı algılanması	2 Hataların raporlanma sıklığı	3 Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	4 Hastane müdahaleleri ve değişim	5 Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme	6 Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	7 Üniteler içinde ekip çalışması	8 İletişimin açık tutulması	9 Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	10 Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	11 Personel sağlama	12 Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği
Dağıtımsal adalet	r	-,092	,139**	,291**	,140**	,341**	,361**	,320**	,451**	,420**	,111*	-,014	,301**
	P	,086	,009	,000	,009	,000	,000	,000	,000	,000	,038	,788	,000
	r	-,079	,146**	,223**	,208**	,344**	,356**	,326**	,402**	,337**	,127*	-,020	,319**

İşlemsel (prosedür) adalet	p	,139	,006	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,017	,711	,000
Etkileşimsel adalet	r	,195**	,059	-,025	-,166**	-,041	,132*	,099	,170**	,048	-,116*	-,011	-,059
	P	,000	,273	,637	,002	,448	,013	,065	,001	,371	,030	,838	,274

Örgütsel adalet puanları ile hasta güvenliği kültürü puanları arasındaki ilişki dağılımları Tablo 16 da görülmektedir.

Dağıtımsal adalet puanı arttıkça, 2,3,4,5,6,7,8,9,10 ve 11 nolu puanların da arttığı görüldü ($p<0,05$).

İşlemsel (prosedür) adalet puanları arttıkça, 2,3,4,5,6,7,8,9,10 ve 11 nolu puanların da arttığı izlendi ($p<0,05$).

Etkileşimsel adalet puanları arttıkça 1,6,8 nolu puanlar da artarken 4 ve 10 nolu puanlar azalmaktadır ($p<0,05$).

Yöntem;

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 21 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Verilerin normallik testler Kolmogorov Simirnov testi aracılığı ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılmaması nedeniyle iki gruplu karşılaştırmalarda “Mann-Whitney U testi, üç ve daha gruplu karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiye ise Spearman korelasyon analizi ile bakılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p<0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın/ilişkinin olduğu, $p>0,05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın/ilişkinin olmadığı belirtilmiştir”.

7.TARTIŞMA

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı oluşabilecek hasta güvenliği sorunlarının önlenmesi ve bu sorunların oluşturabileceği yaralanma ve ölümlerin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalardır.(5)

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algısı ile Örgütsel Adalet arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan çıkan sonuçlar literatür doğrultusunda incelenip tartışılmıştır.

Bu çalışmada, araştırmaya katılan hemşirelerde;%61,5'i 18-24 yaş grubunda görülürken; %61,5 hemşirenin 18-24 yaş aralığında olduğu, %31,6 hemşirenin 25-35 yaş olduğu,%4,8 hemşirenin 36-45 yaş aralığında olduğu,%2,0 hemşirenin 46 yaş üzeri olduğu bulundu.

Filiz'in yaptığı çalışmada; hemşirelerin %62,2'si 25-34 yaş grubunda olduğu , hastanede hasta güvenliği kültürü algılamasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunun belirlenmesi çalışmasında bulunmuştur.(11)

Altındiş'in sağlık hizmetlerinde olay raporlama ve hasta güvenliğine etkileri araştırmasında çalışanların %49,4'ü 26-35 yaş aralığında bulundu %33,1'i ise 18-25 yaş grubundadır.(8)

Tütüncü ve Küçükusta'nın hasta güvenliği kültürü ve hemşirelere yönelik bir uygulama yaptığı araştırmada ankete katılım sağlayanların çoğunluğunun 26-33 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. (36),

Çalışmamızda literatüre paralel olarak genç grup yüzdesi daha fazla bulunmuştur. Bunun sebebi de veri toplanan hastanenin özel bir üniversite hastanesi ve 7 yıllık yeni bir hastane olmasından kaynaklandığı kanaatindeyiz.

Araştırmaya katılan hemşirelerin; %78,1 'inin kadın,%21,9 'unun erkek olduğu gözlemlendi. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile ilgili algılarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi konulu çalışmada hemşirelerin % 97,7'sinin kadın, % 2,3'ünün erkek olduğu bulunmuştur.(37)

Alp'in sağlık çalışanlarında hasta güvenliği kültürünün incelendiği araştırmasında çalışma grubunun tamamının kadın olduğu belirlenmiştir . (38). Özdemir'in paralel konulu araştırmasında hemşirelerin %76,9'unun kadın %23,1'inin erkek olduğu bulunmuştur .(39) Yaptığımız çalışmada literatüre paralel olarak kadın cinsiyeti daha

fazla bulunmuştur. %25,6 hemşirenin evli , %74,4 hemşirenin bekar olduğu görülmektedir.

Yapılan çalışmada; kadın çalışanların literatüre paralel olarak yoğun olduğu gözlemlendi. Hemşirelik mesleğinin gelişiminde ; öncelikli olarak kadınların hemşirelik mesleğini seçmiş olmasının bu oranı etkilediği düşünüldü.

Yapılan çalışmada; çalışanların medeni durumlarına bakıldığında bekar olanların, evli olanlara oranının daha fazla olduğu gözlemlendi. Kurumun hemşire değişim hızı ile bağlantılı olarak genç çalışan yoğunluğunun fazla olması, bekar çalışan yoğunluğunun fazla olması sonucunu getirmiştir. Kurumun hemşire değişim hızının yoğunluğunun azaltılması gereğini tarafımıza düşündürdü.

%32,2 hemşirenin lise mezunu olduğu,%16,8 hemşirenin ön lisans mezunu olduğu,%45,3 hemşirenin lisans mezunu olduğu,%5,1 hemşirenin yüksek lisans mezunu olduğu,%0,6 hemşirenin doktora mezunu olduğu gözlemlendi.

Literatürde çalışmalarda ön lisans grubu hemşirelere yoğun rastlanmıştır, (37), (38),(11), (40). Çalışmamızda hemşire yoğunluğun %45,3 oranında lisans mezunu hemşireler yönünde olduğu tespit edilmiştir, bahsedilen literatür ile paralel seyretmediği tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada elde edilen bu veri; kurum açısından sevindirici bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Kurumun ; hemşirelerin eğitim düzeyinin yükseltilmesine önem verdiğini bize ifade etmektedir. Eğitim düzeyinin daha yüksek olmasının hasta güvenliği kültürü algısına katkı sağlayacağı kanatindeyiz. Hasta kültürüyle ilgili Alp'in çalışmasında lisans mezunu %15,7 hemşireye rastlanmış. Akman'ın çalışmasında %35,8' i lisans mezununa , %12,8 yüksek lisans, doktora yapan hemşireye rastlanmıştır. (38) (37) Yüksek lisans ve doktora yapan hemşire oranı bizim yaptığımız çalışmada ;%5,7 bulunmuştur, Lisans düzeyinde %45,3 hemşirenin olduğu tespit edilmiştir. Yüksek lisans ve doktora yapan hemşire oranı olarak çalışmamız ; literatür ile paralel seyretmektedir. Literatüre farklı olarak bizim çalışmamızda lisans düzeyinde hemşire oranı yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hemşireler hastanedeki görevleri bakımından incelendiğinde ; sorumlu hemşire %3,7,Eğitim Gelişim hemşiresi %1,7,Yataklı servis hemşiresi %19,9,Yoğun bakım hemşiresi %47,9 ,Poliklinik hemşiresi %4,6 ,Acil Servis hemşiresi %5,1 ,diğer alanlarda çalışan hemşireler %17,1 olduğu gözlemlendi. Araştırma grubunda yoğun bakım hemşirelerinin daha yoğunlukta olduğu tespit edildi.

Mesleki deneyim yılları incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin; %30,2 'sinin 1 yıldan az çalışanlar olduğu,%26,5'inin 1-3 yıl aralığında çalışanlar olduğu,%22,2'sinin 4-6 yıl aralığında çalışanlar olduğu, 7,1'inin 7-9 yıl deneyime sahip çalışanlar olduğu,%14 'ünün 10 yıl üzeri deneyime sahip olduğu gözlemlendi. Tütüncü ve Küçükusta'nın araştırmasında; hasta güvenliği kültürü çalışmasında %29,8 hemşirenin mesleki deneyim süresi 1-5 yıl aralığında olduğu, hasta güvenliği kültürünün incelendiği başka bir çalışmada benzer şekilde hemşirelerin %30'unun mesleki deneyiminin 1-5 yıl aralığında olduğu görülmesine karşılık; bizim çalışmamızda 1-5 yıl aralığındaki hemşire oranının %48,7 olduğu görüldü. Literatüre paralel seyretmemektedir.(36)

Yapılan çalışmada ; kurumda çalışan hemşirelerin literatür verilerine paralel seyretmediği, daha fazla sayıda deneyimi daha az olan hemşirenin kurumda çalıştığı tespit edilmiştir. Kurumda hemşire devir hızının yüksek olması nedeniyle deneyimi daha az hemşirelerin yoğunluğu gözlenmiştir. Kurumun çalışanların örgütsel bağlılığını arttırmaya yönelik çalışmalarını artırması ,deneyimli hemşirelerin yoğunluğunun artışı katkı sağlayacağı düşünüldü.

Araştırma grubunda; bulunduğu görevde hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde olan %97,2 hemşire araştırmaya katılırken, hasta ile doğrudan temas halinde olmayan %2,8 hemşire katılım göstermiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %97,2'sinin hastalarla doğrudan etkileşim ve temas halinde hemşirelerden oluşması ; hasta güvenliği kültür algısı verilerini edinirken anlamlı sonuçların oluşmasına katkı sağlamıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %96,9'u hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve korunmasına ilişkin eğitim almış ,%3,1'i eğitim almamış kişilerden oluştuğu tespit edildi. Çalıştığı kurumda hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve korunmasına ilişkin protokol olduğuna dair %96,9 hemşire bilgi sahibiydi,%3,1 hemşire bilgi sahibi değildi. Çalıştığı kurumda hasta güvenlik sorunlarının raporlandığı (olay bildirim) bir sürecin varlığından %97,4 haberdar idi,%2,6 hemşire bilgi sahibi değildi.

Literatürde; hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumu ile ilgili yeterli çalışma sonucu bulunamamıştır. Bir çalışmada yeni mezun hemşirelerin %94,3'ünün, hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldıklarından bahsedilmiştir. (41). Çalışmamızda %96,6 oranında hemşire eğitim almış olarak bulundu ,bu literatür ile paralel yöndedir

.Yapılan çalışmada ;çalışma grubunun çoğunun hasta güvenliği kültürü ile ilgili eğitim aldığı gözlenmiştir. Kurum adına sevindirici olan bu sonuç, kurumun eğitime yaklaşımı açısından da sevindirici bulundu.

Akman'ın hasta güvenliği ile ilgili eğitim alma durumunu incelediği araştırmasında; hemşirelerin % 64,4'ünün eğitim dahil edilmediği ve % 35,6'sının eğitim aldığı gözlenmiştir. (37). Hasta güvenliği sorunu yaşandığında(Olay bildirim) %65,8 hemşire bildirim yapmaktan çekinmeyeceğini ifade ederken;%12,3 hemşire bildirim yapmayacağını,%21,9 hemşirenin konu ile ilgili kararsız davrandığı gözlendi. Hasta güvenliği sorunu oluşturan olayların raporlanması ve sınıflandırılarak verilerin istatistiksel verilerinin tespit edilmesinin ve hasta güvenliği hataları raporlama sisteminin kurumlarda olmasının önemini vurgulamıştır. (42) DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü),Hasta Güvenliği Dünya Birliği raporunda; yaşanan hasta güvenliği sorunlarından ders alınabilmesi için sağlık kurumlarında hasta güvenliği sorunlarının bildirilmesinin önemli olduğunu düşündürmüştür, sistemin buna göre kurgulanmasının önemini düşündürmüştür (43)

Yaptığımız çalışmada elde edilen veriler literatür doğrultusunda paralel seyretmiştir. Çalışmaya katılanların yaşadıkları hasta güvenliği sorunları incelendiğinde; en sık %42,2 ile "Enfeksiyon risklerinin azaltılması " yaşanan sorunlar kategorisinde yüksek oranda belirtmişlerdir. Hastane enfeksiyonları yüksek morbidite ve mortaliteye neden olmaları yanı sıra ,yüksek maliyet oluşturmaları gerekçesi ile hasta güvenliğini olumsuz etkilediğinden dünyada önemli nedenler arasında yer alır).(42) Bizim çalışmamıza katılan örneklem grubumuz da literatür doğrultusunda sonuçlar vererek "Enfeksiyon risklerinin azaltılması" konusunu ilk sıralara yerleştirmişlerdir, çalışmamız literatür bulguları ile paralel seyretmektedir.

%40,2 ile "Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzluk sorunları görülmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin ; %35,9 'si hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması, %35,9 'u İletişim güvenliğinin sağlanması"Patient Safety and Quality:An Evidence-Based Handbook for Nurses-Hasta güvenliği ve Kalitesi: Hemşireler İçin Kanıta Dayalı El Kitabı'nda da ; çoğunlukla hasta güvenliği sorunlarına ,hasta bakımı, hasta transferleri sırasında yaşanan iletişim eksikleri ve iletişim zorluğu neden olmaktadır" .(3)

%10,8 'i Güvenli kan transfüzyonu uygulanması konusunda risk görmüşlerdir(Kan transfüzyonu sık uygulanan bir tedavi yöntemidir, kan transfüzyonunda oluşabilecek hatalar hasta güvenliği açısından çok tehlikeli sonuçlar doğurabilir)(44). Bizim çalışmamızda da sorunlar dağılımında önemli bir hasta güvenliği olarak kabul edilmiş ve literatüre paralel bir sonuç bulundu.

%42,2 'si Enfeksiyon risklerinin azaltılması , %14,2 'si hasta düşmelerinin önlenmesi,%12,3'ü 'ü güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması, %40,2'si sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzluk, %8,0 'i temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması ,%5,4 ünün yeni doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması, %10'u afetler ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması konusunda hasta güvenliği konusunda yaşanan sorunlar tablosunu tanımlamışlardır.

Yapılan çalışmada ;hemşirelerin hasta güvenliği sorunlarını belirlerken hastanedeki yönelimlerden etkilendiği gözlenmiştir Kurumun yönelimlerini tüm hasta güvenliği sorunları üzerine yönlendirmesinin ,hemşirelerin konuya daha kapsamlı ve daha bütüncül yaklaşmasını sağlayacağı düşünüldü.

Çalışmaya katılanlardan hasta güvenliğini olumsuz etkileyen faktörler incelendiğinde; %84 oranında 'Yoğun çalışma saatleri' ve %77,2 ile 'Çalışan personel sayısındaki yetersizlik' görüldü. Kliniklerde yeterli hemşire kadrosunun olmaması ,çalışanların aynı performansta çalışmaması, yoğun iş temposu gibi etkenlerin hasta güvenliği kültürünün oluşmasını olumsuz etkilediği tespit edildi(45). Yapılan bir çalışmada; hemşire başına düşen hasta sayısının artması ile yani personel eksiği ile çalışan kliniklerde hastane enfeksiyonlarının arttığı gözlendi(46). Bal ve arkadaşlarının bir eğitim araştırma hastanesinde yaptıkları çalışmasında hemşirelerin %55'i haftada 50 saatten fazla çalışmakta, Soydan ve Arslanoğlu'nun yine bir eğitim araştırma hastanesinde yaptıkları çalışmasında ise hemşirelerin %44,8' inin haftada 40-49 saat arası görev yapmakta olduğu belirtilmektedir.(47),(48).

Özel bir hastanede yapılan çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin %66,3'ü haftada 50 saatten fazla görev yapmaktadır. (49). Uzun ve kesintisiz çalışma saatleri, hasta güvenliği sorunlarının oluşmasına ve hemşirelerin hastalarına etkin bakım hizmeti sunmasını engelleyebilmektedir. (50).

ABD’de yapılan bir çalışmaya göre; günde 12 saatten fazla çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma oranlarının arttığı ve bu durumun hasta güvenliği sorunlarının oluşumuna yol açtığı görülmüştür. (51).

Başka bir çalışmada; hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelendiği bir araştırmada, uzun çalışma saatlerinin tıbbi hata yapma ihtimalini arttırdığı tespit edilmiştir. (51). Literatür bilgisi bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Çalışmamızda hemşirelerin %84’ü yoğun çalışma saatlerinin hasta güvenliği sorunlarını arttırabileceğini ifade etti.

Araştırmaya katılan hemşirelerin, %77,2’si ile ‘%84 ‘ü yoğun çalışma saatleri, %77,2’si çalışan personel sayısındaki yetersizlik, %8,3’ü tıbbi ekipman yetersizliği, %9,4 ‘ü kalite geliştirme ve hizmet içi eğitim program yetersizliğinin hasta güvenliği sorunları oluşturabileceğini ifade etti. Literatürde ; hemşirelerin kurumlarda planlanan düzenli eğitimlerde hasta güvenliğiyle ilgili rollerinin vurgulandığı eğitimler alması gerektiği ve bu eğitimlerle hasta güvenliği sorunlarına ilişkin farkındalık kazanmaları gerektiği vurgulanmıştır. (53).

Yapılan çalışmada; kurumda çalışan hemşirelerin ilk sıralarda yoğun çalışma saatleri ve personel yetersizliğinden bahsettiği gözlemlendi. Kurumun hemşire devir hızının yüksek olduğu ,daha genç hemşire yoğunluğundan da anlaşılmaktadır. Çalışanların ifade ettiği yoğun çalışma saatleri ve personel yetersizliği; kurumun hasta güvenliği sorunları oluşmaması için önlem alması gereken sorunlar arasında düşünüldü.

Hemşirelerin klinik alanlardaki uygulamalara başarılı geçişlerini kolaylaştırmak için, kurumların sürekli eğitim programlarının olması gerektiği ifade edilmektedir. (54)

Gökdoğan’ın yaptığı araştırmada; hemşirelerin oluşabilecek hasta güvenliği sorunlarının hizmet içi eğitim ile önlenebileceğini düşündüğü belirtilmektedir. (55).

Başka bir çalışmada; hasta güvenliği sorunlarının önleminde kurumların devamlı eğitim programlarının önemli olduğu vurgulanmaktadır. (56)

%16,5’i hatanın hissedilmesi ve tanımlanmasındaki eksiklik, %21,1 ‘i Hasta güvenliği sorunlarını takip etmeye ve sorunlardan çıkarımlar yaparak yardımcı olacak sistemlerin eksikliği, faktörlerini hasta güvenliği sağlamada olumsuz faktörler olarak tanımlamışlardır. Verilerin dağılımı gözlemlendiğinde yoğunluğun ; Yoğun çalışma saatleri ve çalışan personel sayısındaki yetersizlik maddelerinde toplandığı gözlemlendi.

Kliniklerde yeterli hemşire kadrosunun olmaması ,çalışanların aynı performansta çalışmaması, yoğun iş temposu gibi etkenlerin hasta güvenliği kültürünün oluşmasını olumsuz etkilediği tespit edilmiştir(45). Literatür bilgisi bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Yapılan tanımlayıcı kesitsel,ilişki tarama modeli kullanılan çalışmada;

“Hasta Güvenliği Kültürünün alt başlıklarından olan; Hastane müdahaleleri ve değişim’ ’konusunda 18-24 yaş grubunda diğer gruplara göre ölçümlerin anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$) Eğitim durumu lise olan hemşirelerde ise anlamlı derecede düşük olduğu gözlemlendi. Kurumda çalışan hemşirelerin yaş ortalaması 24.4 ± 2.73 ’tür. Çalışmamızda ;daha genç yaştaki grupların bu konuda daha duyarlı olduğu ,eğitim durumu azaldıkça duyarlılığın azaldığı izlendi.

“Güvenliğin kapsamlı algılanması” puanı; açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi.($p>0,05$).İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu gözlemlendi. “Güvenliğin kapsamlı algılanması”ölçek puanlarının Poliklinik ve Acil servis hemşirelerinde anlamlı derecede düşük olduğu izlendi. Literatür taramasında ; çalışılan bölümlere göre yapılandırılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamıza paralel ya da karşıt bir veriye rastlanmadı.

Yapılan çalışmada; güvenliğin kapsamlı algılanmasının Acil Servis ünitesinde düşük bulunması Acil servis çalışanlarının yetkinlik ve eğitimlerinin geliştirilmesi gereğini düşündürdü. Hasta güvenliği sorunlarının kapsamlı düşünülmesinin Acil Servis kliniğindeki önemi açısından bütüncül yaklaşımın kurum için önemli olduğu düşünüldü.

Yapılan bir çalışmada; vardiyalı çalışmayan hemşirelerin, vardiyalı çalışan hemşirelere göre “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması” ve “Üniteler İçinde Ekip Çalışması” alt alan alanlarında daha iyi hasta güvenliği algısı geliştirdiği bulundu (37). Bu çalışmada da ,bu duruma paralel olarak, nöbet tutmayan hemşireler (poliklinik hemşireleri, sorumlu hemşireler ve eğitim gelişim hemşirelerinin) güvenliğin kapsamlı algılanmasının daha yüksek olduğu belirlendi. Literatüre paralel bir veri elde edilmiştir.

“Hataların raporlanma sıklığı” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu görüldü.

Fawzi'nin hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının incelediği çalışmasında meslekte deneyim sürelerinin artması ile birim içinde ekip çalışması, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim alt alanlarında olumlu sonuçlar elde etmiştir.(57).

Hemşirenin işini kaybetme, kurum içinde mesleksi zedelenme gibi bir korkusu olmadan olayları, gelişen hasta güvenliği sorunlarını tam olarak bildirmesi için; mevcut engellerin giderilmesi konusunda çaba sarf edilmelidir. Kurumlar bu konuda politikalar geliştirerek hata raporlamayı desteklemelidir(58)

Literatür ile yapılan çalışma anlamlı benzerlik göstermekte ,çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda ; kurum çalışanları ,36+ yaş çalışanları hata raporlarının bildirilmesinden yana davranmışlardır. “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu gözlemlendi. “Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” ölçek puanlarının yataklı servis ve acil servis hemşirelerinde ; sorumlu hemşire ve poliklinik hemşirelerine göre düşük olduğu tespit edildi. Bu sonuçların kurumda çalışma yılı ile ilişkili olduğu, sorumlu hemşire ve poliklinik hemşirelerinin kurumda daha uzun süredir çalışmalarına bağlı örgütsel adalet ve örgütsel bağlılık kavramlarının gelişmiş olması olarak yorumlanmıştır.(Profesyoneller arasındaki işbirliğinin hasta güvenliğine katkı sağladığı, birimler arası ve hizmet verenlerin”sağlık çalışanlarının “eğitim düzeylerine göre farklılık gösterdiğini ifade etmişler, yaptıkları başhemşire anketinde yönetici hemşirelerin ekip çalışmasına daha fazla katkı sağladığı ifade edildi.(3).Taranan literatür, çalışmamızın verileri ile paralellik göstermektedir.

“Hastane müdahaleleri ve değişim” ve “Yöneticilerin beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” puanlarının yataklı servis hemşirelerinde anlamlı derecede düşük olduğu gözlemlendi. Bu sonuçların kurumda daha az süredir çalışan ve mesleki deneyimi daha az hemşirelerde rastlanması literatür bulguları ile uyumlu olarak örgütsel adalet ve bağlılığın daha az geliştiği hemşirelerde , hasta güvenliği uygulamalarındaki sorunları da beraberinde getireceğini düşündürmüştür.

Yapılan bir çalışmada; kurumda çalışan 25 yaş ve üzeri hemşireler ile 24 yaş ve altı hemşirelerin “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması”, ve “Hasta Müdahaleleri ve Değişim” alt alanlarına ilişkin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları bulunmuştur .(59)

Literatürde bir araştırmaya göre; meslekteki deneyimi fazla olan hemşirelerin üniteler içinde ekip çalışması, “Hasta Güvenliğinde Yönetici Kültürü”, “İletişimin Açık Tutulması” ve “Hataların Raporlanma Sıklığı” alt alanlarında daha iyi hasta güvenliği kültürü algısına sahip olduğu belirlenmiştir (60).

“Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu görüldü. Kurumda çalışan hemşirelerin yaş ortalaması 24.4 ± 2.73 ’tür.

Gündoğdu’nun hemşirelerin hasta güvenliği algısı ile ilgili çalışmasında; çalışanların yaşı arttıkça, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılama düzeyinin de arttığı gözlenmiştir. Aynı çalışmada, yaşa göre “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması”, “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması”, “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyeti”, “Personel Sağlama” ve “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği” alt alanlarından alınan puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.(61).

“Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri ” puanlarının 1 yıldan az ve 10 yıl üzeri çalışanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiş, bulunan daha önceki verilere ters düşen bir sonuç olarak; deneyimi 1 yıldan az hemşirelerde sonuç yüksek çıkmıştır.

Gündoğdu’nun hemşirelerin hasta güvenliği algısı ile ilgili çalışmasında yaş Düzeyi arttıkça, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılama düzeyinin de arttığı gözlenmiştir. Aynı çalışmada, yaşa göre “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması”, “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması”, “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyeti”, “Personel Sağlama” ve “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği” alt alanlarından alınan puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.(61).

“Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme “puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algısının değerlendirildiği bir araştırmada çalışma şekli gündüz olan hemşirelerin, vardiya şeklinde çalışan hemşirelere göre “Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme”, “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim” alt alanlarında daha olumlu sonuçlar tespit edilmiştir. (61).

“Üniteler içinde ekip çalışması” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu görüldü.

Yapılan başka bir çalışmaya göre mesleki deneyim süresi arttıkça hemşirelerin üniteler içinde ekip çalışması alt alanında da anlamlı bir artış saptanmıştır. ve (62). Bizim çalışmamızda da literatüre paralel veriler elde edildi.

Sağlık kurumlarında, hasta güvenliği kültürü oluşturmak ve geliştirmek için hastane yönetiminin bunu destekliyor olması önemlidir, bunun yanı sıra güvenlik algısı ve birimler içindeki ekip çalışması da hasta güvenliği kültürünün en önemli belirleyicileri arasındadır. (63) Yapılan çalışmada anlamlı bir ekip çalışması verisi elde etmemiş olsak da ; çalışmamıza katılan 36 yaş üzeri hemşirelerin literatüre paralel yaklaşım sergilediği gözlenmiştir. Kurumda çalışan deneyimi daha yüksek hemşirelerin; güvenlik algısı ve birimler içindeki ekip çalışması puanlarının yüksekliği sevindirici bulunmuştur. Kurumun deneyimi daha az olan hemşirelere bu konuyu daha kapsamlı özümsetmesi gereği düşünülmektedir.

“Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme “ ve Üniteler içinde ekip çalışması” sorumlu hemşire grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi. Bu puanların ekip çalışması gerektiren alanlarda (yoğun bakım hemşireleri ve yataklı servis hemşireleri) yüksek olmaması hasta bakım süreçleri aksaklıkları ve güvenlik sorunlarının ortaya çıkmasını arttıracığından, bu alanlarda daha deneyimli ve örgütsel bağlılığı daha yüksek ,daha deneyimli hemşirelerin bu alanlar planlanması gereğini bize vurgulamaktadır.

Hemşirelerin hasta güvenliği sorunlarına karşı sürekli öğrenme düzeyi arttıkça hasta güvenliğinde, iletişim düzeyi iyileşmekte ve bildirilen olayların sıklığı artmaktadır. (60)

“İletişimin açık tutulması” puanı açısından Yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 25-35 yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu gözlemlendi.

Özdemir’in yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliği ile ilgili araştırmasında; 20 yaş ve altındaki hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ile iletişim ve hasta güvenliği sorunlarını bildirme ile ilgili algısının diğer yaş gruplarından yüksek olduğu gözlemlenmiştir (50).

Bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlarda ise 25-35 yaş grubunda daha yüksek olduğu gözlemlendi. Literatüre paralel sonuçlar elde edilmemiştir.

Başka bir çalışmada hastanelerdeki çalışma saatlerinin uzun olması halinde hemşirelerin iletişim sorunu yaşama eğilimlerinin arttığı gözlemlenmiştir.(52)

“Hasta güvenliği sorunları hakkında geri bildirim ve iletişim” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 25-35 yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu gözlemlendi.

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği kültürü ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün incelendiği bir çalışmada, mesleki deneyim süresi arttıkça hasta güvenliği sorununu raporlama sayısının da arttığı belirlenmiştir (55).

Literatür bulgusu bizim çalışmamızla paralel seyretmiştir.

“Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi. ($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 25-35 yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu gözlemlendi. Hataların ortaya çıkması halinde cezalandırıcı bir yöntem yerine sistem düzenleyici bir yöntem seçilmelidir. Bu sistemin amacı; kurumsal hasta güvenliği kültürü Algısının oluşmasını ve artmasını desteklemelidir. Bu ifadeler hasta güvenliği kültürünü tanımlar (64). Kurumlarda hasta güvenliği kültürüne ilişkin sürekli eğitimlerin düzenlenmesi, bu eğitimlerde hata raporlamanın önemine ve hata raporlamanın çalışanı cezalandırma yöntemi olmadığına yer verilmesi gerektiği bildirilmektedir (65).

Hasta güvenliği hataları kişisel hatalar olmadığı kabul edilmeli ve kişilerin cezalandırılması yerine, sistemin iyileştirilmesi, hatalar raporlandığında güvenliğe ilişkin doğru bir davranış geliştirmenin önemini kavranmasının , olumlu geri bildirim sağlanması, tıbbi hataların raporlamasını destekleyeceği düşünülmektedir.

(66)“Personel sağlama” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir.($p>0,05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu görülmektedir. Kurumda çalışan hemşirelerin yaş ortalaması 24.4 ± 2.73 ’tür.

Gündoğdu’nun hemşirelerin hasta güvenliği algısı ile ilgili çalışmasında ; yaş arttıkça hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılama düzeyinin de arttığı gözlenmiştir. Aynı çalışmada yaşa göre “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması”, “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması”, “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyeti”, “Personel Sağlama” ve “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği” alt alanlarından alınan puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (61).

Gündoğdu’nun hemşirelerin hasta güvenliği algısı ile ilgili çalışmasında ; yaş arttıkça hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılama düzeyinin de arttığı gözlenmiştir. Aynı çalışmada yaşa göre “Hastane Üniteleri Arasında Ekip Çalışması”, “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması”, “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyeti”, “Personel Sağlama” ve “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği” alt alanlarından alınan puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (61).

Bu veriler ışığında 36+ yaş grubunda ,Ekip çalışmasına , organizasyonel öğrenme, personel edinme ,hasta güvenliği için yönetiminin desteğine daha çok inandıkları gözlemlenmiştir. İstatistik verileri anlamlı düzeyde farklılık göstermemekle birlikte 36+ yaş üstü çalışanların bu konulara daha olumlu yaklaştığı görülmüştür.

“Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği ” puanlarının sorumlu hemşire ve eğitim gelişim hemşirelerinde anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir Bu doğrultuda ,hasta ile temas halinde çalışan hemşirelerin, hasta güvenliği sorunlarında yönetimin desteği olmayacağı ,dolayısıyla örgütsel adalet inanışlarında sorunun varlığını göstermektedir. Yaptığımız çalışmada; hasta güvenlik sorununu raporlar mısınız sorusuna %12,2 hemşire olumsuz cevap vermiş ,%21,9 hemşire kararsız kalmıştır. Bu verilerde bize göstermektedir ki; örgütün adaletine yönetsel kadro inanırken , hasta başı çalışan işlevsel kadro inanmamaktadır.

Gündoğdu'nun hemşirelerin hasta güvenliği algısı ile ilgili çalışmasında ; yaş arttıkça hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılama düzeyinin de arttığı gözlenmiştir. Aynı çalışmada yaşa göre “Hastane niteleri Arasında Ekip alışması”, “Güvenliğin Kapsamlı Algılanması”, “Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Geliştirme Faaliyeti”, “Personel Sağlama” ve “Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği” alt alanlarından alınan puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (61).

Literatür ile dolaylı yoldan paralel seyreden verimiz şöyle yorumlanabilir ; bizim çalışmamızda daha çok yönetsel kadronun verilerinin yüksek seyrettiği tespit edilmiştir, bu kadro aynı zamanda mesleksel deneyimi daha yüksek ve yaş aralığı daha yüksek olan kadrodur. Dolaylı olarak literatür ile paralel seyretmektedir.

Hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının eğitim gruplarına göre dağılımları ;

“Hastane müdahaleleri ve değişim” puanlarının Lise grubunda diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu görüldü ($p < 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte nlisans grubunda puanların daha düşük olduğu gözlendi. “Hataların raporlanma sıklığı” puanı açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte nlisans grubunda puanların daha düşük olduğu görüldü. Literatürdeki araştırmalardan; Oğuz'un araştırmasında, hasta güvenliği sorunlarını raporlamada lisans mezunu hemşirelerin daha duyarlı olduğu gözlenmiştir.(67). Bizim alışmamızda ise ; nlisans eğitim düzeyindeki hemşirelerde bu oranın en az olduğunu gözlendi.

Bu veriler işığında :” Eğitim düzeyi azaldıkça; hasta güvenliği kültürü alt başlıklarının da (Hastane müdahaleleri ve değişim, güvenliğin kapsamlı algılanması, hataların raporlanma sıklığı...) puanlarının azaldığı gözlendi. “International Council of Nurses(ICN),hasta güvenliğinin arttırılması için, profesyonel sağlık çalışanlarının çalışma ortamında seçilmesinin öneminden bahsedilmiş, hasta güvenliği üzerine odaklanmış ve bu konuda bilimsel eğitim almış kişilerin seçilmesinin önemi vurgulanmıştır”(68).Literatür ile yapılan çalışma sonuçları paralel bulundu.

“Hastane niteleri arasında ekip çalışması” puanı açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte

önlisans grubunda puanların daha yüksek olduğu gözlemlendi. Hasta güvenliği ve bireylerin medeni durumları ile anlamlı bir farklılık görüldü ($p>0,05$). Hasta güvenliği kültürü ölçek puanlarının medeni durum gruplarına göre ;

“Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” puanlarının evli olanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi ($p<0,05$).

Örgütsel Adalet ölçek puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde;

“Dağıtımsal Adalet ” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu gözlemlendi. Dağıtımsal adalette ; 30 yaş altındaki kişilerde, 41-45 yaş aralığındaki kişilere göre daha olumlu görüş belirttikleri, 46 yaş üzeri çalışanların ise; 41-45 yaş arası çalışanlar göre daha olumlu görüş bildirdikleri bulunmuştur (69). Çalışma sonuçlarına göre; kişiler mesleki deneyim düzeyleri arttıkça kurumun örgütsel adaletine daha çok inanıyor ,genç grup henüz kurum kültürüne adaptasyon sağlayamadığından, dağıtımsal adalet puanlarının düşük seyrettiği düşünüldü. Bu çalışma; literatür paralel seyretilmemektedir, bizim çalışmamızda yaş ilerledikçe dağıtımsal adalet puanları daha olumlu seyretilmektedir. “Dağıtımsal adalet ” puanlarının ; eğitim durumu yüksek lisans olan hemşirelerde anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi.

İşlemsel (Prosedür) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu görüldü. İncelenen literatürde yaş grupları arasında işlemsel (prosedür) adalet puanları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi (69). Bu çalışmada; işlemsel adalet puanlarının 36+ yaş üzeri grupta olumlu yanıtın daha yüksek olduğu tespit edildi. Literatür ile uyumlu değildir.

“Etkileşimsel Adalet ” puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36+ yaş grubunda puanların daha yüksek olduğu görüldü. Etkileşimsel adalette; 30 yaş ve daha genç olanların 36-40, 41-45 ve 45 yaş üzeri çalışanlara göre daha olumlu görüş bildirmişlerdir (69). Bu çalışmayla literatür paralel seyretilmemektedir, literatürde yaş ilerledikçe olumlu yanıt azalırken, yapılan çalışmada yaş artarken olumlu yanıt

artmıştır. Bu veriler ışığında ; istatistiksel olarak veriler çok anlamlı olmasa da örgütsel adaletin tüm türlerine, 36+ yaş grubunda inanışın daha üst düzeyde olduğu gözlemlendi.

Örgütsel Adalet ölçek puanlarının cinsiyet gruplarına göre ;

“İşlemsel (prosedür) adalet” ve “Etkileşimsel adalet “ puanlarının erkeklerde anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

“Dağıtımsal adalet” puanı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$).

“Etkileşimsel Adalet” puanlarının sorumlu hemşire ve eğitim gelişim hemşirelerinde anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir. Yukarıda da bahsetmiş olduğumuz gibi yönetimsel kadro örgütsel adalete inanırken, bu durum tabana yayılmamıştır.

Literatürde daha çok iş yerinde çalışma süresine paralel kaynaklar bulunmuştur, Bizim bulgumuzda da etkileşimsel adalet puanları, sorumlu hemşire ve eğitim gelişim hemşirelerinde daha yüksek olarak gözlenmiştir ki, bu kişilerde kurumdaki çalışma yılı uzun olan çalışanlardan oluşmaktadır. Sezgin ve Yıldızhan’ın çalışmasında; işlemsel adalet algılarında farklılık gözlenirken ; etkileşimsel ve dağıtımsal adalet puanlarında farklılık tespit edilmemiştir. (69) Bu durum Celep ve Polat’ın çalışmasında da bu çalışmaya paralel seyretmiştir .(70) Bu çalışmada ise; kıdemi daha uzun yıllar olan hemşirelerde, etkileşimsel adalet puanı anlamlı derecede yüksek bulundu. Literatürle uyumlu değildir.

“Hastane müdahaleleri ve değişim puanlarının 4-6 yıl arasında çalışanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu, görülmekte, diğer verilerle uyumlu seyretmediği gözlemlendi.

“Personel sağlama” puanlarının 10 yıl üzeri çalışanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi, araştırmanın tamamına paralel olarak deneyimi yüksek hemşirelerin sonuçlarının yüksek olduğu bulundu.

“İşlemsel (prosedür) adalet ve “Etkileşimsel adalet “ puanlarının erkeklerde bayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi.

Sezgin ve Yıldızhan’ın çalışmasına göre ; çalışanların örgütsel adalet puanlarının kadın çalışanlar lehine olduğu gözlenmiştir. (69)

Clark’ın çalışmasında da; örgütsel adalet puanları kadınlar lehinedir. (71)

Erol’un yaptığı çalışmada da ; işlemsel ve etkileşimsel adalet puanları kadınlar lehine olumlu seyretmektedir(72)

Literatür ile bizim çalışmamız paralel seyretmemekte , bizim çalışmamızda erkeklerin işlemsel adalet ve etkileşimsel adalet puanları olumlu seyretmektedir.

“Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” puanlarının evli olanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi.

Literatürde ,farklı sonuçlar gözlenmiştir. Karaca'nın çalışmasında; sonuçlar bekarlar lehine olumlu bulunmuştur(73). Bilgiç'in çalışmasında medeni durumun örgütsel adalet algısını değiştirmedeğinden bahsedilmiştir(74)

Aksu,Acuner ve Tabak'ın çalışmasında; Medeni durum ile örgütsel adalet arasında bir ilişki olmadığı; işlemsel adalet ve dağıtımsal adalet puanlarının bekarlar lehine olumlu seyrettiği gözlenmiştir(75)



8. SONUÇ

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algısı ile Örgütsel Adaletleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi maksadıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlara aşağıda yer verilmiştir:

Çalışma sonucunda;

%61,5 hemşirenin 18-24 yaş aralığında olduğu,%31,6 hemşirenin 25-35 yaş olduğu,%4,8 hemşirenin 36-45 yaş aralığında olduğu,%2,0 hemşirenin 46 yaş üzeri olduğu bulundu.

Araştırmaya katılan hemşirelerin; %78,1 'inin kadın,%21,9'unun erkek olduğu gözlemlendi.%25,6 hemşirenin evli,%74,4 hemşirenin bekar olduğu bulundu.%32,2hemşirenin lise mezunu olduğu,%16,8 hemşirenin önlisans mezunu olduğu,%45,3 hemşirenin lisans mezunu olduğu,%5,1 hemşirenin yüksek lisans mezunu olduğu,%0,6 hemşirenin doktora mezunu olduğu gözlemlendi.

Araştırmaya katılan hemşireler hastanedeki görevleri bakımından incelendiğinde ; sorumlu hemşire %3,7,Eğitim Gelişim hemşiresi %1,7,Yataklı servis hemşiresi %19,9,Yoğun bakım hemşiresi %47,9,Poliklinik hemşiresi %4,6,Acil Servis hemşiresi %5,1,diğer alanlarda çalışan hemşireler %17,1 den oluştuğu gözlemlendi. Araştırma grubunda yoğun bakım hemşirelerinin daha yoğunlukta olduğu tespit edildi.

Mesleki deneyim yılları incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin; %30,2 'si 1 yıldan az çalışanlar olduğu,%26,5'inin 1-3 yıl aralığında çalışanlar olduğu,%22,2'sinin 4-6 yıl aralığında çalışanlar olduğu,%7,1'inin 7-9 yıl deneyime sahip çalışanlar olduğu,%14'ünün 10 yıl üzeri deneyime sahip olduğu gözlemlendi.

Hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde olan %97,2 hemşire araştırmaya katılırken, hasta ile doğrudan temas halinde olmayan %2,8 hemşire katılım gösterdiği gözlemlendi. Araştırmaya katılan hemşirelerin %96,9'ı çalışan ve hasta güvenliğinin korunması ve sağlanmasına ilişkin eğitim almış ,%3,1'i eğitim almamış kişilerden oluştuğu tespit edildi. Çalıştığı kurumda çalışan ve hasta güvenliğinin korunması ve sağlanmasına ilişkin protokol olduğuna dair %96,9 hemşire bilgi sahibiydi,%3,1

hemşire bilgi sahibi değildi .Çalıştığı kurumda hasta güvenlik sorunlarının raporlandığı (olay bildirim) bir sürecin varlığından %97,4 haberdar idi,%2,6 hemşire bilgi sahibi değildi .Hasta güvenliği sorunu yaşandığında(Olay bildirim) %65,8 hemşire bildirim yapmaktan çekinmeyeceğini ifade ederken;43 (%12,3) hemşire bildirim yapmayacağını, %21,9 hemşirenin konu ile ilgili kararsız davrandığı gözlemlendi.

Dağıtımsal adalet puanı arttıkça;

Hastane üniteleri arasında ekip çalışması, hataların raporlanma sıklığı, ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme yönetici beklentileri hastane müdahaleleri ve değişim, yönetici beklentileri ve güvenlik, üniteler içinde ekip çalışması, iletişimin açık tutulması, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim, personel sağlama , hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt puanlarının, arttığı görüldü.

Bulgular bize dağıtımsal adalet puanları arttıkça ; hasta güvenliği kültürü algısında da artış olduğunu göstermektedir.

İşlemsel (Prosedür) adalet puanı arttıkça;

Hastane müdahaleleri ve değişim, yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme Hataların raporlanma sıklığı, hastane üniteleri arasında ekip çalışması, üniteler içinde ekip çalışması, iletişimin açık tutulması, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, personel sağlama puanlarının arttığı görüldü.

Bulgular bize işlemsel (Prosedür) adalet puanı arttıkça;Hasta güvenliği kültürü algısında da artış olduğunu göstermektedir.

Etkileşimsel adalet puanı arttıkça;

Organizasyonel öğrenme, sürekli geliştirme , güvenliğin kapsamlı algılanması hastaya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, ve ,iletişimin açık tutulması puanları artarken, hasta müdahaleleri ve değişim, hastaya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt puanlarının azaldığı gözlenmiştir. Etkileşimsel adalet ile Hasta güvenliği kültürü algısı arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmedi.

Yapılan çalışmada ; Dağıtımsal Adalet Ortalama Puanı:16,04,İşlemsel Adalet Ortalama Puanı:20,24, Etkileşimsel Adalet Ortalama Puanı: 26,15 bulundu.

Öneriler;

- Hemşirelerin, kurum kültürüne daha çabuk adaptasyonunu sağlamak ve örgütün adaletine güvenmesini sağlayacak yaklaşımların ve eğitimlerin verilmesi,
- 2-Yönetimin, kuruma yeni başlayan hemşirelerle daha çok zaman geçirerek güven telkin edilmesinin sağlanması,
- 3-Kurumda çalışan hemşirelerin memnuniyetinin artırılarak, aidiyet yaratılmasının sağlanması,
- Kurumda daha uzun süreli çalışan hemşirelerin varlığının artırılması için; yönetsel önlemler alınması,
- Kurumda çalışan hemşirelerin örgütsel adalet inancının artırılmasının , hasta güvenliği kültürü algısına sağlayacağı yararın yönetime iletilmesi,
- Hemşirelere, örgütsel adalet algıları ile hasta güvenliği kültürü algılarının paralel sonuçlara ulaşacağı bilgisinin verilmesi,
- Örgütsel adalet ve önemi ile ilgili eğitimlerin kurum içinde verilmesi,
- Hasta güvenliği kültürü ,oluşabilecek sorunların nedenleri, dikkat edilmesi gerekenler konusunda kurumsal eğitimlerin planlanması,

- Bildirilen hasta güvenliği sorunları; isimsiz olarak değerlendirilip, kurum çalışanları ile paylaşılması ve çözüm önerilerine çalışanların katılımı sağlanarak, iyileştirme çalışmaları yapılması,
- Hasta ve hasta yakınlarının hasta güvenliği sorunları konusunda bilinçlendirilmesi,
- Hemşirelerin örgütsel bağlılıklarının artması ve kurumda kalma sürelerinin artması için; kurumsal maddi manevi yaklaşımlar geliştirilmesi önerilmektedir.



9. KAYNAKLAR

1. Greenberg, J. , ''A Taxonomy of Organizational Justice Theories'',Academy of Mamagement Review, 12(1),9-22, 1987
- 2.Emanuel,L.,Berwıck,D.,Conway,J.,Combes,J.,Hatlie,M.,Leape,L,Reason,J.,Schyve ,P.,MPhil,Walton,M.,''Agency for Healthcare Reserch and Quality '' ,2008.
- 3.Carol,C.,Haque,S.,''Patient Safety nad Quality:An Evidence –Based Handbook for Nurses''.2008
- 4.Ovalı,F. , ''Hasta Güvenliği Yaklaşımları'' Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi,Sayı:1, 2010
- 5.Akalın,H.,E.,''Hasta Güvenliği: Değişen Paradigma '' .Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi,32,64-67, 2014
- 6.Korkmazer ,F.,Yıldız ,A. Ve Ekingen , E., ''Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma'' Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,4(2),141-154, 2016
- 7.Ayık , A., Yücel ,E., ve Savaş, M., ''Öğretmenlerin Örgütsel Adalet Algılarının Yordayıcısı Olarak Okul Yöneticilerinin Etik Liderlik Davranışları'',Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 14(2), 233-252, 2014
8. Altındış , M., ''Hasta Güvenliği ve Komplikasyonlar''. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi,32,68-73, 2014
- 9.Özata M,Altuncan H. ''HastanelerdeTıbbi Hata Görülme Sıklıkları,Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği Tıp Araştırmaları Dergisi,s.100-111,2010)
- 10.Çakır A.,Tütüncü Ö.,''İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı'',Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi,19-21 Mart Antalya, Bildiriler Kitabı,Cilt II,2009

- 11.Filiz E.,’’Hastanede Hasta Güvenliği Kùltürü Algılamasının ve Sağlık alışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumun Belirlenmesi’’,Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Yüksek Lisans Tezi,Konya ,2009
- 12.Türkmen,E.,Baykal Ü.,Seren,Ş.,Altuntaş,Ş.,’’Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği’nin Geliştirilmesi’’,Anadolu Sağlık Bilimleri Dergisi,14:4,2011
- 13.WHO’’The World health report 2007-A safer future global public health security in the 21st century’’2007
- 14.The Institute of Medicine’s 2014 Committee on Approaching Death Report,2014
- 15.IOM Quality Chasm Series-School of Nursing,The following series of reports recommends strategies for..Institute of Medicine , 2003
- 16.Bonner Ag,Castle Ng, Perera S,Handler Sm. Patient Safety Culture. A Review of the Nursing Home Literature and Recommendations for Practice.ISSN:1524-7929,Vol:6 2008.(Electronic Journal):<http://www.Annalsoflongtermcare.com/Article>
- 17.<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/04/20090429-12>;Erişim29.06.2016)
- 18.Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,Cilt 14,Sayı: 4 ,2011
- 19.Koçel,T.,’’Örgütsel Adalet’’, İşletme Yöneticiliği,İstanbul,16. Baskı.Sayfa:530, 2015
- 20.Tutar, P. D., ’’Örgütsel Davranış (Örgütsel Teorileri ve Çağdaş Yaklaşımlar Açısından) ,Detay Yayıncılık ; Detay Yayıncılık, 2016
- 21.şahin, R., ’’Örgütsel Adalet ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin Belirlenmesinde Öğretmenlere Yönelik Bir Araştırma: Bayat Örneği ’’,Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 7(14) , 119-140, 2016
- 22.Bourge,C.D.,’’Managing Fairness in Organizations Greenued Publishing Group,Incorporated.Quorum Books Westport,Connecticut ,London 1998
- 23.Paşamehmetoğlu,A.,ve Yeloğlu,O.H., ’’Örgütsel Davranış’’,İstanbul ,Beta Basım.

- 24.**Babaoğlan,E., ve Ertürk,E., ''Öğretmenlerin Öğrgütsel Adalet Algısı ile Öğrgütsel Aldanmışlıkları Arasındaki İlişki'', Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,28(2),87-101, 2013
- 25.**Yavuz,M., ''Özel Dershanelerde Görev Yapan Öğretmenlerin Öğrgütsel Adalet Algıları'',Turkish Studies - International Periodical For The Languages, 7 (2) , 1147-1160, 2012
- 26.**Eren,E., ''Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar'', Yönetim ve Organizasyon ,İstanbul, Beta Basım Yayın Dağıtım , 2011
- 27.**Poyraz,K.,Kara,H.,ve Çetin,S.A., ''Öğrgütsel Adalet Algılamalarının Demirel Üniversitesi,S.B.E:D.1(9), 2009
- 28.**Cihangiroğlu,N.,ve Yılmaz,A., ''Çalışanların Öğrgütsel Adalet Algısının Öğrgütler İçin Önemi'',Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi,13(19),195-213, 2010
- 29.**Yürür,S., ''Öğrgütsel Adalet ile İş Tatmini ve Çalışanların Bireysel Özellikleri Arasındaki İlişkilerin Analizine Yönelik Bir Araştırma'',Süleyman Demirel Üniversitesi,İİBF Dergisi,13(2),295-312, 2008
- 30.**Bies,R.J. and Moag,J.S.''Interactional Justice Communication Criteria of Fairness''Open Journal of Social Sciences,4(1),2016
- 31.**Özer ,P.S. ve Urtekin,G.E., ''Öğrgütsel Adalet Algısı Boyutları ve İş Doymu İlişkisi Üzerine Bir Araştırma'',Erciyes Üniversitesi,İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi,(28),107-125 ,2007
- 32.**Arslantaş,C.C. ve Dursun,M., ''Etik Liderlik Davranışının Yöneticiye Duyulan Güven ve Psikolojik Güçlendirme Üzerindeki Etkisinde Etkileşim adaletinin Dolaylı Rolü'', Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,8(1),111-127,2008
- 33.**Çıngı,H.,''Örnekleme Kuramı'',Hacettepe Üniversitesi Fen Fakültesi Basımevi,Ankara 1990.

34.Bodur,S.,Filiz,E.,’’A survey on patient safety culture in primery healthcare services in Turkey’’ ,International Journal for Quality in Health Care; Volume 21, Number 5 : pp.348-355, 2009

35.Niehoff , B.P. ve Moorman, R. H. ,’’Justice As A Mediatör of The Relationship Between Methods of Monitoring and Organizational Citizenship Behavior’’ ,Academy of Management Journal, 36, 527-556 ,1993

36. Tütüncü Ö. Küçükusta D. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşireye Yönelik Bir Uygulama. Hastane Yönetimi Dergisi. 10(2): 61-68. 2006

37. Akman A. Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Br Araştırma. Yüksek Lisans Tezi.2010

38. Alp F. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi.Yüksek Lisans Tezi.2011

39.Özdemir H. Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar’da Bir Uygulama. Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.2014

40. Çakır A. Tütüncü Ö. “İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı”, Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 19-21 Mart Antalya, Bildiriler Kitabı, Cilt II, 2009

41. Yıldız T. Eriten G. Erdem İ. Gökay NS. Kulaç M. Alp R. Mezuniyetin ve Profesyonel Sağlık Personeli Olarak Çalışmanın Hasta Güvenliği Bilinci Üzerine Etkileri. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi; 2(3):94–98, 2012

42.Tunçel K.,’’Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi ve Hasta Güvenliği Uygulamaları,Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı,Yüksek Lisans Tezi,Erzurum,2013

- 43.**WHO.World Alliance for Patient Safety,Global Patient Safety Challenge 2005-2006: Clean Care is Safer Care .Geneva:World Health Organization,2005
- 44.**Şahin H.,’’Hemşireliğin kan Transfüzyonlarına Yönelik Bilgi düzeyleri ve Buna Eğitimin Etkisi’’Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Cerrahi Hastalıklar Anabilim Dalı .Yüksek Lisans Tezi,Afyon,2006
- 45.**Sezgin İnce B., ‘’Hemşire Güvenliği: Çalışma Ortamı ve Riskler’’ ,Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,24(3):61-71,2008
- 46.**Özçetin M., Ulaş E.,Karapınar B.,Özen S.,Aydemir Ş.,Vardar F.,’’Hastane Enfeksiyonları;Sıklığı ve Risk faktörleri’’ ,Çocuk enfeksiyon Dergisi,3:49-53,2009
- 47.** Casey K, Fink R, Krugma M, Propst J. The Graduate Nurse Experience. JONA,34:303-311, 2004
- 48.**Soydan H, Arslanoğlu A. Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Birimlerindeki Hasta Güvenliği Konusundaki Uygulamaları Değerlendirmeleri. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı; 1:329- 341, 2010
- 49.**Özmen S, Başol O. Hasta Güvenliği Kültürü: Bursa’da Özel bir Hastane Uygulama Örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı; 1:81-97, 2010
- 50.**Özdemir H. Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar’da Bir Uygulama. Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.2014
- 51.**Rogers AE, Hwang TW, Scott LD et al. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Affairs, 33 (4): 202-212, 2004
- 52.**Cebeci, F. Gürsoy, E., Tekingündüz S. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15 (3), 188-196, 2012

- 53.**Çırpı F, Merih DY, Kocabey YM. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi.Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009
- 54.** Casey K, Fink R, Krugma M, Propst J. The Graduate Nurse Experience. JONA,34:303-311, 2004
- 55.** Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13:53-59, 2010
- 56.**Değirmenci S. Yeni TCK ve Hemşirenin Sorumlulukları. Pencere, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yayınları, 22(6):4-9, 2007
- 57.**Fawzi RA. The Impact of Educational Interventions on Enhancing Perceptions of Patient Safety Culture Among Jordanian Senior Nurses. Nursing Forum Volume 49, No. 2, April-June 2014
- 58.**WHO.World Alliance for Patient Safety,Global Patient Safety Challenge 2005-2006: Clean Care is Safer Care .Geneva:World Health Organization,2005
- 59.**Ertek,Ş.C.,”Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kurumlardaki Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve İlişkili Faktörler”,Medipol Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans tezi,İstanbul,2016.
- 60.** Adıgüzel O. Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma. Sosyal bilimler dergisi, Sayı:28, 159-170, 2010
- 61.** Gündoğdu S. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010

62. Tütüncü Ö. Küçükusta D. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşireye Yönelik Bir Uygulama. Hastane Yönetimi Dergisi. 10(2): 61-68. 2006

63. Birgili F, Salış F, Çekirdekçi S, Ece G, "Hastanelerde Hasta Güvenliği İklimi: Muğla İlinde Bir Hastane Örneği, 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Cilt: I, Ankara, s. 57-72, 2010

64. Hughes Rg, Clancy CM. Working Conditions That Support Patient Safety. Journal of Nursing Care Quality, Department: ARHQ Commentary Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. Vol. 20 Issue: 4 P: 289-292, 2005

65. Karaca, A., Arslan, H., "Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma", Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 1, Sayfa: 9-18, 2014

66. Vural F., Çiftçi S., Fil Ş. Aydın A, Vural B. Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları Ve Tıbbi Hataların Raporlanmasını. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 5:2, 2014

67. Oğuz Ö. İlaç Hataları ve Hataların Raporlanmasına Yönelik Hemşirelerin Alışkanlık ve Deneyimlerinin Belirlenmesi ve İlaç Hatalarının Önlenmesine İlişkin Stratejilerin Geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007.

68. International Council of Nursing (2012). Patient Safety. Erişim: 02.04.2016. http://www.İcn.Ch/İmages/Stories/Documents/Publications%Position_Statements/D05_Patient_Safety.Pdf.

69. Sezgin, F. Yıldızhan, Y., "The Relationship Between Organizational Justice and Job Satisfaction: The Sample of, General Directorate of Educational Technologies", Milli Eğitim, Sayı 200, sayfa: 229, 2013

- 70.**Celep,C. Ve Polat,S.,’’Ortaöğretim Öğretmenlerinin Örgütsel Adalet,Örgütsel Güven,Örgütsel Vatandaşlık davranışlarına ilişkin Algıları’’Kurum veUygulamada Eğitim yönetimi,54,307-331,2008
- 71.**Clark,A.E.,’’Why are Women so Happy At Work?,Labour Economics,4,341-372,1997
- 72.**Erol,O.E.’’Motivasyon Sağlayıcı Araç ve Yöntemlerin Çalışanların İş Tatmini üzerindeki Etkileri: Bir Alan Araştırması, İstanbul Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi,İstanbul,2008
- 73.**Karaca,S.B.’İş Tatmininin Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisi ve Bir Uygulama’’,Pamukkale Üniversitesi,Yüksek Lisans Tezi,Denizli,2001
- 74.**Bilgiç,R.,’’The Relationship BetweenJob atisfaction and Personal Caharacteristics of Turkish Workers, Journal of Psychology,132(5);549-558,1998
- 75.**Aksu,G.,Acuner,M.A. ve Tabak,S.R.,’’Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı Yöneticilerin İş Doyumuna Yönelik Bir Araştırma: Ankara Örneği’’,Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi mecmuası,55(4),271-282,2002
- 76.**Bodur,S.,Filiz,E.,’’A survey on patient safety culture in primery healthcare services in Turkey’’,International Journal for Quality in Health Care; Volume 21, Number 5 : pp.348-355, 2009
- 77.**Niehoff , B.P. ve Moorman, R. H. ,’’Justice As A Mediatör of The Relationship Between Methods of Monitoring and Organizational Citizenship Behavior’’,Academy of Management Journal, 36, 527-556 ,1993

10.EKLER

EK.1 BİLGİ FORMU

Size uygun seçeneği (x) işareti ile işaretleyiniz.

1- Yaşınız ?

- 18-24 yaş
- 25-35 yaş
- 36-45 yaş
- 46 yaş üstü

2-Cinsiyetiniz ?

- Kadın
- Erkek

3- Medeni durumunuz?

- Evli
- Bekar

4-Eğitim Durumunuz ?

- Lise
- Ön lisans
- Lisans
- Yüksek Lisans
- Doktora

5- Hastanedeki göreviniz;

- Sorumlu Hemşire
- Eğitim Gelişim Hemşiresi
- Yataklı Servis Hemşiresi
- Yoğun Bakım Hemşiresi
- Poliklinik Hemşiresi
- Diğer.....

6-Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz?

- 1 yıldan az
- 1-3 yıl
- 4-6 yıl
- 7-9 yıl
- 10 yıl ve üzeri

7-Bulduğunuz görevde hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde misiniz?

- Evet
- Hayır

8-Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve korunmasına ilişkin bir eğitim aldınız mı?

- Evet
- Hayır

9-Cevabınız ‘‘Evet’’ ise ;

- Hizmet İçi Eğitim
- Sağlık Bakanlığı Eğitimi
- Diğer (kongre,sempozyum,...vb)

10-Çalıştığınız kurumda hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve korunmasına ilişkin protokol, doküman var mı?

- Evet
- Hayır

11-Çalıştığınız kurumda olay bildirim formu var mı?

- Evet
- Hayır

12- Olay bildiriminde bulunurken çekince yaşar mısınız?

- Evet
- Hayır
- Bazen

13-Sizce çalıştığınız hastanede hasta güvenliğinin sağlanması ve korunmasına ilişkin aşağıdaki maddelerden hangilerinde daha çok sorun yaşanmaktadır? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması
- İletişim güvenliğinin sağlanması
- Güvenli kan transfüzyonu uygulanması
- Enfeksiyon risklerinin azaltılması
- Hasta düşmelerinin önlenmesi
- Güvenli Cerrahi uygulamalarının sağlanması
- Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzluk
- Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması(Mavi Kod)
- Yeni doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması(Pembe Kod Uygulaması)
- Afetler(deprem, yangın, sel)ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması

14-Çalıştığınız hastanede hasta güvenliğini olumsuz etkileyen faktörler nelerdir?
Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- Yoğun çalışma saatleri
- Çalışan personel sayısındaki yetersizlik
- Tıbbi Ekipman eksikliği
- Kalite geliştirme ve hizmet içi eğitim program yetersizliği
- Hatanın hissedilmesi ve tanımlanmasındaki eksiklik
- Hataları izlemeye ve hatalardan ders almaya yardımcı olacak sistemlerin eksikliği



EK.2 HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ HASTANE ANKETİ(76)

- * Bu ankette size hasta güvenliği,tıbbi hata ve olay raporlama konusunda sorular sorulmaktadır.
- * ‘‘Olay’’hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın yapılan bir hata,yanlış veya kaza olarak tanımlanmaktadır.
- * ‘‘Hasta Güvenliği’’sağlık bakım hizmetleri verilirken hastanın yaralanması veya istenmeyen olayların olayların çıkmasını önlemedir.

BÖLÜM A:Çalıştığınız Birim(Lütfen yazma).....

Lütfen çalışma birinizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecelerinizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmı	Ne katılırim	Katılı	Kesinlikle	
	Katılmı	yorum	Ne katılmam	yorum	Katılıyorum
	yorum				
1-Bu birimde çalışan kişiler birbirini destekler.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2-Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3-Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4-Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5- Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6-Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7-Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8-Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9-Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10-Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

tesadüfe bağlıdır.

11-Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığın da diğerleri yardım eder. 1 2 3 4 5

12-Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır. 1 2 3 4 5

Kesinlikle Katılmı Ne katılıyorum Katılı Kesinlikle Katılmı yorum Ne katılmam yorum Katılıyorum

13-Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiriniz. 1 2 3 4 5

14-Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde “kriz modunda” çalışırız. 1 2 3 4 5

15-Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir. 1 2 3 4 5

16-Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar. 1 2 3 4 5

17-Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır. 1 2 3 4 5

18-Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır. 1 2 3 4 5

BÖLÜM B: Yöneticileriniz/Süpervizör

Yönetici / süpervizör veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmı yorum	Katılmı yorum	Ne katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1-Yöneticilerimiz ,oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir iş gördüğünde takdir eder.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2-Yöneticilerimiz ,hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3-Yöneticilerimiz,kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4-Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

BÖLÜM C: İletişim

Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor?

	Kesinlikle Katılmı yorum	Katılmı yorum	Ne katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1-Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2-Çalışanlar ,hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3-Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz. 1 2 3 4 5

4-Çalışanlar,yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder. 1 2 3 4 5

5-Bu birimde biz, hataların tekrar oluşumunu engelleyecek yöntemleri tartışırız. 1 2 3 4 5

BÖLÜM D: Raporlanmış Olayların Sıklığı

Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda ne sıklıkla rapor ediliyor?

	Kesinlikle Katılmı yorum	Katılmı yorum	Ne katılırim Ne katılmam yorum	Katılı yorum	Kesinlikle Katılıyorum
1-Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkta rapor edilir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2-Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor edilir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3-Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor edilir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

BÖLÜM E: Hasta Güvenliği Derecesi

Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	B	C	D	E
Mükemmel	Çok iyi	Kabul edilebilir	Zayıf	Başarısız

BÖLÜM F: Hastanemiz

Hastanemiz ile ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmı yorum	Katılmı yorum	Ne katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1-Hastane yönetimi hasta güvenliğini arttıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2-Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3-Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir,gözden kaçırılır,kaybedilir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4-Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5-Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6-Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7-Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8-Yönetimin faaliyetleri,hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9-Yönetim,sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10-Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11-Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

BÖLÜM G: Raporlanan Olay Sayısı

Son 12 ayda kaç kez olay raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?

a.Hiç

d.6-10 olay raporu

b.1-2 olay raporu

e.11-20 olay raporu

c.3-6 olay raporu

f.21 ve üzeri olay raporu



EK 3. ÖRGÜTSEL ADALET ÖLÇEĞİ (77)

Lütfen aşağıdaki ifadeleri,katılım durumunuza göre işaretleyiniz.					
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Çalışma programım adildir.					
Ücretimin adilolduğunu düşünüyorum.					
İş yükümün adil olduğu kanısındayım.					
Bir bütün olarak değerlendirildiğinde işyerimden elde ettiğim kazanımların adil olduğunu düşünüyorum.					
İş sorumluluklarının adil olduğu kanısındayım.					
İşe ilişkin kararlar yöneticiler tarafından tarafsız bir şekilde alınmaktadır.					
Yöneticiler , işle ilgili kararları almadan önce bütün çalışanların görüşlerini alırlar.					
Yöneticiler işle ilgili kararları vermeden önce doğru ve eksiksiz bilgi toplarlar.					
Yöneticiler, alınan kararları vermeden önce doğru ve eksiksiz bilgi verirler.					
İşle ilgili bütün kararlar,bunlardan etkilenen tüm çalışanlara ayırım gözetmeksizin uygulanır.					
Çalışanlar,yöneticilerin işle ilgili kararlarına karşı çıkabilirler ya da bu kararların üst makamlarla yeniden görüşülmesini isteyebilirler.					
İşimle ilgili kararlar alınırken yöneticilerim bana nazik ve iyi davranırlar.					
İşimle ilgili kararlar alınırken yöneticilerim bana saygılı davranırlar ve önem verirler.					
İşimle ilgili kararlar alınırken yöneticilerim kişisel ihtiyaçlarıma karşı duyarlıdır.					
İşimle ilgili kararlar alınırken yöneticilerim bana karşı dürüst ve samimdirler.					
İşimle ilgili kararlar alınırken yöneticilerim bir çalışan olarak haklarımı gözetirler.					
Yöneticilerim işimle ilgili kararların doğuracağı sonuçları benimle tartışırlar.					
Yöneticilerim işimle ilgili kararlar için uygun gerekçeler gösterirler.					
İşimle ilgili kararlar alınırken yöneticilerim bana akla uygun açıklamalar yaparlar.					
Yöneticilerim işimle ilgili her kararı bana net olarak açıklarlar.					
İşimde yalnızca hoşuma giden şeyleri yapmaktan hoşlanırım.					
İşimi yaparken , daha çok hoşlandığım başka bir işi yapabilmek için sık sık elimdeki işi ertelerim.					
İşler arasında genellikle bana en hoş görünen işi seçerim.					
İşte zamanımı birlikte geçirmeyi seçtiğim kişi,birlikte olmaktan en çok hoşlandığım kişidir.					
İki iş arasında seçim yaparken , en önemli etken hangisinden daha çok hoşlandığımdır.					
Çalıştığım yerde yaptığım işten hoşlanmazsam,işten ayrılırım.					
İş sırasında ne kadar çaba harcayacağımı işin gereksinimleri(işte yapılması gerekenler)belirler.					
Bir günlük ücret veriliyorsa bir günlük iş yaparım.					
Göstereceğim gayretin bana daha yüksek ücret olarak döneceğini bilsem,daha fazla iş yaparım.					
İş seçiminde genellikle en fazla ücret ödenen işi seçerim.					
İşte en sevdiğim gün,ücret ödendiği gündür.					
İnsanlar daha iyi iş fırsatları yakalamak için gözlerini ve kulaklarını daima açık tutmalıdır.					
Benim için,davranışlarımı diğer insanların onaylaması önemlidir.					
Kararlarımı sık sık diğer insanların ne düşüneceğine dayanarak alırım.					
Eğer bir projeye çevremdekiler değer veriyorsa,o projede daha fazla çalışırım.					
İş seçerken başarılarımla tanınmamı sağlayacak olan işi seçerim.					
İş çevresinde çok arkadaşı olanlar,hayatlarını dolu dolu yaşarlar.					
Çabama kurumdaki en yetkili kişiler tarafından değer verildiğini bilirim,var gücümle çalışırım.					
Aldığım kararlar,kendim için koyduğum yüksek hedefleri yansıtır.					
Yetenek ve becerilerimi kullanmama izin verecek bir kurumda çalışmak benim için önemlidir.					
Kişisel davranış standartlarımla(kişiliğimle) tutarlılık gösteren kararlar almaya çalışırım.					
Kendi kendini motive edebilen bir insan olduğumu düşünüyorum.					
Bana kişisel başarı duygusu veren şeyleri yapmaktan hoşlanırım.					
Bir kurumun üstlendiği/benimsediği görevi (misyonu) onaylamıyorsam o kurumda çalışmam.					
Kurumun hedefine ulaşması içinçok çalışmam gerekiyorsa önce bu çalışmanın nedenine/gereğine inanmam gerekir.					
Bir çalışmanın nedenine /gereği,ne inanmıyorsam çok çalışmam.					
Çalışacağım bir kurum seçerken, inanç ve değerlerimi paylaşan bir kurum ararım.					
Çok çalışmam için bir örgüt misyonunun benim değerlerimle uyumlu olması gerekir.					
Eğer bir kurum onayladığım hedefler doğrultusunda çalışıyorsa ,böyle bir kurumun başarısındaki payımın ön plana çıkıp çıkmaması önemli değildir.					

EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışma “Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algısı İle Örgütsel Adaletleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” amacıyla tanımlayıcı olarak yapılacaktır. Verilerin toplanmasında Sağlık Çalışanı Güvenliği Ölçeği kullanılacaktır. Bu anket formunu kendi düşünce ve bilgilerinizle doldurmanız istenmektedir. Ortalama süre 5-10 dakikadır. Katılımcılar çalışma ile ilgili herhangi bir ödeme yapmamaktadırlar. Çalışma grubunca katılanlara bir ödeme yapılmamaktadır. Çalışmaya katılanların kimlik bilgileri gizli tutulacak ve elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Araştırmacı **Ayşe CAN** tarafından tanımlayıcı bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Ayşe CAN /e-mail: ayse.can@medipol.com.tr

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama **Ayşe CAN** tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak kendi katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı, İmzası, Tarih:

.....

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-Soyadı, İmzası, Tarih:

.....

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- soyadı, İmzası, Görevi, Tarih:

.....



11. ETİK KURUL ONAYI



E-İmzalıdır

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 10840098-604.01.01-E.5455
Konu : Etik Kurulu Kararı

15/02/2018

Sayın Ayşe CAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algısı ile Örgütsel Adaletleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 15.02.2018 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 181DA68BXB kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algısı ile Örgütsel Adaletleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Ayşe CAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	06.02.2018		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.02.2018		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 133	Tarih: 14/02/2018				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

İstanbul Medipol Üniversitesi

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na,

**“Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algısı İle Örgütsel Adaletleri
Arasındaki İlişkinin**

**Belirlenmesi” isimli başvurumun Kurulunuzca bilimsel ve etik yönden
değerlendirilerek sonucun**

tarafıma bildirilmesini arz ederim.

Sorumlu Araştırmacının Adı, Soyadı

Ayşe CAN

İmza

12.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	AYŞE
Soyadı	CAN
Doğum Tarihi	01.11.1975
Doğum Yeri	BULGARİSTAN
Uyruğu	T.C
E-mail	ayse.can@medipol.com.tr

Eğitim Bilgileri

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	1997
Lise	Yahya Kemal Beyatlı Lisesi	1993

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Genel Yoğun Bakım Hemşiresi	V.K.V.Amerikan Hastanesi	1997 - 1999
Solunum Hemşiresi	İnternational Hospital	1999-2004
Sorumlu Hemşire- Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcısı	İzmir Özel Kent Hastanesi	2004-2012
Sorumlu Hemşire	Medipol Mega Üniversite Hastanesi	2012-.....

Yabancı Dil Bilgisi

	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Bilgisayar Program Bilgisi

Program	Kullanım Becerisi
Microsoft Office Powerpoint	İyi
Microsoft Office Word	İyi
Microsoft Office Exel	İyi
SPSS	Orta

