



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK
TUTUMLARI VE BİLGİ GÜVENLİĞİNİN HASTA GÜVENLİĞİ
KÜLTÜRÜ ÜZERİNE ETKİSİ

İlkay Sevinç TURAÇ

Doktora Tezi

Ankara, 2022

HEMŞİRELERİN KANITA DAYALI HEMŐİRELİŐE YÖNELİK TUTUMLARI VE BİLGİ
GÜVENLİŐİNİN HASTA GÜVENLİŐİ KÜLTÜRÜ ÜZERİNE ETKİSİ

İlkay Sevinç TURAÇ

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2022

KABUL VE ONAY

İlkay Sevinç TURAÇ tarafından hazırlanan "Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları Ve Bilgi Güvenliğinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi" başlıklı bu çalışma, 01.09.2022 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Sıdıka KAYA (Başkan)

Prof. Dr. Mehmet TOP (Danışman)

Prof. Dr. Erdem KARABULUT (Üye)

Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK (Üye)

Dr. Öğretim Üyesi Ahmet KAR (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

01/09/2022

İlkay Sevinç TURAÇ

“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, **Prof. Dr. Mehmet TOP** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

İlkay Sevinç TURAÇ

TEŞEKKÜR

“Zafer, zafer benimdir” diyebilenindir. Başarı ise, “Başaracağım” diye başlayarak sonunda “Başardım” diyebilenindir.”

Mustafa Kemal ATATÜRK

Bu tez çalışmasının gerçekleşmesinde akademik görüş ve katkıları ile çalışmama yön veren ve desteğini benden esirgemeyen tez danışmanım ve değerli hocam sayın Prof. Dr. Mehmet TOP’a,

Tez izleme komitesinde yer alarak çalışmama katkıda bulunan, beni her daim yüreklendiren ve varlığını hep yanımda hissettiğim, asla pes etmeme izin vermeyen çok değerli hocam sayın Prof. Dr. Sıdıka KAYA’ya,

Bu tez çalışmasına değerli bilgi ve deneyimleriyle katkıda bulunan, kısıtlı zamanına rağmen tüm sorularımı anlayışla cevaplayan çok değerli hocam sayın Prof. Dr. Erdem KARABULUT’a,

Tez jürimde yer alan, bilgi ve deneyimleriyle tezime yön veren, çok kıymetli hocam sayın Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK’e ve sayın Dr. Öğretim Görevlisi Ahmet KAR’a,

Tez sürecinde bilgi ve deneyimlerini paylaşan ve bana destek olan çalışma arkadaşlarıma,

Bu süreçte, umutsuzluğa düştüğüm her anımda yanımda olan, beni cesaretlendiren, asla pes etmeme izin vermeyen, her zorluğun üstesinden gelmem için çaba gösteren çok kıymetli arkadaşlarım sayın Dr. Senem ÇİTOĞLU’na, Jale AKTAŞ’a, Damla ÇELİK’e, Savaş ÇELİK’e, Nejdet ÇOBAN’A ve Gözde ERPEHLİVAN’a,

Bana inanan ve her zaman yanımda olan aileme çok teşekkür ederim.

ÖZET

TURAÇ, İlkay Sevinç. *Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları Ve Bilgi Güvenliğinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi*, Doktora Tezi, Ankara, 2022.

Bu araştırmanın amacı, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlar, bilgi güvenliği ve hasta güvenliği kültürü ile ilişkili faktörleri belirlemek ve hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ve bilgi güvenliğinin hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisini ortaya koymaktır. Bu kapsamda hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği ve alt boyutları, bilgi güvenliği ölçeği ve alt boyutları ile hasta güvenliği kültürü ortalaması ve alt boyutları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Araştırmanın evreni Ankara ilinde faaliyet gösteren bir üniversite hastanesinde görev yapan hemşirelerdir. Araştırma kapsamında 293 hemşireye ulaşılmıştır. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü ölçmek için ABD’de Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından 2004 yılında geliştirilen “Hospital Survey on Patient Safety Culture”, hasta güvenliği kültürü hastane anketi; kanıta dayalı hemşireliğe yönelik hemşirelerin tutumlarını ölçmek için Ruzafa-Martínez ve arkadaşlarının (2011) geliştirmiş olduğu Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği; bilgi güvenliğini ölçmek için Gerçekler (2012)’nin geliştirdiği ve tezinde kullandığı TS ISO 27799’dan elde edilen bilgi güvenliği ile ilgili sorulardan meydana gelen anket formu kullanılmıştır. Değişkenlerin analizinde geçerlilik, güvenirlik, t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), korelasyon, çoklu doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır. Analizler sonucunda; kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği, hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ve bilgi güvenliği ölçeği puanlarının orta düzeyin üzerinde olduğu bulunmuştur. Bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü ile KDH’ye yönelik inançlar ve beklentiler boyutları hasta güvenliği kültürü ortalamasını pozitif yönde etkilerken, bilgi güvenliğinde gizlilik boyutu hasta güvenliği kültürü ortalamasını negatif yönde etkilemektedir. Hasta güvenliği kültürü ortalamasını en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği kültürü değişkeni olduğu görülmektedir. Bu sonuç, bilgi güvenliği kültürünün var olması ve gelişmesinin hasta güvenliği kültürünü pozitif olarak etkilediğini göstermektedir. Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte hasta güvenliği kültürünün %55’ini açıklamaktadır. Araştırma sonuçlarının, orta ve üst düzeyde sağlık yöneticileri ile sağlık çalışanlarına hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi konusunda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler

Kanıta Dayalı Uygulamalar, Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları, Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Bilgi Güvenliği, Bilgi Güvenliği Kültürü

ABSTRACT

TURAÇ, İlkay Sevinç. *The Effect of Nurses' Attitudes Towards Evidence-Based Nursing and Information Security on Patient Safety Culture*, Doktora Tezi, Ankara, 2022.

The aim of this study is to determine the factors related to attitudes towards evidence-based nursing, information security and patient safety culture, and to reveal the effects of nurses' attitudes towards evidence-based nursing and information security on patient safety culture. In this context, the relationships between the sociodemographic characteristics of nurses, the scale and its sub-dimensions towards evidence-based nursing, the information security scale and its sub-dimensions, and the patient safety culture scale and its sub-dimensions were examined. The population of the study consists of 293 nurses working in a university hospital operating in Ankara. While the patient safety culture of nurses was measured by using the "Hospital Survey on Patient Safety Culture" hospital questionnaire which was developed by the Health Services Research and Quality Agency (AHRQ) in the USA in 2004; nurses' attitudes towards evidence-based nursing were determined by the Attitude Scale Towards Evidence-Based Nursing developed by Ruzafa-Martinez et al. (2011). In order to measure information security, an information security questionnaire developed by Gerçeker (2012) was used. Analysis of the variables was performed using validity, reliability, t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), correlation, and multiple linear regression analyzes. The results showed that the evidence-based nursing attitude scale, the general average of the patient safety culture, and the information security scale scores were above the mean score. The dimensions of information security management, information security practice, information security culture and beliefs, and expectations towards EBN affect the average patient safety culture positively while the dimension of privacy in information security affects the average patient safety culture negatively. It was revealed that the variable that most affected the average patient safety culture was the information security culture. This result shows that the existence and development of information security culture have a positive impact on patient safety culture. The variables included in the model together explain 55% of the average patient safety culture. The results of the study are expected to contribute to the development of a patient safety culture for middle- and senior-level health managers and health workers.

Key words

Evidence-Based Practices, Evidence-Based Nursing Practices, Patient Safety, Patient Safety Culture, Information Security, Information Security Culture, Nurses

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xv
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: KANITA DAYALI UYGULAMALAR.....	4
1.1. KANITA DAYALI UYGULAMALAR.....	4
1.1.1. Kanita Dayalı Uygulamada Kullanılan Yedi Adım	6
1.2. KANITA DAYALI HEMŞİRELİK.....	8
1.2.1. Hemşirelerin Kanita Dayalı Uygulamaları Gerçekleştirirken Karşılaştığı Engeller.	11
2. BÖLÜM: HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ	14
2.1. GÜVENLİK KÜLTÜRÜ.....	14
2.2. KÜLTÜR.....	15
2.3. HASTA GÜVENLİĞİ.....	17
2.3.1. Hasta Güvenliği Kavramının Ortaya Çıkması	18
2.4. TIBBİ HATA	20
2.5. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ	23
2.5.1. Hasta Güvenliği Kültürünün Geliştirilmesi	26
2.6. HASTA GÜVENLİĞİ YETKİNLİK ÇERÇEVESİ	27
3. BÖLÜM: BİLGİ GÜVENLİĞİ	28
3.1. BİLGİ GÜVENLİĞİ KAVRAMI.....	28

3.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİLGİ GÜVENLİĞİ	29
3.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Güvenliğinin Amacı.....	31
3.3. ELEKTRONİK SAĞLIK KAYITLARI	33
4. BÖLÜM: TEORİK TEMEL	36
5. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM	43
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	43
5.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	43
5.3. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	49
5.3.1. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	50
5.3.2. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi.	56
5.3.3. Bilgi Güvenliği Anketi	59
5.4. GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ	64
5.5. TEST TEKRAR TEST YÖNTEMİ	64
5.6. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	65
5.7. ARAŞTIRMADA VERİLERİN ANALİZİ	66
5.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	67
6. BÖLÜM: BULGULAR	68
6.1. TANIMLAYICI BULGULAR	68
6.2. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRMALAR	73
6.3. KORELASYON VE ÇOKLU DOĞRUSAL REGRESYON ANALİZLERİ	104
7. BÖLÜM: ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNİN SONUÇLARI ÖZET TABLO ..	131
8. BÖLÜM: TARTIŞMA	142
9. BÖLÜM: SONUÇ	167
10. BÖLÜM: ÖNERİLER	173
KAYNAKÇA	175
EK 1. ANKET FORMU	189

EK-2: HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYON İZİNİ.....	196
EK-3: DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	197
EK-4: HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİNİ	199

KISALTMALAR DİZİNİ

AHRQ :	:Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı)
ANOVA	: Analysis of Variance (Varyans Analizi)
CFI	: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
CMIN/DF	: Relative Chi Square Index/Degree of Freedom (Ki-Kare İstatistiğinin Serbestlik Derecesine Oranı)
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
GFI	: Goodness of Fit Index (İyilik Uyum İndeksi)
IHI	:The Institute for Healthcare Improvement Sağlık Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü
KDU	: Kanıta Dayalı Uygulama
KDH	: Kanıta Dayalı Hemşirelik
KDHYTÖ	: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği
NFI	: Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)
PSCF	:Hasta Güvenliği Yetkinlik Çerçevesini
RMSEA	:Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
TDK	:Türk Dil Kurumu
TS ISO 27799	:Türk Standartları
VIF	: Variation Inflation Factor (Varyans Şişkinlik Katsayısı)
WHO/DSÖ	: World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Cronbach α Güvenirlik Katsayısı	51
Tablo 2: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Uyum İndeksleri	53
Tablo 3: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Test Tekrar Test Sonuçları.....	54
Tablo 4: KDHYTÖ'nin Güvenirlik Analizi Sonuçları	55
Tablo 5: Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Ölçeği Cronbach α Güvenirlik Değerleri	58
Tablo 6: Bilgi Güvenliği Ölçeği Cronbach α Güvenirlik Katsayısı	60
Tablo 7: Bilgi Güvenliği Ölçeğinin Analiz Sonuçları ve Uyum İndeksleri	62
Tablo 8: Bilgi Güvenliği Güvenirlik Analizi Sonuçları	63
Tablo 9: Araştırmaya Katılan Hemşirelere İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler	69
Tablo 10: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=293)	70
Tablo 11: Hemşirelerin Bilgi Güvenliği Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=293)	71
Tablo 12: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlardaki Puanları (n=293)	72
Tablo 13: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının ve Alt Boyutlarının Medeni Durum Bakımından İncelenmesi	73
Tablo 14: Bilgi Güvenliği Ölçeği Puanlarının ve Alt Boyutlarının Medeni Durum Bakımından İncelenmesi.....	74
Tablo 15: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve alt boyutları ile ilişkin Ölçek Puanlarının Medeni Durum Bakımından İncelenmesi	75
Tablo 16: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının Eğitim Durumu Bakımından İncelenmesi.....	76
Tablo 17: Hemşirelerin Bilgi Güvenliği Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Bakımından İncelenmesi.....	77

Tablo 18: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve alt boyutları ile ilişkin Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Bakımından İncelenmesi.....	79
Tablo 19: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının Çalışma Şekli Bakımından İncelenmesi.....	81
Tablo 20: Hemşirelerin Bilgi Güvenliği Ölçek Puanlarının Çalışma Şekli Bakımından İncelenmesi.....	82
Tablo 21: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve alt boyutlarına ilişkin Ölçek Puanlarının Çalışma Şekli Bakımından İncelenmesi.....	83
Tablo 22: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Ölçek Puanlarının Hastanede Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi	85
Tablo 23: Hemşirelerin Bilgi Güvenliği Ölçek Puanlarının Hastanede Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi.....	86
Tablo 24: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve alt boyutlarına ilişkin Ölçek Puanlarının Hastanede Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi	87
Tablo 25: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Ölçek Puanlarının Hastanede Haftalık Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi.....	89
Tablo 26: Hemşirelerin Bilgi Güvenliği Ölçek Puanlarının Hastanede Haftalık Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi	90
Tablo 27: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçek Puanlarının Bu Hastanede Haftalık Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi .	92
Tablo 28: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Ölçek Puanlarının Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi.....	95
Tablo 29: Hemşirelerin Bilgi Güvenliği Ölçek Puanlarının Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi	96
Tablo 30: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve alt boyutlarına ilişkin Ölçek Puanlarının Şu Andaki Uzmanlık Alanında /Mesleğinde Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi.....	97
Tablo 31: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Ölçek Puanlarının Hemşirelerin Hastanede Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre Bakımından İncelenmesi	99

Tablo 32: Hemşirelerin Bilgi Güvenliği Ölçek Puanlarının Hemşirelerin Hastanede Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre Bakımından İncelenmesi.....	100
Tablo 33: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Hemşirelerin Hastanede Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre Bakımından İncelenmesi.....	101
Tablo 34: Hemşirelerin Kurumun Hasta Güvenliği Derecesi İle İlgili Değerlendirmeleri.....	103
Tablo 35: Son 12 Ayda Raporlanan Olay Sayısı.....	103
Tablo 36: KDHYTÖ Ortalaması Ve Boyutları, Toplam Çalışma Yılı, Yaş, Bilgi Güvenliği Ortalaması Ve Boyutları İle Hasta Güvenliği Kültürü Ortalaması Arasındaki İlişki.....	105
Tablo 37: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Hasta Güvenliği Kültürü Genel Ortalamasına Etkisi.....	107
Tablo 38: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Güvenliğin Kapsamlı Algılanması Boyutuna Etkisi.....	109
Tablo 39: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Hataların Raporlanma Sıklığı Boyutuna Etkisi	111
Tablo 40: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Birimler İçinde Ekip Çalışması Boyutuna Etkisi.....	113
Tablo 41: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Hastane Müdahaleleri Ve Değişim/ Hastanede Devirler Ve Nakiller Boyutuna Etkisi	115
Tablo 42: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Yönetici Beklentileri Ve Hasta Güvenliği Geliştirme Faaliyetleri/Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri Boyutuna Etkisi.....	117
Tablo 43: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Örgütsel Öğrenme Ve Sürekli Geliştirme/İyileştirme Boyutuna Etkisi	119
Tablo 44: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Hastane Üniteleri/Birimleri Arasında Ekip Çalışması Boyutuna Etkisi	121
Tablo 45: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının İletişimin Açık Tutulması Boyutuna Etkisi.....	123

Tablo 46: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Hatalar Hakkında Geri Bildirim Ve İletişim Boyutuna Etkisi.....	125
Tablo 47: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt Boyutuna Etkisi	127
Tablo 48: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği Boyutuna Etkisi	129
Tablo 49: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 1,2,3,4)	132
Tablo 50: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 5.1 - 5.6)	133
Tablo 51: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 6.1- 6.12)	135
Tablo 52: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 7)	138
Tablo 53: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 8)	138
Tablo 54: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 9,10,11,12)	139
Tablo 55: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 13,14,15,16)	140
Tablo 56: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 17,18,19,20)	141

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Araştırma Regresyon Modelinin Kavramsal Çerçevesi	37
Şekil 2: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği DFA Sonuçları.....	52
Şekil 3: Bilgi Güvenliği Ölçeği DFA Analiz Sonuçları	61

GİRİŞ

Bilgi hem kurumlar hem de bireyler açısından birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da önemli bir unsurdur. Sağlık alanında hasta bilgilerinin güvenliği, bu bilgilere kimlerin ne kadar ulaşabileceği, bilgilerin ne kadar süre saklanacağı, kimlerle paylaşılacağı gibi konular istenmeyen durumların ve zararların oluşmasını önlemeyi amaçlamaktadır.

Sağlık hizmeti sunarken kullanılan kaynaklardan maksimum verim ve etkinlik elde edebilmek için sağlık sisteminin verimli ve etkin olması gerekmektedir. Tıp Enstitüsü sağlık sisteminin verimli ve etkin olabilmesi için sağlık hizmetlerinin “güvenli, etkili, hasta merkezli, zamanında, verimli ve adil” olmasını belirten altı hedef önermiştir (Tıp Enstitüsü, 2001:6). Bu bağlamda kanıta dayalı uygulamaların (KDU) kullanılması ve bilgi güvenliğinin sağlanması hastalara verilen hizmetin etkin ve verimli olmasını sağlayarak hasta güvenliğini arttıracak ve hasta güvenliği kültürünün benimsenmesini sağlayacaktır. Bilgi güvenliği ve mahremiyet sağlık alanında önemli sorunlardır (Huang vd., 2008: 11) ve hastaların kişisel sağlık verileriyle birlikte hasta güvenliğinin bir parçasını oluşturmaktadır. Bununla birlikte, kanıta dayalı uygulamaların sağlık hizmeti sunumunda etkin bir şekilde kullanılmasıyla sağlık hizmeti sunumunun daha verimli hale geleceği söylenebilir. Bir başka ifadeyle kanıta dayalı uygulamalar, bilgi güvenliği ve hasta güvenliği kültürünün bir arada etkin bir şekilde kullanılması sağlık sunumunun daha optimal hale gelmesini sağlayabilir. Tüm bu sonuçlardan yola çıkarak, kanıta dayalı hemşirelik (KDH) uygulamalarının yaygınlaşmasının, bununla ilgili gerekli eğitimlerin verilmesinin ve sağlık alanında bilgi güvenliğinin sağlanmasının hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Literatürde, Türkiye’de kanıta dayalı hemşirelik ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, genellikle hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bilgi, tutum ve algılarının değerlendirildiği, hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliği kullanmasını etkileyen faktörlerin belirlendiği, hemşirelerin kullandıkları bilgi

kaynaklarının neler olduğu, kanıta dayalı hemşireliği kullanırken hemşirelerin karşılaştıkları ve algıladıkları engellere yönelik çalışmaların yapıldığı görölmektedir.

Türkiye’de sağlık alanında bilgi güvenliği ile ilgili çalışmalar incelendiğinde ise, sağlık kurumlarında bilgi güvenliğinin değerlendirilmesine yönelik çalışmaların yapıldığı, hastanelerde bilgi güvenliği yönetimine yönelik nitel çalışmaların olduğu, bilgi yönetim uygulamalarının hasta güvenliği nasıl etkilediğine yönelik çalışmaların olduğu, sağlık kurumlarında örgüt kültürü ile bilgi güvenliği ilişkisinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır.

Literatürde, Türkiye’de hasta güvenliği kültürü ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, hasta güvenliği kültürü ile ilgili derleme çalışmaların olduğu, bir hastanenin veya hastanenin herhangi bir bölümünün hasta güvenliği kültürü algılarının farklı sağlık çalışanları tarafından nasıl değerlendirildiği, hasta güvenliği kültürü ile iş tatmini, ekip çalışması, sağlık hizmeti kalite algısı arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmaların yapıldığı görölmektedir.

Bilgi güvenliği, hasta güvenliği kültürü ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlar sağlık hizmetlerinin etkili sunulabilmesine hizmet eden konuların başında gelmektedir. Literatürde, kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, bilgi güvenliği ve hasta güvenliği kültürü konularını birlikte ele alan çalışmaların sınırlı sayıda olduğu ve genellikle kanıta dayalı hemşirelikle hasta güvenliği kültürünün incelendiği veya bilgi güvenliği ile hasta güvenliği arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların olduğu görölmektedir. Kalite ve bilgi güvenliği sistemlerinin hasta güvenliği üzerine etkisinin incelenmesi, bilgi güvenliği yönetim sistemleri ile hasta güvenliği ve kalite arasındaki ilişkilerin araştırıldığı, hasta güvenliği kültürü ve kanıta dayalı uygulamaların performansı nasıl etkilediği gibi çalışmalar örnek gösterilebilir.

Yapılan literatür taraması sonucunda şimdiye kadar, bu konular ayrı ayrı veya biri diğerinin etkisi olarak ele alınmasına rağmen, sağlık alanında bu üç konuyu da içeren, bunlar arasındaki ilişkileri değerlendiren, bu konuların sağlık hizmetini ve sunumunu nasıl etkilediğini inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu

bağlamda yapılan tezin alana yeni bir bakış açısı getirebilecek keşfedici bir çalışma olduğu söylenebilir. Keşfedici çalışmalar, öncelikle yeni veya az araştırılmış bir olgunun daha iyi anlaşılmasına, ikinci olarak daha ayrıntılı bir çalışmanın gerçekleştirilebilirliğinin test edilmesine ve son olarak ayrıntılı çalışmada kullanılacak yöntemlerin geliştirilmesine katkı sağlayan çalışmalardır (Kızılelma, 2014, s.120).

Bu çalışmanın temel amacı, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlar, bilgi güvenliği ve hasta güvenliği kültürü ile ilişkili faktörleri ortaya koymak ve hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ve bilgi güvenliğinin hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisini araştırmaktır. Bu çalışmanın kanıta dayalı hemşirelik, kanıta dayalı uygulama, hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü ve bilgi güvenliği alanlarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu kapsamda elde edilecek araştırma sonuçlarının; sağlık yöneticilerine, karar vericilere, sağlık profesyonellerine hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine yönelik bilgiler sunması düşünülmektedir. Çalışmada, kanıta dayalı hemşirelik tutumları ve bilgi güvenliğinin hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisini ortaya koymak için çoklu regresyon tekniği uygulanmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde kanıta dayalı uygulama ve kanıta dayalı hemşirelik kavramları açıklanmış, kanıta dayalı hemşireliğin önemi vurgulanarak, kanıta dayalı uygulamalar yapılırken karşılaşılan sorunlara ilişkin veriler ortaya konulmuştur. İkinci bölümde güvenlik, hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü açıklanmaya çalışılmış, hasta güvenliği kültürünün nasıl oluştuğuna, önemine değinilmiştir. Üçüncü bölümde bilgi güvenliği ve sağlık hizmetlerinde bilgi güvenliği teorik açıdan incelenmiştir. Dördüncü bölümde araştırma modelini açıklayan teorik modele yer verilmiştir. Beşinci bölümde araştırmanın gereç ve yöntemine, altıncı bölümde, araştırmanın bulgularına; yedinci bölümde, hipotezlerle ilgili özet tablo bilgisine; sekizinci bölümde bulgular ile ilgili sonuçların tartışılmasına; dokuzuncu bölümde araştırma sonuçlarına ve son bölümde ise önerilere yer verilmiştir.

1. BÖLÜM: KANITA DAYALI UYGULAMALAR

1.1. KANITA DAYALI UYGULAMALAR

Bu bölümde sırasıyla kanıta dayalı uygulamalardan, kanıta dayalı uygulamada kullanılan adımlardan, kanıta dayalı hemşirelikten, kanıta dayalı uygulamaların ve hemşireliğin öneminden, nasıl ortaya çıktığından, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirirken karşılaştığı örgütsel ve bireysel sorunlardan ve etkileyen faktörlerden bahsedilecektir.

Tıp ve sağlık hizmetleri, en dinamik insan disiplinlerinden biridir, dolayısıyla yüksek kaliteli ve sofistike araştırmalara her yıl büyük miktarlarda para harcanmaktadır. Bu da sağlık hizmetleri literatüründe katlanarak büyüme ile sonuçlanmaktadır. Düzenli olarak yeni ve daha etkili ilaçlar, tıbbi cihazlar ile prosedürler icat edilmektedir. Tüm bu çabaların arkasındaki ana hedeflerden biri, doktorlara, hemşirelere ve tıp teknisyenlerine hastalara mümkün olan en iyi bakım ve tedaviyi sağlamalarında yardımcı olmaktır. Geleneksel ve iyi kurulmuş prosedür ve uygulamaları kullanmanın yanı sıra, sağlık hizmeti uygulayıcıları en iyi uygulamalara ve ayrıca araştırmaya dayalı sağlam kanıtlara dayanan yenilikçi müdahaleleri benimsemektedir. Kanıta dayalı uygulama (KDU) böyle bir tekniktir ve klinik sorunları etkili bir şekilde ele alma ve daha iyi hasta bakımı sağlama potansiyeli nedeniyle hızla popülerlik kazanmaktadır (Majid vd., 2011, s.229).

1800'lerde Florence Nightingale ile başlayan ve 1970'lerde tıp camiasından gelişen kanıta dayalı uygulama, hemşirelik alanı ile birlikte ilerlemiş, değişmiş ve gelişmeye devam etmiştir. Sağlık alanında olduğu gibi hemşirelikte de en iyi uygulama rehberlerinin kullanılması, uygulanabilir araştırma kanıtlarının incelenmesi, gözden geçirilmesi ile birlikte teknolojik gelişmelerden yararlanılması hemşireliğin bilgili bir disiplin olarak ilerleyebilmesi için önemlidir (Mackey ve Bassendowski, 2017, s. 54). Sağlık bakımında kanıta dayalı uygulamaların önemi gün geçtikçe artmaktadır. İlk olarak "kanıta dayalı tıp" olarak ele alınsa da tüm sağlık profesyonelleri tarafından kullanılmaya başlanmasıyla "kanıta dayalı uygulamalar" sağlık alanında hızlı gelişim göstermeye başlamıştır (Craig ve Smyth, 2007). Kanıta dayalı uygulama bir

sorun çözüme tutumu olarak da tanımlanabilir. Kanıta dayalı uygulama, hastalara sunulan hizmetin kalitesini, hasta güvenliğini, sağlık çıktılarını, sunulan hizmetin etkililiğini ve verimliliğini arttırmak için en iyi kanıtı bulmaya çalışan ve bunu yaparken hasta tercihlerini de göz önüne alan bir uygulamadır (Songur vd., 2018, s.359).

Kanıta dayalı uygulama, sağlıksız koşullar yaşayan hastalar için daha iyi sonuçlar sağlama fikri olarak ortaya çıkmış ve güvenli ve yetkin bakım sağlamak için hemşireliğin geliştirdiği ve sürdürdüğü bir temel haline gelmiştir. Tıp camiasında yeniden gelişen kanıta dayalı uygulama, hemşirelik alanında da ilerlemeye ve büyümeye devam etmektedir. Kanıta dayalı uygulama hem lisans hem de lisansüstü hemşirelik eğitiminin temelini oluşturmakta; ayrıca hemşirelik alanında kuramsal bilgilerin uygulamaya dönüştürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Mackey ve Bassendowski, 2017, s.51). Hemşirelik uzmanları, klinik uygulamalarını ve karar alma süreçlerini bilgilendirmek için en iyi kanıtları kullanır ve sentezlerler. Kanıta dayalı uygulama, hasta bakımının sağlam kanıtlarla bilgilendirilmesi gerektiği önermesine dayanmaktadır (Mackey ve Bassendowski, 2017, s.54). Kanıta dayalı uygulama, hasta bakımının genel kalitesini iyileştirmek, hemşirelik uygulamasını geliştirmek ve karar vermek ve güveni sağlamakta önemlidir. Kanıta dayalı uygulama, iyi tasarlanmış kanıtları hasta tercihleri, hasta değerlendirmeleri ve sağlık profesyonelleriyle bütünleştirerek hasta bakımıyla ilgili klinik sorunları çözümede kullanılan bir tekniktir (Alatawi, vd., 2020, s.35). Kanıta dayalı uygulama (KDU), belirli bir popülasyona kaliteli ve etkili sağlık hizmeti verebilmek için eleştirel bir bakış açısıyla incelenmiş ve bilimsel olarak kanıtlanmış kanıtların sağlık çalışanları tarafından kullanılmasını sağlamaktadır (Majid vd., 2011, s.229).

Bayın ve Akbulut (2012) çalışmalarında, kanıta dayalı tıbbi uygulamaların başarılı bir şekilde kullanılmasının etkisiz ve verimsiz tıbbi uygulamaları azalttığını belirterek sağlık hizmetlerinin sunumunda belli bir standardizasyon sağlanmasına ve sağlık hizmetlerinin daha kaliteli bir şekilde verilmesine yol açtığını belirtmişlerdir.

Türkiye’de yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nde kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili olarak hemşirelerin *“Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.”* olarak görev, yetki ve sorumlulukları belirtilmiştir.

Her ne kadar hemşirelerin kanıta dayalı bakım ile ilgili yükümlülüğü yönetmelikte yer alsa da uygulama açısından bu durum zaman zaman karmaşık olmaktadır. Kanıta dayalı uygulamaların yavaş bir süreçte meydana geldiği ve kolaylıkla uygulanamadığı birçok çalışmada öne çıkmıştır (Melnyk ve ark., 2018, s.22; Melnyk ve ark., 2008; Rycroft-Malone ve ark., 2004; Polit ve Beck, 2008; Parahoo, 2001). Kanıta dayalı uygulamaların daha etkin ve optimal kullanımı konusunda sağlık hizmeti sunumunda hemşireler ve doktorlar başta olmak üzere bütün sağlık çalışanlarının sorumluluğu paylaşması ve süreci kolaylaştırması gerekmektedir. Bu süreç kapsamında, kanıta dayalı uygulamayı bir düzen içerisinde ve kolaylıkla uygulayabilmek için yedi adım belirlenmiştir.

1.1.1. Kanıta Dayalı Uygulamada Kullanılan Yedi Adım

KDU’nun sistematik yedi aşamalı süreci, en iyi klinik kararları kolaylaştırmak ve en iyi hasta sonuçlarını sağlamak için bir platform oluşturmaktadır (Chen ve ark., 2021, s.1; Melnyk ve ark., 2014, s.6). Yedi adımlı KDU süreci, bir sorgulama ruhu ve bir KDU kültürü ve ortamı geliştirmekle başlamaktadır. Bir klinisyen klinik bir soru sorduktan ve en iyi kanıtı aradıktan sonra, geçerlilik, güvenilirlik ve uygulanabilirlik açısından kanıtın eleştirel değerlendirmesi, mevcut bir uygulamanın değiştirilip değiştirilmeyeceğini belirlemek için bu kanıtın bir klinisyenin uzmanlığı ve hasta tercihleriyle bütünleştirilmesi esastır. Bu sürece dayalı olarak bir uygulama değişikliği yapıldığında, bu değişikliğin sonuçlarını değerlendirmek, etkisini belirlemek için zorunludur. KDU değişikliği sürecinin ve sonuçlarının yaygınlaştırılması, başkalarının en iyi sonuçları üreten uygulamaları öğrenebilmesi için temel anahtardır. Bu süreçte kullanılan yedi adım;

Adım 0: Bir kanıta dayalı uygulama kültürü ve çevresi ile birlikte bir araştırma ruhu geliştirmek,

Adım 1: Klinik sorular sormak,

Adım 2: Mevcut en iyi kanıtı aramak,

Adım 3: Kanıtları eleştirel olarak değerlendirmek,

Adım 4: En iyi klinik kararı vermek için kanıtları klinik uzmanlık ve hasta tercihleriyle bütünleştirmek,

Adım 5: Kanıta dayalı uygulama değişikliğinin sonuçlarını değerlendirmek,

Adım 6: Sonuçları yayınlamaktır.

Sağlık hizmeti sunumunda kanıta dayalı uygulamaya yapılan vurgu, hemşirelerin sürekli değişen ve giderek daha karmaşık hale gelen bir sağlık bakımı ortamında bilinçli klinik kararlar almak ve hemşirelik eylemlerini ve hastalarla etkileşimlerini yönlendirmek için araştırma bulgularını kullanma beklentisini artırması yönündedir. Hasta güvenliği ve kaliteli sağlık hizmetlerine yönelik artan talepler, hasta sonuçlarının iyileştirilmesini sağlamak için mümkün olan en iyi kanıtların uygulamaya dönüştürülmesini gerektirmektedir. Bu bağlamda KDU, sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirmenin anahtarı olarak görülmektedir. KDU'nun özellikle hemşirelikte kullanımı, klinisyenlerin bu konuda özel yeterliliklere sahip olmasını gerektirmektedir. Bu yeterlilikler;

(a) uygulamadan elde edilen klinik soruları sorma ve formüle etme,

(b) klinik sorulara çeşitli kanıt kaynaklarını araştırma,

(c) kanıtları değerlendirme,

(d) kanıtları pratikte uygulama, ve

(e) kanıtların etkisinin değerlendirilmesidir (Laibhen-Parkes, 2014, s.173).

KDU yeterliliği kavramı, literatürde eğitim, uygulama ve araştırma çıkarımları ile çok tartışılmıştır. Ancak, KDU yeterliliğinin resmi bir tanımı yayınlanmamıştır.

Yapılan çalışmaya dayalı olarak, KDU yeterliliği; belirli bir hasta, grup veya topluluğa sağlık hizmeti bağlamında birden fazla bilgi kaynağını edinme, inceleme, uygulama ve değerlendirme amacıyla klinik olarak ilgili sorular sorma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Laibhen-Parkes, 2014, s.180).

Hastaya verilen bakımın güvenli ve etkin olmasından sorumlu olan hemşireler profesyonel olarak mesleklerini yerine getirirken hem hizmet sunmakta olduğu hastalara hem de sağlık personeline karşı sorumludur (Kocaman 2003). Ancak, kanıta dayalı uygulamaları kullanan hemşirelerin, bakımı yaparken gösterdikleri tutum ve algıların birbirlerinden farklı olması boyutları karmaşık hale getirmektedir (Estabrooks ve ark., 2007; Parahoo 1999). Bazen var olan kanıt rehberlerinin kanıt düzeyi yeterince iyi olmamakla birlikte bazen de kanıta dayalı uygulama rehberleri bazı klinik durumlar için bulunmayabilmektedir (Stichler, 2010). Kaynak ulaşımı kanıta dayalı uygulamalarda önemlidir. Kanıta dayalı uygulamalar ile deneyimlerin birleştirilmesi, hasta tercihleri, hastanın durumu, tedavi seçenekleri, inançları ile ilgili elde edilen optimal kanıt seviyesini içeren karmaşık bir süreç olan klinik karar verme kanıta dayalı uygulamalarda önemlidir. Çünkü her hastanın alması gereken bakım birbirinden farklı olabilmektedir. Hastanın birden fazla hastalığı olabilir. Tüm bu nedenlerle kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirecek hemşirelerin bu bakım sürecinde uygulayacağı yöntemlerin o hastanın alması gereken sağlık hizmeti olduğundan emin olması ve buna göre karar alması gerekmektedir. Hemşireler hastalara göre farklı tedavi seçenekleri ile olası tehlikeleri bilmeli ve hastanın tercihlerini de dikkate alarak bakım sürecine devam etmelidirler (Dicenso ve ark., 1998; Craig ve Smyth, 2007; McCormack, 2006).

1.2. KANITA DAYALI HEMŞİRELİK

Kanıta dayalı hemşirelik, hemşirelik kararlarının yalnızca bir araştırma bulgusuna göre verilmesi anlamına gelmemekte olup, hemşirelerin gerek klinik uzmanlıklarına gerekse hasta tercihlerine dayanan kanıtları kullanarak karar almasıyla, bakım kararlarıyla ilgili araştırmaların toplanması, değerlendirilmesi ve analiz edilmesi sonucunda ortaya çıkan kanıtların hastaların tercihleri ve hemşirelerin mesleki uzmanlığı ile birleştirilerek verilmesi olarak tanımlanabilir

(DiCenso ve ark., 2005; Jennings ve Loan, 2001; McCormack, 2006). Ingersoll, 2000 yılında kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını; hizmet sunulan birey/hasta veya grupların ihtiyaçlarına ve tercihlerine dikkat edilerek sunulan bakımın, teorik kökenli ve bilgiye yönelik olarak karar verilmesi şeklinde tanımlamıştır (Ingersoll, 2000).

Kanıta dayalı hemşirelik uygulaması, klinik uzmanlık ve hasta tercihleri ve değerleri ile birlikte yayınlanmış literatürün benimsenmesi de dahil olmak üzere çeşitli bilgi kaynaklarının bilinçli bir hemşirelik düşüncesi ve uygulamasını ifade etmektedir. Ve sürekli kalite iyileştirme, hangi müdahalelerin, hangi bağlamda, sağlık sistemlerinde bakım süreçlerini kapsamlı bir şekilde optimize edebileceğini öğrenmek için güvenilir veri ve iyileştirme yöntemlerinin benimsenmesidir. Hemşirelerin hasta güvenliğini sağlamak için temel yetkinliklerden ikisini oluşturan kanıta dayalı uygulama ve kalite iyileştirme yetkinliğine hakim olması çok önemlidir. Hemşirelerden, sürekli kalite iyileştirmesi çalışmalarında kılavuzlar oluşturmak için klinik uygulamalardan kanıt üretmeleri beklenmektedir. Tıp Enstitüsü, tüm sağlık profesyonellerinin kaliteli ve güvenli bakımda temel yetkinliklere sahip olmasını şart koşturmaktadır (Yan vd., 2021, s.399). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama; bakım bağlamında en iyi ve en son kanıtın araştırılmasını, klinik uzmanlık ve incelemeyi ve hasta tercihlerini içeren klinik karar vermeye yönelik bir sorun çözme yöntemi olarak belirtilmektedir. Benzer şekilde, Kanada Hemşireler Birliği (2002); *“kanıta dayalı uygulamanın karar vermeye dayalı olduğu ve hasta sonuçlarını optimize etmek, klinik uygulamayı iyileştirmek ve hemşirelikte hesap verebilirliği sağlamak için kullanıldığını”* belirtmiştir.

Hong Kong'daki bir kanıta dayalı uygulama projesinde, French (1999) kanıta dayalı uygulamada örtük bilgi kavramının kullanıldığını belirtmiştir. French'e göre örtük bilgi, literatürde olmayan ancak hemşirelik mesleği tarafından iyi bilinen ve uygulamada başarıyla kullanılan bilgidir. French'in kanıta dayalı uygulama tanımı; mevcut kanıtların ve araştırmacının örtük bilgisinin entegrasyonuna odaklanması olarak belirtilmiştir. Bu tanım belirlilik ve ayrıntıdan yoksun olsa da, örtük bilgi, hemşirelerin bağlamsal faktörlere dayalı

olarak önceki araştırmaları ve deneyimleri çalışma alanlarına ve uygulamalarına dahil etmesini sağlayan bir kavramdır (Mackey ve Bassendowski, 2017, s. 52). Araştırmadan yararlanma, hemşireliğin doğasında var olan bazı bütünsel nitelikleri, örneğin French'in örtük, deneyimsel bilgisini içermeyen kategorik bir süreçtir. Bu sürecin hemşirelik bilgi tabanının geliştirilmesinde bir yeri vardır, ama kanıta dayalı uygulamanın hasta bakımını nasıl etkilediğini ve hemşirelik içinde teori uygulama boşluğunu nasıl en aza indirdiğini anlamak önemlidir. Kanıta dayalı hemşirelik, hasta güvenliğini iyileştirmeyi, sağlık bakım maliyetlerini düşürmeyi ve nihayetinde hastaya özel durumlarda karar vermeyi destekleyen bir çerçeve sağlamayı amaçlayan geniş bir kavramdır (Beyea ve Slattery, 2013, s.154; Mackey ve Bassendowski, 2017, s. 52).

Son yıllarda sağlık alanında temel politikalardan biri haline gelen kanıta dayalı hemşirelik (KDH), birçok ölkede benimsenerek, kanıta dayalı hemşireliğin en iyi şekilde uygulanması için çalışmalar yapılmaktadır (Gerrish ve ark., 2007). Hastaların bakım sürecinde en iyi hizmeti alabilmeleri için kanıta dayalı hemşirelik (KDH) uygulamalarının daha aktif kullanımı sağlanmalıdır. Sağlık hizmetlerinde büyük bir çalışma grubunu oluşturan hemşirelerin, en iyi kanıtı belirleyip, tanımlayıp, değerlendirerek oluşan bilgiyi çalışmalarıyla birleştirmeleri kanıta dayalı uygulamaları iyi bir şekilde anladıklarını göstermektedir (Craig ve Smyth, 2007). Dolayısıyla kanıta dayalı hemşireliğin ve bununla ilgili araştırmalarının ilerleyebilmesi; hemşirelerin mesleklerindeki katkı ve çabalarıyla doğru orantılıdır (French, 2000).

Kanıta dayalı hemşirelik önemli bir konudur, ancak uygulama aşamasında birtakım sorunlar meydana gelebilmektedir (Dicenso ve ark., 1998; Melnyk ve ark., 2008). Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ne kadar çok kullanılır ve pratik hale gelirse hastaların aldıkları bakım da o kadar gelişim gösterir. Ancak bu uygulamaların gelişim süreci zor ve oldukça zaman alıcıdır (Melnyk ve ark., 2008; Parahoo, 2000). Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarında karşılaşılan problemlerin başında hemşirelerin bakım sürecinde uyguladığıyla kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının çeliştiği gözlenmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin hasta bakımında kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını benimseyip önceki

uygulamalarını değiştirmeleri beklenmektedir. Ancak hemşireler tamamen uygulamanın değiştirilmesi yerine var olan uygulamanın doğrulanmasını, desteklenmesini beklemektedirler (Thompson ve ark., 2004). Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarında bazen şimdiye kadar uygulanan hasta bakımının ve hemşirelik uygulamalarının baştan sona değiştirilmesi gerekebilir. Bu durum bir teorinin kullanılıp, diğerinin kullanılması anlamına geldiği gibi aynı zamanda teorinin tümüyle kullanılmamasıdır (McCormack, 2006). Günlük yaşamın önemli bir kısmını oluşturan alışkanlıklar nedeniyle hemşireler daha önce problem yaşasa dahi aynı şekilde uygulama yapmak isteyebilir.

Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları kullanma bilgi ve becerilerini geliştirmek için eğitim ve öğretim önemlidir. Zaman yönetimi, gerekli kaynakların sağlanması ve yeterli denetim, bakımın kalitesini olumlu yönde etkileyen kanıta dayalı uygulamanın uygulanmasını kolaylaştırabilir. Daha fazla bilgi için, KDU'nun ortak engellerini araştırmak çok daha etkili olacaktır (Alawati vd, 2020, s.35)

1.2.1. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamaları Gerçekleştirirken Karşılaştığı Engeller

Hemşireler mesleklerini yerine getirirken kanıta dayalı uygulamaları kullanmak istemelerine rağmen bu uygulamaları nasıl yapılması gerektiği ile ilgili sorunlar yaşamaktadır (Thiel ve Ghosh, 2008). Gün geçtikçe kanıta dayalı uygulamaları yaygınlaştırmak ve geliştirmek için yayınlanan kanıta dayalı rehber ve protokoller artmaktadır. Bununla birlikte hemşireler bu kaynaklara ulaşma, bu bilgileri anlama, kullanma ve bununla ilgili karar vermede birtakım problemler yaşamaktadır (Gerrish, 2007). Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirirken karşılaştığı örgütsel ve bireysel olmak üzere çeşitli engeller vardır. Bu engeller; destek ve denetim eksikliği, eğitim eksikliği, sınırlı kaynaklar ve zaman kısıtlaması, literatüre erişim kısıtlılığı, bilgi ihtiyacı eksikliği, hemşirelerin bilgi eksikliği, kanıta dayalı uygulamanın kullanımına ilişkin beceri ve farkındalık, profesyonelliğin olmaması, hemşirelerin kullanım konusundaki tutum ve deneyimleri ve kanıta dayalı uygulamayı kullanma veya uygulamada dil engeli, zamanı etkili kullanamama ve zaman eksikliği, istatistiksel terimleri anlayamama ve araştırma makalelerinde kullanılan jargonun anlaşılmasında

problem yaşanması, eleştiri eksikliği, hemşirelerin şimdiye kadar hizmet sunarken uyguladıkları alışkanlıkları/pratik bilgiyi tercih etme eğilimleri, çalışılan ortamlarda bilgi ihtiyacının karşılanmamasıdır. Hemşirelerin KDU'yu benimsemesini engelleyen çeşitli kurumsal ve kişisel engellerin olduğu birçok çalışmada belirtilmiştir (Alawati vd, 2020, s.35; Yılmaz vd., 2018, s.235; Majid vd., 2011, s.229; Gerrish ve ark., 2007; Upton ve Upton, 2006; Royle ve ark., 1996).

Hastane yönetimi, KDU eğitimi düzenleyerek ve hemşirelerin yeni teknikleri öğrenmeleri ve uygulamaları için işten izin almaları yoluyla hemşirelerin KDU'yu benimsemesinin önündeki engelleri kaldırabilirler. Ayrıca, hemşireler gerekli bilgileri almak için amirlerine ve meslektaşlarına danışarak KDU'yu kullanma konusunda ilerleme kaydedebilirler. Hastane yönetimi elverişli bir ortam yaratabilir ve hemşireler için bilgi sağlama ve bilgi paylaşımını teşvik etmek için sosyalleşme fırsatları sağlayabilir. Benzer şekilde, KDU bilgi yoğun bir faaliyet olduğundan, hastanelerde çalışan kütüphane ve bilgi uzmanları, hemşireler ve diğer tıp pratisyenleri arasında temel bilgi okuryazarlığı becerilerinin, özellikle literatür tarama becerilerinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynayabilir (Majid vd., 2011, s.236).

Kanıt dayalı uygulamaların sağlık bakım süreçlerinde kullanılabilmesi için sağlık profesyonellerinin değişen koşullara uyum sağlayarak mesleki bilgi ve becerilerini sürekli geliştirmeleri gerekmektedir. Kimi zaman sağlık profesyonelleri bu sürekli gelişime direnç gösterebilmektedirler (Craig ve Smyth, 2007). Kocaman, (2003)'e göre kanıt kaynaklarına ulaşım ve bu kanıtların kalitesi kanıt dayalı hemşirelik uygulamaları için önemlidir. Hemşireler kanıt düzeylerini biliyor ve bununla ilgili bir değerlendirme yapabiliyorlarsa bu kanıt uygulamalarına aktarabilmektedirler (Kocaman, 2003). Polit ve Beck (2008)'e göre randomize kontrollü çalışma bulgularının sistematik derlemeleri, kanıt hiyerarşisine göre, en güçlü kanıt düzeyine sahiptir. Diğer taraftan, uzman görüşleri en düşük kanıt düzeyindedir. Yöneticiler, sağlık hizmeti verilmesi sürecinde, hasta bakım süreciyle ilgili kararların alınması ve kanıt kılavuzlarındaki bakım tavsiyelerinin uygulanmasında hemşirelerin esas bir rol

oynadığını belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra yöneticiler hemşirelerin kanıta ulaşmasını, kanıtı değerlendirip sonucunu klinik kararlarda kullanmasını beklemektedir (Thompson ve ark., 2004). Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliği kabul edip, anlayıp, uygulamada etkin bir şekilde kullanması kanıta dayalı hemşireliği pratiğe geçirebilme becerisiyle doğru orantılıdır (Gerrish ve ark., 2007). Hasta bakımıyla ilgili sonuçlar, klinik uygulamalara doğrudan aktarılamazlar. Hasta bakımıyla ilgili yapılan her çalışma sonucunun diğer kanıt kaynaklarıyla karşılaştırıldıktan sonra uygulamaya aktarılması gerekmektedir (Craig ve Smyth, 2007).

2. BÖLÜM: HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Bu bölümde sırasıyla güvenlik kültüründen, güvenlik ikliminden, hasta güvenliğinden, hasta güvenliği kültüründen, hasta güvenliği kültürünün öneminden, bileşenlerinden, hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörlerden bahsedilecektir.

2.1. GÜVENLİK KÜLTÜRÜ

Güvenlik kültürü, “sağlık profesyonellerinin her hasta etkileşiminde pek çok isteğe bağlı davranışına rehberlik eden bir performans şekillendirici faktör” olarak anlaşılmaktadır (Nieva ve Sorra, 2003: ii17). Bir organizasyonun güvenlik kültürü, bir organizasyonun sağlık ve güvenliğinin yönetiminde taahhüt, stil ve yeteneğe yol açan bireysel ve grup değerlerinin, inançlarının, tutumlarının, algılarının, becerilerinin ve davranış biçimlerinin ürünü olarak tanımlanabilir. Güvenlik iklimi ise bir organizasyonun güvenlikle ilgili olarak nasıl olduğuna dair paylaşılan algıları ifade etmektedir. İyi bir güvenlik kültürüne sahip olan kurumlar, karşılıklı güvene dayalı iletişim, güvenliğin ne kadar önemli olduğuna dair inanç ve algıların paylaşılması ve önleme tedbirlerinin etkinliğine duyulan güven ile karakterize edilirler (Yamalık ve Perez, 2012, s.191).

Bir kuruluştaki güvenlik ve dayanıklılık oluşturulabilecek sağlam bir platform oluşturmak için liderler, hasta güvenliğinin acil ve öncelikli olduğunu belirtmişlerdir. Yeni bilgi, görüş ve öneri arayışında olan kişiler bir araya gelerek; kurum/merkez sağlık hizmeti sunmak ve almak için güvenli bir yer mi? Bunu nasıl biliyorsunuz? Deneyiminiz nedir? sorularına cevap bulmaya çalışırlar. Bu soruların sorulması, kazalar, ramak kalalar, engeller ve güvenlik ile ilgili konuların ön plana çıkmasına ve sağlık hizmetlerinin nasıl daha iyi hale getirileceği ile ilgili düşüncelere katkı sağlayabilmektedir. Bu soruların cevapları genellikle paylaşılmamakta, bireysel olarak deneyimlenmektedir. Böylece, organizasyonda güvenliğe ilişkin ortak bilinç yükseltilmektedir. Risk deneyiminin tanınmasıyla birlikte, hataları anlamak ve kazaların oluşmasını önlemek için hangi eylemlerin yapılması gerektiği belirlenir. Bu durum, organizasyonda zarar vermeden sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirilmesine ve hasta güvenliğinin

iyileştirilmesi ve geliştirilmesiyle güvenli bir ortam yaratılmasına imkân sağlamaktadır (Morath ve Turnbull, 2005, s.12).

Güvenlik, sağlık sistemleri ve hizmetleri için önemli bir konudur. Sağlık hizmetleri, çeşitli bileşenlerin birbirine bağlanma şekli nedeniyle kazalara eğilimli karmaşık bir sistemdir. Diğer tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de insan hatası, kazalara neden olan temel faktörlerden biridir. İnsanlar ve makineler bu karmaşık sistem içinde etkileşime girerek güvenli olmayan durumlar yarattığında hastalar zarar görmektedir (Ash ve diğerleri, 2004: 106).

2.2. KÜLTÜR

Kültür, davranışsal normlar üretmek için bir sistemin yapıları ve kontrol mekanizmaları ile etkileşime giren paylaşılan değerlere (önemli olan) ve inançlara (doğru olduğu düşünülen) atıfta bulunur. Kültür kabul edilen uygulamaları belirleyerek ve dolaylı olarak hasta güvenliğini destekleyen davranışların benimsenmesine engel veya kolaylaştırıcı olarak hareket ederek hasta güvenliğini etkilemektedir. Kültürün bileşenlerini ve etkileyicilerini anlamak ve güvenlik kültürünü değerlendirmek, hastalar için mümkün olan en güvenli bakımı sağlamaya kendini adanmış bir kültür yaratan stratejiler geliştirmek için esastır. Hasta güvenliği kültürü birçok boyuttan oluşur ve çeşitli bileşenleri vardır. Bu bileşenler;

Bilgilendirilmiş kültür; ilgili güvenlik bilgilerinin toplandığı, analiz edildiği ve aktif olarak dağıtıldığı yerdir.

Raporlama kültürü; insanların suçlanma korkusu olmadan güvenlik endişelerini bildirmek için güven duydukları ve kendilerini güvende hissettikleri bir atmosfer sağlamaktadır.

Öğrenme kültürü; önlenebilir hasta güvenliği olayları, öğrenme fırsatları olarak görülmektedir ve bunun sonucunda değişiklikler yapılmaktadır.

Adil kültür; sistemsal bir sorunu profesyonel hesap verebilirlik ile adil bir şekilde dengelemenin önemi vurgulamaktadır.

Esnek kültür; insanların değişen taleplere etkili bir şekilde uyum sağlama yeteneğine sahip olduğuna vurgu yapmaktadır (Hasta Güvenliği Enstitüsü, 2022, s.1).

Yapılan çalışmaların yaklaşık %70'inde 'Hataya karşı cezalandırıcı olmayan tepki' boyutunun zayıf olduğu ortaya çıkmıştır. Güvenlik olaylarının meydana gelmesiyle ilgili cezalandırıcı bir kültür, personeli raporlamaktan caydırır, olası nedenlerin keşfedilmesini zorlaştırır ve böylece hatalardan öğrenmeyi engeller. Güçlü bir güvenlik kültüründe, bireylerin yöneticilerin kınama korkusu olmadan potansiyel risklere veya gerçek başarısızlıklara dikkat çekme konusunda kendilerini rahat hissetmeleri önemlidir. Wachter (2013) hasta güvenliği hareketinin ilk on yılında kaydettiği ilerlemelerin çoğundan 'suçlamanın olmadığı bir yaklaşımın' sorumlu olduğunu iddia etmektedir, ancak bir yandan da çoğu olumsuz olayın birden çok nedenden kaynaklandığını ve kasıtsız olduğunu savunmaktadır. Ancak bazen, sık sık dikkatsiz hatalar yapan, uzmanlık alanlarındaki gelişmeleri takip etmeyen veya makul güvenlik standartlarını göz ardı etmeyi seçen kişileri içeren belirli durumlarda suçlama uygun görülebilir. Wachter (2013) “suçlamanın olmadığı” kültür yerine “adil kültür” kavramının ortaya çıkışını, (uygun) kültürü değiştirmenin bir yolu olarak aktarmaktadır. Suçlama olmaksızın tekrar bakım sürecine odaklanmak önemlidir. Yetkin işbirlikçilerin hata yapabileceği ve bireyleri (ve kurumları) suçlanabilir hatalardan veya koşullardan sorumlu kılmaya ihtiyaç olduğu da bir varsayım olarak ele alınabilir (Reis vd., 2018, s. 675).

Kültürün, kabul edilen normları ve uygulamaları belirleyerek, hasta güvenliğini teşvik etmek için tasarlanmış müdahalelerin benimsenmesine bir engel veya kolaylaştırıcı olarak hareket etmesi dolaylı olarak hasta güvenliği sonuçlarını nasıl etkilediğini anlaşılmasını sağlamaktadır. Güçlü bir güvenlik kültürü, tıbbi hataların en aza indirilmesine yardımcı olabilir. Sistem ve kültür arasındaki bağlantı ve bireysel performans yerine sistem iyileştirme ve öğrenmeye odaklanmak hasta güvenliğini ve olay/kaza yönetimini destekleyen eylemleri etkilemektedir (Hasta Güvenliği Enstitüsü, 2022, s.1).

2.3. HASTA GÜVENLİĞİ

Dünya Sağlık Örgütü hasta güvenliğini, sağlık hizmetlerinde riskleri tutarlı ve sürdürülebilir bir şekilde azaltan, önlenabilir zararların oluşumunu azaltan, hatayı daha az olası hale getiren ve gerçekleştiğinde etkisini azaltan kültürler, süreçler, prosedürler, davranışlar, teknolojiler ve ortamlar oluşturan bir organize faaliyetler çerçevesi olarak tanımlamıştır (WHO, 2022a, s.1).

Yamalık ve Perez'e göre (2012), hasta güvenliği, sağlık bakım süreçleri veya bunlarla ilişkili kazalardan kaynaklanan ve hastaların zarar görmesine neden olan istenmeyen olayları azaltmakta veya mümkün olduğunca bu zararın ortadan kaldırılmasını sağlamaktadır (Yamalık ve Perez, 2012, s.191). Hasta güvenliği sağlık bakım sistemlerinde gelişen karmaşıklık ve bunun sonucunda sağlık tesislerinde hasta zararının artmasıyla ortaya çıkan bir sağlık hizmeti disiplini (WHO, 2022b, s.1). Sağlık Hizmetleri İyileştirme Enstitüsü, (The Institute for Healthcare Improvement) hasta güvenliğini, zararı ve önlenbilir ölüm oranının azaltılarak sunulan bakımın daimî olarak daha güvenli hale getirilmesi şeklinde tanımlamıştır (IHI, 2022, s.1).

Hasta güvenliği sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hastaların karşılaşabileceği risklerin, hataların ve zararların önüne geçmeyi hedeflemektedir. Hasta güvenliğinin temelinde hatalardan, yapılan yanlışlıklardan ve advers olaylardan öğrenmeye dayalı sürekli iyileştirme yer almaktadır. Bu bağlamda kaliteli sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliği önem arz eden konuların başında gelmektedir. Dünya genelinde sunulan sağlık hizmetlerinin kaliteli, etkili, güvenli ve insan merkezli olması gerektiği konusunda açık bir fikir birliği olduğu gözlenmektedir. Kaliteli sağlık hizmetinin faydalarından yararlanmak için sağlık hizmetlerinin zamanında, adil, entegre edilmiş ve verimli olması gerekmektedir. Hasta güvenliği stratejilerinin başarılı bir şekilde uygulanmasını sağlamak için, net politikalara, iyi bir liderliğe, güvenlik iyileştirmelerini sağlayacak verilere, kalifiye sağlık uzmanlarına ve hastaların bakımlarına etkin katılımına ihtiyaç vardır (WHO, 2022b, s.1).

Hasta güvenliği ile ilgili endişe, sağlık bakım mesleklerinin uygulamalarına ilişkin olmasına rağmen, bunun belirli bir bilgi birikimine dönüşmesi nispeten yenidir ve

bu nedenle hasta güvenliği, nispeten 'yeni' bir disiplin olarak kabul edilebilir. Temel hedefleri, sağlık hizmetleriyle ilişkili önlenemez advers olayların (kazalar, hatalar ve komplikasyonlar) ortaya çıkmasını önlemek ve kaçınılmaz advers olayların etkisini sınırlamaktır. Bu basit tanımlara rağmen, hasta güvenliği çok yönlüdür, doğası gereği oldukça karmaşıktır ve birçok kilit unsuru içermektedir. Hasta güvenliği; hasta güvenliği ikliminin ekonomik, mali, sosyal, kültürel ve örgütsel yönleri olduğundan dolayı, sağlık hizmeti sunucuları tarafından güvenli sağlık hizmetinin sağlanması veya hastaların zarardan korunması olarak basitçe tanımlanamaz. Tüm sağlık pratisyenlerinin ve sağlık kuruluşlarının hasta güvenliğinin genel bağlamını daha yakından tanıması, günlük uygulamada hasta güvenliği önlemlerinin uygulanmasına yönelik çabalara aktif olarak katılması ve bir hasta güvenliği kültürü oluşturması esastır (Yamalık ve Perez, 2012, s.189).

2.3.1. Hasta Güvenliği Kavramının Ortaya Çıkması

Hasta güvenliği hareketi ilk olarak, kendi alanlarında bakımı iyileştirmek için özel yaklaşımlar uygulayan bireysel pratisyenlerin çalışmalarında yirmi yıldan fazla bir süre önce ortaya atılmıştır. 1970'lerde, medya ve yanlış uygulama baskıları arasında anesteziistler, olumsuz sonuçları en aza indirmek istemişlerdir. Hasta güvenliği çabaları, 1990'ların ortalarında, küçük bir grup araştırmacı, eğitimci ve klinisyenin kazalara müdahale etmek için güçlerini birleştirmesiyle artış göstermiştir. Yedi yaşındaki Floridalı bir çocuğun, yanlış anestezi verildiği için ameliyattan önce ölmesi nedeniyle yapılan incelemede doktorun, ilaç miktarındaki hatayı gözden kaçırdığı ve diğer çalışanların, doktor, hemşire, eczacı veya teknisyenin, bu hatayı düzeltmemesi, istenmeyen bir sonuca neden olmuştur. Massachusetts'te bir köşesi yazarı, aşırı dozda kemoterapi aldığı için yaşamını yitirmiştir. Floridalı bir adamın yanlış bacağı kesilmiştir. Birbiri ardına gelen bu olayların medyada yer alması, halk tarafından tutulan pastoral görüşlere meydan okumuş ve ABD sağlık hizmetlerinin karanlık tarafına ışık tutarak, hasta güvenliğinin önemi konusunda farkındalığı arttırmıştır (Morath ve Turnbull, 2005, s.34).

İlk olarak 1999'da yayımlanan Amerikan raporu olan To Err is Human'da yılda 44.000 ve 98.000 hasta ölümünün tıbbi hatalardan kaynaklandığının ortaya konulması çarpıcı bir gerçeği ortaya çıkarmıştır (Kohn vd., 2000, s.26). Olumsuz olaylardan kaynaklanan hasta zararı, dünya genelinde önde gelen on ölüm ve sakatlık sebebi arasında yer almaktadır. Bu ölümlerin ve yaralanmaların çoğu önlenebilir niteliktedir. Yaygın olarak, hastaneye yatırılan her 10 hastadan 1'inin, en az %50'si önlenebilir olmak üzere, zarar gördüğü bildirilmektedir (WHO, 2022a, s.2). Her yıl tıbbi hatalardan ölen insan sayısının o yıl motorlu taşıt kazaları, meme kanseri veya AIDS'ten ölen kişi sayısından daha fazla olması çarpıcı bir gerçektir (Quick 2006, s:26). Tüm bu veriler ışığında sağlık kuruluşları her ne kadar yaşamın vazgeçilmez bir parçası olsa da aynı zamanda tehlikeli yerler olarak da tanımlanabilir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair bir yönetmelik yayınlamıştır. Bu yönetmeliğin amacı *“tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemek”* olarak belirtilmiştir. Yönetmelikte sağlık kurumlarının hasta güvenliği ile ilgili görev ve sorumlulukları belirtilmiştir. Bunlar; *“Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması; hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması; sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması; ilaç güvenliğinin sağlanması; kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması; cerrahi güvenliğin sağlanması; hasta düşmelerinin önlenmesi; radyasyon güvenliğinin sağlanması; engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması”* olarak hasta ve çalışan güvenliğine dair yönetmelikte yer almaktadır (Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, 2011).

2.4. TIBBİ HATA

Tüm sağlayıcılar/sunucular için tıbbi hatalar hasta güvenliğinde önemli bir tehdit oluşturan ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Tıbbi hatanın ne olduğunu tanımlamak oldukça zordur. Tıbbi hatanın ne olduğuna dair net olmayan tanımlar ve çeşitli görüşler vardır. Belirsiz tanımları nedeniyle, “tıbbi hataların” bilimsel olarak ölçülmesi zordur. Standartlaştırılmış terminoloji eksikliği ve tıbbi hataların birbiriyle iç içe geçmiş tanımları veri analizini, sentezini ve değerlendirmesini zorlaştırmaktadır.

Tıbbi hata ile ilgili iki temel hata türü vardır: Birincisi, yapılmayan işlemler/eylemler sonucunda ortaya çıkan ihmalden kaynaklanan hatalardır. Örneğin, hastayı tekerlekli sandalyeye bağlamamak veya hasta transferinden önce sedyeyi stabilize etmemek gibi. Bir diğer hata ise komisyon/komite/kurul hatalarıdır, yapılan yanlış işlem sonucunda ortaya çıkmaktadır. Örneğin, bir hastanın bilinen bir alerjisi olduğu bir ilacın verilmesini veya daha sonra yanlış hastaya atfedilen bir laboratuvar örneğinin etiketlenmemesi gibi. Sağlık çalışanları, gerçek veya algılanan hatalar nedeniyle yetersizlik, öfke, depresyon, suçluluk ve intihar düşüncesi gibi ağır psikolojik etkiler yaşamaktadırlar. Yaklaşan kanuni işlem tehdidi bu negatif duyguların artmasına neden olabilmektedir. Bu yaşanan süreç aynı zamanda klinik güven kaybına da yol açabilmektedir. Klinisyenler hataları başarısızlıkla, kamu güveninin zedelenmesiyle ve “önce zarar verme” yetkilerine rağmen hastalara zarar vermekle eşitlemektedirler (Ulusal Tıp Kütüphanesi, 2022, s.1).

Küresel olarak, tıbbi bakımın ardından önlenebilir komplikasyonlar, HIV, sıtma ve tüberkülozdan ölen insanların toplamından daha fazla ölüme neden olmaktadır. Her yıl üç milyondan fazla insanın öldüğü ve dünya genelinde sağlık sistemleri nedeniyle pandemi sırasında ölümlerin arttığı tahmin edilmektedir. Bu zararın çoğu önlenebilir niteliktedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, tıbbi hataların kalp hastalığı ve kanserin ardından üçüncü önde gelen ölüm nedeni olması endişe verici boyuttadır. COVID-19 tüm dünyada önde gelen ölüm nedeni olarak kayıtlara geçse de “pandemi sonrası dünyaya” geçildiğinde, tıbbi hatalar yeniden üç numaralı ölüm nedeni olacaktır. Tıbbi hatalar ve meydana

gelen sonuçları ırk, yaş, ekonomik durum gözetmeksizin herkesi etkilemektedir. Küresel olarak hastaneler hala pandemi nedeniyle yoğun bir dönemdedir. Hasta ve sağlık çalışanı güvenliği ciddi tehlike altındadır. COVID-19 salgını başlamadan önce, dünya çapında her gün 8.220'den fazla insanın önlenebilecek şekillerde hastanelerde öldüğü tahmin edilmekteydi. Bu, güvenli olmayan bakım nedeniyle dakikada 6 kişinin öldüğü belirtilmektedir (Hasta Güvenliği Hareketi, 2022, s.1).

Sistem hazırlığının olmaması sağlık çalışanlarının daha fazla yük almasına ve hastalanmasına neden olmaktadır. Sağlık sisteminin güvenliği hem bakım verenler hem de hastalar için bir numaralı öncelik yapılırsa birçok hayat kurtarılabilir. Yapılan hatalardan ders çıkarmak hasta güvenliği için temel esastır. Sistemde suçlanacak tek bir kötü adam yoktur, etkisiz bir şekilde kurulmuş sistemler ve bakım sağlamada şeffaflık eksikliği vardır. Tıbbi hatalardan açıkça ve dürüstçe bahsedilmediğinde, aynı hatalar tekrar ve tekrar olmaktadır. Sessizlik, öğrenmeyi engellemekte ve önlenebilir zararı sürdürmektedir, bu durum çoğu zaman gereksiz zarar ve ölümlerle sonuçlanabilmektedir (Hasta Güvenliği Hareketi, 2022, s.1).

Hasta güvenliğini etkileyen faktörlerden birisi de ilaç güvenliğidir. İlaç kullanım süreçleri, hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli ve etkili bir unsurdur. Hastanın uygun ilaç kullanımını sağlama süreci, çeşitli disiplinlerden çok sayıda organizasyonu ve profesyoneli içeren karmaşık bir süreçtir. Bu süreç ilaç bilgisi; doğru ve eksiksiz hasta bilgilerine zamanında erişim ve belli bir zamanda birbiriyle ilişkili bir dizi kararı içermektedir. İlaçla ilgili olarak, reçete yazma, dağıtma, uygulama, izleme, sistemler ve yönetim kontrolü, hataların hasta güvenliğini etkileyebileceği potansiyel risk alanlarıdır (Nadzam, 1991). Dünyadaki her insan, hayatının bir noktasında hastalıkları önlemek veya tedavi etmek için ilaç kullanacaktır. Bununla birlikte, ilaçlar yanlış saklanırsa, reçete edilirse, dağıtılırsa, uygulanırsa veya yetersiz izlenirse bazen ciddi zararlara neden olabilmektedir. Küresel anlamda, güvenli olmayan ilaç uygulamaları ve ilaç hataları, sağlık hizmetlerinde önlenebilir zararların önde gelen nedenleri arasında gösterilmektedir. İlaç hataları, zayıf ilaç sistemleri ve yorgunluk, kötü

çevre koşulları veya personel eksikliği gibi insan faktörleri ilaç kullanım sürecinde hasta güvenliğini etkilemektedir. Bu, ciddi hasta hasarına, sakatlığa ve hatta ölüme neden olabilen bir durumdur. Devam eden COVID-19 pandemisi, ilaç hataları ve ilaca bağlı zarar riskini önemli ölçüde arttırmıştır. Bu bağlamda, “Zararsız İlaç” sloganıyla Dünya Hasta Güvenliği Günü 2022 teması olarak “İlaç Güvenliği” seçilmiştir (WHO, 2022c, s.1).

Dünya Hasta Güvenliği Günü 2022 belirli hedeflere ulaşmayı amaçlamıştır. Bu hedefler; ilaç hataları ve güvenli olmayan uygulamalardan kaynaklanan ilaca bağlı zararın yüksek yüküne ilişkin küresel farkındalığı arttırmak ve ilaç güvenliğini iyileştirmek için acil eylem planı oluşturmak; ilaç hatalarını önleme ve ilaca bağlı zararı azaltma çabalarında kilit paydaşları ve ortakları birleştirmek; hastaların ve ailelerinin ilaçların güvenli kullanımına aktif olarak katılmalarını sağlamaktır (WHO, 2022).

DSÖ tarafından 2017 yılında başlatılan DSÖ Küresel Hasta Güvenliği Mücadelesi, Zararsız İlaç Tedavisinin hedeflerini yeniden teyit etmektedir. DSÖ paydaşları, güvenli olmayan ilaç uygulamaları nedeniyle önemli hasta zararlarıyla ilişkili kilit alanlara öncelik vermeye ve erken harekete geçmeye dikkat çekmektedir. Bunlar arasında yüksek riskli durumlar, bakım geçişleri, polieczacılık (birden fazla ilacın eşzamanlı kullanımı) ve benzer ilaçlar bulunmaktadır. Kampanya, sağlık hizmetlerinin sunumundaki ciddi kesintiyi göz önünde bulundurarak, COVID-19 pandemisinin ilaç güvenliği üzerindeki etkilerine özel olarak odaklanmıştır (WHO, 2022).

İnsan sistemindeki bakteriler gibi, hatalar da yaşamın normal bir parçasıdır. Hataların zarar vermesi gerekmez. Bakterilerin dağılımı ve mevcut fizyolojik koşulların, bir insanın bakterilerden zarar görüp görmeyeceğini belirlemesi gibi, bir sistemin tasarımı, koşulları ve eksiklikleri, hataların bir hastaya ulaşmak ve ona zarar vermek için bir araya gelip gelmediğini belirleyecektir. Tıbbi yaralanmalar da artık bir hastalıkmiş gibi titizlikle incelenmektedir. Kazalar eskiden hatayı yapanları suçlamak ve cezayı hak eden bireysel eylemler olarak değerlendirilirken, artık sağlık sisteminin tasarımı ve işleyişi ile ilgili olarak daha büyük sorunlar hakkında bilgi edinmeye, teşhis koymaya ve tedavi etmeye izin

veren değişkenler olarak görülmeye başlanmıştır. Bu yaklaşım sayesinde sağlık hizmetleri kültürüne yük olan suçlama ve inkâr gibi gelenek haline gelmiş davranışlar gerilemeye, gittikçe önemini yitirmeye başlamıştır. Tıbbi kazalar hâlâ görünüşte inatçı görünen hata bulma, hata yapma veya dikkatsizlik çağrışımları ve bunlarla ilişkili utanç ve suçlama tepkileriyle yüklüdür. Bununla birlikte, araştırmalar artık kazalarda ve ramak kalalarda yinelenen unsurları ortaya çıkarmaktadır. Ekip çalışmasında kültürün oluşmaması, sistem temelli başarısızlıklar, iletişim ve geçişlerde yaşanan sorunlar gibi (Morath ve Turnbull, 2005, s.24).

2.5. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Hasta güvenliği kültürü, kurum içerisinde çalışanların hasta güvenliği ile ilgili ortak inançlar, paylaşılan tutumlar, algı ve değerlerden oluşan örgüt kültürünün bir parçası olarak tanımlanabilir. Dolayısıyla hasta güvenliğinin sağlık kurumlarında artırılabilmesi için hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve sürdürülmesinin önemi yaygın bir şekilde kabul edilen bir görüştür (Kaya, 2009, s. 32). Başka bir tanıma göre, hasta güvenliği kültürü, örgüt üyeleri arasında önemli konulara ilişkin paylaşılan değerlere, örgütteki sorunların nasıl ele alındığına ilişkin inançlara ve örgütlerdeki davranış normlarına birlikte katkıda bulunan birimler, örgütsel yapılar ve sistemler bütününden oluşur. Hasta güvenliğine ve etkileşimlerine katkıda bulunur (Ulrich ve Kear, 2014, s.450). Hasta güvenliği kültürü, değerlerin, tutumların, becerilerin ve davranışların algılanan gerekliliği olarak tanımlanır ve bir kurumun hasta bakım süreçlerine ve ilgili işgücüne odaklanır (Sendlhofer vd. 2015, s.1). Page, hasta güvenliği kültürünü, güvenli olmayan durumları dikkatli bir şekilde izleyen, hasta güvenliğini artıran tutum ve davranışları geliştiren bir kültür olarak tanımlamıştır. Bir organizasyon kültürünün hasta güvenliğine yönelik tehditlere karşı önemli bir savunma olduğu belirtilmiştir. Hasta güvenliği kültürü, cezalandırıcı olmayan bir hata raporlama ortamını zorunlu kılmakta ve hatanın nedenlerini anlamak için veri analizini kullanmaktadır (Page, 2004, s.289). Literatürde hasta güvenliği kültürünün birçok tanımı yapılmakla birlikte hasta güvenliği kültürünün belirleyici özellikleri, boyutları ve ölçekleri ile ilgili çeşitli çalışmalar vardır. Dolayısıyla

hasta güvenliği kültürünün tanımı, özellikleri, boyutları ile ilgili farklı görüşler olduğu söylenebilir (Kaya, 2021, s.835).

Dünyanın çeşitli yerlerindeki sağlık araştırmacıları, yöneticileri ve uygulayıcıları, sağlık organizasyonu ortamlarında güvenlik kültürünün değerlendirilmesine önem vermekte ve özel ilgi göstermektedir. Hasta güvenliğinin dolayısıyla hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için ve zayıf olan boyutların güçlendirilmesi için yapılması gerekenlerin öneminden bahsedilmiştir. Güvenli, etkili, kaliteli sağlık hizmeti sunumuna yönelik stratejilerin geliştirilmesi; hastalar ve tedavi seçenekleri hakkında önemli bilgilerin korunmasına yönelik vardiya değişiklikleri ile devir teslimlerini çevreleyen iş süreçlerinin takibi; bakımın sürdürülebilmesine yönelik hastane bölümleri arasında ekip çalışmasının işbirliği, entegrasyonu ve koordinasyonu; suçlamaya yönelik dürtüye karşı koyacak, mesleki ve kurumsal hesap verebilirliği artıracak ve sistemsel başarısızlıkların belirlenmesine öncelik verecek bir 'adil kültür' yaklaşımı hasta güvenliği kültürünün gelişmesini sağlayabilecek adımlardır (Reis vd. 2018, s.676).

Sağlık yöneticilerine hasta güvenliği kültürü ile ilgili araştırmalardan elde edilen sonuçlar önemli veriler sağlayabilir. Hasta güvenliğini arttırmak ve geliştirmek, buna uygun stratejileri belirlemek, sağlık kurumunun hasta güvenliği ile ilgili güçlü ve zayıf yönlerini ortaya koyabilmek gibi (Kaya, 2021, s.833). Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması sağlık hizmetleri sunumunda istenmeyen olayların önüne geçerek, hataların önlenmesini, eksikliklerin düzeltilmesini sağlayabilir.

Yapılan çalışmalar iyi işleyen ve yerleşmiş bir hasta güvenliği kültürünün birçok olumlu sonucu olduğunu göstermektedir. Meydana gelen tıbbi hatalar ile istenmeyen olaylarda azalmaların olması, hastanede yatışların daha kısa süreli olması, yeniden yatışlarda azalmaların olması, hastalarda komplikasyon riskinin azaltılması, olay bildirimleri ile birlikte hatalardan ders alınarak hasta güvenliği düzeyinin artırılması olumlu sonuçlar olarak söylenebilir. Bu bağlamda, sağlık yöneticileri için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve sürdürülmesi öncelikli alan olarak ele alınabilir (Kaya, 2021, s.837). Güvenlik kültürü değerlendirme çalışmalarının bulguları hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için oldukça

faydalıdır ve belirli iyileştirme eylemlerinin gerçekleştirilmesi için bir bilgi tabanı oluşturmaktadır (Reis vd., 2018, s. 676).

Sağlık hizmetlerinin küresel görünümü, giderek daha karmaşık ortamlarda çalışan sağlık sistemleri ile değişmektedir. Yeni tedaviler, teknolojiler ve bakım modelleri terapötik potansiyele sahip olabilirken, güvenli bakım için yeni tehditler de oluşturabilirler. Hasta güvenliği, sağlık bakımının temel bir ilkesidir ve şimdi büyük ve büyüyen küresel bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Bazı sağlık bakım ortamlarında öncü çalışmalara rağmen, hastaların zarar yükünü azaltmaya yönelik küresel çabalar, son 15 yılda önemli bir değişiklik sağlayamamıştır. Bakım verme sürecindeki her nokta, belirli bir derecede doğal güvensizlik de içermektedir. Sağlık hizmetlerinin güvenliğini devam ettirecek önemli iyileştirmeler sağlamak için net politikalara, kurumsal liderliğe, güvenlik iyileştirmelerini sağlayacak bilgilere, kalifiye sağlık çalışanlarına ve hastaların ve ailelerin bakım sürecine etkin katılımının tümüne ihtiyaç vardır (WHO, 2022c, s1).

Sağlık sistemi esnekliğinin temelleri ve zararı en aza indirme kapasitesi, güçlü güvenlik yönetimi, 21. yüzyıl bilgi altyapısı ve yeterli, uygun şekilde vasıflı işgücünde bulunmaktadır. Gerçek şudur ki, güvenli olmayan bakım her yıl milyonlarca insanı öldürmekte ve on milyonlarca insana zarar vermektedir. Aynı zamanda bu durum sağlık sistemleri ve toplum üzerinde büyük bir ekonomik maliyete neden olmaktadır ve başka yerlerde üretken kullanımlara konulabilecek değerli kaynakların tüketilmesine neden olmaktadır (WHO, 2022d).

Sağlık hizmeti yüksek riskli bir çaba gerektirmektedir. Ancak, daha iyi bir güvenlik kültürü aracılığıyla birçok güvenlik hatası önlenmektedir. İyileştirmeler için yetenekli ve motive edilmiş bir ortam yaratmak, raporlamaya teşvik etmek, hastaların bakımıyla ilgilenen personelin daha iyi eğitimi ve bakımı iyileştirmede ortaklar olarak hastaları güçlendirmenin daha iyi yollarını bulmak gibi. Bunlar, gelişmiş hasta güvenliği için temel sağlık sistemi yapı taşlarıdır. Hastalara güvenli bakım sağlayamamak bir sistem hatasıdır. Sağlık sistemlerinin hastalara daha güvenli bakım sunma yeteneğini güçlendirmek için,

tüm kilit aktörlerin, sağlık hizmetlerinden kasıtsız hasta zararlarını önlemede aktif bir rol oynayacak şekilde harekete geçirilmesi, eğitilmesi ve donatılması çok önemlidir. Güvenli bakımı sağlamak için yeterli kaynakların tahsis edilmesiyle birlikte güvenliği tüm sağlık bakım faaliyetlerinin merkezine koyan sistem çapındaki çabalar, hasta güvenliğini sağlamak için esastır (WHO, 2022e).

Bakım vermenin doğasında risk olmasına rağmen, her hasta için her zaman güvenli bakım sağlamak için örgütsel liderlik kapasitesi; açık politikalar ve prosedürler; gerçek zamanlı iyileştirmeler sağlamak için veri toplama; nitelikli sağlık çalışanları ile uygun personel; sağlık ekibinin değerli üyeleri olarak sağlık çalışanları tarafından görevlendirilen hastalar ve aile üyelerinin olması gerekmektedir (Hasta Güvenliği Hareketi, 2022a).

2.5.1. Hasta Güvenliği Kültürünün Geliştirilmesi

Bir hasta güvenliği kültürü stratejisi geliştirmek ve uygulamak için yapılan değerlendirme sonuçları ve çevresel faktörler göz önüne alınmalı ve liderlik desteğiyle hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için ortak bir vizyon ve plan belirlenmelidir. Sonraki adım olarak, planı uygulamak için potansiyel fırsatlar ve engeller ele alınmalıdır. Aynı organizasyon kültürünün birimler arasında ve hatta vardiya arasında farklı olabileceği kabul edilerek, örgütsel ve birim/program/hizmet (mikro sistem) düzeyinde hasta güvenliği kültürü ile ilgili eksiklikler ve zayıflıklar dikkate alınmalıdır. Sağlık hizmeti sunumunda, konuşmaya, ortak karar alma süreçlerine katılmaya ve kişiselleştirilmiş bakım planlarının geliştirilmesine teşvik etmek, bakımlarında aktif katılımcılar olmaları için hastalar ve aileleri güçlendirmeye yardımcı olabilir. Hastalar ve aileleri bakım modelleri, bakım süreçleri ve kalite iyileştirme/hasta güvenliği girişimlerinin tasarımına dahil edilmelidir. Hasta güvenliğinde sağlayıcılarla ortak olunmalıdır. Her seviyedeki personelin endişelerini paylaşmaları ve dile getirmeleri için güçlendiren çoklu stratejiler geliştirilmelidir (örneğin, anonim olay raporlama sistemi, yetki derecesini ele alan ekip eğitimi, güvenlik toplantıları, anonim e-posta veya personelin endişelerini paylaşabileceği telefon “yardım hattı” gibi). Uzmanlıklarından yararlanmak için personelin kalite iyileştirme ve

hasta güvenliği girişimlerinin tüm aşamalarında görevlendirilmesinin sağlanması başarılı bir hasta güvenliği stratejisi olarak görülebilir (Hasta Güvenliği Enstitüsü, 2022).

2.6. HASTA GÜVENLİĞİ YETKİNLİK ÇERÇEVESİ

Hasta güvenliği küresel bir sağlık sorunudur ve hemşirelerin hemşirelik standartlarına dayalı bakım hizmetleri sağlama becerilerinde yetkin olmaları beklenmektedir. Hemşirelik yeterliliği, kişinin bir hemşire olarak rolünü yerine getirmesi için gereken temel yeteneklerden oluşur ve hasta güvenliği yetkinliği, hastaların tıbbi hatalardan yaralanmasını önlemek için hemşirelerin sahip olması gereken bilgi, tutum ve becerileri ifade eder. Hemşirelerin hasta güvenliği yetkinliğini değerlendirmek için yapılacak uygun testler, güçlü ve zayıf yönleri belirlemeye, yeterlilik iyileştirmelerine rehberlik etmeye ve kıyaslama yapmaya yönelik tanı araçları olarak değerlendirmeye yardımcı olabilir. Ancak uygulanabilir hasta güvenliği yapıları hakkında netlik olmaması özellikle hemşirelerin hasta güvenliği yetkinliğini değerlendirmek için araçlar geliştirmede yaygın bir zorluk olarak ortaya çıkmaktadır. Bu sorunu çözüm getirebilmek için Levett-Jones, değerştirilmiş bir Delphi tekniği ile Hasta Güvenliği Yetkinlik Çerçevesini (PSCF) tasarlamıştır. PSCF, dokuz alanda (dokuz temel yeterlilik) kategorize edilen beceri ve bilgi ifadelerini içermektedir. Bu alanlar; terapötik iletişim; kişi merkezli bakım; ekip çalışması ve işbirlikçi uygulama; advers olayları önleme, en aza indirme ve bunlara yanıt verme; kültürel yeterlilik; enfeksiyon önleme ve kontrol; ilaç güvenliği; kanıta dayalı uygulama; klinik akıl yürütme olarak belirtilmiştir. Ayrıca PSCF'de ilk olarak bilgi, yeterliliğin temeli olarak kavramsallaştırılmıştır. Daha sonra, hemşireler eleştirel düşünme gibi bilişsel becerileri kullanarak bilgiyi nasıl uygulayacaklarını karar vereceklerdir (Yan vd., 2021, s.396).

3. BÖLÜM: BİLGİ GÜVENLİĞİ

3.1. BİLGİ GÜVENLİĞİ KAVRAMI

Bu bölümde, bilgi kavramından, bilgi güvenliğinden, sağlık hizmetlerinde bilgi güvenliğinin amacından, elektronik sağlık kayıtlarından ve sağlık hizmetlerinde bilgi güvenliğinin öneminden bahsedilecektir.

Bilgi kavramı, Türk Dil Kurumu'nda "*insan aklının erebileceği olgu, gerçek ve ilkelerin bütünü, bili, malumat*" olarak tanımlanmıştır (TDK, 2022).

Bilgi güvenliği, bilgi ve bilgi kaynaklarının kazara veya kasıtlı olarak yetkisiz veya istenmeyen şekilde imha edilmesi, değiştirilmesi, ifşa edilmesi veya kullanılmasının önlenmesi ve bunlardan kurtarılması olarak tanımlanabilir (Alnatheer ve Nelson, 2009, s.6). Bilgi güvenliği, tüm yaşam döngüsü boyunca gelişmiş verileri istenmeyen erişim, bozulma veya soygundan korumanın yoludur (Vaishnav vd., 2022, s.2202). Bilgi güvenliği, her türlü bilgi işlemede güvenlik konularıyla ilgilidir. Bilgi güvenliği, bilgi varlıklarının korunması olarak tanımlanır ve amacı bilginin gizliliğini, bütünlüğünü, kullanılabilirliğini ve hesap verebilirliğini sağlamaktır (Åhlfeldt ve Söderström, 2008, s.42).

Bilgi güvenliği, verileri istenmeyen erişim, kullanım, verilerin ifşa edilmesi, kesinti, değişiklik, değerlendirme, kayıt veya imhadan koruma eylemidir. Bilginin alabileceği yapı elektronik veya fiziksel olabilir. Yetkisiz erişilen bilgiler veri ihlali olarak adlandırılır. Veri ihlalleri kasıtlı veya kasıtsız olabilir. Bir veri ihlali kasıtlıysa ve interneti, bilgisayar sistemini veya bilgisayar teknolojisini içeriyorsa buna siber suç denilmektedir. Kimlik hırsızlığı, hesap ele geçirme ve kimlik avı siber suç örnekleridir. Kurumlar ve tüketiciler bilgisayarlara ve teknolojiye giderek daha fazla güvendikçe siber suçlar her yıl artmaktadır (Roberts, 2014, s.147-148).

Kültür, bireyin toplumsal rolünü tanımlamakta ve güvenlik tehdidi tepkilerine yol gösterici ilkeleri belirlemektedir. Kültür; ulusal güvenlik politikası, bilgi etiği, güvenlik eğitimi ve mahremiyet sorunları gibi birçok güvenlik önleminin

oluşumunu etkilemiştir (Chen, Medlin ve Shaw, 2008, s.362). Güvenlik alanındaki literatür, bilgi güvenliği kültürü üzerine araştırmaların hala erken gelişim aşamalarında olduğunu göstermektedir. Sorunlar hala tanımlanmakta ve kavramsallaştırmalar araştırılmaktadır.

3.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİLGİ GÜVENLİĞİ

Güvenlik, sağlık sistemleri ve hizmetleri için önemli bir konudur. Bir kurum içinde bilgi, yalnızca paylaşıldığı ve korunduğu ölçüde faydalıdır. Bilgi paylaşımı ile güvenlik, uygun şekilde ele alınması gereken önemli bir konu haline gelmektedir. Bir sağlık hizmeti ortamında, sağlanan sağlık hizmetleriyle ilişkili bilginin niceliğini ve kalitesini iyileştirmeye yönelik artan talepler nedeniyle bilgi güvenliği özellikle önem kazanmaktadır. Sağlık sektöründeki gelişmeler ve talepler, uygun bir gizlilikle korunurken, organizasyonların sınırları arasında daha iyi bilgi paylaşımını zorunlu kılmaktadır (Higgs, 1997: 61).

Sağlık sektöründe bilgi güvenliği, hastanın tedavisi ve yönetimi sırasında hak ettiği erişilebilirliği, bütünlüğü ve uygun gizliliği sağlamak için hasta ve personel bilgilerinin korunmasını gerektirmektedir. Bilgi gizliliğinin uygulanarak, verilerin korunması için bilgisayarlara şifreler konulduğunda daha iyi bir hizmet sağlanacaktır. Böylece, hastanenin hassas bilgilerinin korunması ve bu bilgilere yalnızca yetkili kişilerin erişebilmesi sağlanacaktır. Gelişmiş bilgi güvenliği kullanıldığı zaman, güvenilirliği sağlamak için değişiklikler olduğu anda hastaların tıbbi kayıtları sürekli güncellenerek personel ve hasta bilgilerine erişim sağlanmakta ve bu bilgiler korunmaktadır (Singano, 2020, s.1).

Bilgi güvenliğinin alt boyutlarından olan bilgi yönetiminin sağlık hizmetlerinde tanımı Altındiş ve Kurt (2010) tarafından yapılmıştır. Buna göre sağlık hizmetlerinde bilgi yönetimi; *“Sağlık Hizmetlerinde bilgi yönetimi, klinik ya da hastaya özel sağlıkla ilgili tüm bilgi, enformasyon ve verilerin ortaya çıkarılması, işlenmesi, görüntülenmesi ya da paylaşılması, depolanması, korunması ve kullanımı ile ilgili bir disiplin.”* olarak tanımlanmıştır.

Hasta bilgilerinin herhangi bir yanlış erişime veya kurcalamaya karşı korunması ve gerektiğinde doğru kişilere açık olması gerektiğinden, bilgi güvenliği

standartları sağlık hizmetlerinde çok önemlidir. Ancak, sağlık hizmeti nihai olarak hasta odaklı olduğundan veya olması gerektiğinden, belgeler yeterli değildir. Bilgiler güvenli olmalı, ancak farklı bakıcılar/sağlık hizmeti verenler ve departmanlar arasında aktarımı da mümkün olmalıdır. Belgelerin kendileri (örneğin ISO/IEC standartları) tek başına hasta güvenliğini sağlamak için yeterli olmayacağından, standardizasyonun süreç seviyesinde başlaması gerekir. Standartlar böylelikle süreç odaklı bir çalışma şekli oluşturmaya katkıda bulunabilirler. Süreç odaklı dağıtılmış sağlık hizmetlerinde bilgi güvenliğini iyileştirmek için standartların gerekliliği ve kullanımı çok önemlidir. Ayrıca standartlaştırılmaması gereken, örneğin çok fazla değişiklik gösteren süreçler var mı? Ve sağlık personeli bir hastayı tedavi ederken standartlaştırılmış süreç için gerekli olmayan soruları görmezden gelebilir mi? Listelenen kusurlara ve önerilen yaklaşımlara dikkat edilirse, sağlık süreçleri daha akıcı hale gelecek ve hasta odaklı olacaktır. İşte asıl odak noktası burası olmalıdır. Rutinler standart hale getirilmeli ve böylece belirli durumlarda nasıl hareket edileceğine ilişkin belirsizlikler ortadan kaldırılmalıdır. Standartlar tek başına yeterli olmasa bile, genel yapbozun çözüm parçalarını sağlarlar ve bu nedenle “kurtarma operasyonunun” ana parçası olarak görülmelidirler (Söderström, 2009, s.307). Kim veya nerede olduğunuza ve ne zaman hastalandığınıza bakılmaksızın, sağlık hizmetlerinden bireyleri iyileştirmesini ve bilgilerini özenle ve saygıyla ele alması beklenmektedir. Günümüzde çoğu sağlık kurumu ayrı olarak çalışmaktadır, bu durum hasta bilgi akışının optimalin altında olmasını ve ortak standartların kullanımını neredeyse duyulmamış bir hale getirmektedir (Söderström vd, 2009, s.295).

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hasta mahremiyeti, kaliteli bakımın sağlanabilmesi ve hastaların güvenliğinin sürdürülebilmesi için dikkat edilmesi gereken konular arasındadır. Bu, bilgi güvenliğinin ciddiye alınması ve bu iki kavram arasındaki dengenin dikkatli bir şekilde ele alınması gerektiği anlamına gelmektedir. Bununla birlikte, sağlık sektörü, mevcut güvenlik standartlarına, güvenlik çerçevesine ve en iyi uygulamalara bakmalı ve daha kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir (Åhlfeldt ve Söderström, 2008, s.52).

Sağlık işletmesinin kişisel hasta bilgilerini koruması için veri güvenliği kritik öneme sahiptir. Sağlık araştırmaları, çoğu hassas ve belki de utanç verici olabilen, bireysel olarak tanımlanabilir çok sayıda sağlık bilgisinin toplanmasını, depolanmasını ve kullanılmasını gerektirdiğinden, veri güvenliği kritik öneme sahiptir. Sonuç olarak, düşmanca veri saldırıları ve teknik arıza risklerini azaltmaya yardımcı olmak için daha etkili sağlık veri güvenliği çözümlerine ihtiyaç vardır. Bir bireyle ilgili en hassas veriler, onların sağlık verileridir. Sağlık verilerinin sağlanması için birçok uygun standart, kural ve tutarlılık zorunluluğunun mevcut olmasına rağmen, koruma ve güvenlik kesintileri elektronik tıbbi hizmetler çerçeveleri için önemli endişeler olmaya devam etmektedir (Vaishnav vd., 2022, s.2202).

Teknolojinin ilerlemesi, kullanıcı erişilebilirliğini artırmakta ve gizlilik korumaları, belirli teknolojilerin kullanımını içermektedir. Hasta kayıtlarının korunması, erişimi kontrol etmek için güvenlik politikalarının uygulanması, sağlık verilerinin yayınlanmasından önce uygun yetkilendirmenin uygulanması ve daha hassas verilere ek güvenlik önlemleri alınmasıyla sağlanabilir (Chilton ve ark. 1999). Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sağlık bilgilerinin kullanıcılarının, hastaların gizliliğini sağlamak için mahremiyet yasasına uyması gerekir; birçok ülkede sağlık bilgilerinin gizliliğini korumaya yönelik mevzuat bulunmaktadır (Win, 2005, s.13).

3.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Güvenliğinin Amacı

Sağlık hizmetlerinde bilgi güvenliğinin temel amacı iki yönlüdür: yüksek düzeyde hasta güvenliği sağlamak, yani hastalara en iyi bakımı, doğru zamanda doğru bilgi ile sağlamak ve yüksek düzeyde hasta mahremiyeti sağlamak; yani hassas hasta bilgilerini yetkisiz erişimden korumaktır. Her iki amaca aynı anda ulaşmak zordur ve bunlardan biri genellikle tehlikeye girmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde bunlar arasında bir dengenin kurulması gereklidir. Hasta güvenliği burada erişilebilirlik ve bütünlük ile ilgiliyken, hasta mahremiyeti ise gizlilik ve hesap verebilirlik ile ilgilidir (Åhlfeldt ve Söderström, 2008, s.44).

Bir hastaya mümkün olan en iyi sağlık hizmetini verebilmek için doğru hasta bilgilerine doğru zamanda erişilebilirlik bir zorunluluktur. Bu, özellikle sağlık

hizmetleri giderek daha fazla çeşitlilik, dağıtılmış bakım verenler ve bilgi teknolojilerinin genişletilmiş kullanımı ile karakterize edildiğinden karmaşık bir girişimdir. Hasta bilgileri hassastır ve bu ortamda doğru ve güvenli bir şekilde ele alınmalıdır (Åhlfeldt ve Söderström 2007, s.18). Sağlık hizmetlerinde hasta bilgileri kritik bir faktördür. Sağlık hizmetlerinde, bir hastaya olası en iyi bakımı sağlamak için doğru zamanda doğru bilgi bir zorunluluktur. Hasta mahremiyetini korumak için hasta bilgileri de yetkisiz erişime karşı korunmalıdır. Ayrıca hastaların birden fazla sağlık kuruluşunu ziyaret etmesi yaygın bir durumdur, bu da hasta sürecinde sınır ötesi sağlık hizmeti ve süreklilik ihtiyacı anlamına gelmektedir (Åhlfeldt, 2008, s.1).

Hastaneler, hastalarının yaşamı ve sağlığı ile ilgilenmektedirler. İyi tıbbi bakım, iyi eğitilmiş doktorlar ve hemşireler, yüksek kaliteli tesisler ve ekipmanların yanı sıra iyi kayıt tutmadan oluşmaktadır. Doğru, kapsamlı ve güncel erişilebilir hasta kayıtları olmadan, tıbbi personel gerekli ilaçları sunmada etkili olmayabilir ve bu da ciddi sonuçlara yol açabilmektedir. Röntgenler, numuneler, ilaçlar ve hasta kayıtları ile ilgili bilgiler iyi kayıt tutmak için iyi belgelenmelidir. Uygun kayıt tutma, tıbbi araştırmalar, istatistiksel raporlar sağlık bilgi sistemlerini hesap verebilir duruma getirerek, hastane yönetiminin sorunsuz çalışmasını sağlamaktadır (Singano, 2020, s.1).

Bilgi güvenliği sağlamak ve risklerini azaltmak için; erişim kontrollerinin kullanılması, dosya izinlerinin verilmesi, şifreleme kullanımı, veri bütünlüğünün sağlandığından emin olunması alınabilecek önlemlerden bazılarıdır (Singano, 2020, s.52). Bilginin tüm sağlık hizmeti sunucuları tarafından erişilebilir olmasını sağlamak için bilgi sisteminin her zaman çalışır durumda olması, yazılım ve donanımın en son sürümle güncellenmesi, yerinde bir felaket kurtarma programı olması ve kilitlenebilir bilgiler kullanılarak bilgilerin fiziksel olarak korunması gerekmektedir. Bilgisayarların, sunucuların, dosyaların depolandığı odalarda yangına, suya ve hırsızlığa karşı korunaklı olmaları önemlidir ve bunun için gerekli önlemler alınmalıdır (Singano, 2020, s.53).

3.3. ELEKTRONİK SAĞLIK KAYITLARI

Elektronik sağlık kayıtları, sağlık hizmetleri organizasyonlarında bilginin yönetimi, değişimi ve depolanması için önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık kuruluşları, tıbbi ve hassas bilgilere erişimle ilgili bilgi güvenliği ve mahremiyetine yönelik stratejiler benimsemekle yükümlüdür, ancak aynı zamanda, bilgilerin hasta tedavisini yürüten yetkili sağlık çalışanları için erişilebilir olması gerekir (Smaradottir, 2018, s.715). Hasta güvenliği sağlık sektöründe önemli bir konudur. Elektronik sağlık kayıtları sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır, dolayısıyla elektronik sağlık kayıtlarının güvenli olması hasta güvenliği için daha da önemli hale gelmektedir (Win, 2005, s.13). Elektronik sağlık kayıtları sağlık hizmetlerinde giderek daha fazla kullanılmaktadır ve bunların hem hastalara hem de sağlık hizmetlerine fayda sağladığına inanılmaktadır. Elektronik sağlık kayıtlarının hasta güvenliği üzerindeki etkisi ile ilgili araştırmalar yapılmaya devam etmektedir (Tubaishat, 2019, s.79).

Elektronik sağlık kayıtlarının; sağlık bilgilerinin ve verilerinin depolanması, sonuç yönetimi, sipariş girişi ve yönetimi, karar desteği, elektronik iletişim ve bağlantı, hasta desteği, idari süreçler ve raporlama ve nüfus yönetimini içeren çeşitli işlevleri vardır. Açıkça, elektronik sağlık kayıtlarının bütünlüğünün bozulması, bu alanların herhangi birinde istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir. Güvenlik ihlallerinin hasta sağlığı üzerinde negatif etkisi olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, elektronik sağlık kayıtları bilgi güvenliği için önemli bir konudur. Elektronik sağlık kayıtları sistemlerinin güvenliği, güvenlik duvarı ve şifreleme teknolojilerinin uygulanmasıyla, yalnızca yetkili kullanıcılara erişim sağlayan, sistemin fiziksel güvenliği ile gerçekleştirilebilir. HIV durumu, doğum geçmişi ve ruh sağlığı geçmişi gibi hassas sağlık bilgileri, sağlık kayıtları tamamen otomatik hale geldikçe daha kolay erişilebilir hale gelmektedir. Hassas sağlık bilgilerine başkaları tarafından erişilebilirse, bu açıkça hastanın mahremiyetinin ihlali demektir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve diğer paydaşların veri ve sistemlerin gizliliğini koruma görevi vardır ve yetkisiz kullanıcıların erişimini engellemesi gerekmektedir (Win, 2005, s.13).

Elektronik sağlık kayıtları; hastanın sağlığı ve hatta yaşanı üzerinde etkisi olabilecek hassas hasta bilgileri içermektedir. Elektronik sağlık kayıtları farklı amaçlar için farklı sağlık bilgi yönetimi faaliyetlerini içerir ve tüm bu işlevler bilgi güvenliği için önemlidir. Hastaların bilgi güvenliğinin sağlanması yönelik onam mekanizmaları alanında tartışmalar ve gelişmeler devam etmektedir. Sonuç olarak, hasta mahremiyetini korumak ve araştırma ve epidemiyolojinin gerekliliklerini yerine getirmek için bunu etkin bir şekilde ele alacak bir mekanizma olmalıdır. Kriptografik teknikleri içeren farklı yetkilendirme mekanizmaları, muhtemelen elektronik sağlık kayıtlarının bilgi güvenliğini artırabilir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarına, tüketicilere, elektronik sağlık kayıtlarının birincil ve ikincil kullanıcılarına güvenli elektronik sağlık kayıtları sunarak hasta güvenliğini sağlamak için elektronik sağlık kayıtlarının bilgi güvenliği kapsamlı bir şekilde incelenmelidir (Win, 2005, s.16).

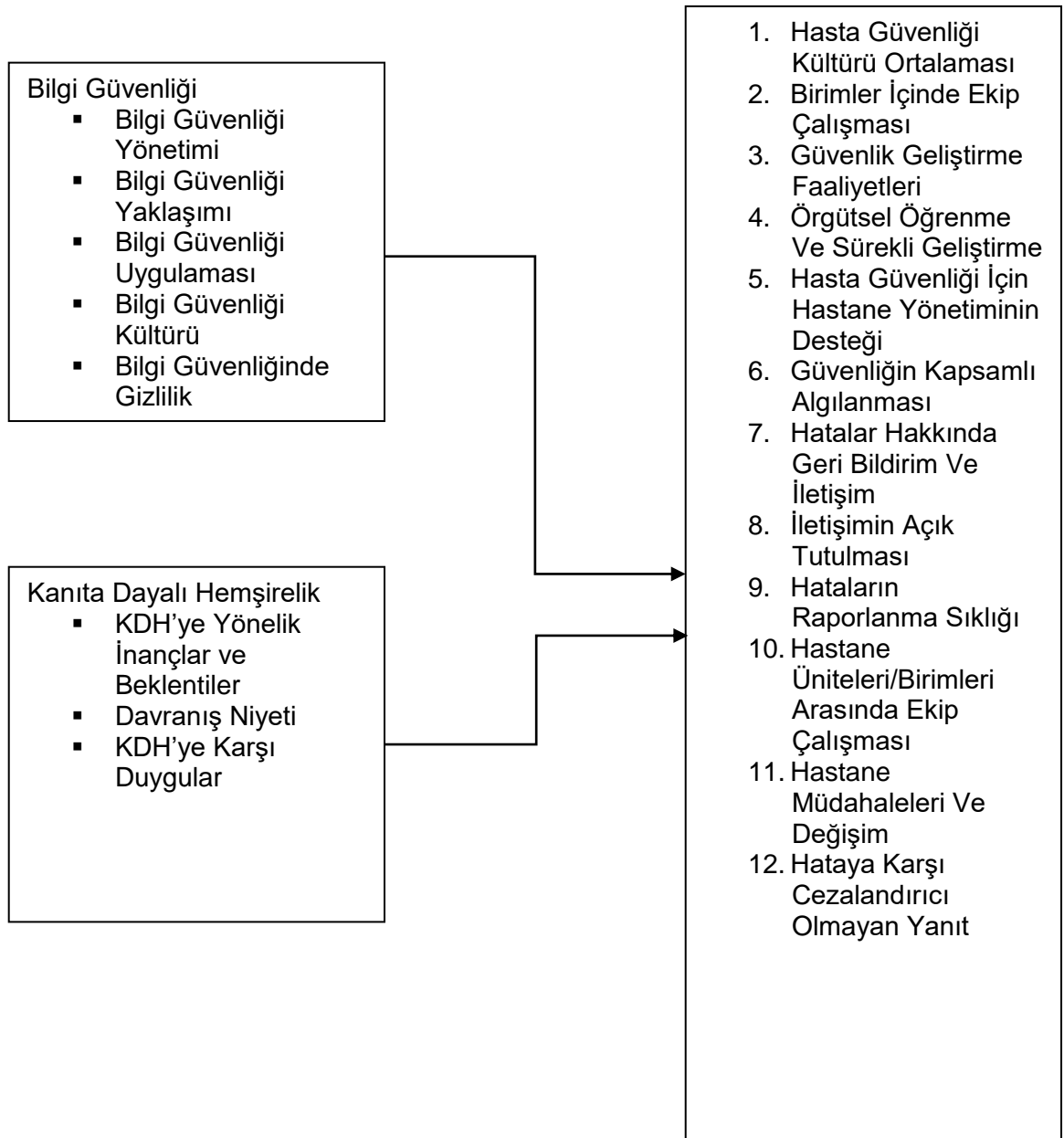
Sağlık alanında elektronik tıbbi kayıtların kullanılması ile birlikte tıbbi tedavi geçmişı, doktoru daha hızlı görme gibi birçok işlem sağlık hizmeti sağlayıcısının yanı sıra hastanın sağlık hizmeti alması için de çok büyük fayda sağlamaktadır. Sağlık yönetiminde önceki yıllardaki veri güvenliği çalışmalarından, eksiksiz bir hasta geçmişı sağlanmış, hasta güvenliği artırılarak, tıbbi hatalar azaltılmıştır. Bu durum bakım kalitesini arttırmakta, maliyeti düşürmektedir (Vaishnav vd., 2022, s.2204).

Bilgi güvenliği ve yönetimi, ilaç endüstrisi için de önemli bir konudur. İlaç endüstrisi geliştirmekte ve günlük işleri yürütmek için teknolojiyi giderek daha fazla kullanmaktadır. İlaç endüstrisi, tıbbi kayıtlar, çalışan bilgileri, finansal veriler ve araştırma verileri gibi çok büyük miktarda hassas ve özel bilgi üretmektedir. Bilgi güvenliği ilaç endüstrisini siber suçlara karşı daha korunaklı hale getirmektedir. İlaç endüstrisinin bu bilgilerin güvenliğini sağlamak için tüm dünyadaki paydaşlara, hastalara, çalışanlara ve müşterilere karşı büyük bir sorumluluğu vardır. Etkili bilgi güvenliği yönetimine sahip olmak için kuruluşların yeterli miktarda para ve kaynak ayırması zorunludur. Bilgi güvenliği yönetimi ilaç endüstrisinde kritik öneme sahiptir ve buna sahip olmama alternatifi bir ilaç

firması için yıkıcı olacaktır. Siber suçlular şirket itibarını zedeleyebilir ve etkilerin üstesinden gelmek çok uzun bir zaman alabilir (Roberts, 2014, s.147).

4. BÖLÜM: TEORİK TEMEL

Bu araştırmanın temel modelini oluşturan “hasta güvenliği kültürü ve alt boyutları” değişkenlerini etkileyen potansiyel bağımsız değişkenler literatür taraması yapılarak belirlenmiştir. Literatürde incelenen çalışmalar sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda, araştırma hipotezleri kurulmuş ve modelin teorik temeli oluşturulmuştur. Bu bölüm içeriğinde, çalışmada bağımlı değişken olarak ele alınan “hasta güvenliği kültürü ve alt boyutlarını” etkilemesi beklenen bağımsız değişkenlerin belirlendiği teorik bir yaklaşım modeli ele alınmıştır. Kanıta dayalı hemşirelik tutum ölçeğinin alt boyutları ile bilgi güvenliği ölçeğinin alt boyutları bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir. Araştırmanın kavramsal çerçevesi ve teorik modeli aşağıdaki şekilde yer almaktadır (Şekil 1).



Şekil 1: Araştırma Regresyon Modelinin Kavramsal Çerçevesi

Hasta güvenliği, bilgi güvenliği, hasta güvenliği kültürü ve kanıta dayalı tıbbi bakım, kanıta dayalı hemşirelik diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de önemli konular arasındadır. Sağlık Bakanlığı hasta güvenliğini önemli bir sağlık sistemi performans göstergesi olarak görmektedir (Songur vd., 2018, s.362). Klinik kılavuzlara daha fazla önem verilmesi, Türkiye sunulan sağlık hizmetlerinde kanıta dayalı uygulamaların daha etkin ve verimli kullanılabilmesinde önemli bir faktördür. Türkiye'de kanıta dayalı hemşirelik, bilgi güvenliği ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkileri inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu alandaki boşluk nedeniyle hasta güvenliği kültürü, kanıta dayalı uygulama, kanıta dayalı hemşirelik ve bilgi güvenliği üzerine yapılan bu araştırmanın sağlık hizmetleri alanına yeni bir bakış açısı getirerek katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Literatür taraması sonucu modelin oluşmasına katkı sağlayan çalışmalar aşağıda özetlenmeye çalışılmıştır.

Sağlık sektörü, özellikle bilgi teknolojileri alanında önemli taleplerle karşı karşıyadır. Farklı sağlık kuruluşları arasında paylaşılan hasta bilgileri, kaliteli hasta bakımı sağlamak ve aynı zamanda mahremiyeti garanti etmek için güvenilir bir şekilde iletilmeli ve dağıtılmalıdır. Bu nedenle, bunu başarmak için sağlık hizmetlerinde bilgi güvenliğinin yüksek kaliteyi koruması gerekir (Åhlfeldt, 2008, s.13). Tubaishat (2019)'un yapmış olduğu nitel bir çalışmada, personel hemşireler arasında elektronik hasta kayıtlarının hasta güvenliği üzerindeki etkisine ilişkin farklı algılar ortaya çıkmasına rağmen, görüşülen kişiler arasında elektronik hasta kayıtlarının kullanımının hasta güvenliğini arttırdığına dair ortak bir inanç olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Vaishnav vd., (2022)'nin ifade ettiği gibi, sağlık yönetiminde önceki yıllardaki bilgi güvenliği çalışmalarından, eksiksiz bir hasta geçmişinin sağlanması, hasta güvenliği artırarak, tıbbi hataların azaltılmasını yol açmıştır. Bu durum sağlık hizmeti kalitesini arttırmış ve maliyeti düşmesini sağlamıştır. Yapılan bir diğer çalışmada, güvenilirliği sağlamak için değişiklikler olduğu anda hastaların tıbbi kayıtlarını sürekli güncellenerek personeli ve hasta bilgilerini iyileştirmek ve korumak için gelişmiş bilgi güvenliğinin kullanılmasının önemine değinilmiştir (Singano, 2020, s.52). Dolayısıyla bilgi güvenliğinin hasta güvenliğini olumlu bir şekilde etkilediği söylenebilir. Ayrıca, Singano (2020)'nin çalışmasında, sağlık sektöründe bilgi

güvenliğinin, hastanın tedavisi sırasında hak ettiği erişilebilirliği, bütünlüğü ve uygun gizliliği sağlamak için hasta ve personel bilgilerinin korunması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Bilgi yönetim faaliyetleri ile hasta güvenliği algı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla bilgi güvenliğinin alt boyutlarından olan bilgi yönetimi ile ilgili sağlık personeli üzerinde yapılan bir çalışmada, bilgi yönetim uygulamalarının hasta güvenliği üzerinde olumlu ve ayırt edici bir etkiye yol açtığı belirtilmiştir (Altındış ve Kurt, 2010, s.45). Altındış ve Kurt (2010)'a göre, bilgi yönetiminin başarılı bir şekilde uygulanması hasta güvenliğinin daha iyi sağlanmasına neden olacaktır. Hastanelerde bakım ve tedavi aşamasında bilgiye zamanında ve doğru bir şekilde erişim sağlanması, gerekli bilgi paylaşımlarının yapılması, etkili ve başarılı bir sağlık hizmeti sunumunu sağlayacaktır. Dolayısıyla hasta güvenliği gelişerek, daha iyi hale gelecektir. Altındış ve Kurt (2010) çalışmasında, bilgi yönetiminin hasta güvenliğinin üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Hasta güvenliğinin sağlanması ve artırılması için bilgi yönetiminin iyi bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Hastaların tanı ve tedavi aşamasında ortaya çıkan bilgilerin işlenmesi, korunması, paylaşılması, depolanması ve kullanılması bilgi yönetimi uygulamaları içerisinde yer almaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinde doğru bilginin doğru zamanda ve yerde kullanılması ortaya çıkabilecek tıbbi hataların önüne geçerek hasta güvenliğinin daha iyi olmasını sağlayacaktır.

Sağlık profesyonellerinin elektronik sağlık kayıtlarında güvenlik yönetimine yönelik tutum ve deneyimleri hakkında yapılan bir araştırmaya göre, elektronik sağlık kayıtları hasta mahremiyetini ve gizliliğini korumak için rol tabanlı erişim kontrolüne sahip hastanelerde güvenlik politikasının önemini ortaya çıkarmaktadır (Smaradottir, 2018, s.718). Çalışmada, elektronik sağlık kayıtlarının tüm günlük işlemlerde ve iş süreçlerinde önemli bir araç olduğu sonucuna varılmıştır. Smaradottir (2018)'e göre, sunulan sağlık hizmetinin verimli bir şekilde yürütülebilmesinde güvenlik politikası ve erişim kontrol mekanizmalarının iş verimliliğini artırmak için kullanıcı ihtiyaçları ve klinik iş akışını göz önünde bulundurması gerekmektedir. Bununla birlikte, güvenlik

politikası ve erişim kontrol mekanizmalarının sağlık uzmanlarıyla birlikte tasarlanması daha etkili olmasını sağlayacaktır. Böylece, güvenlik politikası ve çözümlerinin üretilmesiyle birlikte, kullanıcı eğitimi hasta güvenliği açısından daha önemli hale gelecektir.

Hasta güvenliği, kalitenin kritik bir bileşeni olarak kabul edilir ancak ağırlıklı olarak hasta güvenliğini geliştirmeye odaklanan programlara sahip hastanelerde bile, hastanede yatan hastaları etkileyen advers olaylar, genel bakım kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir. Bilgi teknolojileri, hataları ve hatalardan kaynaklanan zararları azaltarak hasta güvenliğini iyileştirebilir ve kaynakların daha iyi kullanımı ile verimliliği ve kaliteyi artırabilir (Kızılelma 2014, s.5). Kızılelma (2014) çalışmasında bilgi güvenliği, hasta güvenliği ve kalitenin sağlıkta mükemmelliği çok iyi açıkladığını belirtmiştir. Kanıta dayalı uygulama ile hasta güvenliği arasındaki ilişki, sağlık kurumları için güvenli uygulamaların bir kombinasyonunu sağlayabilir. Kızılelma (2014) farklı pozisyonlarda hastane çalışanlarına yapmış olduğu doktora tezinde bilgi güvenliği yönetim sistemleri, hasta güvenliği ve kalite arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmada hasta güvenliği, kalite ve bilgi güvenliğinin sağlık mükemmelliğini etkilediği sonucuna ulaşmıştır. Benzer şekilde, yapılan bir diğer çalışmada, bilgi güvenliği, kalite ve hasta güvenliği değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Araştırma sonucuna göre bilgi güvenliği, kalite ve hasta güvenliği değişkenleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kalite ve bilgi güvenliği arttıkça hasta güvenliğinin de arttığı belirtilmiştir (Eriş vd. 2017, s. 207).

Evrensel bilimsel kanıtlar, bilginin klinik uygulamalara aktarılması ve karar verme yoluyla hasta güvenliğinin artırılmasının önemine işaret etmektedir (Ques ve ark. 2010). Singer ve ark. (2009), Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 91 hastanede hasta güvenliği kültürü ile hasta güvenliği göstergeleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Elde ettikleri sonuçlar, daha güçlü bir hasta güvenliği kültürünün daha yüksek hasta güvenliği performansı ve derecesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bazı araştırmacılar kanıta dayalı uygulamayı/hemşireliği hasta güvenliğinin bir boyutu olarak görmektedir (Ulrich ve Kear 2014). Hastaneler de dahil olmak üzere sağlık kuruluşları, iş gücünün ve hasta bakım

hizmetlerinin açıkça güvenilirlik, kalite ve bakımın güvenliğini geliştirmeye odaklandığı bir güvenlik kültürü geliştirmelidir (Kohn vd, 2000, s.14). Page'e göre, liderler ve yöneticiler kanıta dayalı uygulamayı teşvik ettiğinde hasta güvenliğine yönelik tehditlere karşı savunma oluşturulur; böylece işgücünün yetenekleri anlaşılır ve iş gücü en üst düzeye çıkarılır; hasta bakımındaki hataları azaltmak için iş süreçleri tasarlanır ve bir güvenlik kültürü oluşturularak sürdürülür (Page, 2004).

Songur vd. (2018) hemşirelerle yaptıkları çalışmada kanıta dayalı hemşirelik tutumlarının ve hastane güvenlik kültürü boyutlarının, hemşire performansının önemli yordayıcıları olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerle yapılan bu çalışmada, hemşireler kanıta dayalı uygulamanın bakım kalitesini, hasta sonuçlarını ve hasta güvenliğini iyileştirdiğine kuvvetle inandıklarını ifade etmişlerdir. (Songur vd. 2018, s.371). Çalışma sonucunda, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve kanıta dayalı uygulamaların önemli olduğu belirtilmiştir.

Ulrich ve Kear (2014)'e göre, hasta güvenliğini destekleyen ve KDU'yu mümkün kılan bir bilişim altyapısı ve ilgili uygulamaların gerçekleştirilebilmesi için hangi politikalar uygulanması gerektiği ile ilgili çalışmalar yapılmalıdır. Hasta güvenliğine ilişkin genel algı, hataları önlemede yararlı olan ve hasta güvenliği risklerini azaltan prosedürler ve sistemlerle ilgilidir. Etkin hastane ve tıbbi veya klinik yönetimi, kanıta dayalı uygulama yönetimi aracılığıyla hasta güvenliğini teşvik eden ve önceliklendiren bir iş ortamı yaratmaktadır (Ulrich ve Kear 2014, s.449).

Bodur ve Filiz (2010) çalışmalarında, hastanelerdeki üst ve orta düzey yöneticilerin, gelişmiş bilgi paylaşımı ve iletişim yoluyla personelin hasta bakımı kararlarına katılımını arttırarak hasta güvenliğinin geliştirilmesini ve kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaşmasını desteklediklerini belirtmişlerdir.

Bilgi yönetimi hasta güvenliği açısından önem arz eden bir konudur. Bilgi yönetim faaliyetlerinin iyi bir şekilde uygulanması olası hataların azalmasını veya önlenmesini sağlayacak ve hasta güvenliğinin ve dolayısıyla hasta güvenliği kültürünün gelişmesine katkı sağlayacaktır. Tıbbi hatalar sağlıkla ilgili istenmeyen sonuçlara neden olabileceği gibi, kaynakların verimsiz kullanımına, ek harcamalara ve ekonomik kayıplara da sebep olmaktadır. Hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörler içerisinde yer alan bilgi güvenliğinin alt boyutu olan bilgi güvenliği yönetiminin etkin bir şekilde uygulanması, yönetilmesi, daha iyi stratejilerin belirlenmesini ve sorunların önüne geçilmesini sağlayabilir.

Tüm bu çalışmalar incelendiğinde, kanıta dayalı uygulamaların, bilgi güvenliğinin ve hasta güvenliği kültürünün bir arada etkin bir şekilde kullanılmasının sağlık hizmetini daha optimal hale getirmesi beklenmektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetleri bağlamında kanıta dayalı uygulama, kanıta dayalı hemşirelik, bilgi güvenliği ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkileri birlikte inceleyen çok az araştırma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının ve bilgi güvenliğinin hasta güvenliği kültürü ve boyutları üzerindeki etkisini ortaya koymaktır. Araştırmada, sağlık kurumlarında önemli bir konu olan hasta güvenliği kültürü ele alınmıştır. Sağlık alanında kanıta dayalı hemşirelik ve bilgi güvenliği ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkiler incelenmeye çalışılmıştır.

5. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu kısmında; ilk olarak araştırmanın amacına ve önemine değinilecektir. Daha sonra araştırmanın hangi modele dayandırıldığına ve bu kapsamda oluşturulan hipotezlere yer verilecektir. Sonrasında ise araştırmanın evren ve örnekleme, verilerin toplanması, çalışmada yapılan analizler ve kullanılan yöntemler anlatılacaktır. Son olarak ise, araştırmadaki varsayım ve sınırlılıklara ilişkin bilgilere yer verilecektir.

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu araştırmanın temel amacı, hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının ve bilgi güvenliğinin hasta güvenliği kültürü ve boyutları üzerindeki etkisini ortaya koymaktır. Bu araştırma hasta güvenliği kültürü ve alt boyutlarının kanıta dayalı hemşirelik ve bilgi güvenliği değişkenleri tarafından ne kadar açıklandığını ortaya koyması bakımından önemlidir. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde bu araştırmanın literatüre yeni ve farklı bir bakış açısı getireceği söylenebilir.

5.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmada amacı doğrultusunda aşağıdaki hipotezler test edilmeye çalışılacaktır.

- 1- Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları sosyodemografik özelliklerine (**a.** Medeni duruma, **b.** Eğitim durumuna, **c.** Kurumda çalışma şekline, **d.** Hastanede çalışma yılına, **e.** Haftalık çalışma süresine, **f.** Şu andaki uzmanlı alanında/ya da mesleğinde çalışma süresine, **g.** Şu anda çalıştıkları birimde/alanda buldukları süreye) göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.
- 2- Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inançlar ve beklentiler alt boyutu sosyodemografik özelliklerine (**a.** Medeni duruma, **b.** Eğitim durumuna, **c.** Kurumda çalışma şekline, **d.** Hastanede çalışma yılına, **e.** Haftalık çalışma süresine, **f.** Şu andaki uzmanlı alanında/ya da

mesleğinde çalışma süresine, **g.** Şu anda çalıştıkları birimde/alanda buldukları süreye) göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

- 3- Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik davranış niyeti alt boyutu sosyodemografik özelliklerine (**a.** Medeni duruma, **b.** Eğitim durumuna, **c.** Kurumda çalışma şekline, **d.** Hastanede çalışma yılına, **e.** Haftalık çalışma süresine, **f.** Şu andaki uzmanlı alanında/ya da mesleğinde çalışma süresine, **g.** Şu anda çalıştıkları birimde/alanda buldukları süreye) göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.
- 4- Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik duygular alt boyutu sosyodemografik özelliklerine (**a.** Medeni duruma, **b.** Eğitim durumuna, **c.** Kurumda çalışma şekline, **d.** Hastanede çalışma yılına, **e.** Haftalık çalışma süresine, **f.** Şu andaki uzmanlı alanında/ya da mesleğinde çalışma süresine, **g.** Şu anda çalıştıkları birimde/alanda buldukları süreye) göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.
- 5- Hemşirelerin bilgi güvenliği ve bilgi güvenliği alt boyutları (**1.** Bilgi Güvenliği Genel Ortalaması **2.** Bilgi Güvenliği Yönetimi, **3.** Bilgi Güvenliği Yaklaşımı, **4.** Bilgi Güvenliği Uygulaması, **5.** Bilgi Güvenliği Kültürü, **6.** Bilgi Güvenliğinde Gizlilik); (**a.** Medeni duruma, **b.** Eğitim durumuna, **c.** Kurumda çalışma şekline, **d.** Hastanede çalışma yılına, **e.** Haftalık çalışma süresine, **f.** Şu andaki uzmanlı alanında/ya da mesleğinde çalışma süresine, **g.** Şu anda çalıştıkları birimde/alanda buldukları süreye) göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.
- 6- Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamaları ve boyutlarına ilişkin algıları (**1.** Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması **2.** Güvenliğin kapsamlı algılanması **3.** Hataların raporlanma sıklığı **4.** Hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması **5.** Hastane Müdahaleleri Ve Değişim/Hastanede devirler ve nakiller **6.** Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri/ Güvenlik geliştirme faaliyetleri **7.**

Örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme **8.** Üniteler/Birimler içinde ekip çalışması **9.** İletişimin açık tutulması **10.** Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim **11.** Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt **12.** Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği) sosyodemografik özelliklerine (**a.** Medeni duruma, **b.** Eğitim durumuna, **c.** Kurumda çalışma şekline, **d.** Hastanede çalışma yılına, **e.** Haftalık çalışma süresine, **f.** Şu andaki uzmanlı alanında/ya da mesleğinde çalışma süresine, **g.** Şu anda çalıştıkları birimde/alanda buldukları süreye) göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

- 7- Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ve alt boyutları (a. HKDHYT ortalaması; b. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inançlar ve beklentiler; c. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik davranış niyeti; d. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik duygular) ile hasta güvenliği kültürü genel ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
- 8- Hemşirelerin bilgi güvenliği ortalamaları ve alt boyutları (a. Bilgi Güvenliği Ortalaması, b. Bilgi Güvenliği Yönetimi, c. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı, d. Bilgi Güvenliği Uygulaması, e. Bilgi Güvenliği Kültürü, f. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik) ile hasta güvenliği kültürü ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
- 9- Hemşirelerin bilgi güvenliği alt boyutları (a. Bilgi Güvenliği Yönetimi, b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı, c. Bilgi Güvenliği Uygulaması, d. Bilgi Güvenliği Kültürü, e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik) ile hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik alt boyutları (f. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inançlar ve beklentiler; g. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik davranış niyeti; h. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik duygular) hasta güvenliği kültürü ortalamasını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir.

- 10-Hemşirelerin bilgi güvenliği alt boyutları (a. Bilgi Güvenliği Yönetimi, b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı, c. Bilgi Güvenliği Uygulaması, d. Bilgi Güvenliği Kültürü, e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik) ile hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik alt boyutları (f. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inançlar ve beklentiler; g. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik davranış niyeti; h. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik duygular) güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir.
- 11- Hemşirelerin bilgi güvenliği alt boyutları (a. Bilgi Güvenliği Yönetimi, b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı, c. Bilgi Güvenliği Uygulaması, d. Bilgi Güvenliği Kültürü, e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik) ile hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik alt boyutları (f. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inançlar ve beklentiler; g. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik davranış niyeti; h. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik duygular) hataların raporlanma sıklığı alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir.
- 12-Hemşirelerin bilgi güvenliği alt boyutları (a. Bilgi Güvenliği Yönetimi, b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı, c. Bilgi Güvenliği Uygulaması, d. Bilgi Güvenliği Kültürü, e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik) ile hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik alt boyutları (f. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inançlar ve beklentiler; g. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik davranış niyeti; h. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik duygular) hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir.
- 13-Hemşirelerin bilgi güvenliği alt boyutları (a. Bilgi Güvenliği Yönetimi, b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı, c. Bilgi Güvenliği Uygulaması, d. Bilgi Güvenliği Kültürü, e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik) ile hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik alt boyutları (f. Hemşirelerin kanıta dayalı

hemşireliğe yönelik inançlar ve beklentiler; g. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik davranış niyeti; h. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik duygular) hastane müdahaleleri ve değişim/hastanede devirler ve nakiller alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir.

14- Hemşirelerin bilgi güvenliği alt boyutları (a. Bilgi Güvenliği Yönetimi, b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı, c. Bilgi Güvenliği Uygulaması, d. Bilgi Güvenliği Kültürü, e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik) ile hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik alt boyutları (f. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inançlar ve beklentiler; g. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik davranış niyeti; h. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik duygular) Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri/ güvenlik geliştirme faaliyetleri alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir.

15- Hemşirelerin bilgi güvenliği alt boyutları (a. Bilgi Güvenliği Yönetimi, b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı, c. Bilgi Güvenliği Uygulaması, d. Bilgi Güvenliği Kültürü, e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik) ile hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik alt boyutları (f. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inançlar ve beklentiler; g. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik davranış niyeti; h. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik duygular) örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir.

16- Hemşirelerin bilgi güvenliği alt boyutları (a. Bilgi Güvenliği Yönetimi, b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı, c. Bilgi Güvenliği Uygulaması, d. Bilgi Güvenliği Kültürü, e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik) ile hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik alt boyutları (f. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inançlar ve beklentiler; g. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik davranış niyeti; h. Hemşirelerin kanıta dayalı

hemşireliğe yönelik duygular) üniteler/birimler içinde ekip çalışması alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir.

17-Hemşirelerin bilgi güvenliği alt boyutları (a. Bilgi Güvenliği Yönetimi, b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı, c. Bilgi Güvenliği Uygulaması, d. Bilgi Güvenliği Kültürü, e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik) ile hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik alt boyutları (f. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inançlar ve beklentiler; g. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik davranış niyeti; h. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik duygular) iletişimin açık tutulması alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir.

18-Hemşirelerin bilgi güvenliği alt boyutları (a. Bilgi Güvenliği Yönetimi, b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı, c. Bilgi Güvenliği Uygulaması, d. Bilgi Güvenliği Kültürü, e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik) ile hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik alt boyutları (f. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inançlar ve beklentiler; g. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik davranış niyeti; h. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik duygular) hatalar hakkında geribildirim ve iletişim alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir.

19-Hemşirelerin bilgi güvenliği alt boyutları (a. Bilgi Güvenliği Yönetimi, b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı, c. Bilgi Güvenliği Uygulaması, d. Bilgi Güvenliği Kültürü, e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik) ile hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik alt boyutları (f. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inançlar ve beklentiler; g. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik davranış niyeti; h. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik duygular) hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir.

20-Hemşirelerin bilgi güvenliği alt boyutları (a. Bilgi Güvenliği Yönetimi, b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı, c. Bilgi Güvenliği Uygulaması, d. Bilgi

Güvenliği Kültürü, e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik) ile hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik alt boyutları (f. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inançlar ve beklentiler; g. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik davranış niyeti; h. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik duygular) hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir.

5.3. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Çalışmada veri toplama yöntemi olarak anket formu tercih edilmiştir. Araştırmada kullanılan anket formu 4 farklı kısımdan oluşmaktadır. İlk bölüm, araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini ortaya koymaya yönelik 12 sorudan oluşmaktadır.

İkinci bölümde; kanıta dayalı hemşireliği kolaylaştırabilecek değişkenleri belirlemek ve ölçmek amacıyla Ruzafa-Martínez ve arkadaşlarının (2011) geliştirmiş olduğu Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği, KDHYTÖ, kullanılmıştır. Ruzafa-Martínez'den ölçeğin kullanım izni alındıktan sonra, ölçek Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Türkiye'de Ayhan vd. (2015) tarafından da KDHYTÖ'nün geçerliliği güvenirliği yapılmıştır.

Üçüncü bölümünde ABD'de Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından 2004 yılında geliştirilen "Hospital Survey on Patient Safety Culture" -hasta güvenliği kültürü hastane anketi- kullanılmıştır (AHRQ, 2004).

Araştırmanın son bölümünde bilgi güvenliği anketi kullanılmıştır. Bilgi güvenliği anketi Gerçeker (2012) tarafından oluşturulmuş yapılandırılmış bir ankettir. Ankette yer alan ifadeler TS ISO 27799'dan elde edilen bilgi güvenliği ile ilgili sorulardan meydana gelmektedir.

5.3.1. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği

Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği, KDHYTÖ, kanıta dayalı hemşireliği kolaylaştırabilecek değişkenleri belirlemek ve ölçmek amacıyla Ruzafa-Martinez ve arkadaşları (2011) tarafından İspanyolca geliştirilen bir ölçektir. Ölçek, KDH'yi ve hemşirelerin kendilerine yönelik tutumu ölçen araçlarla ilgili literatür taramasından elde edilen bilgiler kullanılarak geliştirilmiştir. Türkiye'de geçerliği güvenilirliği Ayhan vd. (2015) tarafından da yapılmıştır.

KDHYTÖ kısadır, bu da onu kullanıcı dostu bir araç haline getirmektedir. Toplumda çalışan hemşirelerde KDH'ye yönelik tutumu özel olarak ölçen ilk İspanyolca ankettir. Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya yönelik tutumlarını daha iyi anlamak için araştırma ve uygulama ortamlarında verimli bir şekilde kullanılabilmesi amacıyla geliştirilmiştir.

Ölçek toplamda 15 sorudan ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler, davranış niyeti ve KDH'ye karşı duygular olarak belirtilmiştir. Ankette yer alan 3, 4, 6, 8, 10, 12, 15 numaralı sorularda yer alan ifadeler olumsuz bir şekilde düzenlendiği için ters çevrildikten sonra analizler yapılmıştır.

Birinci faktörde yer alan KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler; 1, 2, 7, 9, 11, 13 ve 14. maddelerden oluşmaktadır. Faktör 1 için Cronbach alfa katsayısı 0,86'dır. İkinci faktörde yer alan davranış niyeti; 3, 5, 6 ve 12. maddelerden oluşmaktadır. Faktör 2 için Cronbach alfa katsayısı 0,63'tür. Üçüncü faktörde yer alan KDH'ye yönelik duygular ise 4, 8, 10 ve 15. maddelerden oluşmaktadır. Faktör 3 için Cronbach alfa katsayısı 0,70'tir. Tüm anket için Cronbach alfa değeri 0,853 bulunmuştur. Alt ölçeklerin her biri için iç güvenirlik doğrulanmıştır (Ruzafa-Martínez vd, 2011).

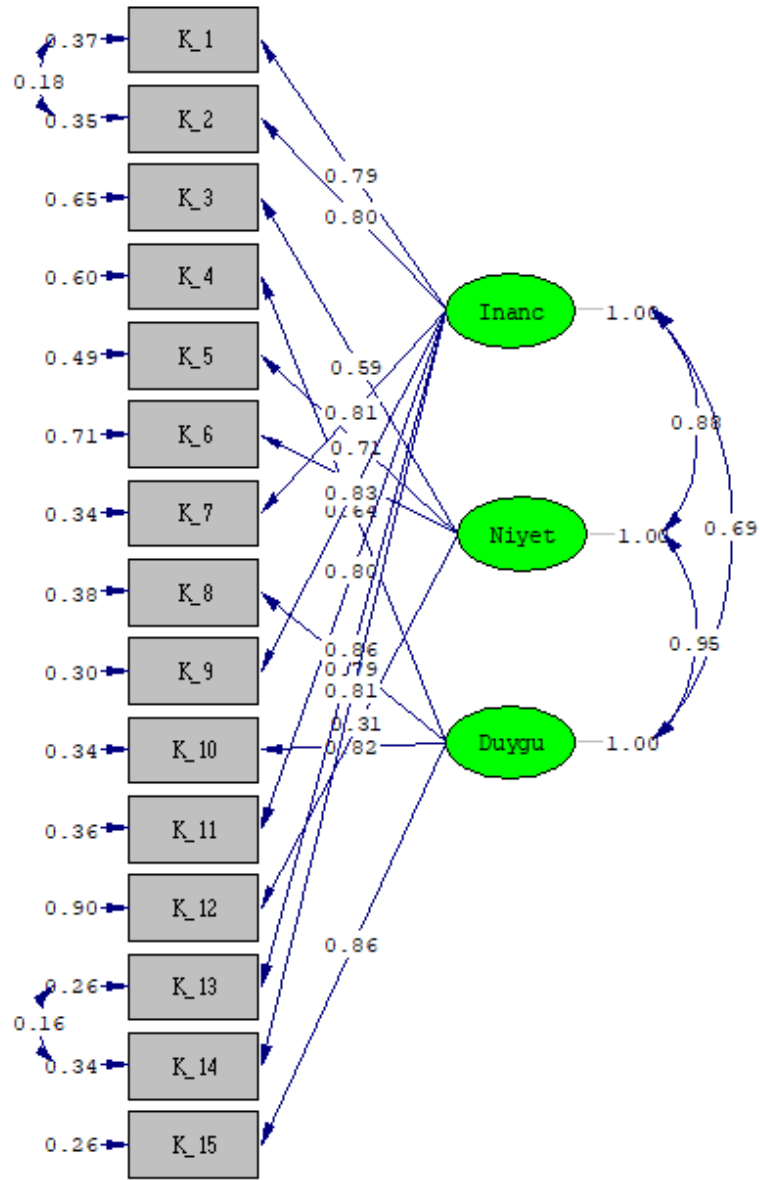
Bu çalışma sonucunda ölçeğe ait Cronbach alfa değerleri aşağıda verilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen Cronbach alfa değerlerinin orijinal ölçek ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Tablo 1: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Ölçek ve Alt Boyutları	Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	0,92
▪ Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnançlar ve Beklentiler Alt Boyutu	0,94
▪ Kanıta Dayalı Hemşireliği Uygulama Davranış Niyeti Alt Boyutu	0,65
▪ Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Duygular Alt Boyutu	0,85

Alt Ölçeklerin Puanlanması: Her bir alt ölçeğin puanı, belirli bir alt ölçeğe yüklenen maddelerin ortalama puanı hesaplanarak oluşturulur. En olumsuz tutum 1 puana, en olumlu tutum ise 5 puana karşılık gelmektedir. Toplam ölçek puanı hesaplanırken ölçekteki tüm maddeler toplanmalıdır. Anketten en düşük alınacak puan 15 iken, en yüksek alınacak puan 75'tir. Ölçeğin kesme noktası yoktur. Ölçekten ne kadar yüksek puan alınırsa kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumun o kadar iyi olduğu söylenebilir. KDHYTÖ, kullanıcı dostu, hızlı ve tamamlanması kolay bir ölçektir.

İfadeler; 1 'Kesinlikle katılmıyorum' ile 5 'Kesinlikle katılıyorum' arasında değişen 5'li Likert tipi bir ölçek ile oluşturulmuştur. İçeriğin her alanı, yapının eşit sayıda pozitif ve negatif örnekleriyle temsil edilmiştir.



Chi-Square=369.25, df=85, P-value=0.00000, RMSEA=0.107

Şekil 2: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Sonuçları

Tablo 2: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Uyum İndeksleri

Uyum İndeksleri	Kabul Edilebilir Uyum İndeksleri	Hesaplanan Uyum İndeksleri
χ^2		369,25
Sd		85
χ^2/sd	<5	4,34
NNFI		0,95
CFI	%90	0,96
IFI	%90	0,96
RFI	%90	0,94
RMSEA	<0,008	0,107
RMR		0,071

Yapılan analiz sonuçlarına göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin uyum indeksleri tablo 2’de belirtilmiştir. $\chi^2/sd=4,34$ değeri 5’ten küçük olduğu için kabul edilebilir sınırlar içerisinde. CFI değeri=0,96; IFI değeri=0,96; RFI değeri=0,94 değerlerini almıştır. CFI, IFI, RFI değerleri için %90 kabul edilebilir uyumu sağlarken %95 iyi uyum anlamına gelmektedir. RMSEA değeri ise 0,107 olarak hesaplanmıştır. RMSEA değerinin 0,008’in altında olması beklenir. Genel olarak uyum indekslerine bakıldığında hepsinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada, ölçeğin anlaşılabilirliğini test etmek için 30 kişilik bir hemşire grubu üzerinde test tekrar test analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre güvenilirliğin oldukça yüksek olduğu söylenebilir. Test tekrar test için sınıf içi korelasyon katsayısı testi kullanılmıştır.

Tablo 3: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Test Tekrar Test Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutları	Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	0,841
▪ Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnançlar ve Beklentiler Alt Boyutu	0,807
▪ Kanıta Dayalı Hemşireliği Uygulama Davranış Niyeti Alt Boyutu	0,705
▪ Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Duygular Alt Boyutu	0,851

Tablo 4: KDHYTÖ'nün Güvenirlik Analizi Sonuçları

	Madde Silindiğinde Puan	Madde Silindiğinde Varyans	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa	Cronbach Alfa
KDH_1	57,33	73,83	0,689	0,913	0,920
KDH_2	57,25	74,72	0,710	0,913	
KDH_3	57,52	74,25	0,536	0,918	
KDH_4	57,66	73,11	0,587	0,917	
KDH_5	57,48	73,69	0,724	0,912	
KDH_6	57,85	73,45	0,528	0,919	
KDH_7	57,34	74,48	0,710	0,913	
KDH_8	57,36	73,24	0,660	0,914	
KDH_9	57,44	74,30	0,692	0,913	
KDH_10	57,37	73,49	0,694	0,913	
KDH_11	57,50	74,18	0,662	0,914	
KDH_12	58,19	77,03	0,296	0,929	
KDH_13	57,38	72,75	0,787	0,910	
KDH_14	57,40	73,50	0,728	0,912	
KDH_15	57,38	73,00	0,755	0,911	

Yapılan analiz sonucuna göre Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısı 0,920 olarak bulunmuştur. Buna göre ölçeğin güvenirlilik düzeyinin çok yüksek olduğu söylenebilir.

5.3.2.Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi

2004'te ABD'de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından geliştirilen Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) 42 soru, 7 bölüm ve 12 boyuttan oluşmaktadır.

Ankette raporlanan olay sayısı ve hasta güvenliği derecesi ile ilgili de birer soru vardır, ayrıca hasta güvenliği kültürü ile ilgili hemşirelerin yorumları açık uçlu olarak sorulmuştur. Anketin bölümleri;

A Bölümü: Çalışma Alanı / Birimi,

B Bölümü: Yönetici,

C Bölümü: İletifim,

D Bölümü: Rapor Edilen Olayların Sıklığı,

E Bölümü: Hasta Güvenliği Derecesi,

F Bölümü: Hastane,

G Bölümü: Raporlanan Olay Sayısı şeklinde sıralanmaktadır.

Ölçeğin alt boyutları ve soru sayıları aşağıda açıklanmıştır. (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019)

1.Boyut: niteler/birimler içinde ekip alışması (A1, A3, A4, A11)

2.Boyut: Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri (B1, B2, B3, B4)

3.Boyut: Örgütsel ğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme (A6, A9, A13)

4.Boyut: Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (F1, F8, F9)

5.Boyut: Güvenliğin Kapsamlı Algılanması (A10, A15, A17, A18)

6.Boyut: Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim (C1, C3, C5)

7.Boyut: İletifimin açık tutulması (C2, C4, C6)

8.Boyut: Hataların raporlanma sıklığı (D1, D2, D3)

9.Boyut: Hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması (F2, F4, F6, F10)

10.Boyut: Personel sağlama (A2, A5, A7, A14)

11.Boyut: Hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller (F3, F5, F7, F11)

12. Boyut: Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (A8, A12, A16)

Hasta güvenliği kültürü hastane anketinin Türkçe çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik analizi Bodur ve Filiz'in (2009) "Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi" çalışmasında yapılmıştır (Bodur ve Filiz, 2009). Bu çalışmada kullanılan anket formunun düzenlenmesinde Bölükbaşı (2019), Teleş (2011), Gözlü (2011), Bodur ve Filiz (2009)'un çalışmalarından da yararlanılmıştır.

Ankette 5'li Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Ölçeklerdeki maddelere ilişkin katılım düzeyleri A, B ve F bölümleri için; (1) Hiç Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, (4) Katılıyorum, (5) Tamamen Katılıyorum şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçekte yer alan sıklık düzeyleri ise C ve D bölümleri için; "1=Hiçbir Zaman", "2=Nadiren", "3=Bazen", "4=Çoğu Zaman" ve "5=Her Zaman" şeklinde puanlandırılmıştır. E bölümünde hasta güvenliğinin derecelendirilmesi istenmiştir. Buradaki ifadeler "1=Mükemmel", "2=Çok iyi", "3=Kabul edilebilir", "4=Zayıf" ve "5=Başarısız" olarak derecelendirilmiştir. G bölümünde istenen raporlanan olay sayısı ise "1=0 olay raporu", "2=3-5 olay raporu", "3= 6-10 olay raporu", "4=11-20 olay raporu", "5= 21 ya da daha fazla olay raporu" olarak belirtilmiştir.

Ankette yer alan A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9 ve F11 maddelerindeki sorular ters yönlü sorulardır. Hasta güvenliği kültürü hastane anket formundaki ters yönlü sorular çevrilmiş ve anketin orijinaline göre istatistiksel analizler yapılmıştır (Filiz, 2009; Bodur ve Filiz, 2009; AHRQ, 2011c).

Tablo 5: Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi Ölçeği Cronbach Alfa Güvenirlik Değerleri

Ölçek ve Alt Boyutları	Cronbach α Güvenirlik Katsayısı
Hasta Güvenliği Kùltürü Hastane Anketi Ölçeği	0,923
Birimler İçinde Ekip alışması Alt Boyutu	0,851
Yönetici Beklentileri Ve Hasta Güvenliği Geliştirme Faaliyetleri/Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri Alt Boyutu	0,438
Örgütsel Öğrenme Ve Sürekli Geliştirme/İyileştirme Alt Boyutu	0,659
Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği Alt Boyutu	0,797
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması Alt Boyutu	0,736
Hatalar Hakkında Geri Bildirim Ve İletişim Alt Boyutu	0,519
İletişimin Açık Tutulması Alt Boyutu	0,725
Hataların Raporlanma Sıklığı Alt Boyutu	0,818
Hastane Üniteleri/Birimleri Arasında Ekip alışması Alt Boyutu	0,779
Personel Sağlama Alt Boyutu	-0,169
Hastane Müdahaleleri Ve Değişim/ Hastanede Devirler Ve Nakiller Alt Boyutu	0,827
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt Alt Boyutu	0,684

Hasta güvenliği kùltürü anketinin güvenilrlik düzeyleri tablo 5'te belirtilmiştir. Anketin genel Cronbach alfa=0,923'tür. Alt boyutlara ilişkin güvenilrlik düzeyleri incelendiğinde "birimler içinde ekip çalışması alt boyutunun" en yüksek değer aldığı Cronbach alfa=0,851; "personel sağlama alt boyutunun ise en düşük

değeri aldığı Cronbach Alfa=-0,169 tespit edilmiştir. Personel sağlama alt boyutu negatif değere sahip olduğu için çalışmadan bu alt boyut çıkarılmıştır. Bu çalışmada personel sağlama alt boyutunda yer alan soruların cevaplayanlar tarafından yeterince anlaşılmadığı için negatif değere sahip olduğu düşünülmektedir. Demir (2021) tarafından diş hekimlerinin hasta güvenliği kültürü algılarının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada da personel sağlama alt boyutu negatif olarak bulunmuş ve çalışmadan çıkarılmıştır (Demir, 2021, s.51).

5.3.3. Bilgi Güvenliği Anketi

Bilgi güvenliği anketi 26 sorudan ve 5 faktörden oluşmaktadır. Faktörler;

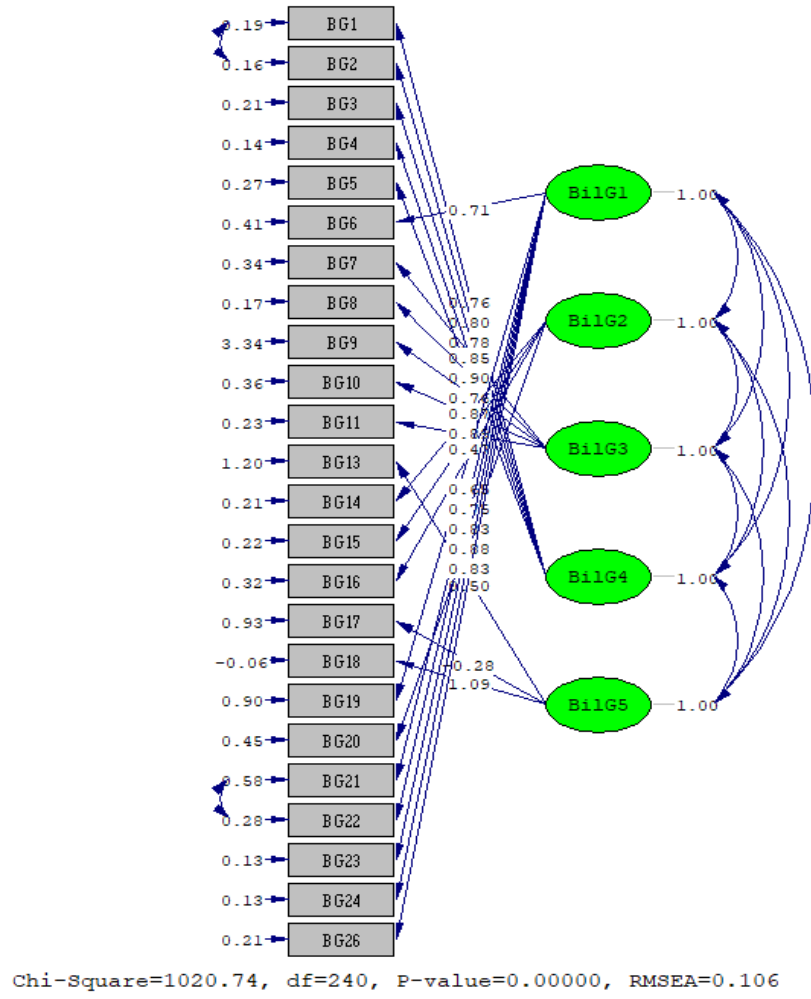
1. Faktör: Bilgi Güvenliği Yönetimi
2. Faktör: Bilgi Güvenliği Yaklaşımı
3. Faktör: Bilgi Güvenliği Uygulaması
4. Faktör: Bilgi Güvenliği Kültürü
5. Faktör: Bilgi Güvenliğinde Gizlilik.

Gerçekler (2012) tarafından geliştirilen anket TS ISO 27799'dan elde edilen bilgi güvenliği sorularından meydana gelmektedir. Bilgi güvenliği anketinin içerik ve yapısal geçerliliği, güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Ölçeğin genel Cronbach Alfa değeri 0,94 ($p < 0,001$) bulunmuştur (Gerçekler, 2012). Ölçekteki ifadeler beşli Likert ölçeğine göre (1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum şeklinde derecelendirilmiştir.

Yapılan çalışma sonucunda ölçeğe ait Cronbach alfa değerleri tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6: Bilgi Güvenliği Ölçeği Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Ölçek ve Alt Boyutları	Cronbach α Güvenirlik Katsayısı
Bilgi Güvenliği Ölçeği	0,95
Bilgi Güvenliği Yönetimi Alt Boyutu	0,91
Bilgi Güvenliği Yaklaşımı Alt Boyutu	0,87
Bilgi Güvenliği Uygulaması Alt Boyutu	0,80
Bilgi Güvenliği Kültürü Alt Boyutu	0,94
Bilgi Güvenliğinde Gizlilik Alt Boyutu	0,15



Şekil 3: Bilgi Güvenliği Ölçeği DFA Analiz Sonuçları

Tablo 7: Bilgi Güvenliği Ölçeğinin Analiz Sonuçları ve Uyum İndeksleri

Uyum İndeksleri	Kabul Edilebilir Uyum İndeksleri	Hesaplanan Uyum İndeksleri
χ^2		1020,74
Sd		240
χ^2 / Sd	<5	4,25
NNFI		0,95
CFI	%90	0,96
IFI	%90	0,96
RFI	%90	0,94
RMSEA	<0,008	0,106
RMR		0,11

Yapılan analiz sonuçlarına göre bilgi Güvenliği ölçeğinin uyum indeksleri yukarıdaki tabloda belirtilmiştir. $\chi^2/sd=4,25$ değeri 5'ten küçük olduğu için kabul edilebilir sınırlar içerisindedir. CFI değeri=0,96; IFI değeri=0,96; RFI değeri=0,94 değerlerini almıştır. CFI, IFI, RFI değerleri için %90 kabul edilebilir uyumu sağlarken %95 iyi uyum anlamına gelmektedir. RMSEA değeri ise 0,106 olarak hesaplanmıştır. RMSEA değerinin 0,008'in altında olması beklenir. Genel olarak uyum indekslerine bakıldığında hepsinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu söylenebilir.

Tablo 8: Bilgi Güvenliği Güvenirlik Analizi Sonuçları

	Madde Silindiğinde Puan	Madde Silindiğinde Varyans	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha
BG_1	89,15	288,14	0,775	0,944	0,948
BG_2	89,17	287,75	0,774	0,944	
BG_3	89,22	287,68	0,759	0,944	
BG_4	89,14	288,85	0,766	0,945	
BG_5	89,34	287,10	0,740	0,945	
BG_6	89,32	284,10	0,834	0,944	
BG_7	89,56	285,06	0,743	0,944	
BG_8	89,49	283,53	0,822	0,944	
BG_9	89,33	283,67	0,365	0,954	
BG_10	89,66	285,10	0,741	0,944	
BG_11	89,56	282,79	0,798	0,944	
BG_12	89,38	287,57	0,735	0,945	
BG_13	91,11	308,79	0,040	0,953	
BG_14	89,54	284,11	0,813	0,944	
BG_15	89,59	283,07	0,820	0,944	
BG_16	89,34	288,21	0,727	0,945	
BG_17	89,14	295,12	0,459	0,948	
BG_18	91,20	317,40	-0,174	0,955	
BG_19	89,37	295,53	0,421	0,948	
BG_20	89,33	292,18	0,648	0,946	
BG_21	89,37	290,68	0,592	0,946	
BG_22	89,35	288,19	0,731	0,945	
BG_23	89,33	286,27	0,806	0,944	
BG_24	89,37	284,41	0,827	0,944	
BG_25	89,30	283,72	0,827	0,944	
BG_26	89,40	285,02	0,811	0,944	

Yapılan analiz sonucuna göre, bilgi Güvenliği ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısı 0,948 olarak hesaplanmıştır. Buna göre ölçeğin güvenilirlik düzeyinin çok yüksek olduğu söylenebilir.

5.4. GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

Alpar (2013)'e göre geçerlilik, bir ölçme aracının ölçmek istediği şeyi, herhangi başka bir özelliklerle karıştırmadan doğru bir şekilde ölçebilmesidir (Alpar, 2013, s. 309). Bu araştırmada, orijinali İspanyolca olan ve İngilizcesi ölçeği geliştiren bilim insanından alınan kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin Türkçe versiyonu hazırlanırken dil geçerliliği ve çeviri FACIT Measurement System'in önerdiği şekilde yapılmıştır (Eremenco ve diğerleri, 2005). Çeviri yapılırken, ölçek İngilizce'den Türkçe'ye alanında uzman ve birbirinden bağımsız çalışan iki kişi tarafından çevrilmiştir. Sonrasında alanında uzman olan bir başka kişi bu iki çeviriyi karşılaştırıp incelemiş ve her bir soruyu en iyi yansıtan ifadeler seçilerek anket son halini almıştır. Anketin son hali profesyonel bir tercüman tarafından İngilizce'ye geri çevrilmiştir ve ana dili İngilizce olan başka bir profesyonel bir tercüman tarafından kontrol edilmiştir. Sonraki aşamada Türkçe'den İngilizce'ye çevrilen anket, bir başka kişi tarafından İngilizce orijinaliyle karşılaştırılmıştır.

Bir testin ölçmek istediğini, diğer başka özelliklerle karıştırmadan ve doğru bir şekilde ölçmesi o testin geçerli olduğunu gösterirken, bir testin aynı gruba farklı zamanlarda birden fazla uygulanması ve elde edilen sonuçların benzer olması o testin güvenilirliğini ortaya koymaktadır (Alpar, 2006, s.273).

5.5. TEST TEKRAR TEST YÖNTEMİ

Test tekrar test yöntemi güvenilirlik katsayısının tahmin edilmesinde kullanılan bir yöntemdir. Bir testin iki farklı zamanda aynı gruba uygulanması ve testler sonucunda elde edilen sonuçlar arasındaki sınıf içi korelasyon katsayısının hesaplanmasına test-tekrar test veya test-retest adı verilir. Test tekrar testte sınıf içi korelasyon katsayısı değeri 0,60 ile 0,80 puan arası yüksek uyumu gösterirken, 80 ve üstü puanlar mükemmel uyumu göstermektedir. Sınıf içi korelasyon katsayısı aynı değişkenin tekrarlı ölçümlerinin yapılmasını ifade eder. Bir testin aynı kişilere belli bir zaman aralığında tekrar verilmesi gibi (Alpar, 2013, s.845-846).

5.6. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma Ankara ilinde yer alan bir üniversite hastanesinde görev yapmakta olan hemşireleri kapsamaktadır. Bu tez çalışmasının yapılabilmesi için öncelikle Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu'na başvuruda bulunulmuş ve etik kurul onayı alınmıştır. Etik kurul onayının alınmasından sonra Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde veri toplayabilmek için izin başvurusunda bulunulmuştur. Hastane içerisinde anketlerin uygulanabilmesi için hastaneden bursiyer çalıştırma belgesi istenmiş, bu belgenin ve hastanenin JCI akreditasyon işlemlerinin tamamlanmasından sonra anketler uygulanmaya başlanmıştır.

Hastanede çalışan toplam hemşire sayısı 600 kişidir. Ancak acil bölümünde yoğunluktan dolayı anketlere cevap alınamadığı için acil bölümü çalışmadan çıkarılmış ve toplam hemşire sayısı 580 olmuştur. Hemşirelerin zaman kısıtlılığı, yoğun iş temposu, anket sorularının fazla olması ve çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayanması nedeniyle toplam 312 hemşireye ulaşılmıştır. Ancak eksik yapılan anketlerin elenmesi ile birlikte 293 anket formu çalışmada kullanılmıştır. Çalışmaya katılım oranı %51'dir. Hemşirelerin anket formunu doldururken verdikleri yanıtların bilinçli ve yansız olduğu düşünülmektedir. Araştırmada basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmada, örneklem büyüklüğü hesaplanmış ve aşağıdaki formül kullanılmıştır. Formüle göre %95 güven düzeyinde örneklem büyüklüğü 232 hemşireden oluşmaktadır. Ancak yoğun çalışma saatleri, hemşire grubunun anket doldurmak istememeleri veya anketleri yarım bırakmaları, dolayısıyla yeterli sayıya ulaşamama gibi nedenlerle bu sayı %25 oranında arttırılarak 290 olarak belirlenmiştir. Çalışmada istenilen sayıya ulaşıldığı görülmektedir.

$$n = \frac{N * t^2 * p * q}{d^2 * (n - 1) + t^2 * p * q} = \frac{580 * (1,96)^2 * 0,50 * 0,50}{(0,05)^2 * (580 - 1) + (1,96)^2 * 0,50 * 0,50} = 232$$

Üniversite hastanesinde klinikler 181, yoğun bakımlar 103, acil 20, ameliyathane 80, hemodiyaliz ve radyasyon sahası 52, poliklinikler 121, özel dallar 30, hemşirelik müdürlüğünde 13 olmak üzere toplam 600 hemşire görev yapmaktadır. Mart 2018 tarihiyle etik kurul izni ve hastanede anket çalışmasının yapılabilmesi için gerekli izinlerin alınmasından ve prosedürlerin tamamlanmasından sonra araştırma uygulanmaya başlanmıştır. Araştırmada gönüllülük esas alınmıştır.

5.7. ARAŞTIRMADA VERİLERİN ANALİZİ

Çalışmada kullanılan istatistiksel analizler LISREL 8.7 ve SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 paket programı ile yapılmıştır. İlk olarak, araştırmada kullanılan iki ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri ile doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. Daha sonra çalışmada kullanılan tüm ölçeklerin ve alt boyutlarının Cronbach alfa katsayısına yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, hasta güvenliği kültürü ve bilgi güvenliği ölçeklerine verdikleri yanıtlarla ilgili tanımlayıcı bulgulardan yararlanılmıştır. Tanımlayıcı bulgular olarak frekans, yüzde, ortalama ve standart sapmalara yer verilmiştir. Sonraki adımda hasta güvenliği kültürü ortalaması, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının alt boyutları ve bilgi güvenliğinin alt boyutları arasında ilişki olup olmadığını ve ilişkilerin kuvveti ile yönünü belirlemek için Pearson Korelasyon Analizi'nden yararlanılmıştır.

Hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ve alt boyutları, hasta güvenliği kültürü ve alt boyutları ile bilgi güvenliği kültürü ve alt boyutlarının bireysel ve örgütsel özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (standart t testi) ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonucunda gruplar arasında anlamlı farklılıklar çıkması sonucu bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak amacıyla Post-hoc testlerinden biri olan Tukey testinden yararlanılmıştır.

Çalışmada hasta güvenliği kültürü ortalaması ve alt boyutları bağımlı değişken olarak ele alınırken, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği ve bilgi güvenliği ölçeğinin alt boyutları ise bağımsız değişkenler olarak ele alınmıştır. Bir bağımlı ve birden fazla bağımsız değişkenin olduğu doğrusal regresyon çözümlemesi için çoklu doğrusal regresyon yöntemi kullanılmaktadır.

Çalışmada hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları alt boyutları ile bilgi güvenliği alt boyutlarının hasta güvenliği kültürü ortalaması ve alt boyutlarına etkisini ortaya koymak için kurulan araştırma hipotezlerini test etmek için çoklu doğrusal regresyon analizinden yararlanılmıştır. Ayrıca, Varyans Şişkinlik Katsayısı (Variance Inflation Factor-VIF) ile Durbin Watson Katsayısı hesaplamaları yapılmıştır. Bu hesaplamalar analizlerde otokorelasyon ve çoklu bağlantı sorununun olup olmadığını belirlemek için ele alınmışlardır. Yapılan istatistiksel analizlerde VIF değerlerinin 10'un üzerinde olmaması istenmektedir. 10'un üzerinde olması VIF değerleri çoklu bağlantı sorununu gündeme getirdiği için istenmeyen bir durumdur. Durbin Watson katsayısının 1,5 ile 2,5 aralığında olması otokorelasyon sorununun olmadığını ve regresyon modelinin kabul edilebilir olduğunu göstermektedir (Alpar, 2013, s.538; Field, 2013). Bu çalışmada VIF değerleri 10'un altında bulunmuştur. Araştırmada Durbin Watson değerleri kabul edilebilir sınırlar içerisindedir. Yapılan istatistiksel analizlerde alfa düzeyi 0,05 olarak ele alınmıştır.

5.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın uygulanabilmesi için yalnızca Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'den izin alınabilmiştir. Başvurulan diğer hastanelerden (Gazi Üniversitesi Hastanesi ile Ankara Üniversitesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi) uygulanma izni alınamamıştır. Araştırmanın sadece bir hastanede uygulanmış olması bu çalışmanın en önemli sınırlılığıdır. Çalışmanın bir diğer sınırlılığı ise hemşirelerin sorulara yansız bir şekilde cevap verdiklerinin düşünülmesidir.

6. BÖLÜM: BULGULAR

Tez çalışmasının bu kısmında araştırmaya katılan hemşirelerin bireysel ve örgütsel özelliklerine ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, hasta güvenliği kültürü, bilgi güvenliğine ilişkin tanımlayıcı istatistiksel analizlere yer verilmiştir. Sonrasında, araştırmaya katılan hemşirelere ilişkin araştırmanın amacı doğrultusunda temel değişkenlerle ilgili olarak kurulan hipotezlerle ilgili analitik bulgulara yer verilmiştir. Bu bölümde, fark analizleri, tek yönlü varyans analizi, korelasyon analizi ve çoklu doğrusal regresyon analizi bulguları yer almaktadır.

6.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Bu çalışmada 293 hemşire anket sorularına cevap vermiştir, hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları aşağıdaki tablo 9'da özet halinde verilmiştir.

Tablo 9: Araştırmaya Katılan Hemşirelere İlişkin Sosyodemografik Özellikler

		n	%
Medeni durum	Evli	195	66,6
	Bekar	98	33,4
Eğitim durumu	Ön lisans	28	9,6
	Lisans	214	73,0
	Yüksek Lisans&Doktora	51	17,4
Kurumunuzda çalışma şekli	Gündüz	138	47,1
	Vardiyalı	94	32,1
	Nöbet	61	20,8
Kaç yıldır bu hastanede çalışıyorsunuz?	1 yıldan az	6	2,0
	1-5 yıl	86	29,4
	6-10 yıl	86	29,4
	11-15	46	15,7
	16-20	22	7,5
	21 yıl ve fazlası	47	16,0
Şu anda çalıştığınız alanda/birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?	1 yıldan az	32	10,9
	1-5 yıl	138	47,1
	6-10 yıl	78	26,6
	11-15	25	8,5
	16-20	9	3,1
	21 yıl ve fazlası	11	3,8
Bu hastanede, genellikle haftada kaç saat çalışıyorsunuz?	Haftada 20-39 saat arası	26	8,9
	Haftada 40-59 saat arası	256	87,4
	Haftada 60-79 saat arası	11	3,8
Bulduğunuz görevde, genellikle hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde misiniz?	Evet	266	90,8
	Hayır	27	9,2
Şu andaki uzmanlık alanınızda ya da mesleğinizde kaç yıldır çalışıyorsunuz?	1 yıldan az	19	6,5
	1-5 yıl	90	30,7
	6-10 yıl	70	23,9
	11-15	52	17,7
	16-20	20	6,8
	21 yıl ve fazlası	42	14,3
	Toplam	293	100,0

Çalışmaya katılan hemşirelerin %66,6'sı evlilerden oluşmaktadır. Eğitim durumu açısından incelendiğinde hemşirelerin %9,16'sının ön lisans mezunu olduğu, %73'ünün lisans mezunu olduğu ve %17,4'ünün lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Hemşirelerin kurumda çalışma şekilleri incelendiğinde %47,1'nin, neredeyse yarısının, gündüz çalıştığı, %32,1'inin vardiyalı ve %20,8'inin nöbet

usulü çalıştığı görülmektedir. Hemşirelerin yarısından fazlası 1-10 yıl arasında aynı kurumda çalıştıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin yaklaşık yarısı, %47'si ise 1-5 yıl arası aynı birimde görev yaptıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin büyük bir çoğunluğu, %87,4'ü, haftada 40-59 saat arasında çalıştıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %90,8'i doğrudan hastalarla etkileşim ve temas içerisinde bulunmaktadır. Hemşirelerin şu andaki uzmanlık alanı ya da mesleğinde çalışma yıllarına bakıldığında yarısından biraz fazlası 1-10 yıl arası aynı uzmanlık alanı veya mesleğinde çalıştığını belirtmişlerdir.

Tablo 10: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=293)

Ölçek ve alt boyutları	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	7,00	35,00	29,59	4,78
Kanıta dayalı uygulama niyeti	7,00	20,00	15,37	2,85
KDH'ye karşı duygular	4,00	20,00	16,65	3,00
Ölçek Toplam Puan	39,00	75,00	61,60	9,19

Hemşirelerin KDHYTÖ'den aldıkları puan ortalamaları yukarıdaki tabloda gösterilmiştir. Hemşireler KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler alt boyutundan $29,59 \pm 4,78$; kanıta dayalı uygulama niyeti alt boyutundan $15,37 \pm 2,85$; KDH'ye karşı duygular alt boyutundan $16,65 \pm 3,00$ ve toplam ölçek puanından ise $61,60 \pm 9,19$ puan almışlardır.

Tablo 11: Hemşirelerin Bilgi Güvenliği Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=293)

Ölçek ve alt boyutları	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Bilgi Güvenliği Yönetimi	1,00	5,00	3,72	0,78
Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	1,00	5,00	3,63	0,80
Bilgi Güvenliği Uygulaması	1,00	9,00	3,56	0,95
Bilgi Güvenliği Kültürü	1,00	5,00	3,88	0,81
Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	1,00	5,00	2,60	0,66
Ölçek Toplam Puan	1,00	5,00	3,58	0,68

Hemşirelerin bilgi güvenliği ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları tabloda gösterilmiştir. Hemşireler bilgi güvenliği yönetimi alt boyutundan $3,72\pm 0,78$; bilgi güvenliği yaklaşımı alt boyutundan $3,63\pm 0,80$; bilgi güvenliği uygulaması alt boyutundan $3,56\pm 0,95$; bilgi güvenliği kültürü alt boyutundan $3,88\pm 0,81$; bilgi güvenliğinde gizlilik alt boyutundan $2,60\pm 0,66$, ve toplam ölçek puanından ise $3,58\pm 0,68$ puan almışlardır.

Tablo 12: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlardaki Puanları (n=293)

Ölçek Ve Alt Boyutları	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Hasta Güvenliği Kültürü Genel Ortalaması	1,81	4,95	3,62	0,51
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	1,50	5,00	3,97	0,68
Hataların raporlanma sıklığı	1,00	5,00	3,75	0,91
Hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması	1,00	5,00	3,61	0,75
Hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller	1,00	5,00	3,87	0,70
Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri	1,00	5,00	3,91	0,81
Örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme	1,00	5,00	3,59	0,72
Üniteler/birimler içinde ekip çalışması	1,00	5,00	3,80	0,74
İletişimin açık tutulması	1,00	5,00	3,68	0,82
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	1,00	13,00	3,82	1,00
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	1,00	5,00	3,19	0,82
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	1,00	5,00	3,76	0,78

Tabloda hemşirelerin hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ile hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının puan ortalamaları gösterilmiştir. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü genel ortalaması $\bar{x}=3,62$ puan ile orta derecede olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Boyutlar arasında güvenliğin kapsamlı algılanması boyutu en yüksek ortalamaya ($\bar{x}=3,97$) sahip iken; hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutu en düşük ortalama puanı ($\bar{x}=3,19$) almıştır (Tablo 12).

6.2. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRMALAR

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre değerlendirme sonuçları bu bölümde yer almaktadır.

Tablo 13: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının ve Alt Boyutlarının Medeni Durum Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	Ss	t	P
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Genel Ortalaması	Evli	195	61,37	9,16	-0,617	0,538
	Bekar	98	62,07	9,28		
KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	Evli	195	29,66	4,76	0,341	0,733
	Bekar	98	29,46	4,84		
Davranış Niyeti	Evli	195	15,17	2,88	-1,620	0,106
	Bekar	98	15,74	2,76		
KDH'ye karşı duygular	Evli	195	16,53	2,97	-0,899	0,369
	Bekar	98	16,87	3,05		

Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği genel algısı ve alt boyutlarına ait ortalamalar medeni durum bakımından karşılaştırılmıştır (Tablo 13). Medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 14: Bilgi Güvenliği Ölçeği Puanlarının ve Alt Boyutlarının Medeni Durum Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	Ss	t	P																																																				
Bilgi Güvenliği Genel Ortalama	Evli	195	3,63	0,64	1,660	0,098																																																				
	Bekar	98	3,49	0,74			Bilgi Güvenliği Yönetimi	Evli	195	3,76	0,75	0,999	0,318	Bekar	98	3,66	0,84	Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	Evli	195	3,66	0,78	0,676	0,500	Bekar	98	3,59	0,85	Bilgi Güvenliği Uygulaması	Evli	195	3,66	0,92	2,444	0,015*	Bekar	98	3,37	1,00	Bilgi Güvenliği Kültürü	Evli	195	3,94	0,79	1,785	0,075	Bekar	98	3,76	0,84	Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	Evli	195	2,61	0,66	0,327	0,744	Bekar
Bilgi Güvenliği Yönetimi	Evli	195	3,76	0,75	0,999	0,318																																																				
	Bekar	98	3,66	0,84			Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	Evli	195	3,66	0,78	0,676	0,500	Bekar	98	3,59	0,85	Bilgi Güvenliği Uygulaması	Evli	195	3,66	0,92	2,444	0,015*	Bekar	98	3,37	1,00	Bilgi Güvenliği Kültürü	Evli	195	3,94	0,79	1,785	0,075	Bekar	98	3,76	0,84	Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	Evli	195	2,61	0,66	0,327	0,744	Bekar	98	2,58	0,67								
Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	Evli	195	3,66	0,78	0,676	0,500																																																				
	Bekar	98	3,59	0,85			Bilgi Güvenliği Uygulaması	Evli	195	3,66	0,92	2,444	0,015*	Bekar	98	3,37	1,00	Bilgi Güvenliği Kültürü	Evli	195	3,94	0,79	1,785	0,075	Bekar	98	3,76	0,84	Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	Evli	195	2,61	0,66	0,327	0,744	Bekar	98	2,58	0,67																			
Bilgi Güvenliği Uygulaması	Evli	195	3,66	0,92	2,444	0,015*																																																				
	Bekar	98	3,37	1,00			Bilgi Güvenliği Kültürü	Evli	195	3,94	0,79	1,785	0,075	Bekar	98	3,76	0,84	Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	Evli	195	2,61	0,66	0,327	0,744	Bekar	98	2,58	0,67																														
Bilgi Güvenliği Kültürü	Evli	195	3,94	0,79	1,785	0,075																																																				
	Bekar	98	3,76	0,84			Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	Evli	195	2,61	0,66	0,327	0,744	Bekar	98	2,58	0,67																																									
Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	Evli	195	2,61	0,66	0,327	0,744																																																				
	Bekar	98	2,58	0,67																																																						

* $p<0,05$: Anlamlı fark bulunmaktadır.

Hemşirelerin bilgi güvenliği ölçeği genel algısı ve alt boyutlarına ait ortalamaları medeni durum bakımından karşılaştırılmıştır (Tablo 14). Tabloda hemşirelerin medeni durumuna göre bilgi güvenliği uygulaması boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bilgi güvenliği uygulaması ortalama puanı evli olan hemşirelerde bekarlara göre daha fazla bulunmuştur ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 15: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve alt boyutları ile ilişkin Ölçek Puanlarının Medeni Durum Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	Ss	t	P																																																																																																																						
Hasta Güvenliği Kültürü Genel Ortalaması	Evli	195	3,65	0,50	1,272	0,205																																																																																																																						
	Bekar	98	3,57	0,54			Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Evli	195	4,03	0,64	2,135	0,034*	Bekar	98	3,85	0,73	Hataların raporlanma sıklığı	Evli	195	3,79	0,82	1,106	0,270	Bekar	98	3,67	1,06	Hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması	Evli	195	3,65	0,75	1,352	0,177	Bekar	98	3,53	0,75	Hastane müdahaleleri ve değişim/hastanede devirler ve nakiller	Evli	195	3,85	0,71	-0,429	0,668	Bekar	98	3,89	0,70	Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri	Evli	195	3,97	0,79	1,689	0,092	Bekar	98	3,80	0,84	Örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme	Evli	195	3,64	0,68	1,778	0,077	Bekar	98	3,48	0,79	Üniteler/birimler içinde ekip çalışması	Evli	195	3,84	0,70	1,043	0,298	Bekar	98	3,74	0,83	İletişimin açık tutulması	Evli	195	3,70	0,81	0,721	0,472	Bekar	98	3,63	0,85	Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	Evli	195	3,87	1,05	0,963	0,336	Bekar	98	3,74	0,92	Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Evli	195	3,14	0,83	-1,459	0,146	Bekar	98	3,29	0,78	Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Evli	195	3,81	0,75	1,661	0,098	Bekar
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Evli	195	4,03	0,64	2,135	0,034*																																																																																																																						
	Bekar	98	3,85	0,73			Hataların raporlanma sıklığı	Evli	195	3,79	0,82	1,106	0,270	Bekar	98	3,67	1,06	Hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması	Evli	195	3,65	0,75	1,352	0,177	Bekar	98	3,53	0,75	Hastane müdahaleleri ve değişim/hastanede devirler ve nakiller	Evli	195	3,85	0,71	-0,429	0,668	Bekar	98	3,89	0,70	Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri	Evli	195	3,97	0,79	1,689	0,092	Bekar	98	3,80	0,84	Örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme	Evli	195	3,64	0,68	1,778	0,077	Bekar	98	3,48	0,79	Üniteler/birimler içinde ekip çalışması	Evli	195	3,84	0,70	1,043	0,298	Bekar	98	3,74	0,83	İletişimin açık tutulması	Evli	195	3,70	0,81	0,721	0,472	Bekar	98	3,63	0,85	Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	Evli	195	3,87	1,05	0,963	0,336	Bekar	98	3,74	0,92	Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Evli	195	3,14	0,83	-1,459	0,146	Bekar	98	3,29	0,78	Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Evli	195	3,81	0,75	1,661	0,098	Bekar	98	3,65	0,83								
Hataların raporlanma sıklığı	Evli	195	3,79	0,82	1,106	0,270																																																																																																																						
	Bekar	98	3,67	1,06			Hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması	Evli	195	3,65	0,75	1,352	0,177	Bekar	98	3,53	0,75	Hastane müdahaleleri ve değişim/hastanede devirler ve nakiller	Evli	195	3,85	0,71	-0,429	0,668	Bekar	98	3,89	0,70	Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri	Evli	195	3,97	0,79	1,689	0,092	Bekar	98	3,80	0,84	Örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme	Evli	195	3,64	0,68	1,778	0,077	Bekar	98	3,48	0,79	Üniteler/birimler içinde ekip çalışması	Evli	195	3,84	0,70	1,043	0,298	Bekar	98	3,74	0,83	İletişimin açık tutulması	Evli	195	3,70	0,81	0,721	0,472	Bekar	98	3,63	0,85	Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	Evli	195	3,87	1,05	0,963	0,336	Bekar	98	3,74	0,92	Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Evli	195	3,14	0,83	-1,459	0,146	Bekar	98	3,29	0,78	Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Evli	195	3,81	0,75	1,661	0,098	Bekar	98	3,65	0,83																			
Hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması	Evli	195	3,65	0,75	1,352	0,177																																																																																																																						
	Bekar	98	3,53	0,75			Hastane müdahaleleri ve değişim/hastanede devirler ve nakiller	Evli	195	3,85	0,71	-0,429	0,668	Bekar	98	3,89	0,70	Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri	Evli	195	3,97	0,79	1,689	0,092	Bekar	98	3,80	0,84	Örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme	Evli	195	3,64	0,68	1,778	0,077	Bekar	98	3,48	0,79	Üniteler/birimler içinde ekip çalışması	Evli	195	3,84	0,70	1,043	0,298	Bekar	98	3,74	0,83	İletişimin açık tutulması	Evli	195	3,70	0,81	0,721	0,472	Bekar	98	3,63	0,85	Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	Evli	195	3,87	1,05	0,963	0,336	Bekar	98	3,74	0,92	Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Evli	195	3,14	0,83	-1,459	0,146	Bekar	98	3,29	0,78	Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Evli	195	3,81	0,75	1,661	0,098	Bekar	98	3,65	0,83																														
Hastane müdahaleleri ve değişim/hastanede devirler ve nakiller	Evli	195	3,85	0,71	-0,429	0,668																																																																																																																						
	Bekar	98	3,89	0,70			Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri	Evli	195	3,97	0,79	1,689	0,092	Bekar	98	3,80	0,84	Örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme	Evli	195	3,64	0,68	1,778	0,077	Bekar	98	3,48	0,79	Üniteler/birimler içinde ekip çalışması	Evli	195	3,84	0,70	1,043	0,298	Bekar	98	3,74	0,83	İletişimin açık tutulması	Evli	195	3,70	0,81	0,721	0,472	Bekar	98	3,63	0,85	Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	Evli	195	3,87	1,05	0,963	0,336	Bekar	98	3,74	0,92	Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Evli	195	3,14	0,83	-1,459	0,146	Bekar	98	3,29	0,78	Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Evli	195	3,81	0,75	1,661	0,098	Bekar	98	3,65	0,83																																									
Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri	Evli	195	3,97	0,79	1,689	0,092																																																																																																																						
	Bekar	98	3,80	0,84			Örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme	Evli	195	3,64	0,68	1,778	0,077	Bekar	98	3,48	0,79	Üniteler/birimler içinde ekip çalışması	Evli	195	3,84	0,70	1,043	0,298	Bekar	98	3,74	0,83	İletişimin açık tutulması	Evli	195	3,70	0,81	0,721	0,472	Bekar	98	3,63	0,85	Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	Evli	195	3,87	1,05	0,963	0,336	Bekar	98	3,74	0,92	Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Evli	195	3,14	0,83	-1,459	0,146	Bekar	98	3,29	0,78	Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Evli	195	3,81	0,75	1,661	0,098	Bekar	98	3,65	0,83																																																				
Örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme	Evli	195	3,64	0,68	1,778	0,077																																																																																																																						
	Bekar	98	3,48	0,79			Üniteler/birimler içinde ekip çalışması	Evli	195	3,84	0,70	1,043	0,298	Bekar	98	3,74	0,83	İletişimin açık tutulması	Evli	195	3,70	0,81	0,721	0,472	Bekar	98	3,63	0,85	Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	Evli	195	3,87	1,05	0,963	0,336	Bekar	98	3,74	0,92	Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Evli	195	3,14	0,83	-1,459	0,146	Bekar	98	3,29	0,78	Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Evli	195	3,81	0,75	1,661	0,098	Bekar	98	3,65	0,83																																																															
Üniteler/birimler içinde ekip çalışması	Evli	195	3,84	0,70	1,043	0,298																																																																																																																						
	Bekar	98	3,74	0,83			İletişimin açık tutulması	Evli	195	3,70	0,81	0,721	0,472	Bekar	98	3,63	0,85	Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	Evli	195	3,87	1,05	0,963	0,336	Bekar	98	3,74	0,92	Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Evli	195	3,14	0,83	-1,459	0,146	Bekar	98	3,29	0,78	Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Evli	195	3,81	0,75	1,661	0,098	Bekar	98	3,65	0,83																																																																										
İletişimin açık tutulması	Evli	195	3,70	0,81	0,721	0,472																																																																																																																						
	Bekar	98	3,63	0,85			Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	Evli	195	3,87	1,05	0,963	0,336	Bekar	98	3,74	0,92	Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Evli	195	3,14	0,83	-1,459	0,146	Bekar	98	3,29	0,78	Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Evli	195	3,81	0,75	1,661	0,098	Bekar	98	3,65	0,83																																																																																					
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	Evli	195	3,87	1,05	0,963	0,336																																																																																																																						
	Bekar	98	3,74	0,92			Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Evli	195	3,14	0,83	-1,459	0,146	Bekar	98	3,29	0,78	Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Evli	195	3,81	0,75	1,661	0,098	Bekar	98	3,65	0,83																																																																																																
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Evli	195	3,14	0,83	-1,459	0,146																																																																																																																						
	Bekar	98	3,29	0,78			Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Evli	195	3,81	0,75	1,661	0,098	Bekar	98	3,65	0,83																																																																																																											
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Evli	195	3,81	0,75	1,661	0,098																																																																																																																						
	Bekar	98	3,65	0,83																																																																																																																								

*p<0,05: Anlamlı fark bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve boyutlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediği t testi ile değerlendirilmiştir. Tabloda hemşirelerin medeni durumuna göre güvenliğin kapsamlı algılanması boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Güvenliğin kapsamlı algılanması ortalaması evli olan hemşirelerde bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 16: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının Eğitim Durumu Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	ss	F	p	Tukey Testi
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Genel Ortalaması	Ön lisans ¹	28	62,50	8,36	1,342	0,263	
	Lisans ²	214	61,08	9,12			
	Yüksek lisans&Doktora ³	51	63,29	9,80			
KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	Ön lisans ¹	28	31,18	3,72	4,919	0,008*	2-3
	Lisans ²	214	29,07	4,92			
	Yüksek lisans&Doktora ³	51	30,92	4,31			
Davranış Niyeti	Ön lisans ¹	28	14,68	3,21	0,929	0,396	
	Lisans ²	214	15,42	2,65			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	15,53	3,42			
KDH'ye karşı duygular	Ön lisans ¹	28	16,64	3,03	0,137	0,872	
	Lisans ²	214	16,60	2,91			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	16,84	3,37			

*p<0,05: Anlamlı fark bulunmaktadır.

Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) veriler normal dağılım gösteriyorsa kullanılan bir analizdir. Araştırmaya katılan hemşirelerin vermiş oldukları yanıtların eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) ile test edilmiştir (Tablo 16).

Analiz sonuçlarına göre KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler boyutu eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir (p<0,05). Gruplar arasında elde edilen farklılığa bakıldığında lisansüstü mezunlarının lisans mezunlarına göre daha yüksek KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler puanına sahip olduğu

görülmüştür. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinde ve diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 17: Hemşirelerin Bilgi Güvenliği Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	ss	F	p	Tukey Testi
Bilgi Güvenliği Genel Ortalama	Ön lisans ¹	28	3,83	0,64	2,677	0,070	
	Lisans ²	214	3,53	0,65			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	3,65	0,79			
Bilgi Güvenliği Yönetimi	Ön lisans ¹	28	3,93	0,69	1,341	0,263	
	Lisans ²	214	3,69	0,78			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	3,78	0,83			
Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	Ön lisans ¹	28	3,80	0,82	1,138	0,322	
	Lisans ²	214	3,59	0,75			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	3,71	0,97			
Bilgi Güvenliği Uygulaması	Ön lisans ¹	28	3,96	0,74	4,335	0,014*	1-2
	Lisans ²	214	3,47	0,95			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	3,73	1,01			
Bilgi Güvenliği Kültürü	Ön lisans ¹	28	4,22	0,73	3,283	0,039*	1-2
	Lisans ²	214	3,82	0,80			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	3,94	0,86			
Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	Ön lisans ¹	28	2,65	0,72	0,608	0,545	
	Lisans ²	214	2,61	0,64			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	2,51	0,75			

* $p<0,05$: Anlamlı fark bulunmaktadır.

Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) veriler normal dağılım gösteriyorsa kullanılan bir analizdir. Araştırmaya katılan hemşirelerin vermiş oldukları yanıtların eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) ile test edilmiştir (Tablo 17).

Analiz sonuçlarına göre bilgi güvenliği uygulaması ve bilgi güvenliği kültürü boyutları eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,014$ ve $p < 0,039$). Gruplar arasında elde edilen farklılığa bakıldığında her iki boyutta da ön lisans mezunlarının lisans mezunlarına göre ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur. Bilgi güvenliği ölçeğinde ve diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 18: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve alt boyutları ile ilişkin Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	ss	F	P	Tukey Testi
Hasta Güvenliği Kültürü Genel Ortalaması	Ön lisans ¹	28	3,90	0,52	4,633	0,010*	1-2 1-3
	Lisans ²	214	3,61	0,49			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	3,56	0,56			
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Ön lisans ¹	28	4,20	0,60	1,787	0,169	
	Lisans ²	214	3,94	0,68			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	3,94	0,70			
Hataların raporlanma sıklığı	Ön lisans ¹	28	3,90	0,75	1,842	0,160	
	Lisans ²	214	3,78	0,88			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	3,54	1,09			
Hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması	Ön lisans ¹	28	4,08	0,64	6,260	0,002*	1-2 1-3
	Lisans ²	214	3,56	0,74			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	3,59	0,76			
Hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller	Ön lisans ¹	28	4,15	0,66	3,402	0,035*	1-3
	Lisans ²	214	3,86	0,68			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	3,72	0,80			
Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri	Ön lisans ¹	28	4,25	0,72	2,964	0,053	
	Lisans ²	214	3,86	0,80			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	3,95	0,87			
Örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme	Ön lisans ¹	28	3,85	0,66	2,022	0,134	
	Lisans ²	214	3,57	0,71			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	3,54	0,77			
Üniteler/birimler içinde ekip çalışması	Ön lisans ¹	28	3,99	0,65	1,050	0,351	
	Lisans ²	214	3,78	0,76			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	3,82	0,73			
İletişimin açık tutulması	Ön lisans ¹	28	3,96	0,74	2,363	0,096	
	Lisans ²	214	3,67	0,79			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	3,55	0,95			
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	Ön lisans ¹	28	4,04	0,79	1,571	0,210	
	Lisans ²	214	3,84	1,02			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	3,63	1,03			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Ön lisans ¹	28	3,60	0,77	3,936	0,021*	1-2 1-3
	Lisans ²	214	3,16	0,78			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	3,11	0,95			
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Ön lisans ¹	28	4,12	0,51	3,765	0,024*	1-2
	Lisans ²	214	3,70	0,80			
	Yüksek Lisans&Doktora ³	51	3,80	0,78			

*p<0,05: Anlamlı fark bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve boyutlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediği ANOVA testi ile değerlendirilmiştir. Tabloda hemşirelerin eğitim durumuna göre hasta güvenliği kültürü genel ölçek puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, ön lisans mezunu hemşirelerin lisans ve lisansüstü mezunlarına göre ortalama puanları daha fazladır ($p<0,05$).

Aynı şekilde hastane birimleri arasındaki ekip çalışması boyutu ile hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutlarında da ön lisans mezunu hemşirelerin lisans ve lisansüstü mezunlarına göre ortalama puanları daha fazladır ($p<0,05$).

Hastane müdahaleleri ve hastanede devirler ve nakiller boyutunda gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. Ön lisans mezunlarının lisansüstü mezunlara göre ortalama puanları daha fazladır ($p<0,05$).

Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutunda ise ön lisans mezunları ile lisans mezunları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Ön lisans mezunlarının ortalama puanları lisans mezunlarına göre daha yüksektir ($p<0,05$).

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 19: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarının Çalışma Şekli Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	ss	F	p	Tukey Testi
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	Gündüz ¹	138	61,33	9,05	0,457	0,634	
	Vardiyalı ²	94	61,35	9,40			
	Nöbet ³	61	62,61	9,24			
KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	Gündüz ¹	138	29,80	4,64	0,252	0,777	
	Vardiyalı ²	94	29,41	4,71			
	Nöbet ³	61	29,39	5,25			
Davranış Niyeti	Gündüz ¹	138	15,14	2,93	1,174	0,311	
	Vardiyalı ²	94	15,41	2,86			
	Nöbet ³	61	15,80	2,64			
KDH'ye karşı duygular	Gündüz ¹	138	16,39	2,96	2,586	0,077	
	Vardiyalı ²	94	16,52	3,21			
	Nöbet ³	61	17,41	2,65			

Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği ve alt boyutlarında hemşirelerin çalışma şekillerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 20: Hemşirelerin Bilgi Güvenliği Ölçek Puanlarının Çalışma Şekli Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	ss	F	p	Tukey Testi
Bilgi Güvenliği Genel Ortalama	Gündüz ¹	138	3,58	0,60			
	Vardiyalı ²	94	3,53	0,73	0,647	0,524	
	Nöbet ³	61	3,66	0,76			
Bilgi Güvenliği Yönetimi	Gündüz ¹	138	3,72	0,68			
	Vardiyalı ²	94	3,66	0,85	1,025	0,360	
	Nöbet ³	61	3,84	0,88			
Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	Gündüz ¹	138	3,62	0,74			
	Vardiyalı ²	94	3,59	0,86	0,551	0,577	
	Nöbet ³	61	3,73	0,85			
Bilgi Güvenliği Uygulaması	Gündüz ¹	138	3,61	0,83			
	Vardiyalı ²	94	3,43	0,97	1,360	0,258	
	Nöbet ³	61	3,65	1,16			
Bilgi Güvenliği Kültürü	Gündüz ¹	138	3,89	0,77			
	Vardiyalı ²	94	3,87	0,85	0,012	0,998	
	Nöbet ³	61	3,87	0,83			
Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	Gündüz ¹	138	2,53	0,61			
	Vardiyalı ²	94	2,65	0,70	1,391	0,251	
	Nöbet ³	61	2,67	0,71			

Bilgi güvenliği ölçeğinde ve alt boyutlarında hemşirelerin çalışma şekillerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 21: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve alt boyutlarına ilişkin Ölçek Puanlarının Çalışma Şekli Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	ss	F	P	Tukey Testi
Hasta Güvenliği Kültürü Genel Ortalaması	Gündüz ¹	138	3,66	0,45	4,318	0,014*	2-3
	Vardiyalı ²	94	3,50	0,50			
	Nöbet ³	61	3,73	0,62			
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Gündüz ¹	138	4,02	0,63	0,792	0,454	
	Vardiyalı ²	94	3,91	0,68			
	Nöbet ³	61	3,93	0,76			
Hataların raporlanma sıklığı	Gündüz ¹	138	3,68	0,79	1,330	0,266	
	Vardiyalı ²	94	3,75	0,99			
	Nöbet ³	61	3,91	1,03			
Hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması	Gündüz ¹	138	3,74	0,71	6,202	0,002*	1-2
	Vardiyalı ²	94	3,39	0,75			
	Nöbet ³	61	3,67	0,78			
Hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller	Gündüz ¹	138	3,84	0,65	4,035	0,019*	2-3
	Vardiyalı ²	94	3,76	0,75			
	Nöbet ³	61	4,08	0,72			
Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri	Gündüz ¹	138	3,93	0,78	0,089	0,915	
	Vardiyalı ²	94	3,90	0,86			
	Nöbet ³	61	3,88	0,83			
Örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme	Gündüz ¹	138	3,60	0,66	0,299	0,742	
	Vardiyalı ²	94	3,61	0,72			
	Nöbet ³	61	3,52	0,84			
Üniteler/birimler içinde ekip çalışması	Gündüz ¹	138	3,84	0,67	0,754	0,471	
	Vardiyalı ²	94	3,73	0,78			
	Nöbet ³	61	3,84	0,84			
İletişimin açık tutulması	Gündüz ¹	138	3,71	0,78	1,894	0,152	
	Vardiyalı ²	94	3,55	0,84			
	Nöbet ³	61	3,79	0,87			
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	Gündüz ¹	138	3,77	0,82	3,448	0,033*	2-3
	Vardiyalı ²	94	3,72	0,86			
	Nöbet ³	61	4,12	1,47			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Gündüz ¹	138	3,20	0,75	7,546	0,001*	1-3
	Vardiyalı ²	94	2,98	0,82			
	Nöbet ³	61	3,49	0,87			
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Gündüz ¹	138	3,88	0,70	3,949	0,020*	1-2
	Vardiyalı ²	94	3,59	0,82			
	Nöbet ³	61	3,74	0,87			

*p<0,05: Anlamlı fark bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve boyutlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların çalışma şekilleri bakımından farklılık gösterip göstermediği ANOVA ile değerlendirilmiştir. Tabloda hemşirelerin çalışma

şekillerine göre hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ile hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması, hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği olmak üzere 6 alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutlarında gündüz çalışan hemşirelerin ortalamaları vardiyalı çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$).

Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, hasta güvenliği kültürü genel ortalaması, hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutlarında nöbet tutan hemşirelerin ortalamaları vardiyalı çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$).

Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutunda nöbet tutan hemşirelerin ortalamaları gündüz çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$).

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 22: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Ölçek Puanlarının Hastanede Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	ss	F	P	Tukey Testi
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Genel Ortalaması	1 yıldan az ¹	6	64,33	8,19	0,217	0,955	
	1-5 yıl ²	86	61,77	9,66			
	6-10 yıl ³	86	61,59	9,17			
	11-15 ⁴	46	61,96	8,21			
	16-20 ⁵	22	61,50	9,85			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	60,68	9,39			
KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	1 yıldan az ¹	6	31,67	3,72	0,389	0,856	
	1-5 yıl ²	86	29,23	5,41			
	6-10 yıl ³	86	29,57	4,85			
	11-15 ⁴	46	29,93	3,93			
	16-20 ⁵	22	29,41	4,76			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	29,79	4,41			
Davranış Niyeti	1 yıldan az ¹	6	15,33	3,01	0,262	0,933	
	1-5 yıl ²	86	15,60	2,72			
	6-10 yıl ³	86	15,37	2,74			
	11-15 ⁴	46	15,13	2,69			
	16-20 ⁵	22	15,45	2,91			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	15,10	3,47			
KDH'ye karşı duygular	1 yıldan az ¹	6	17,33	2,50	1,051	0,388	
	1-5 yıl ²	86	16,93	3,05			
	6-10 yıl ³	86	16,65	2,84			
	11-15 ⁴	46	16,89	2,75			
	16-20 ⁵	22	16,64	2,90			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	15,79	3,47			

Analiz sonuçlarına göre, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği ve alt boyutlarında hemşirelerin hastanede çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 23: Hemşirelerin Bilgi Güvenliği Ölçek Puanlarının Hastanede Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	ss	F	p	Tukey Testi
Bilgi Güvenliği Genel Ortalama	1 yıldan az ¹	6	3,61	0,50	0,297	0,915	
	1-5 yıl ²	86	3,52	0,73			
	6-10 yıl ³	86	3,58	0,72			
	11-15 yıl ⁴	46	3,66	0,60			
	16-20 yıl ⁵	22	3,59	0,71			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	3,60	0,60			
Bilgi Güvenliği Yönetimi	1 yıldan az ¹	6	3,48	0,49	0,506	0,772	
	1-5 yıl ²	86	3,67	0,84			
	6-10 yıl ³	86	3,74	0,80			
	11-15 yıl ⁴	46	3,86	0,72			
	16-20 yıl ⁵	22	3,75	0,84			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	3,69	0,68			
Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	1 yıldan az ¹	6	3,63	0,80	0,226	0,951	
	1-5 yıl ²	86	3,62	0,81			
	6-10 yıl ³	86	3,64	0,86			
	11-15 yıl ⁴	46	3,69	0,76			
	16-20 yıl ⁵	22	3,48	0,89			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	3,65	0,72			
Bilgi Güvenliği Uygulaması	1 yıldan az ¹	6	3,73	0,77	0,843	0,520	
	1-5 yıl ²	86	3,41	0,99			
	6-10 yıl ³	86	3,56	0,95			
	11-15 yıl ⁴	46	3,67	0,77			
	16-20 yıl ⁵	22	3,78	1,44			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	3,61	0,81			
Bilgi Güvenliği Kültürü	1 yıldan az ¹	6	3,93	0,82	0,550	0,738	
	1-5 yıl ²	86	3,76	0,84			
	6-10 yıl ³	86	3,92	0,89			
	11-15 yıl ⁴	46	3,97	0,72			
	16-20 yıl ⁵	22	3,87	0,78			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	3,93	0,72			
Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	1 yıldan az ¹	6	3,22	1,07	1,706	0,133	
	1-5 yıl ²	86	2,66	0,68			
	6-10 yıl ³	86	2,53	0,64			
	11-15 yıl ⁴	46	2,50	0,48			
	16-20 yıl ⁵	22	2,55	0,66			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	2,66	0,76			

Analiz sonuçlarına göre, bilgi güvenliği ölçeğinde ve alt boyutlarında hemşirelerin hastanede çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 24: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve alt boyutlarına ilişkin Ölçek Puanlarının Hastanede Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	ss	F	P	Tukey Testi
Hasta Güvenliği Kültürü Genel Ortalaması	1 yıldan az ¹	6	3,75	0,34	1,158	0,330	
	1-5 yıl ²	86	3,53	0,56			
	6-10 yıl ³	86	3,65	0,54			
	11-15 ⁴	46	3,63	0,44			
	16-20 ⁵	22	3,79	0,49			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	3,64	0,45			
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	1 yıldan az ¹	6	4,13	0,52	1,691	0,137	
	1-5 yıl ²	86	3,80	0,76			
	6-10 yıl ³	86	4,05	0,67			
	11-15 ⁴	46	3,97	0,61			
	16-20 ⁵	22	4,14	0,64			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	4,02	0,58			
Hataların raporlanma sıklığı	1 yıldan az ¹	6	3,89	0,66	0,647	0,664	
	1-5 yıl ²	86	3,63	1,06			
	6-10 yıl ³	86	3,86	0,87			
	11-15 ⁴	46	3,77	0,75			
	16-20 ⁵	22	3,80	0,83			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	3,70	0,91			
Hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması	1 yıldan az ¹	6	3,54	0,49	1,329	0,252	
	1-5 yıl ²	86	3,46	0,83			
	6-10 yıl ³	86	3,67	0,74			
	11-15 ⁴	46	3,63	0,76			
	16-20 ⁵	22	3,86	0,78			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	3,66	0,61			
Hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller	1 yıldan az ¹	6	3,92	0,66	1,297	0,265	
	1-5 yıl ²	86	3,85	0,72			
	6-10 yıl ³	86	3,88	0,75			
	11-15 ⁴	46	3,94	0,61			
	16-20 ⁵	22	4,10	0,63			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	3,68	0,72			
Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri	1 yıldan az ¹	6	4,00	0,85	0,712	0,615	
	1-5 yıl ²	86	3,78	0,82			
	6-10 yıl ³	86	3,94	0,92			
	11-15 ⁴	46	4,03	0,72			
	16-20 ⁵	22	3,95	0,74			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	3,95	0,71			

Tablo 24: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve alt boyutlarına ilişkin Ölçek Puanlarının Hastanede Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi (devamı)

		n	Ort.	ss	F	P	Tukey Testi
Örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme	1 yıldan az ¹	6	3,94	0,65	0,784	0,562	
	1-5 yıl ²	86	3,50	0,79			
	6-10 yıl ³	86	3,64	0,69			
	11-15 ⁴	46	3,60	0,69			
	16-20 ⁵	22	3,70	0,68			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	3,55	0,71			
Üniteler/birimler içinde ekip çalışması	1 yıldan az ¹	6	4,00	0,63	0,168	0,974	
	1-5 yıl ²	86	3,82	0,82			
	6-10 yıl ³	86	3,81	0,74			
	11-15 ⁴	46	3,82	0,75			
	16-20 ⁵	22	3,76	0,71			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	3,74	0,64			
İletişimin açık tutulması	1 yıldan az ¹	6	3,94	0,53	1,402	0,223	
	1-5 yıl ²	86	3,62	0,91			
	6-10 yıl ³	86	3,69	0,83			
	11-15 ⁴	46	3,54	0,76			
	16-20 ⁵	22	4,05	0,76			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	3,70	0,71			
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişimin açık tutulması	1 yıldan az ¹	6	4,06	0,88	1,410	0,221	
	1-5 yıl ²	86	3,77	0,91			
	6-10 yıl ³	86	3,85	0,84			
	11-15 ⁴	46	3,70	0,82			
	16-20 ⁵	22	4,32	2,10			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	3,74	0,82			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	1 yıldan az ¹	6	3,28	0,61	0,306	0,909	
	1-5 yıl ²	86	3,13	0,81			
	6-10 yıl ³	86	3,18	0,81			
	11-15 ⁴	46	3,27	0,82			
	16-20 ⁵	22	3,32	0,95			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	3,18	0,82			
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	1 yıldan az ¹	6	3,78	0,62	1,797	0,113	
	1-5 yıl ²	86	3,55	0,85			
	6-10 yıl ³	86	3,82	0,83			
	11-15 ⁴	46	3,89	0,71			
	16-20 ⁵	22	3,89	0,61			
	21 yıl ve fazlası ⁶	47	3,82	0,67			

Ölçek puanlarının çalışma süresine göre farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA testi sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre, hasta güvenliği kültürü ölçeğinde ve alt boyutlarında hemşirelerin hastanede çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 25: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Ölçek Puanlarının Hastanede Haftalık Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	ss	F	P	Tukey Testi
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Genel Ortalaması	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	64,58	9,56			
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	61,45	9,01	2,219	0,111	
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	58,09	11,32			
KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	30,85	4,20			
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	29,54	4,72	1,599	0,204	
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	27,91	6,89			
Davranış Niyeti	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	16,58	2,52			
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	15,29	2,85	3,295	0,038*	1-2 1-3
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	14,27	3,00			
KDH'ye karşı duygular	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	17,15	3,57			
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	16,63	2,91	0,710	0,492	
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	15,91	3,73			

* $p<0,05$: Anlamlı fark bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğine verdikleri yanıtların haftalık çalışma süresi bakımından farklılık gösterip göstermediği ANOVA testi ile değerlendirilmiştir. Tabloda hemşirelerin haftalık çalışma sürelerine göre davranış niyeti alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, davranış niyeti alt boyutunda haftada 20-39 saat çalışan hemşirelerin ortalamaları haftada 40-59 saat ile haftada 60-79 saat çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$).

Kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği ve diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 26: Hemşirelerin Bilgi Güvenliği Ölçek Puanlarının Hastanede Haftalık Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	ss	F	P	Tukey Testi
Bilgi Güvenliği Genel Ortalama	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	3,77	0,74	4,075	0,018*	1-3 2-3
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	3,58	0,66			
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	3,08	0,83			
Bilgi Güvenliği Yönetimi	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	3,95	0,78	3,155	0,044*	1-3
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	3,72	0,77			
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	3,25	0,95			
Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	3,87	0,80	2,881	0,058	
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	3,63	0,79			
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	3,18	0,92			
Bilgi Güvenliği Uygulaması	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	3,82	0,84	3,871	0,022*	1-3 2-3
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	3,57	0,95			
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	2,87	1,07			
Bilgi Güvenliği Kültürü	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	3,94	0,86	4,828	0,009*	1-3 2-3
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	3,90	0,78			
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	3,15	1,08			
Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	2,79	0,76	2,664	0,071	
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	2,57	0,65			
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	2,91	0,67			

* $p<0,05$: Anlamlı fark bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi güvenliği ölçeğine verdikleri yanıtların haftalık çalışma süresi bakımından farklılık gösterip göstermediği ANOVA testi ile değerlendirilmiştir. Tabloda hemşirelerin haftalık çalışma sürelerine göre bilgi güvenliği genel ortalaması ile bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği uygulaması

ve bilgi güvenliği kültürü alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, bilgi güvenliği genel ortalaması ile bilgi güvenliği uygulaması ve bilgi güvenliği kültürü alt boyutunda haftada 20-39 saat çalışan hemşirelerin ortalamaları haftada 60-79 saat çalışanlara ve haftada 40-59 saat çalışan hemşirelerin ortalamaları haftada 60-79 saat çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$).

Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, bilgi güvenliği yönetimi alt boyutunda haftada 20-39 saat çalışan hemşirelerin ortalamaları haftada 60-79 saat çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$).

Bilgi güvenliği leğinin diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 27: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçek Puanlarının Bu Hastanede Haftalık Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	ss	F	p	Tukey Testi
Hasta Güvenliği Kültürü Genel Ortalaması	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	3,93	0,62			
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	3,61	0,48	7,715	0,001*	1-2 1-3
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	3,27	0,74			
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	4,04	0,76			
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	3,97	0,66	1,485	0,228	
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	3,64	0,74			
Hataların raporlanma sıklığı	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	4,36	0,59			1-2
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	3,71	0,90	7,747	0,001*	1-3
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	3,30	1,16			
Hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	3,91	0,87			
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	3,59	0,71	2,813	0,062	
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	3,36	1,17			
Hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	4,21	0,89			1-2
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	3,84	0,67	4,024	0,019*	1-3
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	3,61	0,95			
Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	3,95	0,86			1-3
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	3,94	0,78	5,347	0,005*	2-3
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	3,14	1,05			

Tablo 27: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçek Puanlarının Bu Hastanede Haftalık Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi (devamı)

		n	Ort.	ss	F	p	Tukey Testi
Örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	3,88	0,83			1-3
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	3,58	0,68	4,647	0,010*	
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	3,12	1,02			
Üniteler/birimler içinde ekip çalışması	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	4,11	0,67			
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	3,78	0,73	2,647	0,073	
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	3,61	1,14			
İletişimin açık tutulması	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	4,12	0,64			1-2
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	3,65	0,79	5,135	0,006*	1-3
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	3,30	1,36			
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişimin açık tutulması	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	4,19	0,72			
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	3,81	1,01	2,965	0,053	
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	3,36	1,37			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	3,40	1,02			
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	3,18	0,79	1,376	0,254	
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	2,94	0,83			
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	Haftada 20-39 saat arası ¹	26	3,92	0,74			1-3
	Haftada 40-59 saat arası ²	256	3,76	0,76	3,627	0,028*	2-3
	Haftada 60-79 saat arası ³	11	3,18	1,16			

*p<0,05: Anlamlı fark bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve boyutlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların haftalık çalışma süresi bakımından farklılık gösterip göstermediği ANOVA testi ile değerlendirilmiştir. Tabloda hemşirelerin haftalık çalışma sürelerine göre hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ile hataların raporlanma sıklığı, hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller, yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik

geliştirme faaliyetleri, örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme, iletişimin açık tutulması, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği olmak üzere 7 alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ile hataların raporlanma sıklığı, hastane müdahaleleri ve değişim/hastanede devirler ve nakiller, iletişimin açık tutulması alt boyutlarında haftada 20-39 saat çalışan hemşirelerin ortalamaları haftada 40-59 saat çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$).

Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ile hataların raporlanma sıklığı, hastane müdahaleleri ve değişim/hastanede devirler ve nakiller, yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri, örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme, iletişimin açık tutulması, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutlarında haftada 20-39 saat çalışan hemşirelerin ortalamaları haftada 60-79 saat çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$).

Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri ile hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutlarında haftada 40-59 saat çalışan hemşirelerin ortalamaları haftada 60-79 saat çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$).

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 28: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Ölçek Puanlarının Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	ss	F	p	Tukey Testi
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Genel Ortalaması	1 yıldan az ¹	19	64,10	7,82	0,464	0,803	
	1-5 yıl ²	90	61,57	9,58			
	6-10 yıl ³	70	60,81	9,15			
	11-15 ⁴	52	62,23	8,66			
	16-20 ⁵	20	61,75	9,68			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	61,02	9,62			
KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	1 yıldan az ¹	19	31,05	3,89	0,672	0,645	
	1-5 yıl ²	90	29,30	5,42			
	6-10 yıl ³	70	29,15	4,86			
	11-15 ⁴	52	30,13	3,96			
	16-20 ⁵	20	29,50	4,84			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	29,67	4,50			
Davranış Niyeti	1 yıldan az ¹	19	15,68	2,69	0,083	0,995	
	1-5 yıl ²	90	15,40	2,63			
	6-10 yıl ³	70	15,26	2,74			
	11-15 ⁴	52	15,33	2,98			
	16-20 ⁵	20	15,50	3,10			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	15,37	3,40			
KDH'ye karşı duygular	1 yıldan az ¹	19	17,37	2,17	0,766	0,575	
	1-5 yıl ²	90	16,87	3,05			
	6-10 yıl ³	70	16,40	2,82			
	11-15 ⁴	52	16,77	2,94			
	16-20 ⁵	20	16,75	2,83			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	16,05	3,62			

Yapılan analiz sonuçlarına göre, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği ve alt boyutlarında hemşirelerin şu andaki uzmanlık alanında/mesleğinde çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 29: Hemşirelerin Bilgi Güvenliği Ölçek Puanlarının Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	ss	F	p	Tukey Testi
Bilgi Güvenliği Genel Ortalama	1 yıldan az ¹	19	3,74	0,49	0,737	0,596	
	1-5 yıl ²	90	3,52	0,73			
	6-10 yıl ³	70	3,58	0,73			
	11-15 yıl ⁴	52	3,69	0,59			
	16-20 yıl ⁵	20	3,48	0,67			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	3,55	0,67			
Bilgi Güvenliği Yönetimi	1 yıldan az ¹	19	3,81	0,63	0,750	0,587	
	1-5 yıl ²	90	3,66	0,84			
	6-10 yıl ³	70	3,73	0,79			
	11-15 yıl ⁴	52	3,89	0,71			
	16-20 yıl ⁵	20	3,62	0,80			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	3,66	0,75			
Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	1 yıldan az ¹	19	3,83	0,72	0,708	0,618	
	1-5 yıl ²	90	3,59	0,81			
	6-10 yıl ³	70	3,66	0,85			
	11-15 yıl ⁴	52	3,69	0,77			
	16-20 yıl ⁵	20	3,39	0,80			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	3,62	0,78			
Bilgi Güvenliği Uygulaması	1 yıldan az ¹	19	3,81	0,67	0,747	0,589	
	1-5 yıl ²	90	3,46	0,97			
	6-10 yıl ³	70	3,53	0,96			
	11-15 yıl ⁴	52	3,71	0,84			
	16-20 yıl ⁵	20	3,60	1,48			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	3,53	0,83			
Bilgi Güvenliği Kültürü	1 yıldan az ¹	19	4,01	0,71	1,018	0,407	
	1-5 yıl ²	90	3,80	0,85			
	6-10 yıl ³	70	3,88	0,88			
	11-15 yıl ⁴	52	4,07	0,74			
	16-20 yıl ⁵	20	3,71	0,66			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	3,82	0,77			
Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	1 yıldan az ¹	19	2,74	0,77	0,579	0,716	
	1-5 yıl ²	90	2,60	0,68			
	6-10 yıl ³	70	2,61	0,68			
	11-15 yıl ⁴	52	2,48	0,50			
	16-20 yıl ⁵	20	2,60	0,55			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	2,67	0,79			

Yapılan analiz sonuçlarına göre, bilgi güvenliği ölçeğinde ve alt boyutlarında hemşirelerin şu andaki uzmanlık alanında/mesleğinde çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 30: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve alt boyutlarına ilişkin Ölçek Puanlarının Şu Andaki Uzmanlık Alanında /Mesleğinde Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	ss	F	p	Tukey Testi
Hasta Güvenliği Kültürü Genel Ortalaması	1 yıldan az ¹	19	3,75	0,38	0,977	0,432	
	1-5 yıl ²	90	3,54	0,55			
	6-10 yıl ³	70	3,65	0,56			
	11-15 yıl ⁴	52	3,68	0,46			
	16-20 yıl ⁵	20	3,71	0,44			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	3,61	0,48			
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	1 yıldan az ¹	19	4,08	0,46	1,302	0,263	
	1-5 yıl ²	90	3,84	0,75			
	6-10 yıl ³	70	4,03	0,73			
	11-15 yıl ⁴	52	4,01	0,65			
	16-20 yıl ⁵	20	4,16	0,50			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	3,95	0,55			
Hataların raporlanma sıklığı	1 yıldan az ¹	19	3,84	0,65	0,935	0,458	
	1-5 yıl ²	90	3,63	1,03			
	6-10 yıl ³	70	3,90	0,91			
	11-15 yıl ⁴	52	3,83	0,74			
	16-20 yıl ⁵	20	3,63	0,89			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	3,68	0,95			
Hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması	1 yıldan az ¹	19	3,79	0,55	0,918	0,469	
	1-5 yıl ²	90	3,48	0,82			
	6-10 yıl ³	70	3,64	0,75			
	11-15 yıl ⁴	52	3,68	0,78			
	16-20 yıl ⁵	20	3,69	0,76			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	3,65	0,63			
Hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller	1 yıldan az ¹	19	4,00	0,61	1,249	0,286	
	1-5 yıl ²	90	3,80	0,72			
	6-10 yıl ³	70	3,91	0,77			
	11-15 yıl ⁴	52	3,98	0,62			
	16-20 yıl ⁵	20	3,96	0,67			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	3,68	0,74			
Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri	1 yıldan az ¹	19	4,07	0,72	1,188	0,315	
	1-5 yıl ²	90	3,83	0,85			
	6-10 yıl ³	70	3,90	0,91			
	11-15 yıl ⁴	52	4,12	0,73			
	16-20 yıl ⁵	20	3,78	0,63			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	3,85	0,76			

Tablo 30: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve alt boyutlarına ilişkin Ölçek Puanlarının Şu Andaki Uzmanlık Alanında /Mesleğinde Çalışma Süresi Bakımından İncelenmesi (devamı)

		n	Ort.	ss	F	p	Tukey Testi
Örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme	1 yıldan az ¹	19	3,81	0,51	0,725	0,605	
	1-5 yıl ²	90	3,51	0,75			
	6-10 yıl ³	70	3,59	0,75			
	11-15 yıl ⁴	52	3,63	0,67			
	16-20 yıl ⁵	20	3,70	0,76			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	3,53	0,72			
Üniteler/birimler içinde ekip çalışması	1 yıldan az ¹	19	4,14	0,64	1,587	0,164	
	1-5 yıl ²	90	3,84	0,77			
	6-10 yıl ³	70	3,66	0,80			
	11-15 yıl ⁴	52	3,88	0,69			
	16-20 yıl ⁵	20	3,75	0,75			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	3,73	0,67			
İletişimin açık tutulması	1 yıldan az ¹	19	3,82	0,62	0,897	0,484	
	1-5 yıl ²	90	3,59	0,87			
	6-10 yıl ³	70	3,75	0,84			
	11-15 yıl ⁴	52	3,64	0,86			
	16-20 yıl ⁵	20	3,93	0,71			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	3,61	0,75			
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	1 yıldan az ¹	19	3,91	0,78	1,446	0,208	
	1-5 yıl ²	90	3,76	0,90			
	6-10 yıl ³	70	3,85	0,89			
	11-15 yıl ⁴	52	3,83	0,78			
	16-20 yıl ⁵	20	4,33	2,17			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	3,63	0,87			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	1 yıldan az ¹	19	3,18	0,80	0,519	0,762	
	1-5 yıl ²	90	3,09	0,83			
	6-10 yıl ³	70	3,28	0,79			
	11-15 yıl ⁴	52	3,24	0,79			
	16-20 yıl ⁵	20	3,28	0,89			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	3,17	0,85			
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	1 yıldan az ¹	19	3,93	0,62	1,914	0,092	
	1-5 yıl ²	90	3,58	0,84			
	6-10 yıl ³	70	3,78	0,86			
	11-15 yıl ⁴	52	3,97	0,75			
	16-20 yıl ⁵	20	3,70	0,53			
	21 yıl ve fazlası ⁶	42	3,79	0,69			

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve boyutlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların şu andaki uzmanlık alanı ya da mesleklerinde çalıştıkları süre bakımından farklılık gösterip göstermediği ANOVA testi ile değerlendirilmiştir. Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ve alt boyutlarında hemşirelerin şu andaki uzmanlık alanı ya da mesleklerinde çalıştıkları süre bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 31: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Ölçek Puanlarının Hemşirelerin Hastanede Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	ss	F	p	Tukey Testi
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Genel Ortalaması	1 yıldan az ¹	32	62,94	7,98	0,709	0,617	
	1-5 yıl ²	138	61,98	9,33			
	6-10 yıl ³	78	61,55	9,06			
	11-15 ⁴	25	59,20	10,59			
	16-20 ⁵	9	61,56	7,35			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	58,91	9,97			
KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	1 yıldan az ¹	32	30,16	3,87	0,227	0,951	
	1-5 yıl ²	138	29,71	5,08			
	6-10 yıl ³	78	29,42	4,80			
	11-15 ⁴	25	29	5,07			
	16-20 ⁵	9	29	2,69			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	29,55	4,46			
Davranış Niyeti	1 yıldan az ¹	32	15,53	2,68	0,938	0,457	
	1-5 yıl ²	138	15,46	2,71			
	6-10 yıl ³	78	15,35	2,85			
	11-15 ⁴	25	14,80	3,51			
	16-20 ⁵	9	16,56	2,88			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	14,18	3,46			
KDH'ye karşı duygular	1 yıldan az ¹	32	17,25	2,40	1,875	0,099	
	1-5 yıl ²	138	16,81	3,18			
	6-10 yıl ³	78	16,78	2,61			
	11-15 ⁴	25	15,40	3,29			
	16-20 ⁵	9	16,00	2,87			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	15,18	3,52			

Araştırmaya katılan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği ve boyutlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların hemşirelerin hastanede şu anda çalıştıkları birimde/alanda buldukları süre bakımından farklılık gösterip göstermediği ANOVA testi ile değerlendirilmiştir. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği genel ortalaması ve alt boyutlarında hemşirelerin şu anda çalıştıkları birimde/alanda buldukları süre bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 32: Hemşirelerin Bilgi Güvenliği Ölçek Puanlarının Hemşirelerin Hastanede Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre Bakımından İncelenmesi

		N	Ort.	ss	F	p	Tukey Testi
Bilgi Güvenliği Genel Ortalama	1 yıldan az ¹	32	3,61	0,50	0,160	0,977	
	1-5 yıl ²	138	3,56	0,72			
	6-10 yıl ³	78	3,60	0,72			
	11-15 yıl ⁴	25	3,55	0,68			
	16-20 yıl ⁵	9	3,55	0,27			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	3,73	0,65			
Bilgi Güvenliği Yönetimi	1 yıldan az ¹	32	3,72	0,63	0,157	0,978	
	1-5 yıl ²	138	3,71	0,82			
	6-10 yıl ³	78	3,76	0,79			
	11-15 yıl ⁴	25	3,69	0,81			
	16-20 yıl ⁵	9	3,62	0,71			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	3,87	0,71			
Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	1 yıldan az ¹	32	3,70	0,67	0,198	0,963	
	1-5 yıl ²	138	3,63	0,82			
	6-10 yıl ³	78	3,62	0,86			
	11-15 yıl ⁴	25	3,52	0,84			
	16-20 yıl ⁵	9	3,64	0,53			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	3,75	0,77			
Bilgi Güvenliği Uygulaması	1 yıldan az ¹	32	3,56	0,74	0,248	0,941	
	1-5 yıl ²	138	3,51	0,95			
	6-10 yıl ³	78	3,62	1,11			
	11-15 yıl ⁴	25	3,58	0,87			
	16-20 yıl ⁵	9	3,64	0,48			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	3,75	0,91			
Bilgi Güvenliği Kültürü	1 yıldan az ¹	32	3,89	0,67	0,441	0,820	
	1-5 yıl ²	138	3,86	0,85			
	6-10 yıl ³	78	3,85	0,86			
	11-15 yıl ⁴	25	3,92	0,78			
	16-20 yıl ⁵	9	3,84	0,40			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	4,22	0,71			
Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	1 yıldan az ¹	32	2,67	0,63	0,742	0,593	
	1-5 yıl ²	138	2,59	0,69			
	6-10 yıl ³	78	2,67	0,70			
	11-15 yıl ⁴	25	2,55	0,62			
	16-20 yıl ⁵	9	2,30	0,45			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	2,45	0,43			

Araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi güvenliği ölçeği ve boyutlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların hemşirelerin hastanede şu anda çalıştıkları birimde/alanda buldukları süre bakımından farklılık gösterip göstermediği ANOVA testi ile değerlendirilmiştir. Bilgi güvenliği ölçeği genel ortalaması ve alt boyutlarında hemşirelerin şu anda çalıştıkları birimde/alanda buldukları süre bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 33: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Hemşirelerin Hastanede Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre Bakımından İncelenmesi

		n	Ort.	ss	F	p	Tukey Testi
Hasta Güvenliği Kültürü Genel Ortalaması	1 yıldan az ¹	32	3,65	0,45	0,424	0,832	
	1-5 yıl ²	138	3,60	0,54			
	6-10 yıl ³	78	3,62	0,51			
	11-15 yıl ⁴	25	3,66	0,46			
	16-20 yıl ⁵	9	3,80	0,26			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	3,73	0,68			
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	1 yıldan az ¹	32	3,89	0,60	0,952	0,448	
	1-5 yıl ²	138	3,93	0,74			
	6-10 yıl ³	78	4,02	0,64			
	11-15 yıl ⁴	25	3,88	0,59			
	16-20 yıl ⁵	9	4,25	0,48			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	4,23	0,60			
Hataların raporlanma sıklığı	1 yıldan az ¹	32	3,85	0,74	0,746	0,590	
	1-5 yıl ²	138	3,66	1,01			
	6-10 yıl ³	78	3,79	0,83			
	11-15 yıl ⁴	25	3,96	0,89			
	16-20 yıl ⁵	9	3,67	0,62			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	3,91	0,82			
Hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması	1 yıldan az ¹	32	3,66	0,69	0,577	0,718	
	1-5 yıl ²	138	3,57	0,78			
	6-10 yıl ³	78	3,59	0,78			
	11-15 yıl ⁴	25	3,68	0,66			
	16-20 yıl ⁵	9	3,89	0,60			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	3,81	0,79			
Hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller	1 yıldan az ¹	32	3,85	0,68	0,158	0,978	
	1-5 yıl ²	138	3,84	0,76			
	6-10 yıl ³	78	3,91	0,67			
	11-15 yıl ⁴	25	3,91	0,58			
	16-20 yıl ⁵	9	3,78	0,67			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	3,86	0,80			
Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri	1 yıldan az ¹	32	3,94	0,68	0,399	0,849	
	1-5 yıl ²	138	3,89	0,84			
	6-10 yıl ³	78	3,88	0,88			
	11-15 yıl ⁴	25	3,96	0,77			
	16-20 yıl ⁵	9	3,86	0,36			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	4,23	0,71			

*p<0,05: Anlamlı fark bulunmaktadır.

Tablo 33: Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Puanlarının Hemşirelerin Hastanede Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre Bakımından İncelenmesi (devamı)

		n	Ort.	ss	F	p	Tukey Testi
Örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme	1 yıldan az ¹	32	3,58	0,69	0,273	0,928	
	1-5 yıl ²	138	3,57	0,75			
	6-10 yıl ³	78	3,59	0,73			
	11-15 yıl ⁴	25	3,55	0,67			
	16-20 yıl ⁵	9	3,78	0,50			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	3,76	0,68			
Üniteler/birimler içinde ekip çalışması	1 yıldan az ¹	32	3,87	0,75	0,999	0,419	
	1-5 yıl ²	138	3,88	0,74			
	6-10 yıl ³	78	3,66	0,77			
	11-15 yıl ⁴	25	3,74	0,73			
	16-20 yıl ⁵	9	3,83	0,43			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	3,75	0,79			
İletişimin açık tutulması	1 yıldan az ¹	32	3,81	0,69	0,933	0,460	
	1-5 yıl ²	138	3,61	0,89			
	6-10 yıl ³	78	3,66	0,81			
	11-15 yıl ⁴	25	3,73	0,79			
	16-20 yıl ⁵	9	4,04	0,39			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	3,91	0,67			
Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim	1 yıldan az ¹	32	3,86	0,74	0,140	0,983	
	1-5 yıl ²	138	3,80	0,91			
	6-10 yıl ³	78	3,88	1,35			
	11-15 yıl ⁴	25	3,77	0,71			
	16-20 yıl ⁵	9	3,89	0,60			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	3,70	1,05			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	1 yıldan az ¹	32	3,24	0,75	1,706	0,133	
	1-5 yıl ²	138	3,06	0,82			
	6-10 yıl ³	78	3,30	0,81			
	11-15 yıl ⁴	25	3,27	0,78			
	16-20 yıl ⁵	9	3,63	0,70			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	3,36	1,02			
Personel sağlama	1 yıldan az ¹	32	2,84	0,51	0,993	0,422	
	1-5 yıl ²	138	2,82	0,51			
	6-10 yıl ³	78	2,76	0,46			
	11-15 yıl ⁴	25	2,92	0,49			
	16-20 yıl ⁵	9	3,08	0,33			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	2,93	0,77			
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	1 yıldan az ¹	32	3,77	0,78	0,497	0,778	
	1-5 yıl ²	138	3,74	0,80			
	6-10 yıl ³	78	3,71	0,75			
	11-15 yıl ⁴	25	3,91	0,81			
	16-20 yıl ⁵	9	4,04	0,56			
	21 yıl ve fazlası ⁶	11	3,76	0,94			

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve boyutlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların hemşirelerin hastanede şu anda çalıştıkları birimde/alanda buldukları süre bakımından farklılık gösterip göstermediği ANOVA testi ile değerlendirilmiştir. Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ve

alt boyutlarında hemşirelerin şu anda çalıştıkları birimde/alanda buldukları süre bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 34: Hemşirelerin Kurumun Hasta Güvenliği Derecesi İle İlgili Değerlendirmeleri

	(n)	(%)
Mükemmel	48	16,4
Çok iyi	136	46,4
Kabul edilebilir	98	33,4
Zayıf	9	3,1
Başarısız	2	,7
Toplam	293	100,0

Araştırmaya katılan hemşirelerin %16,4'ü (n=48) çalışmakta oldukları hastanenin hasta güvenliği derecesini mükemmel, %46,4'ü (n=136) çok iyi, %33,4'ü (n=98) kabul edilebilir, %3,1'i (n=9) zayıf ve %7'si (n=2) başarısız olarak değerlendirmiştir.

Tablo 35: Son 12 Ayda Raporlanan Olay Sayısı

	(n)	(%)
0 olay sayısı	76	25,9
1-2	128	43,7
3-5	72	24,6
6-10	9	3,1
11-20	4	1,4
21 ve fazlası	4	1,4
Toplam	293	100,0

Araştırmaya katılan hemşirelerin %25,9'u (n=76) son 12 ay içerisinde hiç olay raporlamadığını belirtirken; %43,7'si (n=128) 1-2 olay ve %24,6'sı (n=72) 3-5 olay raporladığını belirtmiştir.

6.3. KORELASYON VE ÇOKLU DOĞRUSAL REGRESYON ANALİZLERİ

Tablo 36: KDHYTÖ Ortalaması Ve Boyutları, Toplam Çalışma Yılı, Yaş, Bilgi Güvenliği Ortalaması Ve Boyutları İle Hasta Güvenliği Kültürü Ortalaması Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Ortalaması	1												
2.KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	0,882**	1											
3.Davranış Niyeti	0,826**	0,527**	1										
4.KDH'ye karşı duygular	0,872**	0,607**	0,740**	1									
5.Toplam Çalışma Yılı	-0,034	0,020	-0,029	-0,108	1								
6.Yaş	-0,052	-0,001	-0,045	-0,114	0,959**	1							
7.Bilgi Güvenliği Yönetimi	0,378**	0,417**	0,268**	0,240**	-0,020	-0,023	1						
8.Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	0,366**	0,389**	0,269**	0,244**	-0,034	-0,030	0,816**	1					
9.Bilgi Güvenliği Uygulaması	0,238**	0,300**	0,108	0,149*	0,041	0,026	0,716**	0,750**	1				
10.Bilgi Güvenliği Kültürü	0,436**	0,516**	0,227**	0,296**	0,022	0,009	0,729**	0,753**	0,713**	1			
11.Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	-0,085	-0,046	-0,071	-0,121*	-0,059	-0,046	0,127*	0,225**	0,125*	0,091	1		
12.Bilgi Güvenliği Ortalaması	0,381**	0,439**	0,238**	0,242**	-0,005	-0,010	0,913**	0,916**	0,877**	0,869**	0,257**	1	
13.Hasta Güvenliği Kültürü Ortalaması	0,430**	0,469**	0,259**	0,323**	0,033	0,010	0,640**	0,625**	0,610**	0,660**	-0,054	0,681**	1

Spearman korelasyon katsayısı ** Korelasyon katsayısı 0,01 düzeyinde anlamlıdır. (**p<0,01)

Korelasyon katsayısı 0,05 düzeyinde anlamlıdır. (*p<0,05)

Bu bölümde tablo 36'da kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği ortalaması, bilgi güvenliği ortalaması, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inançlar ve beklentiler alt boyutu, kanıta dayalı hemşireliği uygulama davranış niyeti alt boyutu, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik duygular alt boyutu bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü, bilgi güvenliğinde gizlilik, toplam çalışma yılı, yaş ve hasta güvenliği kültürü ortalaması arasındaki ilişkilere yer verilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için yapılan korelasyon analizi sonucunda 78 ilişki katsayısından 49 tanesi pozitif yönde 1 tanesi negatif olmak üzere 50 ilişki katsayısı anlamlı bulunmuştur.

Tablo 36'da değişkenler arasındaki korelasyon matrisini gösterilmektedir. Bu matris incelendiğinde, hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ile bilgi güvenliği genel ortalaması arasında ($r=0,681$; $p=0,000$); hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ile bilgi güvenliği kültürü arasında ($r=0,660$; $p=0,000$); hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ile bilgi güvenliği uygulaması arasında ($r=0,610$; $p=0,000$); hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ile bilgi güvenliği yaklaşımı arasında ($r=0,625$; $p=0,000$); hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ile bilgi güvenliği yönetimi arasında ($r=0,640$; $p=0,000$) orta düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu ilişki katsayılarına göre, bilgi güvenliğinde gizlilik alt boyutu hariç bilgi güvenliği ve alt boyutları hasta güvenliği kültürü ortalamasını orta düzeyde etkilemektedir.

Hasta güvenliği kültürü ortalaması ile KDHYTÖ ortalaması arasında ($r=0,430$; $p=0,000$); hasta güvenliği kültürü ile KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler arasında ($r=0,469$; $p=0,000$) orta düzeyde anlamlı ilişkiler bulunurken; hasta güvenliği kültürü ortalaması ile davranış niyeti arasında ($r=0,259$; $p=0,000$); hasta güvenliği kültürü ortalaması ile KDH'ye karşı duygular arasında ($r=0,323$; $p=0,000$) zayıf/düşük ilişkiler olduğu bulunmuştur. Bu ilişki katsayılarına göre, KDH ve alt boyutları hasta güvenliği kültürü ortalamasını düşük ve orta düzeyde etkilemektedir.

Tablo 37: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Hasta Güvenliği Kültürü Genel Ortalamasına Etkisi

Bağımlı Değişken: Hasta Güvenliği Kültürü Genel Ortalaması

Model	Değişkenler	B	Standart Hata	Standartize Edilmiş Beta	t	p	VIF
	Sabit	1,684	0,171		9,862	<0,001	
	Bilgi Güvenliği Yönetimi	0,126	0,049	0,192	2,574	0,011	3,513
	Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	0,090	0,052	0,141	1,712	0,088	4,251
	Bilgi Güvenliği Uygulaması	0,100	0,036	0,187	2,802	0,005	2,805
	Bilgi Güvenliği Kültürü	0,132	0,045	0,209	2,911	0,004	3,245
	Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	-0,107	0,032	-0,139	-3,322	0,001	1,107
	KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	0,014	0,006	0,134	2,354	0,019	2,047
	Davranış Niyeti	-0,007	0,011	-0,042	-0,674	0,501	2,406
	KDH'ye karşı duygular	0,015	0,011	0,085	1,319	0,188	2,640
R=0,741		R²=0,550					
F=43,351		P=0,000		Durbin Watson = 1,688			

Enter Modeli

Tabloda, bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü, bilgi güvenliğinde gizlilik, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler, davranış niyeti ve KDH'ye karşı duygular olmak üzere toplamda 8 bağımsız değişken çoklu regresyon analizine dahil edilmiştir. Tabloda, araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi güvenliği ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği boyutlarının hasta güvenliği kültürüne etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları görülmektedir. Buna göre, regresyon modeline ait istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu

göstermektedir ($F=43,551$; $p<0,05$). Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte hasta güvenliği kültürünün %55'ini açıklamaktadır ($R^2=0,550$).

Regresyon katsayısının anlamlılığına ilgili t testi sonuçlarına bakıldığında bilgi güvenliği yönetimi ($t=2,574$; $p<0,05$); bilgi güvenliği uygulaması ($t=2,802$; $p<0,05$); bilgi güvenliği kültürü ($t=2,911$; $p<0,05$); bilgi güvenliğinde gizlilik ($t=-3,322$; $p<0,05$) ile KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler ($t=2,354$; $p<0,05$) boyutlarının hasta güvenliği kültürü ortalamasını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği görülmektedir. Bilgi güvenliğinde gizlilik boyutu hasta güvenliği kültürünü negatif yönde etkilerken diğer boyutlar pozitif yönde etki etmektedir.

BETA değerleri incelendiğinde, bağımlı değişkeni en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği kültürü değişkeni olduğu görülmektedir ($\beta=0,209$). Bu sonuç, bilgi güvenliği kültürünün var olması ve gelişmesinin hasta güvenliği kültürünü pozitif olarak etkilediğini göstermektedir.

Tablo 38: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Güvenliğin Kapsamlı Algılanması Boyutuna Etkisi

Bağımlı Değişken: Güvenliğin Kapsamlı Algılanması

Model	Değişkenler	b	Standart Hata	Standartize Edilmiş Beta	t	p	VIF
	Sabit	2,176	0,270		8,056	<0,001	
	Bilgi Güvenliği Yönetimi	0,185	0,078	0,214	2,387	0,018	3,513
	Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	0,057	0,083	0,068	0,687	0,492	4,251
	Bilgi Güvenliği Uygulaması	0,052	0,057	0,074	0,923	0,357	2,805
	Bilgi Güvenliği Kültürü	0,123	0,072	0,147	1,710	0,088	3,245
	Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	-0,215	0,051	-0,212	-4,213	0,000	1,107
	KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	0,020	0,010	0,140	2,051	0,041	2,047
	Davranış Niyeti	-0,029	0,018	-0,124	-1,679	0,094	2,406
	KDH'ye karşı duygular	0,040	0,017	0,175	2,259	0,025	2,640
R=0,593		R²=0,352					
F=19,258		P=0,000		Durbin Watson = 1,806			

Enter Modeli

Tabloda, bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü, bilgi güvenliğinde gizlilik, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler, davranış niyeti ve KDH'ye karşı duygular olmak üzere toplamda 8 bağımsız değişken çoklu regresyon analizine dahil edilmiştir. Tabloda, araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi güvenliği ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği boyutlarının hasta güvenliği kültürünün güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutuna etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları görülmektedir. Buna göre, regresyon modeline ait istatistiksel

tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=19,258$; $p<0,05$). Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte güvenliğin kapsamlı algılanması boyutunun %35,2'sini açıklamaktadır ($R^2=0,352$).

Regresyon katsayısının anlamlılığı ile ilgili t testi sonuçlarına bakıldığında, bilgi güvenliği yönetimi ($t=2,387$; $p<0,05$); bilgi güvenliğinde gizlilik ($t=-4,213$; $p<0,05$); KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler ($t=2,051$; $p<0,05$) ile KDH'ye karşı duygular ($t=2,259$; $p<0,05$); boyutları güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemektedir. Bilgi güvenliğinde gizlilik boyutu güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutuna negatif yönde etki ederken diğer boyutlar pozitif yönde etki etmektedir.

BETA değerleri incelendiğinde, bağımlı değişkeni en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği yönetimi değişkeni olduğu görülmektedir ($\beta=0,214$). Bu sonuç, bilgi güvenliği yönetiminin var olması ve gelişmesinin güvenliğin kapsamlı algılanması boyutunu pozitif olarak etkilediğini göstermektedir.

Tablo 39: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Hataların Raporlanma Sıklığı Boyutuna Etkisi

Bağımlı Değişken: Hataların Raporlanma Sıklığı Alt Boyutu

Model	Değişkenler	b	Standart Hata	Standartize Edilmiş Beta	t	p	VIF
	Sabit	1,410	0,395		3,568	<0,001	
	Bilgi Güvenliği Yönetimi	0,278	0,114	0,238	2,452	0,015	3,513
	Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	-0,003	0,122	-0,003	-0,027	0,979	4,251
	Bilgi Güvenliği Uygulaması	0,114	0,083	,0119	1,376	0,170	2,805
	Bilgi Güvenliği Kültürü	0,181	0,105	0,161	1,723	0,086	3,245
	Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	0,106	0,075	0,077	1,413	0,159	1,107
	KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	0,007	0,014	0,035	0,478	0,633	2,047
	Davranış Niyeti	0,001	0,026	0,005	0,056	0,955	2,406
	KDH'ye karşı duygular	-0,018	0,026	-0,058	-0,684	0,494	2,640
R=0,488		R²=0,238					
F=11,108		P=0,000					Durbin Watson = 1,778

Enter Modeli

Tabloda, bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü, bilgi güvenliğinde gizlilik, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler, davranış niyeti ve KDH'ye karşı duygular olmak üzere toplamda 8 bağımsız değişken çoklu regresyon analizine dahil edilmiştir. Tabloda, araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi güvenliği ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği boyutlarının hasta güvenliği kültürünün güvenliğinin kapsamlı algılanması alt boyutuna etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları görülmektedir. Buna göre, regresyon modeline ait istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir (F=11,108;

$p < 0,05$). Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte hataların raporlanma sıklığı alt boyutunun %23,8'ini açıklamaktadır ($R^2=0,238$). Regresyon katsayısının anlamlılığıyla ilgili t testi sonuçlarına bakıldığında istatistiksel olarak sadece bilgi güvenliği yönetimi boyutunun anlamlı olduğu görölmektedir ($t=2,452$; $p < 0,05$). Bilgi güvenliği yönetimi hataların raporlanma sıklığı alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemektedir.

Bağımlı değişkene tek etki eden değişkenin bilgi güvenliği yönetimi değişkeni olduğu görölmektedir ($\beta=0,238$). Bu sonuç, bilgi güvenliği yönetimi alt boyutunun hataların raporlanma sıklığı alt boyutunu pozitif yönde etkilediğini ortaya koymaktadır.

Tablo 40: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Birimler İçinde Ekip Çalışması Boyutuna Etkisi

Bağımlı Değişken: Birimler İçinde Ekip Çalışması Alt Boyutu

Model	Değişkenler	b	Standart Hata	Standartize Edilmiş Beta	t	p	VIF
	Sabit	1,632	0,276		5,915	<0,001	
	Bilgi Güvenliği Yönetimi	0,102	0,079	0,106	1,286	0,199	3,513
	Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	0,200	0,085	0,213	2,359	0,019	4,251
	Bilgi Güvenliği Uygulaması	0,090	0,058	0,113	1,547	0,123	2,805
	Bilgi Güvenliği Kültürü	0,191	0,073	0,206	2,610	0,010	3,245
	Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	-0,290	0,052	-0,256	-5,558	0,000	1,107
	KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	0,028	0,010	0,177	2,817	0,005	2,047
	Davranış Niyeti	-0,024	0,018	-0,092	-1,356	0,176	2,406
	KDH'ye karşı duygular	0,007	0,018	0,028	0,395	0,693	2,640
R=0,675		R²=0,455					
F=29,643		P=0,000		Durbin Watson = 1,806			

Enter Modeli

Tabloda, bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü, bilgi güvenliğinde gizlilik, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler, davranış niyeti ve KDH'ye karşı duygular olmak üzere toplamda 8 bağımsız değişken çoklu regresyon analizine dahil edilmiştir. Tabloda, araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi güvenliği ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği boyutlarının hasta güvenliği kültürünün birimler içinde ekip çalışması alt boyutuna etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları görülmektedir. Buna göre, regresyon modeline ait istatistiksel

tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=29,643$; $p<0,05$). Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte birimler içinde ekip çalışması alt boyutunun %45,5'ini açıklamaktadır ($R^2=0,455$).

Regresyon katsayısının anlamlılığı ilgili t testi sonuçlarına bakıldığında, bilgi güvenliği yaklaşımı ($t=2,359$; $p<0,05$); bilgi güvenliği kültürü ($t=2,610$; $p<0,05$); bilgi güvenliğinde gizlilik ($t=-5,558$; $p<0,05$); KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler ($t=2,817$; $p<0,05$); boyutları birimler içinde ekip çalışması alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemektedir. Bilgi güvenliğinde gizlilik boyutu birimler içinde ekip çalışması alt boyutuna negatif yönde etki ederken diğer boyutlar pozitif yönde etki etmektedir.

BETA değerleri incelendiğinde, bağımlı değişkeni en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliğinde gizlilik değişkeni olduğu görülmektedir ($\beta=-0,256$). Bu sonuç, bilgi güvenliğinde gizlilik boyutunun birimler içinde ekip çalışması alt boyutunu negatif yönde etkilediğini ortaya koymaktadır.

Tablo 41: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Hastane Müdahaleleri Ve Değişim/ Hastanede Devirler Ve Nakiller Boyutuna Etkisi

Bağımlı Değişken: Hastane Müdahaleleri Ve Değişim/ Hastanede Devirler Ve Nakiller Alt Boyutu

Model	Değişkenler	b	Standart Hata	Standartize Edilmiş Beta	t	p	VIF
	Sabit	2,211	0,285		7,746	<0,001	
	Bilgi Güvenliği Yönetimi	0,108	0,082	0,118	1,313	0,190	3,513
	Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	0,147	0,088	0,166	1,676	0,095	4,251
	Bilgi Güvenliği Uygulaması	0,078	0,060	0,105	1,301	0,194	2,805
	Bilgi Güvenliği Kültürü	0,110	0,076	0,126	1,456	0,147	3,245
	Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	-0,277	0,054	-0,260	-5,135	0,000	1,107
	KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	-0,014	0,010	-0,093	-1,355	0,176	2,047
	Davranış Niyeti	0,017	0,019	0,069	0,928	0,354	2,406
	KDH'ye karşı duygular	0,053	0,018	0,223	2,857	0,005	2,640
R=0,586		R²=0,344					
F=18,594		P=0,000 Durbin Watson = 1,803					

Enter Modeli

Tabloda, bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü, bilgi güvenliğinde gizlilik, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler, davranış niyeti ve KDH'ye karşı duygular olmak üzere toplamda 8 bağımsız değişken çoklu regresyon analizine dahil edilmiştir. Tabloda, araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi güvenliği ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği boyutlarının hasta güvenliği kültürünün hastane

müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller alt boyutuna etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları görölmektedir. Buna göre, regresyon modeline ait istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=18,594$; $p<0,05$). Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller alt boyutunun %34,4'sini açıklamaktadır ($R^2=0,344$).

Bilgi güvenliğinde gizlilik ($t=-5,135$; $p<0,05$); KDH'ye karşı duygular ($t=2,857$; $p<0,05$) boyutları hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemektedir. Bilgi güvenliğinde gizlilik boyutu hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller alt boyutunu negatif yönde etkilerken, KDH'ye karşı duygular boyutu pozitif yönde etkilemektedir.

BETA değerleri incelendiğinde, bağımlı değişkeni en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliğinde gizlilik değişkeni olduğu görölmektedir ($\beta=-0,260$). Bu sonuç, bilgi güvenliğinde gizlilik boyutunun hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller alt boyutunu negatif yönde etkilediğini ortaya koymaktadır.

Tablo 42: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Yönetici Beklentileri Ve Hasta Güvenliği Geliştirme Faaliyetleri/Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri Boyutuna Etkisi

Bağımlı Değişken: Yönetici Beklentileri Ve Hasta Güvenliği Geliştirme Faaliyetleri/Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri Alt Boyutu

Model	Değişkenler	b	Standart Hata	Standartize Edilmiş Beta	t	p	VIF
	Sabit	0,040	0,058		0,690	0,490	
	Bilgi Güvenliği Yönetimi	0,007	0,017	0,007	0,437	0,663	3,513
	Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	-0,004	0,018	-0,004	-0,220	0,826	4,251
	Bilgi Güvenliği Uygulaması	-0,013	0,012	-0,015	-1,065	0,288	2,805
	Bilgi Güvenliği Kültürü	1,001	0,015	0,996	65,282	0,000	3,245
	Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	-0,014	0,011	-0,011	-1,249	0,213	1,107
	KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	0,001	0,002	0,004	0,307	0,759	2,047
	Davranış Niyeti	0,009	0,004	0,030	2,314	0,021	2,406
	KDH'ye karşı duygular	-0,006	0,004	-0,021	-1,507	0,133	2,640
R=0,990		R²=0,980					
F=1706,024		P=0,000		Durbin Watson = 2,155			

Enter Modeli

Tabloda, bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü, bilgi güvenliğinde gizlilik, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler, davranış niyeti ve KDH'ye karşı duygular olmak üzere toplamda 8 bağımsız değişken çoklu regresyon analizine dahil edilmiştir. Tabloda, araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi güvenliği ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği boyutlarının hasta güvenliği kültürünün yönetici

beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri alt boyutuna etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları görülmektedir. Buna göre, regresyon modeline ait istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=1706,024$; $p<0,05$). Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri alt boyutunun %98'ini açıklamaktadır ($R^2=0,980$).

Regresyon katsayısının anlamlılığı ilgili t testi sonuçlarına bakıldığında, bilgi güvenliği kültürü ($t=65,282$; $p<0,05$); davranış niyeti ($t=2,314$; $p<0,05$); boyutları yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemektedir.

BETA değerleri incelendiğinde, bağımlı değişkeni en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği kültürü değişkeni olduğu görülmektedir ($\beta=0,996$). Bu sonuç, bilgi güvenliği kültürünün artmasının yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri alt boyutunu pozitif yönde etkilediğini ve arttırdığını ortaya koymaktadır.

Tablo 43: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Örgütsel Öğrenme Ve Sürekli Geliştirme/İyileştirme Boyutuna Etkisi

Bağımlı Değişken: Örgütsel Öğrenme Ve Sürekli Geliştirme/İyileştirme Alt Boyutu

Model	Değişkenler	b	Standart Hata	Standartize Edilmiş Beta	t	p	VIF
	Sabit	0,857	0,264		3,251	0,001	
	Bilgi Güvenliği Yönetimi	0,055	0,076	0,060	0,732	0,465	3,513
	Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	0,175	0,081	0,194	2,155	0,032	4,251
	Bilgi Güvenliği Uygulaması	0,061	0,055	0,081	1,109	0,268	2,805
	Bilgi Güvenliği Kültürü	0,250	0,070	0,281	3,574	0,000	3,245
	Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	-0,030	0,050	-0,028	-0,606	0,545	1,107
	KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	0,035	0,009	0,234	3,735	0,000	2,047
	Davranış Niyeti	0,001	0,017	0,003	0,050	0,960	2,406
	KDH'ye karşı duygular	-0,017	0,017	-0,069	-0,971	0,332	2,640
R=0,677		R²=0,458					
F=29,971		P=0,000		Durbin Watson = 1,908			

Enter Modeli

Tabloda, bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü, bilgi güvenliğinde gizlilik, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler, davranış niyeti ve KDH'ye karşı duygular olmak üzere toplamda 8 bağımsız değişken çoklu regresyon analizine dahil edilmiştir. Tabloda, araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi güvenliği ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği boyutlarının hasta güvenliği kültürünün örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme alt boyutuna etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları görülmektedir. Buna göre, regresyon modeline ait

istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=29,971$; $p<0,05$). Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme alt boyutunun %45,8'ini açıklamaktadır ($R^2=0,458$).

Regresyon katsayısının anlamlılığı ilgili t testi sonuçlarına bakıldığında, bilgi güvenliği yaklaşımı ($t=2,387$; $p<0,05$); bilgi güvenliği kültürü ($t=3,574$; $p<0,05$); KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler ($t=3,735$; $p<0,05$); boyutları örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemektedir.

BETA değerleri incelendiğinde, bağımlı değişkeni en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği kültürü değişkeni olduğu görülmektedir ($\beta=0,281$). Bu sonuç, bilgi güvenliği kültürünün artmasının örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme alt boyutunu pozitif yönde etkilediğini ve arttırdığını ortaya koymaktadır.

Tablo 44: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Hastane Üniteleri/Birimleri Arasında Ekip Çalışması Boyutuna Etkisi

Bağımlı Değişken: Hastane Üniteleri/Birimleri Arasında Ekip Çalışması Alt Boyutu

Model	Değişkenler	b	Standart Hata	Standartize Edilmiş Beta	t	p	VIF
	Sabit	0,505	0,281		1,795	0,074	
	Bilgi Güvenliği Yönetimi	0,154	0,081	0,161	1,908	0,057	3,513
	Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	0,048	0,086	0,051	,553	0,581	4,251
	Bilgi Güvenliği Uygulaması	-0,070	0,059	-0,089	-1,184	0,238	2,805
	Bilgi Güvenliği Kültürü	0,277	0,075	0,301	3,708	0,000	3,245
	Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	0,057	0,053	0,051	1,069	0,286	1,107
	KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	0,046	0,010	0,293	4,533	0,000	2,047
	Davranış Niyeti	0,022	0,018	0,086	1,232	0,219	2,406
	KDH'ye karşı duygular	-0,007	0,018	-0,028	-,385	0,701	2,640
R=0,649		R²=0,421					
F=25,864		P=0,000		Durbin Watson = 2,045			

Enter Modeli

Tabloda, bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü, bilgi güvenliğinde gizlilik, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler, davranış niyeti ve KDH'ye karşı duygular olmak üzere toplamda 8 bağımsız değişken çoklu regresyon analizine dahil edilmiştir. Tabloda, araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi güvenliği ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği boyutlarının hasta güvenliği kültürünün hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması alt boyutuna etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları görülmektedir. Buna göre, regresyon modeline ait

istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=25,864$; $p<0,05$). Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması alt boyutunun %42,1'ini açıklamaktadır ($R^2=0,421$).

Regresyon katsayısının anlamlılığı ilgili t testi sonuçlarına bakıldığında, bilgi güvenliği kültürü ($t=3,708$; $p<0,05$); KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler ($t=4,553$; $p<0,05$) boyutları hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemektedir.

BETA değerleri incelendiğinde, bağımlı değişkeni en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği kültürü değişkeni olduğu görülmektedir ($\beta=0,301$). Bu sonuç, bilgi güvenliği kültürünün artmasının hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması alt boyutunu pozitif yönde etkilediğini ve arttırdığını ortaya koymaktadır.

Tablo 45: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının İletişimin Açık Tutulması Boyutuna Etkisi

Bağımlı Değişken: İletişimin Açık Tutulması Alt Boyutu

Model	Değişkenler	b	Standart Hata	Standartize Edilmiş Beta	t	p	VIF
	Sabit	1,165	0,332		3,508	0,001	
	Bilgi Güvenliği Yönetimi	0,147	0,095	0,139	1,539	0,125	3,513
	Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	0,233	0,102	0,227	2,280	0,023	4,251
	Bilgi Güvenliği Uygulaması	0,031	0,070	0,036	0,449	0,654	2,805
	Bilgi Güvenliği Kültürü	0,177	0,088	0,175	2,006	0,046	3,245
	Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	-0,078	0,063	-0,063	-1,241	0,216	1,107
	KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	0,018	0,012	0,103	1,484	0,139	2,047
	Davranış Niyeti	-0,015	0,022	-0,050	-0,673	0,501	2,406
	KDH'ye karşı duygular	0,014	0,022	0,050	0,634	0,527	2,640
R=0,580		R²=0,336					
F=17,963		P=0,000		Durbin Watson = 1,942			

Enter Modeli

Tabloda, bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü, bilgi güvenliğinde gizlilik, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler, davranış niyeti ve KDH'ye karşı duygular olmak üzere toplamda 8 bağımsız değişken çoklu regresyon analizine dahil edilmiştir. Tabloda, araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi güvenliği ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği boyutlarının hasta güvenliği kültürünün iletişimin açık tutulması alt boyutuna etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları görülmektedir. Buna göre, regresyon modeline ait istatistiksel

tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=17,963$; $p<0,05$). Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte iletişimin açık tutulması boyutunun %33,6'sını açıklamaktadır ($R^2=0,336$).

Regresyon katsayısının anlamlılığı ilgili t testi sonuçlarına bakıldığında, bilgi güvenliği yaklaşımı ($t=2,280$; $p<0,05$) ve bilgi güvenliği kültürü ($t=2,006$; $p<0,05$) boyutları iletişimin açık tutulması alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemektedir.

BETA değerleri incelendiğinde, bağımlı değişkeni en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği yaklaşımı değişkeni olduğu görülmektedir ($\beta=0,227$). Bu sonuç, bilgi güvenliği yaklaşımının iletişimin açık tutulması alt boyutunu pozitif yönde etkilediğini ve arttırdığını ortaya koymaktadır.

Tablo 46: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Hatalar Hakkında Geri Bildirim Ve İletişim Boyutuna Etkisi

Bağımlı Değişken: Hatalar Hakkında Geri Bildirim Ve İletişim Alt Boyutu

Model	Değişkenler	b	Standart Hata	Standartize Edilmiş Beta	t	p	VIF
	Sabit	0,812	0,387		2,099	0,037	
	Bilgi Güvenliği Yönetimi	0,161	0,111	0,124	1,445	0,150	3,513
	Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	-0,134	0,119	-0,107	-1,125	0,261	4,251
	Bilgi Güvenliği Uygulaması	0,601	0,081	0,569	7,397	0,000	2,805
	Bilgi Güvenliği Kültürü	-0,018	0,103	-0,015	-0,180	0,857	3,245
	Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	0,000	0,073	0,000	0,007	0,995	1,107
	KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	0,035	0,014	0,164	2,497	0,013	2,047
	Davranış Niyeti	-0,010	0,025	-0,028	-0,391	0,696	2,406
	KDH'ye karşı duygular	-0,002	0,025	-0,007	-0,097	0,923	2,640
R=0,633		R²=0,401					
F=23,768		P=0,000		Durbin Watson = 2,013			

Enter Modeli

Tabloda, bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü, bilgi güvenliğinde gizlilik, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler, davranış niyeti ve KDH'ye karşı duygular olmak üzere toplamda 8 bağımsız değişken çoklu regresyon analizine dahil edilmiştir. Tabloda, araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi güvenliği ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği boyutlarının hasta güvenliği kültürünün hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim alt boyutuna etkisini gösteren çoklu regresyon

analizi sonuçları görülmektedir. Buna göre, regresyon modeline ait istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=23,768$; $p<0,05$). Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim alt boyutunun %40,1'ini açıklamaktadır ($R^2=0,401$).

Regresyon katsayısının anlamlılığı ilgili t testi sonuçlarına bakıldığında, bilgi güvenliği uygulaması ($t=7,397$; $p<0,05$) ile KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler ($t=2,497$; $p<0,05$) boyutları hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemektedir.

BETA değerleri incelendiğinde, bağımlı değişkeni en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği uygulaması değişkeni olduğu görülmektedir ($\beta=0,569$). Bu sonuç, bilgi güvenliği uygulamasının hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim alt boyutunu pozitif yönde etkilediğini ve arttırdığını ortaya koymaktadır.

Tablo 47: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt Boyutuna Etkisi

Bağımlı Değişken: Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt Alt Boyutu

Model	Değişkenler	b	Standart Hata	Standartize Edilmiş Beta	t	P	VIF
	Sabit	2,231	0,386		5,774	<0,001	
	Bilgi Güvenliği Yönetimi	0,144	0,112	0,137	1,288	0,199	3,475
	Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	0,066	1,119	0,064	0,550	0,583	4,165
	Bilgi Güvenliği Uygulaması	-0,040	0,081	-0,047	-0,495	0,621	2,758
	Bilgi Güvenliği Kültürü	0,093	0,103	0,093	0,908	0,365	3,176
	Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	-0,058	0,074	-0,048	-0,789	0,431	1,107
	KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	-0,019	0,014	-0,109	-1,343	0,180	2,004
	KDH'ye karşı duygular	0,040	0,020	0,148	2,025	0,044	1,621
R=0,256		R²=0,065					
F=2,845		P=0,007		Durbin Watson = 1,668			

Enter Modeli

Tabloda, bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü, bilgi güvenliğinde gizlilik, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler ve KDH'ye karşı duygular olmak üzere toplamda 7 bağımsız değişken çoklu regresyon analizine dahil edilmiştir. Bu analizde, KDH'nin davranış niyeti alt boyutu çoklu bağlantı sorununa neden olduğu için regresyon analizine dahil edilmemiştir.

Çoklu doğrusal regresyon analizinde hasta güvenliği kültürü alt boyutlarından hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutunda regresyon katsayılarının tümü anlamsız çıkmıştır. Ancak F değeri anlamlı bulunmuştur. F değerinin

anlamli olduğu bir çoklu doğrusal regresyon modelinde en azından regresyon katsayılarından birinin p değerinin 0,05'ten küçük olması gerekir (Alpar, 2010, s.303). Yapılan analizde F değeri anlamlı bulunurken, bağımsız değişkenlerin tümünün p değerleri anlamsız bulunmuştur. Bu veride bir çoklubağlantı sorunu olabileceği anlamına gelebilir. Bu durum bir istatistikçiye danışılmış ve verideki bağımsız değişkenler sırasıyla modelden çıkarılıp yeniden çoklu doğrusal regresyon analizi yapılarak anlamlı bir model oluşturulmuştur. Bağımsız değişkenlerden “davranış niyetinin” çoklubağlantı sorununa neden olduğu belirlenmiş ve bu değişken bu analizden çıkarılmıştır.

Tabloda, araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi güvenliği ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği boyutlarının hasta güvenliği kültürünün hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutuna etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları görölmektedir. Buna göre, regresyon modeline ait istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=2,845$; $p<0,05$). Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutunun %6'sını açıklamaktadır ($R^2=0,065$).

Regresyon katsayısının anlamlılığı ilgili t testi sonuçlarına bakıldığında, KDH'ye karşı duygular ($t=2,025$; $p<0,05$) boyutunun hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği görölmektedir.

Bağımlı değişkene tek etki eden değişkenin KDH'ye karşı duygular değişkeni olduğu görölmektedir ($\beta=0,148$). Bu sonuç, KDH'ye karşı duygular alt boyutunun hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutunu pozitif yönde etkilediğini ortaya koymaktadır.

Tablo 48: Bilgi Güvenliği ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Alt Boyutlarının Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği Boyutuna Etkisi

Bağımlı Değişken: Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği

Model	Değişkenler	b	Standart Hata	Standartize Edilmiş Beta	t	p	VIF
	Sabit	1,599	0,270		5,913	<0,001	
	Bilgi Güvenliği Yönetimi	0,134	0,078	0,133	1,725	0,086	3,513
	Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	0,039	0,083	0,040	0,472	0,637	4,251
	Bilgi Güvenliği Uygulaması	0,229	0,057	0,278	4,028	0,000	2,805
	Bilgi Güvenliği Kültürü	0,237	0,072	0,245	3,296	0,001	3,245
	Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	-0,278	0,051	-0,236	-5,431	0,000	1,107
	KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler	0,029	0,010	0,179	3,028	0,003	2,047
	Davranış Niyeti	-0,029	0,018	-0,106	-1,661	0,098	2,406
	KDH'ye karşı duygular	0,005	0,018	0,020	0,295	0,768	2,640
R=0,719		R²=0,511					
F=37,931		P=0,000 Durbin Watson = 1,498					

Enter Modeli

Tabloda, bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü, bilgi güvenliğinde gizlilik, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler, davranış niyeti ve KDH'ye karşı duygular olmak üzere toplamda 8 bağımsız değişken çoklu regresyon analizine dahil edilmiştir. Tabloda, araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi güvenliği ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği boyutlarının hasta güvenliği kültürünün hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutuna etkisini gösteren çoklu

regresyon analizi sonuçları görülmektedir. Buna göre, regresyon modeline ait istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=37,931$; $p<0,05$). Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutunun %51,1'ini açıklamaktadır ($R^2=0,511$).

Regresyon katsayısının anlamlılığı ilgili t testi sonuçlarına bakıldığında, bilgi güvenliği uygulaması ($t=4,028$; $p<0,05$); bilgi güvenliği kültürü ($t=3,296$; $p<0,05$); bilgi güvenliğinde gizlilik ($t=-5,431$; $p<0,05$); KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler ($t=3,028$; $p<0,05$) boyutları hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemektedir. Bilgi güvenliğinde gizlilik boyutu hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutunu negatif yönde etkilerken, diğer boyutlar pozitif yönde etkilemektedir.

BETA değerleri incelendiğinde, bağımlı değişkeni en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği uygulaması değişkeni olduğu görülmektedir ($\beta=0,278$). Bu sonuç, bilgi güvenliği uygulamasının hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutunu pozitif yönde etkilediğini ortaya koymaktadır.

7. BÖLÜM: ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNİN SONUÇLARI ÖZET TABLO

Araştırmanın amacı kapsamında belirlenen hipotezlerin yapılan istatistikler analizler sonucunda kabul ve ret sonuçları aşağıdaki tablolarda özet halinde verilmiştir.

Tablo 49: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 1,2,3,4)

Hipotez	Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Sonuç
Hipotez 1	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Genel Ortalaması	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p>0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p>0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p>0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
	g. Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre		p>0,05
Hipotez 2	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	KDH'ye Yönelik İnançlar Ve Beklentiler	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p<0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p>0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p>0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
	g. Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre		p>0,05
Hipotez 3	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Davranış Niyeti	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p>0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p>0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p<0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
	g. Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre		p>0,05
Hipotez 4	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	KDH'ye Karşı Duygular	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p>0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p>0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p>0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
	g. Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre		p>0,05

Tablo 50: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 5.1 - 5.6)

Tablo 50: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 5.1 - 5.6)

Hipotez	Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Sonuç
Hipotez 5.1	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Bilgi Güvenliği Genel Ortalama	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p>0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p>0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p<0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
	g. Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre		p>0,05
Hipotez 5.2	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Bilgi Güvenliği Yönetimi	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p>0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p>0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p<0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
	g. Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre		p>0,05
Hipotez 5.3	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Bilgi Güvenliği Yaklaşımı	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p>0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p>0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p>0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
	g. Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre		p>0,05

Tablo 50: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları devamı

Hipotez	Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Sonuç
Hipotez 5.4	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Bilgi Güvenliği Uygulaması	
	a. Medeni Durum		p<0,05
	b. Eğitim Durumu		p<0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p>0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p<0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
	g. Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre		p>0,05
Hipotez 5.5	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Bilgi Güvenliği Kültürü	p>0,05
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p<0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p>0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p<0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
	g. Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre		p>0,05
Hipotez 5.6	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Bilgi Güvenliğinde Gizlilik	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p>0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p>0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p>0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
	g. Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre		p>0,05

Tablo 51: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 6.1 - 6.12)

Hipotez	Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Sonuç
Hipotez 6.1	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Hasta Güvenliği Kültürü Genel Ortalaması	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p<0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p<0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p<0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
Hipotez 6.2	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	
	a. Medeni Durum		p<0,05
	b. Eğitim Durumu		p>0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p>0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p>0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
Hipotez 6.3	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Hataların Raporlanma Sıklığı	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p>0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p>0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p<0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
Hipotez 6.4	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Hastane Üniteleri/Birimleri Arasında Ekip Çalışması	p>0,05
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p<0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p<0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p>0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
g. Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre	p>0,05		

Tablo 51: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları devamı

Hipotez	Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Sonuç
Hipotez 6.5	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Hastane Müdahaleleri Ve Değişim/ Hastanede Devirler Ve Nakiller	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p<0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p<0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p<0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
	g. Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre		p>0,05
Hipotez 6.6	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Yönetici Beklentileri Ve Hasta Güvenliği Geliştirme Faaliyetleri/Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p>0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p>0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p<0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
	g. Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre		p>0,05
Hipotez 6.7	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Örgütsel Öğrenme Ve Sürekli Geliştirme/lyileştirme	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p>0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p>0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p<0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
	g. Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre		p>0,05
Hipotez 6.8	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Üniteler/Birimler İçinde Ekip Çalışması	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p>0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p>0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p>0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
	g. Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre		p>0,05

Tablo 51: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları devamı

Hipotez	Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Sonuç
Hipotez 6.9	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	İletişimin Açık Tutulması	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p>0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p>0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p<0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
Hipotez 6.10	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Hatalar Hakkında Geri Bildirim Ve İletişim	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p>0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p<0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p>0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
Hipotez 6.11	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p<0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p<0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p>0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
Hipotez 6.12	Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	
	a. Medeni Durum		p>0,05
	b. Eğitim Durumu		p<0,05
	c. Kurumda Çalışma Şekli		p<0,05
	d. Hastanede Çalışma Yılı		p>0,05
	e. Haftalık Çalışma Süresi		p<0,05
	f. Şu Andaki Uzmanlık Alanında/Mesleğinde Çalışma Süresi		p>0,05
g. Şu anda Çalıştıkları Birimde/Alanda Buldukları Süre	p>0,05		

Tablo 52: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 7)

Hipotez	Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Sonuç
Hipotez 7	Korelasyon Analizi	Hasta Güvenliği Kültürü Genel Ortalaması	
	a. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Genel Ortalaması		$p<0,05$
	b. KDH'ye Yönelik İnançlar Ve Beklentiler		$p<0,05$
	c. Davranış Niyeti		$p<0,05$
	d. KDH'ye Karşı Duygular		$p<0,05$

Tablo 53: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 8)

Hipotez	Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Sonuç
Hipotez 8	Korelasyon Analizi	Hasta Güvenliği Kültürü Genel Ortalaması	
	a. Bilgi Güvenliği Ortalaması		$p<0,05$
	b. Bilgi Güvenliği Yönetimi		$p<0,05$
	c. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı		$p<0,05$
	d. Bilgi Güvenliği Uygulaması		$p<0,05$
	e. Bilgi Güvenliği Kültürü		$p<0,05$
	f. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik		$p>0,05$

Tablo 54: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 9,10,11,12)

Hipotez	Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Sonuç
	Çoklu Doğrusal Regresyon		
Hipotez 9	a. Bilgi Güvenliği Yönetimi	Hasta Güvenliği Kültürü Genel Ortalaması	p<0,05
	b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı		p>0,05
	c. Bilgi Güvenliği Uygulaması		p<0,05
	d. Bilgi Güvenliği Kültürü		p<0,05
	e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik		p<0,05
	f. KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler		p<0,05
	g. Davranış Niyeti		p>0,05
	h. KDH'ye karşı duygular		p>0,05
	Çoklu Doğrusal Regresyon		
Hipotez 10	a. Bilgi Güvenliği Yönetimi	Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	p<0,05
	b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı		p>0,05
	c. Bilgi Güvenliği Uygulaması		p>0,05
	d. Bilgi Güvenliği Kültürü		p>0,05
	e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik		p<0,05
	f. KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler		p<0,05
	g. Davranış Niyeti		p>0,05
	h. KDH'ye karşı duygular		p<0,05
Hipotez 11	a. Bilgi Güvenliği Yönetimi	Hataların Raporlanma Sıklığı	p<0,05
	b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı		p>0,05
	c. Bilgi Güvenliği Uygulaması		p>0,05
	d. Bilgi Güvenliği Kültürü		p>0,05
	e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik		p>0,05
	f. KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler		p>0,05
	g. Davranış Niyeti		p>0,05
	h. KDH'ye karşı duygular		p>0,05
Hipotez 12	a. Bilgi Güvenliği Yönetimi	Hastane Üniteleri/Birimleri Arasında Ekip Çalışması	p>0,05
	b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı		p<0,05
	c. Bilgi Güvenliği Uygulaması		p>0,05
	d. Bilgi Güvenliği Kültürü		p<0,05
	e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik		p<0,05
	f. KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler		p<0,05
	g. Davranış Niyeti		p>0,05
	h. KDH'ye karşı duygular		p>0,05

Tablo 55: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 13,14,15,16)

Hipotez	Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Sonuç
Hipotez 13	a. Bilgi Güvenliği Yönetimi	Hastane Müdahaleleri Ve Değişim/ Hastanede Devirler Ve Nakiller	p>0,05
	b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı		p>0,05
	c. Bilgi Güvenliği Uygulaması		p>0,05
	d. Bilgi Güvenliği Kültürü		p>0,05
	e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik		p<0,05
	f. KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler		p>0,05
	g. Davranış Niyeti		p>0,05
	h. KDH'ye karşı duygular		p<0,05
Hipotez 14	a. Bilgi Güvenliği Yönetimi	Yönetici Beklentileri Ve Hasta Güvenliği Geliştirme Faaliyetleri/Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	p>0,05
	b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı		p>0,05
	c. Bilgi Güvenliği Uygulaması		p>0,05
	d. Bilgi Güvenliği Kültürü		p<0,05
	e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik		p>0,05
	f. KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler		p>0,05
	g. Davranış Niyeti		p<0,05
	h. KDH'ye karşı duygular		p>0,05
Hipotez 15	a. Bilgi Güvenliği Yönetimi	Örgütsel Öğrenme Ve Sürekli Geliştirme/İyileştirme	p>0,05
	b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı		p<0,05
	c. Bilgi Güvenliği Uygulaması		p>0,05
	d. Bilgi Güvenliği Kültürü		p<0,05
	e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik		p>0,05
	f. KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler		p<0,05
	g. Davranış Niyeti		p>0,05
	h. KDH'ye karşı duygular		p>0,05
Hipotez 16	a. Bilgi Güvenliği Yönetimi	Üniteler/Birimler Arasında Ekip Çalışması	p>0,05
	b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı		p>0,05
	c. Bilgi Güvenliği Uygulaması		p>0,05
	d. Bilgi Güvenliği Kültürü		p<0,05
	e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik		p>0,05
	f. KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler		p<0,05
	g. Davranış Niyeti		p>0,05
	h. KDH'ye karşı duygular		p>0,05

Tablo 56: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 17,18,19,20)

Hipotez	Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Sonuç
Hipotez 17	a. Bilgi Güvenliği Yönetimi	İletişimin Açık Tutulması	p>0,05
	b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı		p<0,05
	c. Bilgi Güvenliği Uygulaması		p>0,05
	d. Bilgi Güvenliği Kültürü		p<0,05
	e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik		p>0,05
	f. KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler		p>0,05
	g. Davranış Niyeti		p>0,05
	h. KDH'ye karşı duygular		p>0,05
Hipotez 18	a. Bilgi Güvenliği Yönetimi	Hatalar Hakkında Geri Bildirim Ve İletişim	p>0,05
	b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı		p>0,05
	c. Bilgi Güvenliği Uygulaması		p<0,05
	d. Bilgi Güvenliği Kültürü		p>0,05
	e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik		p>0,05
	f. KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler		p<0,05
	g. Davranış Niyeti		p>0,05
	h. KDH'ye karşı duygular		p>0,05
Hipotez 19	a. Bilgi Güvenliği Yönetimi	Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	p>0,05
	b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı		p>0,05
	c. Bilgi Güvenliği Uygulaması		p>0,05
	d. Bilgi Güvenliği Kültürü		p>0,05
	e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik		p>0,05
	f. KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler		p>0,05
	g. Davranış Niyeti		p>0,05
	h. KDH'ye karşı duygular		p<0,05
Hipotez 20	a. Bilgi Güvenliği Yönetimi	Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	p>0,05
	b. Bilgi Güvenliği Yaklaşımı		p>0,05
	c. Bilgi Güvenliği Uygulaması		p<0,05
	d. Bilgi Güvenliği Kültürü		p<0,05
	e. Bilgi Güvenliğinde Gizlilik		p<0,05
	f. KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler		p<0,05
	g. Davranış Niyeti		p>0,05
	h. KDH'ye karşı duygular		p>0,05

8.BÖLÜM: TARTIŞMA

Bu araştırmanın temel amacı; hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları ve alt boyutları ile bilgi güvenliği ve alt boyutlarının hasta güvenliği kültürü ve alt boyutları üzerindeki etkisini ortaya koymaktır. Bu bağlamda; Türkiye'deki bir üniversite hastanesinde görev yapan 293 hemşireden elde edilen veriler doğrultusunda çeşitli bulgulara ulaşılmıştır. Aşağıda çalışma sonuçları ile ilgili elde edilen bulgular açıklanmıştır.

Bu araştırma kapsamında 293 hemşireye ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %66,6'sı evlilerden oluşmaktadır. Eğitim durumu açısından incelendiğinde hemşirelerin %9,16'sının ön lisans mezunu olduğu, %73'ünün lisans mezunu olduğu ve %17,4'ünün lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Hemşirelerin kurumda çalışma şekilleri incelendiğinde %47,1'nin, neredeyse yarısının, gündüz çalıştığı, %32,1'inin vardiyalı ve %20,8'inin nöbet usulü çalıştığı görülmektedir. Hemşirelerin yarısından fazlası 1-10 yıl arasında aynı kurumda çalıştıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin yaklaşık yarısı, %47'si ise 1-5 yıl arası aynı birimde görev yaptıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin büyük bir çoğunluğu, %87,4'ü, haftada 40-59 saat arasında çalıştıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %90,8'i doğrudan hastalarla etkileşim ve temas içerisinde bulunmaktadır. Hemşirelerin şu andaki uzmanlık alanı ya da mesleğinde çalışma yıllarına bakıldığında yarısından biraz fazlasının 1-10 yıl arası aynı uzmanlık alanı veya mesleğinde çalıştığı belirtilmiştir.

Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinden alınabilecek minimum puan 15, maksimum puan ise 75 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin KDHYTÖ genel puan ortalaması $61,60 \pm 9,19$; KDHYTÖ "Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler" alt boyutu ortalaması $29,59 \pm 4,78$; hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik davranış niyeti alt boyut ortalaması $15,37 \pm 2,85$; hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik duygular alt boyut ortalaması ise $16,65 \pm 3,00$ bulunmuştur. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin puan ortalamalarının orta düzeyin üzerinde olduğu söylenebilir.

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalamasının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Alperen (2019) çalışmasında KDHYTÖ puan ortalaması 51.33 ± 5.18 ; Yılmaz ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalaması 57.14 ± 8.27 ; Daştan ve Hintistan'ın (2018) dahiliye servislerinde yaptığı çalışmada hemşirelerin KDHYTÖ toplam puan ortalamasının 57.35 ± 9.45 ; Durmuş ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalaması 53.57 ± 9.39 ; Şen ve Yurt'un (2021) yaptıkları çalışmada KDHYTÖ puan ortalaması 51.33 ± 5.18 ; Yılmaz ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında KDHYTÖ puan ortalaması 57.14 ± 8.27 ; Küçükkoğlu ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin KDHYTÖ toplam puan ortalaması 57.03 ± 9.06 olarak bulunmuştur. Aslan ve Gürdap (2021)'in çalışmasında hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ortalama puanı $62.4 \pm 9,6$ olarak bulunmuştur. Yoğun bakım hemşirelerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada; KDHYTÖ toplam puan ortalaması $57.20 \pm 9,06$ olarak bulunmuştur (Dikmen vd., 2018, s.142). Bu çalışmada ise hemşirelerin KDHYTÖ puan ortalaması 61.60 ± 9.19 ile orta düzeyin üzerinde bulunmuştur.

Bu çalışmada KDHYTÖ "Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler" alt boyutu ortalaması $29.59 \pm 4,78$ olarak bulunmuştur. Alperen (2019) yaptığı çalışmada kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler boyut ortalaması 30.51 ± 4.36 ; Yılmaz ve diğerlerinin (2018) çalışmasında ise bu boyut ortalaması 27.08 ± 4.43 bulunmuştur. Dikmen ve diğerlerinin (2018) yapmış olduğu çalışmada en yüksek tutum puanının ($26.97 \pm 5,50$) kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler alt boyutunda olduğu belirtilmiştir. Aslan ve Gürzap (2021)'in çalışmasında en yüksek puanı "Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler" alt boyutu almıştır.

Bu çalışmada KDHYTÖ "Kanıta dayalı davranış niyeti" alt boyutu ortalaması $15.37 \pm 2,85$ olarak bulunmuştur. Yılmaz ve diğerlerinin (2018) çalışmasında bu boyut 14.85 ± 2.49 ; Alperen (2019) yaptığı çalışmada bu boyut ortalaması

12.69±2,65 orta düzey bulunmuştur. Aslan ve Gürzap (2021)'in çalışmasında davranış niyeti boyutunun olumlu yönde yüksek olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışmada KDHYTÖ “Kanıt dayalı Hemşireliğe karşı duygular” alt boyutu ortalaması 16.65±3,00 olarak bulunmuştur. Aslan ve Gürzap (2021)'in çalışmasında duygular niyeti boyutunun olumlu yönde yüksek olduğu belirtilmiştir. Küçüköğlü vd. (2017) tarafından yapılan çalışmada üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin “Kanıt Dayalı Hemşirelik ile İlgili Duygular” alt boyut puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Çalışmada, hemşirelerin KDHYTÖ inanç ve beklentiler alt boyutu ortalama puanı yüksek çıkması, hemşirelerin kanıt dayalı uygulamalara inandıklarını ortaya koyarken; KDHYTÖ uygulama niyeti alt boyutu puan ortalamasının orta düzey bulunması kanıt dayalı uygulamalara inanmanın tek başına yeterli olmadığını ve davranış değişikliğine yol açmadığını göstermektedir (Alperen 2019).

Bu çalışmada KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler için cronbach's alpha 0,94'tür. Davranış Niyeti için cronbach's alpha 0,65'tir. KDH'ye karşı duygular için cronbach's alpha 0,85 ve tüm anket için Cronbach alfa değeri 0,92 bulunmuştur. Durmuş ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise; inançlar ve beklentiler alt boyutu için $\alpha=0,72$, davranış niyeti alt boyutu için $\alpha=0,47$, duygular alt boyutu için $\alpha=0,61$ olarak bulunmuştur (Durmuş vd, 2017, s.649).

Türkiye’de kanıt dayalı hemşireliğe yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde, birçok çalışmada hemşirelerin kanıt dayalı hemşireliğe yönelik olumlu bir tutuma sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Aslan ve Gürzap, 2021, s.85; Durmuş vd, 2017, s.659). Bazı çalışmalarda ise hemşirelerin kanıt dayalı hemşireliğe yönelik orta düzeyde, kısmen olumlu, bir tutuma sahip olduğu ve geliştirilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Şen ve Yurt, 2021, s.102; Küçüköğlü vd. 2017, s.7; Dikmen vd., 2018, s.142). Hemşireler KDU’nun faydalı olduğuna inandıklarını belirtirken; bu inançların uygulama yaparken davranışlarını değiştirmedini belirtmişlerdir (Şen ve Yurt, 2021, s.102). Kardiyovasküler hemşireler üzerine yapılan bir çalışmada hemşirelerin KDH'ye

karşı olumlu tutumları, duyguları, inançları ve eylemleri olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kılıçlı vd., 2019, s.498). Yurtdışında yapılan çalışmalar incelendiğinde, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya ilişkin bilgi, algı ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun kanıta dayalı uygulamaya ilişkin olumsuz tutuma sahip olduğu ve araştırma yapılan hemşirelerin üçte ikisinin kanıta dayalı uygulamaya ilişkin algılarının orta düzeyde olduğu görülmüştür (Alkhatib vd., 2021, s.1). Yapılan başka çalışmalarda da hemşirelerin KDU'ya yönelik tutumlarının olumlu olduğu belirtilmiştir (Lunden vd., 2021, s.193; Chen vd., 2020, s.140).

Sunulan bakımın niteliğini ve etkisini yansıtması bakımından KDH'ye karşı olumlu tutuma sahip olmak önemlidir. Bu konuda yapılan çalışma sonuçları çeşitli profesyonel sağlık bakım gruplarının diğer araştırma bulgularıyla tutarlıdır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin vermiş oldukları yanıtların eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) ile test edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler boyutu eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Gruplar arasında elde edilen farklılığa bakıldığında lisansüstü mezunlarının lisans mezunlarına göre daha yüksek KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler puanına sahip olduğu görülmüştür. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinde ve diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$).

Türkiye'deki çalışmalarda katılımcıların eğitim durumlarının KDHYTÖ puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur. Eğitim seviyesinin artması (lisans, yüksek lisans, doktora) kanıta dayalı tutum puan ortalamalarının artmasını sağlamıştır (Alperen 2019; Merih, Potur, & Esencan, 2017; Durmuş vd, 2017; Küçükoğlu vd. 2017; Kocaman 2003). Yapılan diğer çalışmalar da eğitim seviyesinin artmasının KDU'ya yönelik genel tutumlar üzerinde olumlu bir etki sağladığını ortaya koymuştur (AbuRuz vd.,2017; Al-Maskari ve Patterson, 2018; Ammouri vd., 2014). Yapılan başka bir çalışmada, eğitim düzeyi yüksek hemşirelerin bilgi

değerlendirme testinde daha iyi performans gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Xie vd., 2018). Daha önceki araştırmalarda da olduğu gibi, KDU bilgi ve becerileri ile yüksek öğrenim derecesi ve daha yakın zamanda tamamlanmış hemşirelik yeterliliği arasında bir ilişki vardır (Lunden vd., 2021, s.193). Farklı eğitim geçmişine sahip katılımcılar ile yüksek lisans derecesine sahip katılımcılar arasında KDU performansındaki istatistiksel farkın daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yüksek lisans derecesine sahip katılımcıların KDU puanı daha yüksektir (Chen vd., 2020, s.144-145). Bazı çalışmalarda ise hemşirelerin eğitim düzeyi ile KDU'ya yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Alkhatib vd., 2021, s.5).

Bu çalışmada, KDHYTÖ'nün eğitim durumuna göre incelenmesi sonucunda sadece KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler alt boyutunda lisansüstü mezunlarının lisans mezunlarına göre daha yüksek puana sahip olduğu görülmüştür. Eğitim seviyesinin artması ile birlikte KDH'ye yönelik olumlu bir tutum geliştiği söylenebilir. Bu bulgu literatürde yer alan çalışmaları destekler niteliktedir. Eğitim seviyesi ile KDH arasında anlamlı bir ilişki vardır. Yakın zamanda mezun olan hemşireler ile lisans ve lisansüstü dereceye sahip hemşirelerin KDH'ye karşı daha olumlu yaklaşım sergilediği söylenebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğine verdikleri yanıtların haftalık çalışma süresi bakımından farklılık gösterip göstermediği ANOVA testi ile değerlendirilmiştir. Tabloda hemşirelerin haftalık çalışma sürelerine göre davranış niyeti alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, davranış niyeti alt boyutunda haftada 20-39 saat çalışan hemşirelerin ortalamaları haftada 40-59 saat ile haftada 60-79 saat çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p < 0,05$). Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği ve diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$). Bu sonuca göre, daha az çalışma saatlerine sahip hemşirelerin KDH'ye daha fazla zaman ayırabildiği söylenebilir.

Bu çalışmada hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği genel algısı ve alt boyutlarına ait ortalamalar medeni durum, kurumda çalışma

şekilleri, hastanede çalışma süresi, şu andaki uzmanlık alanında/mesleğinde çalışma süresi, şu anda çalıştıkları birimde/alanda buldukları süre bakımından karşılaştırılmış ve bu değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir.

Literatürde yer alan çalışmalarda, kanıta dayalı uygulamalara yönelik pozitif tutumun bağımsız değişkenlerden etkilenmediği sonucuna ulaşılmıştır. Yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, toplam çalışma yılı gibi sosyodemografik özelliklere göre KDHYTÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Aslan ve Gürzap, 2021, s.94; Karakaş vd. 2021, s.1429; Yılmaz vd, 2019, s.713). Yapılan diğer çalışmalarda da sosyodemografik özelliklerin hemşirelerin mesleki tutum ve değerlerini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Bayraktar vd., 2016, s.65; Görüş vd, 2014, s.137). Yılmaz ve diğerlerinin (2018) yapmış olduğu çalışmada medeni durumun KDHYTÖ'yü etkilemediği bulunmuştur. Bazı çalışmalarda toplam çalışma yıllarının/çalışma deneyimlerinin kanıta dayalı tutum puan ortalamalarını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Merih Potur, & Esencan, 2017; Özsoy & Ardahan, 2006).

Literatürde yapılan bazı çalışmalarda ise sosyodemografik özelliklerin KDH'yi etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Alperen (2019) çalışmasında evli olan hemşirelerin KDHYTÖ puanı anlamlı şekilde yüksek çıktığı ve medeni durumun KDHYTÖ'yü etkilediği bulunmuştur. Durmuş vd. (2017) yapmış olduğu çalışmada toplam çalışma yıllarının/çalışma deneyimlerinin kanıta dayalı tutum puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilediği sonucuna ulaşmıştır. Şen ve Yurt (2021) çalışmasında, hemşirelerin öğrenim düzeyi, görev süresi, hizmet içi eğitim almaları, bilimsel araştırmaya katılmaları ile kanıta dayalı uygulama dersi alma durumlarının kanıta dayalı uygulamayı olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir.

Bu çalışmada hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği genel algısı ve alt boyutlarının hemşirelerin sadece eğitim durumuna ve haftalık çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Eğitim durumu ve haftalık çalışma süresi haricinde diğer

sosyodemografik özelliklere göre çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuç literatürde yer alan çalışmaları destekler niteliktedir.

Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, hemşirelerin çoğunluğunun bilimsel yayınları takip etmediği ve bilimsel araştırmaya katılmadığı, mesleki bir derneğe üye olmadığı, hemşirelerin yarısından fazlasının kanıta dayalı uygulama dersi ve kanıta dayalı uygulamaya yönelik hizmet içi eğitim almadığı belirtilmiştir (Şen ve Yurt, 2021, s.102).

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, KDH bilgisine sahip olan hemşirelerin KDH'ye yönelik pozitif bir tutum sergilediği belirtilmektedir. Meslekleri ile ilgili eğitim alan, bilimsel araştırma sonuçlarını, güncel bilgileri, kanıta dayalı uygulamaları, mesleki dergileri yakından takip eden, bilimsel faaliyetlere katılan, araştırma yöntemleri ile ilgili eğitimler alan hemşirelerin KDHYTÖ puanlarının daha yüksek olduğu çalışmalar vardır (Yılmaz vd, 2019, s.718; Aslan ve Gürzap, 2021, s.94; Dikmen vd., 2018, s.138; Ruzafa-Martínez vd, 2011). Karakaş vd. (2021) çalışmasında da güncel gelişmelerin izlenmesi, mesleki toplantılara katılım sağlanması, bilimsel araştırmaların takip edilmesinin hemşirelerde sürekli gelişimi sağladığı ve hemşirelerin mesleki bilgilerini geliştirerek profesyonellik düzeylerini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ($\bar{x}=3,62$) puan ile orta derecede olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Boyutlar arasında güvenliğin kapsamlı algılanması boyutu en yüksek ortalamaya ($\bar{x}=3,97$) sahip iken; hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutu en düşük ortalama ($\bar{x}=3,19$) puanı almıştır.

Bölükbaşı'nın (2019) hekim ve hemşireleri kapsayan çalışmasında, hasta güvenliği kültürü algılamaları orta düzeyde ($\bar{x}=3,10$) bulunmuştur. En yüksek ortalamaya sahip alt boyut birimler içerisinde ekip çalışması ($\bar{x}=3,73$) iken, en düşük ortalama puanı ($\bar{x}=2,63$) yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri alt boyutu almıştır. Dönmez'in (2017) hekim ve hemşireleri

kapsayan çalışmasında, hasta güvenliği kültürü algılamaları genel ortalaması ($\bar{x}=3,29$) olarak bulunmuştur. En yüksek ortalamaya sahip boyut üniteler içinde ekip çalışması alt boyutu ($\bar{x}=3,90$) iken, personel sağlama alt boyutu en düşük ortalamaya ($\bar{x}=2,43$) sahip boyut olarak belirtilmiştir. Bir diğer çalışmada en güçlü boyutlar "Birimler içinde ekip çalışması" ve "Örgütsel öğrenme-sürekli iyileştirme" olarak belirtilirken; "Hataya cezalandırıcı olmayan yanıt" boyutu zayıf olarak belirtilmiştir (Reis vd., 2018, s.660). Başka bir çalışmada maksimum ortalamaya sahip boyut ($\bar{x}=3,28$) ile "birimler içinde ekip çalışması" minimum ortalamaya sahip boyut ($\bar{x}=2,32$) ile "hastanede devirler ve nakiller" olarak belirtilmiştir (Korkmazer vd., 2016, s.151). Teleş'in (2011) sağlık personelinin kapsayan çalışmasında, hasta güvenliği kültürü algılamaları genel ortalaması ($\bar{x}=3,33$) olarak bulunurken; en yüksek ortalamaya sahip alt boyut birimler içinde ekip çalışması ($\bar{x}=4,06$); en düşük ortalamaya sahip alt boyutlar ise hataların raporlanma sıklığı ($\bar{x}=2,73$) ile hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt ($\bar{x}=2,73$) olarak belirtilmiştir. Mohr ve ark., (2015) tarafından yapılan sağlık çalışanlarını kapsayan çalışmada hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ($\bar{x}=4,04$) olarak bulunmuşken; Danielsson ve ark. (2017) sağlık çalışanlarını kapsayan çalışmasında hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ($\bar{x}=3,3$) olarak belirlenmiştir. Konya'da yapılan başka bir çalışmada, %71 "üniteler içinde ekip çalışması" boyutu ile %63 "güvenliğin kapsamlı algılanması" boyutu en yüksek değerleri alırken, %15 "hataların raporlanma sıklığı" boyutu ile %19 "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" boyutu en düşük değerleri alan boyutları oluşturmaktadır (Filiz, 2009: 53). Literatür yer alan çalışmalar incelendiğinde; hasta güvenliği kültürü ortalama puanlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Boyutlar arasında güvenliğin kapsamlı algılanması boyutu en yüksek ortalamaya ($\bar{x}=3,97$) sahip iken; hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutu en düşük ortalama ($\bar{x}=3,19$) puanı almıştır. Birimler içinde ekip çalışması alt boyutu birçok çalışmada yüksek puan almıştır. Sağlık hizmeti sağlama süreci özünde disiplinler arasıdır. Ekipler genellikle, belirli, paylaşılan hedeflere ulaşmak için birlikte çalışan, her bileşenin özel işlerde belirli yeterliliklere, görevlere ve işlevlere sahip olduğu, paylaşılan kaynakları kullandığı ve değişimi koordine etmek ve uyum sağlamak için iletişim kurduğu kişilerden oluşmaktadır.

Yüksek standartlarda klinik performansla ilişkili olduğu için ekip davranışına ilişkin gözlemsel çalışmalar, etkili ekip çalışmasına destek sağlayan iletişim, koordinasyon ve liderlik kalıplarını belirlemiştir (Reis vd., 2018, s. 675).

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve boyutlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediği t testi ile değerlendirilmiştir. Hemşirelerin medeni durumuna göre güvenliğin kapsamlı algılanması boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Güvenliğin kapsamlı algılanması ortalaması evli olan hemşirelerde bekarlara göre daha fazla bulunmuştur ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Bölükbaşı'nın (2019) çalışmasında katılımcıların hasta güvenliği kültürü genel ortalaması, birimler içinde ekip çalışması, örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme, güvenliğin kapsamlı algılanması boyutlarının medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Medeni duruma göre farklılığın olduğu tüm boyutlarda evlilerin ortanca değerinin bekarlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Eken (2018) tarafından yapılan araştırmada, genel güvenlik ve örgütsel öğrenme boyutlarının katılımcıların medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Medeni duruma göre farklılığın olduğu tüm boyutlarda bekarların ortanca değerinin evlilere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Dikmetaş ve ark. (2012)'de yapmış oldukları çalışmada katılımcıların medeni durumuna göre hasta güvenlik kültürü algılamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Dönmez (2017) tarafından yapılan çalışmada, katılımcıların medeni durumlarına göre hasta güvenliği kültürü geneli ve alt boyutlarına ilişkin algılamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu çalışmada evli olan hemşirelerin bekarlara göre güvenliğin kapsamlı algılanması ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamaları eğitim durumlarına göre incelendiğinde; eğitim durumuna göre hasta güvenliği kültürü genel ölçek puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, ön lisans mezunu hemşirelerin

lisans ve lisansüstü mezunlarına göre ortalama puanları daha fazladır ($p<0,05$). Aynı şekilde hastane birimleri arasındaki ekip çalışması boyutu ile hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutlarında da ön lisans mezunu hemşirelerin lisans ve lisansüstü mezunlarına göre ortalama puanları daha fazladır ($p<0,05$). Hastane müdahaleleri ve hastanede devirler ve nakiller boyutunda gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. Ön lisans mezunlarının lisansüstü mezunlara göre ortalama puanları daha fazladır ($p<0,05$). Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutunda ise ön lisans mezunları ile lisans mezunları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Ön lisans mezunlarının ortalama puanları lisans mezunlarına göre daha yüksektir ($p<0,05$). Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Bölükbaşı (2019) çalışmasında katılımcıların eğitim durumlarına göre hasta güvenliği kültürü genel ortalaması, yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri, örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, hatalar hakkında iletişim ve geribildirim, iletişimin açık tutulması, personel sağlama, hastanede devirler ve nakiller ve hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Dikmetaş ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların eğitim durumlarına göre personel sağlama boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Lisans ve lisansüstü katılımcıların personel sağlama boyutuna ilişkin algılamaları lise ve altı mezunlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Dönmez (2017) tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların eğitim durumlarına göre birimler arasında ekip çalışması, örgütsel öğrenme ve sürekli gelişim ve personel sağlama alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Birimler arasında ekip çalışması ve örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme boyutlarında lise/ön lisans mezunlarının algılamaları lisans ve lisansüstü mezunlara göre daha yüksek bulunurken, lisans ve lisansüstü mezunlar ise personel sağlama alt boyutunda en yüksek ortalamayı almışlardır.

Yapılan bir çalışmada hasta güvenliği eğitimine katılan hemşirelerin eğitime katılmayanlara göre hasta güvenliği yeterliliğinin tüm boyutlarında daha yüksek bir seviyeye sahip olduğu bulunmuştur. Profesyonel unvanları olmayan hemşirelerin, profesyonel unvanlara sahip olanlara göre daha yüksek düzeyde hasta güvenliği kültürüne sahip olduğu belirtilmiştir (Yan vd., 2021, s.395). Bu çalışmada ön lisans mezunu hemşirelerin lisans ve lisansüstü mezunlarına göre ortalama puanları daha fazla bulunmuştur. Bazı çalışmalarda eğitim durumu yüksek olan hemşirelerin ortalamaları daha fazla iken, bazı çalışmalarda ise ön lisans mezunu olan hemşirelerin ortalamaları lisans ve lisansüstü eğitime sahip olanlara göre daha fazla bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve boyutlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların çalışma şekilleri bakımından farklılık gösterip göstermediği ANOVA ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda, hemşirelerin çalışma şekillerine göre hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ile hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması, hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği olmak üzere 6 alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutlarında gündüz çalışan hemşirelerin ortalamaları vardiyalı çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, hasta güvenliği kültürü genel ortalaması, hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutlarında nöbet tutan hemşirelerin ortalamaları vardiyalı çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, nöbet tutan hemşirelerin ortalamaları vardiyalı çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Bu çalışmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve boyutlarına yönelik olarak

gündüz çalışan hemşirelerin vardiyalı çalışanlara göre, nöbet tutanların ise yine vardiyalı çalışanlara göre ortalamaları daha yüksek çıkmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve boyutlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların haftalık çalışma süresi bakımından incelenmesi sonucunda, hemşirelerin haftalık çalışma sürelerine göre hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ile hataların raporlanma sıklığı, hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller, yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri, örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme, iletişimin açık tutulması, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği olmak üzere 7 alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ile hataların raporlanma sıklığı, hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller, iletişimin açık tutulması alt boyutlarında haftada 20-39 saat çalışan hemşirelerin ortalamaları haftada 40-59 saat çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ile hataların raporlanma sıklığı, hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller, yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri, örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme, iletişimin açık tutulması, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutlarında haftada 20-39 saat çalışan hemşirelerin ortalamaları haftada 60-79 saat çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri ile hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutlarında haftada 40-59 saat çalışan hemşirelerin ortalamaları haftada 60-79 saat çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Bölükbaşı (2019) çalışmasında katılımcıların hasta güvenliği kültürü algılamaları haftalık ortalama çalışma süresine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması, yönetici

beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri, örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, hatalar hakkında iletişim ve geribildirim, iletişimin açık tutulması ve hataların raporlanma sıklığı boyutları haftalık çalışma süresine göre farklılık göstermektedir. Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim boyutunda en yüksek ortanca değeri haftalık ortalama 41-60 saat aralığında çalışan katılımcılarda elde edilirken anlamlı farklılığın görüldüğü diğer boyutlarda en yüksek ortanca değer haftalık ortalama 40 saat ve altında çalışan katılımcılarda görülmüştür. Teleş (2011)'in çalışmasında katılımcıların haftalık çalışma süresine göre; hastane birimleri arasında ekip çalışması, örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme, personel sağlama, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, hatalar hakkında iletişim ve geribildirim, hastanede devirler ve nakiller, iletişimin açık tutulması, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bazı çalışmalarda katılımcıların hasta güvenliği kültürü ortalama ve alt boyutlarının haftalık çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır (Dursun ve ark. 2010; Dönmez 2017). Bu çalışma sonucuna göre, haftalık çalışma süresi az olan hemşirelerin hasta güvenliği algılamalarının haftalık çalışma süresi daha fazla olan hemşirelere göre daha olumlu olduğu söylenebilir. Bir diğer ifadeyle hemşirelerin hasta güvenliği algılamaları ile haftalık çalışma süreleri arasında ters yönlü bir ilişki vardır denilebilir. Hemşirelerin çalışma süreleri uzadıkça hasta güvenliği kültürü algıları olumsuz olacaktır.

Yapılan bir çalışmada, hasta güvenliği algıları sağlık personelinin meslekte çalışma süresine ve çalıştıkları birimlere göre farklılık göstermektedir. Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algıları meslekte çalışma süresine göre incelendiğinde, çalışmada 11 ve üstü yıl çalışanların hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (Korkmazer, vd., s.152). Çalışma süresi ile paralel olarak hastanede yapılan hatalarla karşılaşma sıklığı da daha fazla olabilir. Dolayısıyla meslekte çalışma süresinin artması hasta güvenliği kültürü algısını düşürmektedir denilebilir. Bu çalışmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve alt boyutlarına ilişkin sorulara

verdikleri yanıtlara ait ortalamalar hastanede çalışma süresi, şu andaki uzmanlık alanında/mesleğinde çalışma süresi, şu anda çalıştıkları birimde/alanda buldukları süre bakımından karşılaştırılmış ve bu değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir.

Bu çalışmada hemşirelerin %16,4'ü (n=48) çalışmakta oldukları hastanenin hasta güvenliği derecesini mükemmel, %46,4'ü (n=136) çok iyi, %33,4'ü (n=98) kabul edilebilir, %3,1'i (n=9) zayıf ve %7'si (n=2) başarısız olarak değerlendirmiştir. Bölükbaşı (2019)'un çalışmasında yer alan katılımcıların %3,9'u çalışmakta oldukları kurumun hasta güvenliği derecesini mükemmel, %23,8'i çok iyi, %50,9'u kabul edilebilir, %19,2'si zayıf ve %2,2'si başarısız olarak değerlendirmiştir. Teleş (2011)'in yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların %4,8'i hastanenin hasta güvenliği derecesini mükemmel, %29,1'i çok iyi, %47,6'sı kabul edilebilir, %16,1'i, zayıf ve %2,4'ü başarısız olarak ifade etmişlerdir. Wilson (2011) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %66'sı kurumun hasta güvenliği derecesini mükemmel ve çok iyi, %30'u kabul edilebilir, %4'ü zayıf ve başarısız olarak değerlendirmiştir. Yapılan bir diğer çalışmada, sağlık personelinin %15,9'u hasta güvenliği derecesini mükemmel ya da çok iyi, %25'i kabul edilebilir ve %59,1'i ise zayıf ya da başarısız olarak değerlendirmiştir (Korkmazer vd. 2016 s.153). Molloy (2012)'nin yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %22'si çalışmakta oldukları kurumun hasta güvenliği derecesini mükemmel, %47'si çok iyi, %25'i kabul edilebilir, %6'sı zayıf ve %1'i başarısız olarak ifade etmişlerdir.

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin %25,9'u (n=76) son 12 ay içerisinde hiç olay raporlamadığını belirtirken; %43,7'si (n=128) 1-2 olay ve %24,6'sı (n=72) 3-5 olay raporladığını belirtmiştir. Bölükbaşı (2019)'un yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %86,2'si son 12 ay içerisinde hiç olay raporlamadığını, %10,3'ü 1 olay ve %3,4'ü 2 olay raporladığını ifade etmiştir. Çalışmaya katılan sağlık personelinin %67,1'i son 12 ay içerisinde hiçbir olay raporu doldurmamıştır (Korkmazer, 2016, s.141). Gözlü (2011) tarafından yapılan çalışmada son 12 ay içerisinde katılımcıların %52,9'unun sıfır olay raporu doldurduğu, %30'unun 1-2 olay, %14,3'ünün 3-5 olay rapor ettiği belirtilmiştir. Teleş (2011)'in çalışmasında

katılımcıların %79,8'i son 12 ay içinde hiç olay rapor etmedikleri, %20,2'si 1 ya da 2 olay raporu doldurduğunu belirtmişlerdir. Teleş'in çalışmasında üç ya da daha fazla olay raporu dolduran hiç kimse bulunmamaktadır. Filiz (2009)'un çalışmasında katılımcıların %84,4'ü 0 olay raporu, %12,2'si 1-2 olay raporu, %3,3'ü 3-5 olay raporu doldurduğunu belirtmişlerdir. Filiz (2009)'un çalışmasında 6 ya da daha fazla olay raporu dolduran hiç kimse bulunmamıştır.

Genellikle incelenen çalışmalarda olay raporu doldurma oranı düşük çıkmaktadır. Ancak, bu çalışmaya katılan hemşirelerin sadece %25,9'u son 12 ay içerisinde hiç olay raporu doldurmadığını belirtmiştir. Olay raporlarının doldurulması yapılan hataların düzeltilmesini, aynı hataların bir daha yapılmamasını, hasta güvenliğinin geliştirilerek hasta güvenliğinin daha iyi hale gelmesini sağlayacaktır. Çalışmanın yapıldığı hastane için personelinin yapılan hatalardan öğrenmesine önem verdiği ve personelinin bu konuda teşvik ettiği söylenebilir. Hastanenin Joint Commission International JCI tarafından akredite edilmesi de hasta güvenliğinde etkili olabilir.

Yılmaz vd. (2017) tarafından yapılan çalışmada, çalışma koşulları ve iş tatmini ile hasta güvenliği tutumu boyutları arasında pozitif ve yüksek bir ilişki bulunmuştur. Dolayısıyla çalışma koşullarının düzeltilmesinin çalışanların tatmin düzeylerini de olumlu yönde etkileyeceği öngörülebilir. Yapılan çalışmada, hasta güvenliğinin geliştirilmesi için stres boyutunun öneminden bahsedilmiştir. Özellikle artan iş yükünün çalışan performansını etkilediğinden, bunun sonucunda çalışanların yorgunlukla birlikte işlerinde daha az etkili olduğundan bahsedilmiştir. Acil durumlarda aşırı yoğunluğun olması ve yaşanan gerginlikler de çalışanların hata yapma olasılıklarını arttırmaktadır. Hastane çalışanları üzerinde yapılan bu çalışmada özellikle stres boyutuna katılım hekim ve hemşirelerde daha yüksektir. Stres boyutundaki bu koşulların düzeltilmesi hasta güvenliğinin geliştirilmesi için önemlidir (Yılmaz vd., 2017, s.78-79). Pandemi sonrası hasta güvenliği kültürünü inceleyen bir çalışmada, hasta güvenliği kültürü olarak ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş tatmini ve stres tanıma boyutlarının personelin tükenmesini öngördüğü belirtilmiştir (Chen vd., 2021, s.17).

Hemşirelerin bilgi güvenliği ölçeği ortalama puanı $3,58\pm 0,68$; bilgi güvenliği yönetimi $3,72\pm 0,78$; bilgi güvenliği yaklaşımı $3,63\pm 0,80$; bilgi güvenliği uygulaması $3,56\pm 0,95$; bilgi güvenliği kültürü $3,88\pm 0,81$; bilgi güvenliğinde gizlilik ise $2,60\pm 0,66$ olarak bulunmuştur. Genel olarak hemşirelerin bilgi güvenliği puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin bilgi güvenliği ölçeği genel algısı ve alt boyutlarına ait ortalamaları medeni durum bakımından karşılaştırılmıştır. Hemşirelerin medeni durumuna göre bilgi güvenliği uygulaması boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Evli olan hemşirelerin bekarlara göre bilgi güvenliği uygulaması ortalama puanı daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada hemşirelerin bilgi güvenliği algılamaları eğitim durumlarına göre incelendiğinde; eğitim durumuna göre bilgi güvenliği uygulaması ve bilgi güvenliği kültürü boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Gruplar arasında elde edilen farklılığa bakıldığında her iki boyutta da ön lisans mezunlarının lisans mezunlarına göre ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur. Bilgi güvenliği ölçeğinde ve diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi güvenliği ölçeğine verdikleri yanıtların haftalık çalışma süresi bakımından incelenmesi sonucunda; hemşirelerin haftalık çalışma sürelerine göre bilgi güvenliği genel ortalaması, bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği uygulaması ve bilgi güvenliği kültürü alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, bilgi güvenliği genel ortalaması ile bilgi güvenliği uygulaması ve bilgi güvenliği kültürü alt boyutunda haftada 20-39 saat çalışan hemşirelerin ortalamaları haftada 60-79 saat çalışanlara; haftada 40-59 saat çalışan hemşirelerin ortalamaları ise haftada 60-79 saat çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Gruplar arasında ortaya çıkan farklılığa göre, bilgi güvenliği yönetimi alt boyutunda haftada 20-39 saat çalışan hemşirelerin ortalamaları haftada 60-79 saat çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Bilgi güvenliği ölçeğinin diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir.

Bilgi güvenliği ve alt boyutlarında hemşirelerin çalışma şekillerine; hastanede çalışma sürelerine, şu andaki uzmanlık alanında/mesleğinde çalışma sürelerine; hastanede şu anda çalıştıkları birimde/alanda buldukları süreye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Gerçeker (2012) yüksek lisans tezinde sağlık kurumlarında etik iklim ile bilgi güvenliğinin ilişkisini araştırmıştır. Çalışma sonuçlarına göre bilgi güvenliği değişkenleri arasında anlamlı pozitif bir ilişki vardır ve bilgi güvenliği yönetimi örgüt iklimini etkilemektedir. Bilgi güvenliği değişkenleri ile organizasyon yapısı değişkenleri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Bilgi güvenliği değişkenlerinden bilgi güvenliğinde gizlilik boyutunun puan ortalaması (4.2.±0,72) maksimum ortalamaya ve bilgi güvenliği uygulaması puan ortalaması ise (3.4.±0,82) minimum ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur. Çalışma sonuçlarına göre, eğitim düzeyinin artması ile birlikte bilgi güvenliğinde gizlilik de artmaktadır. Katılımcıların çalışma yılı arttıkça bilgi güvenliği yaklaşımı boyutuna verdikleri yanıtların ortalamasının arttığı belirtilmiştir. Çalışma yılı ile bilgi güvenliğinin farkına varılmasının arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Örgüt İklimi değişkeni ile bilgi güvenliği değişkeni arasında pozitif yönde güçlü kuvvette bir ilişki olduğu bulunmuştur (Gerçeker, 2012).

Kullanıcıların bilgi güvenliği ile ilgili farkındalıklarını ölçmek ve bilgi güvenliği ile ilgili risk faktörlerini belirlemek amacıyla sağlık merkezinde yapılan çalışmada, kullanılan yazılımların lisanssız olması, veri güvenliğinin yeterli düzeyde sağlanamaması, hasta dosyalarında yer alan bilgilerin sızdırılması, sabote etme ve iyi niyetli olmayan davranışlar bilgi güvenliği için en önemli risk faktörleri olarak belirtilmiştir. Çalışmaya katılanların çoğunluğu, güçlü şifrelemenin bilgi güvenliği için önemli olduğunu ve şifre paylaşılması gerektiğini belirtmişlerdir. Doğal afetler, yangın, sel, elektrik kesintileri, cihaz arızaları, sistem odasına sadece yetkili kişilerin erişim sağlaması gibi konulara çok dikkat edilirken; altyapı eksiklikleri, ağ hattında meydana gelen yoğunluk, sistemle ilgili çalışan uzmanların eksikliği bilgi güvenliği ile ilgili en az önlem alınan faktörler arasında belirtilmiştir (Başdinkçi,2017, s. 91). Hasta bilgilerinin çeşitli sağlık hizmetleri aktörleri ve kuruluşları arasında yönetilmesi ve iletilmesi gerektiğinde sağlık

hizmetlerinde bilgi güvenliğine odaklanmak önemlidir. Farklı perspektiflerden ve farklı profesyonellerin dahil olduğu bir dizi araştırmayla pratik bir yaklaşımı ortaya koymak amacıyla yapılan çalışmada, hasta güvenliğinin yanı sıra hasta mahremiyetini/gizliliğini de iyileştirmek için sorunlar ve ihtiyaçlar belirlenmiş ve bir dizi kılavuz ve tavsiye önerilmiş ve geliştirilmiştir. Yapılan çalışmada, farklı sağlık hizmetleri aktörleri arasında hasta bilgi yönetimi ile ilgili tüm alanın kapsamlı bir görünümünün eksik olduğu belirtilmiştir. İncelenen tüm sağlık kuruluşlarında hem teknik hem de idari düzeyde güvenlik eksiklikleri olduğu sonucuna varılmıştır. Güvenli hasta bilgi yönetiminin sağlanmasında gerekli bilgileri toplamak için sağlık hizmetleri ve hasta süreçleri analiz edilmelidir. Bilgi güvenliğinin idari kısmını detaylandırarak bilgi güvenliğinin daha iyi anlaşılması, sınır ötesi sağlık hizmetlerinde bilgi güvenliği sorunlarının ve ihtiyaçlarının belirlenmesi ile sağlıkta bilgi güvenliğinin daha iyi hale geleceği belirtilmiştir (Åhlfeldta, 2008, s.1).

Bu araştırmada; bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü, bilgi güvenliğinde gizlilik, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler, davranış niyeti ve KDH'ye karşı duygular olmak üzere toplamda 8 bağımsız değişken çoklu regresyon analizine dahil edilmiştir. Hasta güvenliği kültürü ortalaması ve 11 alt boyutu bağımlı değişken olarak ele alınarak, toplam 12 tane çoklu doğrusal regresyon tablosu elde edilmiştir. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutunda çoklu bağlantı sorunu olduğu için davranış niyeti bağımsız değişkeni analizden çıkarılmıştır.

Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizini sonuçlarına göre, bilgi güvenliğinde gizlilik boyutu hasta güvenliği kültürü ortalamasını, güvenliğin kapsamlı algılanmasını, birimler içinde ekip çalışmasını, hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller ile hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutlarını negatif yönde etkilemektedir. Hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller ile birimler içinde ekip çalışması boyutlarını en çok etkileyen değişken de yine bilgi güvenliğinde gizlilik boyutudur. Bilgi güvenliği kültürü boyutu sırasıyla en fazla hasta güvenliği kültürü ortalamasını, örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme, yönetici

beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri ile hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması boyutlarını etkilemektedir. Bilgi güvenliği yönetimi boyutu en çok güvenliğin kapsamlı algılanması ile hataların raporlanma sıklığı boyutlarını etkilemektedir. Bilgi güvenliği yaklaşımı iletişim açık tutulması boyutunu en çok etkileyen değişkendir. Bilgi güvenliği uygulaması hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim ile hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutlarını en fazla etkileyen değişkendir. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutunu en fazla etkileyen değişken KDH'ye karşı duygulardır.

Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının ve bilgi güvenliğinin hasta güvenliği kültürüne etkisini inceleyen bu çalışmada; bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü ile KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler boyutları hasta güvenliği kültürü ortalamasını pozitif yönde etkilerken, bilgi güvenliğinde gizlilik boyutu hasta güvenliği kültürü ortalamasını negatif yönde etkilemektedir. Hasta güvenliği kültürü ortalamasını en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği kültürü değişkeni olduğu görülmektedir. Bu sonuç, bilgi güvenliği kültürünün var olması ve gelişmesinin hasta güvenliği kültürünü pozitif olarak etkilediğini göstermektedir. Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte hasta güvenliği kültürünün %55'ini açıklamaktadır.

Bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliğinde gizlilik, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler ile KDH'ye karşı duygular boyutları güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutunu pozitif yönde etkilerken, bilgi güvenliğinde gizlilik boyutu güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutuna negatif yönde etkilemektedir. Güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutunu en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği yönetimi değişkeni olduğu görülmektedir. Bu sonuç, bilgi güvenliği yönetiminin var olması ve gelişmesinin güvenliğin kapsamlı algılanması boyutunu pozitif olarak etkilediğini göstermektedir. Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte güvenliğin kapsamlı algılanması boyutunun %35,2'sini açıklamaktadır.

Bağımsız değişkenlerden sadece bilgi güvenliği yönetimi boyutu hataların raporlanma sıklığı alt boyutunu etkilemektedir. Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte hataların raporlanma sıklığı alt boyutunun %23,8'ini açıklamaktadır.

Bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği kültürü, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler alt boyutları; birimler içinde ekip çalışması alt boyutunu pozitif yönde etkilerken, bilgi güvenliğinde gizlilik boyutu birimler içinde ekip çalışması alt boyutuna negatif yönde etkilemiştir. Birimler içinde ekip çalışmasını en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliğinde gizlilik değişkeni olduğu görülmektedir. Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte birimler içinde ekip çalışması alt boyutunun %45,5'ini açıklamaktadır.

KDH'ye karşı duygular boyutu hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller alt boyutunu pozitif olarak etkilerken, bilgi güvenliğinde gizlilik boyutu negatif olarak etkilemektedir. Hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller alt boyutunu en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliğinde gizlilik değişkeni olduğu görülmektedir. Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller alt boyutunun %34,4'sini açıklamaktadır.

Bilgi güvenliği kültürü ve davranış niyeti boyutları; yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri alt boyutunu pozitif olarak etkilemektedir. Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri alt boyutunu en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği kültürü değişkeni olduğu görülmektedir. Bu sonuç, bilgi güvenliği kültürünün artmasının yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri alt boyutunu pozitif yönde etkilediğini ve arttırdığını ortaya koymaktadır. Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri alt boyutunun %98'ini açıklamaktadır.

Bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği kültürü, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler boyutları örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme alt boyutunu pozitif olarak etkilemektedir. Örgütsel öğrenme ve sürekli

geliştirme/iyileştirme alt boyutunu en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği kültürü değişkeni olduğu görülmektedir. Bu sonuç, bilgi güvenliği kültürünün artmasının örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme alt boyutunu pozitif yönde etkilediğini ve arttırdığını ortaya koymaktadır. Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme alt boyutunun %45,8'ini açıklamaktadır.

Bilgi güvenliği kültürü ve KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler boyutları hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması alt boyutunu pozitif olarak etkilemektedir. Hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması alt boyutunu en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği kültürü değişkeni olduğu görülmektedir. Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması alt boyutunun %42,1'ini açıklamaktadır.

Bilgi güvenliği yaklaşımı ve bilgi güvenliği kültürü boyutları iletişimin açık tutulması alt boyutunu pozitif olarak etkilemektedir. İletişimin açık tutulması alt boyutunu en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği yaklaşımı değişkeni olduğu görülmektedir. Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte iletişimin açık tutulması boyutunun %33,6'sını açıklamaktadır.

Bilgi güvenliği uygulaması ile KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler boyutları hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim alt boyutunu pozitif olarak etkilemektedir. Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim alt boyutunu en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği uygulaması değişkeni olduğu görülmektedir. Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim alt boyutunun %40,1'ini açıklamaktadır.

KDH'ye karşı duygular boyutu hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutunu pozitif olarak etkilemektedir. Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutunun %6'sını açıklamaktadır.

Bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü, bilgi güvenliğinde gizlilik, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler boyutları; hasta güvenliği için hastane

yönetiminin desteği alt boyutunu pozitif yönde etkilerken, bilgi güvenliğinde gizlilik boyutu hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutunu negatif yönde etkilemektedir. Modele dahil edilen değişkenler hep birlikte hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutunun %51,1'ini açıklamaktadır.

Literatürde yapılan kanıta dayalı hemşirelik ile hasta güvenliği kültürünün incelendiği; bilgi güvenliği ile hasta güvenliği arasındaki ilişkinin incelendiği; bilgi güvenliği yönetim sistemleri, hasta güvenliği ve kalitenin birlikte ele alındığı benzer çalışma sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

Hastanenin hasta güvenliği kültürü ve kanıta dayalı hemşirelik tutumlarının hastanenin hasta güvenliği derecesine etkisini inceleyen bir çalışmada, bağımlı değişken olarak hemşirelerin hastanenin hasta güvenlik düzeyi algısı, bağımsız değişken olarak kanıta dayalı hemşirelik tutumları ve hastane güvenlik kültürü boyutları kullanılmıştır. Kanıta dayalı hemşirelik tutumları ve hastane güvenlik kültürü boyutları, hastanenin hasta güvenliği derecesindeki toplam varyansın %29,2'sini açıklamaktadır. Hasta güvenliği kültürünün sırasıyla genel güvenlik algıları, hasta güvenliği için yönetim desteği, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, personel boyutları hemşirelerin hastanedeki hasta güvenliği derecesine ilişkin algılarını etkilediği belirtilmiştir. Kanıta dayalı hemşirelik tutumlarının ise hemşirelerin hastanedeki hasta güvenliğinin derecesine ilişkin algıları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunamamıştır (Songur vd., 2018, s.365).

Hastanenin hasta güvenliği kültürü ve kanıta dayalı hemşirelik tutumlarının hemşirelerin performansına etkisini inceleyen çalışmada; bağımlı değişken olarak hemşirelerin performans düzeyi, bağımsız değişkenler olarak ise kanıta dayalı hemşirelik tutumları ve hastane güvenlik kültürü boyutları kullanılmıştır. Kanıta dayalı hemşirelik tutumları ve hastane güvenlik kültürü boyutlarının, hemşirelerin performansındaki toplam varyansın %15,5'ini açıkladığı bulunmuştur. Kanıta dayalı hemşirelikle ilgili inanç ve beklentiler ile hasta güvenliği için yönetim desteği boyutları hemşirelerin performanslarının önemli yordayıcıları olarak bulunmuştur (Songur vd., 2018, s.367).

Hasta güvenliği kültürü, kanıta dayalı uygulama ve hemşirelikte performans ile ilgili yapılan bir çalışmada, kanıta dayalı hemşirelik tutum boyutunun kanıta dayalı hemşirelikle ilgili inançlar ve beklentiler boyutu ve hasta güvenliği kültürü boyutunun hasta güvenliği için yönetim desteği boyutu hemşirelerin performansının önemli yordayıcıları olarak belirtilmiştir. Daha iyi hasta sonuçları elde etmek için kanıta dayalı uygulama ve hizmet kalitesini iyileştirilmesinin önemli olduğuna değinilmiştir (Songur vd. 2018 s.359-360).

Kızılelma (2014) farklı pozisyonlarda hastane çalışanlarına yapmış olduğu doktora tezinde bilgi güvenliği yönetim sistemleri, hasta güvenliği ve kalite arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmada hasta güvenliği, kalite ve bilgi güvenliğinin sağlık mükemmelliğini etkilediği sonucuna ulaşmıştır. Bilgi teknolojileri, hataları ve hatalardan kaynaklanan zararları azaltarak hasta güvenliğini iyileştirebilmekte ve kaynakların daha iyi kullanımı ile verimliliği ve kaliteyi artırmaktadır.

Bilgi güvenliği uygulamalarının hasta güvenliğini nasıl etkilediğini inceleyen çalışmaya göre, bilgi yönetim faaliyetleri ile hasta güvenliği arasında pozitif ve yüksek derecede bir ilişki olduğu bulunmuştur (Altındış ve Kurt, 2010, s.58). Ayrıca sağlık çalışanlarının algılarının bilgi yönetimi konusunda pozitif, olumlu yönde olduğu belirtilirken, hasta güvenliği algılarının ise genel olarak orta düzeyde olduğu belirtilmiştir (Altındış ve Kurt, 2010, s.45). Çalışma sonucunda, hasta güvenliği üzerinde, bilgi yönetim faaliyetlerinden bilginin tanımlanması ve bilginin paylaşımı değişkenlerinin belirleyici bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Hasta ile ilgili kayıt işlemlerinde yapılan bir dikkatsizlik veya hata tüm bakım ve tedavi sürecini olumsuz etkileyebilir. Bilgiye zamanında erişim sağlanması, bilginin nerede olacağına tanımlanması oluşabilecek hataların önüne geçebilir. Birden fazla hastalığa sahip olan kişilerin tedavi süreciyle ilgili bilgilerinin sağlık kayıtlarında yer alması ve doktorlar arasında bu bilgilerin paylaşılması hasta güvenliğini olumlu olarak etkileyebilir (Altındış ve Kurt, 2010, s.58).

Bilgi güvenliği konusu birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da teknolojik gelişmelerle birlikte giderek önemini arttırmaktadır. Ancak, bilginin elektronik ortamda daha fazla yer alması ve teknolojik gelişmelerle birlikte gerekli tedbirler

alınmadığında bilgi sızıntıları meydana gelebilmektedir. Hastanelerde bilgi güvenliği yönetimi ile ilgili yapılan nitel bir araştırmada, bilgi güvenliğinin önemine değinilmiş ve araştırmaya katılanlar tarafından bilgi güvenliği hasta mahremiyeti olgusuyla birlikte algılandığı ortaya konulmuştur (Baran ve şener, 2019, s.108).

Bir sağlık alanında bilgi güvenliği ile ilgili sorunları ve ihtiyaçları araştırmak amacıyla yapılan çalışmada, sorunların öncelikli olarak idari güvenlikte olduğu, ancak hasta mahremiyeti ile hasta güvenliği arasındaki dengenin sağlanması zor olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmada gerekli güvenlik önlemlerine işaret edilmekte ve bütüncül bir bakış açısına olan ihtiyaç vurgulanmaktadır (Åhlfeldt ve Söderström 2007, s.18).

Hemşireler tarafından algılandığı şekliyle elektronik sağlık kayıtlarının hasta güvenliği üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada, elektronik sağlık kayıtlarının; ilaç hatalarını en aza indirerek, verilerin dokümantasyonunu iyileştirerek, verilerin eksiksizliğini artırarak ve verilerin sürdürülebilirliğini iyileştirerek hasta güvenliğini doğrudan veya dolaylı olarak iyileştirdiği sonucuna varılmıştır. Veri girişi hataları, teknik sorunlar, minimum klinik uyarılar ve sistem iletişim kanallarının zayıf kullanımı hasta güvenliğini tehlikeye atabilecek konular olarak belirtilmiştir. Elektronik hasta kayıtları geliştirilirse hasta güvenliği artırabilir. Çalışmada, hasta güvenliğini destekleyen özelliklere sahip sistemlerin tasarlanmasının ve ayrıca hemşirelerin bu sürece dahil edilmesinin daha iyi bir sonuç ortaya çıkaracağına değinilmiştir (Tubaishat, 2019, s.79).

Bilişimin hasta güvenliğini artırmadaki ve kanıta dayalı uygulamayı etkinleştirmedeki rolünü vurgulamak amacıyla yapılan bir çalışmada, bir bilişim altyapısının bileşenlerinin mevcut olduğu ve bu bileşenleri hasta güvenliğini artırmak ve KDU'yu etkinleştirmek için bir araya getiren uygulamaların olumlu veya umut verici sonuçlar gösterdiği belirtilmiştir (Bakken vd. 2004, s.49).

Bu tez çalışması sonucunda, sağlık hizmetlerinde kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaşmasının ve bilgi güvenliğinin sağlanması hastalara verilen hizmeti daha iyi hale getireceği ve hasta güvenliğini arttıracadıı söylenebilir. Bunların gerçekleşmesi de kurumun hasta güvenliği kúltürünü arttıracaktır. Kanıta dayalı uygulamaların sağlık hizmeti sunumunda etkin bir şekilde kullanılmasıyla birlikte sağlık hizmeti sunumunun daha verimli hale geleceği söylenebilir.

9. BÖLÜM: SONUÇ

Kanıtı dayalı hemşirelik uygulamaları ile bilgi güvenliğinin hasta güvenliği kültürüne ve alt boyutlarına etkisini inceleyen az sayıda çalışma, bu tür çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu araştırma kapsamında bir üniversite hastanesinin hasta güvenliği kültürünün ne düzeyde olduğunu belirlemek ve mevcut durumu geliştirebilecek fırsatlar ile hasta güvenliği kültürünü etkileyebilecek faktörlerin neler olduğu ile ilgili değerlendirmeler yapılmıştır. Araştırmada hasta güvenliği kültürü, kanıtı dayalı hemşirelik ve bilgi güvenliği ile hemşirelerin sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bu çalışmanın temel amacı hemşirelerin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının ve bilgi güvenliğinin hasta güvenliği kültürü ve boyutları üzerindeki etkisini belirlemektir. Bu amaçla kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği alt boyutları ile bilgi güvenliği ölçeği alt boyutlarının hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ile alt boyutları üzerindeki etkileri incelenmiştir. Araştırmanın amacı doğrultusunda yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi ile diğer istatistiksel analizlerin sonuçları aşağıda ayrıntılı bir şekilde verilmiştir.

Bu çalışmada hemşirelerin KDHYTÖ genel puan ortalaması $61,60 \pm 9,19$; KDHYTÖ “Kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler” alt boyutu ortalaması $29,59 \pm 4,78$; hemşirelerin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik davranış niyeti alt boyut ortalaması $15,37 \pm 2,85$; hemşirelerin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik duygular alt boyut ortalaması ise $16,65 \pm 3,00$ bulunmuştur. Kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin puan ortalamalarının orta düzeyin üzerinde olduğu söylenebilir.

Kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler boyutunda lisansüstü mezunlarının lisans mezunlarına göre daha yüksek puana sahip olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyinin artması KDH'ye yönelik olumlu bir tutum geliştirmekte ve KDH'yi pozitif olarak etkilemektedir.

Kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin davranış niyeti alt boyutunda hemşirelerin haftalık çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Haftalık çalışma süresi daha az olan hemşirelerin ortalama

puanları daha yüksektir. Hemşirelerin KDH'ye zaman ayırabilmesi ile haftalık çalışma süresi arasında pozitif bir ilişki olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler boyutunda hemşirelerin eğitim durumuna; davranış niyeti boyutunda ise haftalık çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği genel algısı ve alt boyutlarına ait ortalamalar medeni durum, kurumda çalışma şekilleri, hastanede çalışma süresi, şu andaki uzmanlık alanında/mesleğinde çalışma süresi, şu anda çalıştıkları birimde/alanda buldukları süre bakımından karşılaştırılmış ve bu değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir.

Araştırmada, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ($\bar{x}=3,62$) puan ile orta derecede bulunmuştur. Boyutlar arasında güvenliğin kapsamlı algılanması boyutu en yüksek ortalamaya ($\bar{x}=3,97$) sahip iken; hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutu en düşük ortalama ($\bar{x}=3,19$) puanı almıştır.

Hasta güvenliği kültürü güvenliğin kapsamlı algılanması boyutunda medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Güvenliğin kapsamlı algılanması ortalaması evli olan hemşirelerde bekarlara göre daha fazla bulunmuştur.

Bu araştırmada hasta güvenliği kültürü genel ölçek puanında, hastane birimleri arasındaki ekip çalışması boyutu ile hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutlarında ön lisans mezunu hemşirelerin lisans ve lisansüstü mezunlarına göre ortalama puanları daha fazla bulunmuştur. Hastane müdahaleleri ve hastanede devirler ve nakiller boyutunda ön lisans mezunlarının lisansüstü mezunlara göre ortalama puanları daha fazla bulunurken; hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutunda ön lisans mezunlarının ortalama puanları lisans mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve boyutlarına yönelik olarak gündüz çalışan hemşirelerin vardiyalı çalışanlara göre, nöbet tutanların ise yine vardiyalı çalışanlara göre ortalamaları daha yüksek çıkmıştır.

Bu çalışma sonucuna göre, haftalık çalışma süresi az olan hemşirelerin hasta güvenliği algılamalarının haftalık çalışma süresi daha fazla olan hemşirelere göre daha olumlu olduğu söylenebilir. Bir diğer deyişle hemşirelerin hasta güvenliği algılamaları ile haftalık çalışma süreleri arasında ters yönlü bir ilişki vardır denilebilir. Hemşirelerin çalışma süreleri uzadıkça hasta güvenliği kültürü algıları olumsuz olacaktır.

Bu araştırmada hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve alt boyutlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtlara ait ortalamalar hastanede çalışma süresi, şu andaki uzmanlık alanında/mesleğinde çalışma süresi, şu anda çalıştıkları birimde/alanda buldukları süre bakımından karşılaştırılmış ve bu değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir.

Bu çalışmada hemşirelerin %16,4'ü (n=48) çalışmakta oldukları hastanenin hasta güvenliği derecesini mükemmel, %46,4'ü (n=136) çok iyi, %33,4'ü (n=98) kabul edilebilir, %3,1'i (n=9) zayıf ve %7'si (n=2) başarısız olarak değerlendirmiştir.

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin %25,9'u (n=76) son 12 ay içerisinde hiç olay raporlamadığını belirtirken; %43,7'si (n=128) 1-2 olay ve %24,6'sı (n=72) 3-5 olay raporladığını belirtmiştir.

Hemşirelerin bilgi güvenliği ölçeği ortalama puanı $3,58 \pm 0,68$; bilgi güvenliği yönetimi $3,72 \pm 0,78$; bilgi güvenliği yaklaşımı $3,63 \pm 0,80$; bilgi güvenliği uygulaması $3,56 \pm 0,95$; bilgi güvenliği kültürü $3,88 \pm 0,81$; bilgi güvenliğinde gizlilik ise $2,60 \pm 0,66$ olarak bulunmuştur. Çalışmada, hemşirelerin bilgi güvenliği puanlarının ortalamanın üzerinde olduğu söylenebilir.

Evli olan hemşirelerin bekarlara göre bilgi güvenliği uygulaması ortalama puanı daha yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin eğitim durumuna göre bilgi güvenliği uygulaması ve bilgi güvenliği kültürü boyutlarında ön lisans mezunlarının lisans mezunlarına göre ortalama puanları daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü ile KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler boyutları; hasta güvenliği kültürü ortalamasını pozitif yönde etkilerken, bilgi güvenliğinde gizlilik boyutu hasta güvenliği kültürü ortalamasını negatif yönde etkilemektedir. Hasta güvenliği kültürü ortalamasını en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği kültürü değişkeni olduğu görülmektedir.

Bilgi güvenliği yönetimi, bilgi güvenliğinde gizlilik, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler ile KDH'ye karşı duygular boyutları; güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutunu pozitif yönde etkilerken, bilgi güvenliğinde gizlilik boyutu güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutuna negatif yönde etkilemektedir. Güvenliğin kapsamlı algılanması alt boyutunu en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği yönetimi değişkeni olduğu görülmektedir.

Hataların raporlanma sıklığı alt boyutunu sadece bilgi güvenliği yönetimi değişkeni etkilemektedir.

Bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği kültürü, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler alt boyutları; birimler içinde ekip çalışması alt boyutunu pozitif yönde etkilerken, bilgi güvenliğinde gizlilik boyutu birimler içinde ekip çalışması alt boyutuna negatif yönde etkilemiştir. Birimler içinde ekip çalışmasını en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliğinde gizlilik değişkeni olduğu görülmektedir.

KDH'ye karşı duygular boyutu hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller alt boyutunu pozitif olarak etkilerken, bilgi güvenliğinde gizlilik boyutu negatif olarak etkilemektedir. Hastane müdahaleleri ve değişim/ hastanede devirler ve nakiller alt boyutunu en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliğinde gizlilik değişkeni olduğu görülmektedir.

Bilgi güvenliği kültürü ve davranış niyeti boyutları; yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri alt boyutunu pozitif olarak etkilemektedir. Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri/güvenlik geliştirme faaliyetleri alt boyutunu en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği kültürü değişkeni olduğu görülmektedir.

Bilgi güvenliği yaklaşımı, bilgi güvenliği kültürü, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler boyutları; örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme alt boyutunu pozitif olarak etkilemektedir. Örgütsel öğrenme ve sürekli geliştirme/iyileştirme alt boyutunu en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği kültürü değişkeni olduğu görülmektedir.

Bilgi güvenliği kültürü ve KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler boyutları; hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması alt boyutunu pozitif olarak etkilemektedir. Hastane üniteleri/birimleri arasında ekip çalışması alt boyutunu en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği kültürü değişkeni olduğu görülmektedir.

Bilgi güvenliği yaklaşımı ve bilgi güvenliği kültürü boyutları; iletişimin açık tutulması alt boyutunu pozitif olarak etkilemektedir. İletişimin açık tutulması alt boyutunu en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği yaklaşımı değişkeni olduğu görülmektedir.

Bilgi güvenliği uygulaması ile KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler boyutları; hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim alt boyutunu pozitif olarak etkilemektedir. Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim alt boyutunu en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği uygulaması değişkeni olduğu görülmektedir.

Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt alt boyutuna pozitif yönde ve tek etki eden değişkenin KDH'ye karşı duygular değişkeni olduğu bulunmuştur.

Bilgi güvenliği uygulaması, bilgi güvenliği kültürü, KDH'ye yönelik inançlar ve beklentiler boyutları; hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutunu pozitif yönde etkilerken, bilgi güvenliğinde gizlilik boyutu hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutunu negatif yönde etkilemektedir. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği alt boyutunu en çok etkileyen değişkenin bilgi güvenliği uygulaması değişkeni olduğu görülmektedir.

Hasta güvenliği, bilgi güvenliği ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları sağlık hizmetlerinin etkili kullanılmasında önemlidir. Bilgi güvenliği, kanıta dayalı hemşirelik ve hasta güvenliği kùltürünü bir arada alan bu çalışma, bu alanda yapılacak çalışmalara yeni bir bakış açısı kazandırabilir. Bilgi güvenliği, kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ve hasta güvenliği ile ilgili en son gelişmelerin takip edilmesi ve uygulanması, sağlık bakım hizmetlerinden memnuniyet sağlamanın yanı sıra rekabet avantajı da sağlayabilir. Bu araştırmada ortaya konulan bulguların hasta güvenliği kùltürünün geliştirilmesinde etkili olabileceği düşün÷lmektedir. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda hasta güvenliği kùltürü farklı değişkenlerle birlikte incelenmiştir. Ancak, özellikle bu çalışmada kanıta dayalı hemşireliğin yanı sıra bilgi güvenliğinin hasta güvenliği kùltürünü etkilemesi ön plana çıkmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Kanıta dayalı uygulamalar, kanıta dayalı hemşirelik, bilgi güvenliği, hasta güvenliği ve hasta güvenliği kùltürü hep birlikte sağlık hizmetlerinin daha optimal hale gelmesini sağlayacaktır. Bu nedenle bu alanın daha fazla araştırılmasına ihtiyaç olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca, farklı sağlık çalışanları tarafından kanıta dayalı uygulamaların ve bilgi güvenliğinin hasta güvenliği kùltürü üzerindeki etkisinin incelenmesinin faydalı olacağı düşün÷lmektedir. Araştırmadaki sınırlılık ve kısıtlılıklara rağmen, araştırma sonucunda elde edilen tüm bu verilerin, hasta güvenliği kùltürünü etkileyen değişkenler konusunda yeni ve farklı bir yaklaşım sunduğu düşün÷lmektedir. Araştırma sonuçlarının, orta ve üst düzeyde sağlık yöneticilerine, sağlık çalışanlarına hasta güvenliği kùltürünün geliştirilmesi konusunda katkı sağlayacağı düşün÷lmektedir.

10. BÖLÜM: ÖNERİLER

Bu çalışma Ankara'da bir üniversite hastanesinde görev yapan hemşirelere uygulanmıştır. Özel sağlık merkezleri, devlet hastanesi, özel dal hastanelerinde de kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ve bilgi güvenliğinin hasta güvenliği kültürü ve boyutları üzerine etkisi incelenebilir.

Bilgi güvenliği ve kalite değişkenlerinin birlikte hasta güvenliği kültürünü nasıl etkilediğine dair çalışmalar yapılabilir.

Yapılacak uluslararası düzeyde derinlemesine bir analizle, hasta güvenliği, kanıta dayalı hemşirelik, bilgi güvenliği, hasta güvenliği kültürü ve tıbbi hatalar arasındaki ilişki incelenebilir.

Bilimsel çalışmaların takip edilmesi, kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili eğitimlerin alınması KDHYTÖ puanını olumlu şekilde etkilemektedir. Dolayısıyla hemşirelere verilen hizmet içi eğitimlerin içeriğinde bu konulara özen gösterilmesine dikkat edilmelidir.

Sağlık yöneticileri ve idarecileri, hasta güvenliği kültürünü daha iyi hale getirmek için, hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına kanıta dayalı uygulamalar için eğitim programı geliştirmeli ve KDU'yu takip eden personelini farklı teşviklerle motive etmelidir.

Hasta güvenliği kültüründe olay raporu doldurma oranı birçok çalışmada düşük çıkmaktadır. Hasta güvenliğini geliştirmek ve yapılan hatalardan ders alınabilmesi için personeli olay raporlarını doldurmaya teşvik etmek önemlidir. Bunun için gerekli eğitimler verilmesi sağlanabilir.

Sağlık alanında artan iş yükü ve ağır çalışma koşulları stresi de beraberinde getirmektedir. Yaşanan aşırı yoğunluk ve artan gerginlikler hata yapma oranını arttırmaktadır. Hasta güvenliğinin geliştirilmesi için bu koşulların düzeltilmesi önemlidir. Bunun için gerekli politikalar geliştirilmelidir.

Hastanede oluşturulacak bir bilgi güvenliği kültürü kullanıcılardan kaynaklı hataları önleyebilir, kullanıcıları güvenlikle ilgili düzenlemeler konusunda bilgilendirerek hastane bilgi güvenliğinin artırılmasına katkı sağlanabilir.

Hasta güvenliği kültürünü etkileyen bilgi güvenliği ve kanıta dayalı uygulamalarla ilgili eğitimlerin verilmesi başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının daha donanımlı hale getirebilir ve hasta güvenliği kültürünü geliştirmesine katkı sağlayabilir.

Hasta güvenliğini destekleyen ve KDU'yu mümkün kılan bir bilişim altyapısı ve ilgili uygulamaların gerçekleştirilebilmesi için hangi politikalar uygulanması gerektiği ile ilgili çalışmalar yapılmalıdır.

Bu çalışmada örneklem grubu olarak hemşireler alınmıştır. Farklı sağlık çalışanlarının da katılımıyla kanıta dayalı uygulamalar ve bilgi güvenliğinin hasta güvenliği kültürü ve boyutları üzerine etkisi incelenebilir.

KAYNAKÇA

- AbuRuz, M. E., Hayeah, H. A., Al-Dweik, G., & Al-Akash, H. Y. (2017). Knowledge, attitudes, and practice about evidence-based practice: a Jordanian study. *Health Science Journal*, 11(2), 0-0.
- Åhlfeldt, R. M., & Söderström, E. (2007, July). Information security problems and needs in a distributed healthcare domain-A case study. In *Proceedings of The Twelfth International Symposium on Health Information Management Research (iSHIMR 2007)* (pp. 18-20).
- Åhlfeldt, R. M., & Söderström, E. (2008). Information Security Problems and Needs in Healthcare—A Case Study of Norway and Finland vs Sweden. In *Enterprise Interoperability III* (pp. 41-53). Springer, London.
- Åhlfeldt, R. M. (2008). *Information security in distributed healthcare: Exploring the needs for achieving patient safety and patient privacy* (Doctoral dissertation, Institutionen för data-och systemvetenskap (tills m KTH)).
- Alatawi, M., Aljuhani, E., Alsufiany, F., Aleid, K., Rawah, R., Aljanabi, S., & Banakhar, M. (2020). Barriers of implementing evidence-based practice in nursing profession: A literature review. *American Journal of Nursing Science*, 9(1), 35-42.
- Alkhatib, A. H., Ibrahim, E. A., Ameenuddin, M., & Ibrahim, I. A. (2021). Nurses' knowledge, perception, and attitude towards evidence-based practice at King Abdullah Medical City Saudi Arabia. *American Journal of Nursing Research*, 9(1), 1-7.
- Al-Maskari, M. A., & Patterson, B. J. (2018). Attitudes towards and perceptions regarding the implementation of evidence-based practice among Omani nurses. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 18(3), e344.

- Alnatheer, M., & Nelson, K. (2009). Proposed framework for understanding information security culture and practices in the Saudi context.
- Alpar, R. (2013). Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler (4. Gözden Geçirilmiş Bs.). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Alpar, R. (2006). Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik Ankara 3. basım Nobel Yayın Dağıtım
- Alpar, R. (2010). Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik – Güvenirlik, Ankara: Detay Yayıncılık
- Alperen, A. (2019). Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi) Karabük Üniversitesi, Karabük
- Altındış, S., & Kurt M. (2010). Bilgi yönetim uygulamalarının hasta güvenliğine etkisine ilişkin bir araştırma: Afyonkarahisar ilinde bir uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (24), 45-61.
- Ammouri, A. A., Raddaha, A. A., Dsouza, P., Geethakrishnan, R., Noronha, J. A., Obeidat, A. A., & Shakman, L. (2014). Evidence-based practice: Knowledge, attitudes, practice and perceived barriers among nurses in Oman. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 14(4), e537.
- Ash, J. S., Berg, M., & Coiera, E. (2004). Some unintended consequences of information technology in health care: the nature of patient care information system-related errors. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 11(2), 104-112.
- Ayhan Y, Kocaman G, Bektaş M. "Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği"nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2015;17(2-3): 21-35.
- Bakken, S., Cimino, J. J., & Hripcsak, G. (2004). Promoting patient safety and enabling evidence-based practice through informatics. *Medical care*, 42(2), 11-49.

- Baran, S., & Şener, E. (2019). Hastanelerde Bilgi Güvenliği Yönetimi: Nitel Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 10(23), 108-125.
- Başdinkçi, N. (2017). *Sağlık kurumlarında bilgi güvenliği risk değerlendirmesi ve kullanıcıların bilgi güvenliği farkındalık düzeyinin ölçülmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Bayın, G., & Akbulut, Y. (2012). Kanıta dayalı yaklaşım ve sağlık politikası. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 115-132.
- Belkin, L. (1997). Who's to blame? It's the wrong question. *New York Times Magazine*, 28-33.
- Benn, J., Koutantji, M., Wallace, L., Spurgeon, P., Rejman, M., Healey, A., & Vincent, C. (2009). Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. *BMJ Quality & Safety*, 18(1), 11-21.
- Bodur, S., & Filiz, E. (2010). Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC health services research*, 10(1), 1-9.
- Bölükbaşı, F. B. (2019). *Hekim ve Hemşirelerde İş Tatmini ile Hasta Güvenliği Kültürü Algılamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Chen, H. Y., Lu, L., Ko, Y. M., Chueh, J. W., Hsiao, S. Y., Wang, P. C., & Cooper, C. L. (2021). Post-pandemic patient safety culture: A case from a large metropolitan hospital group in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4537.
- Chen, L., Wu, Y., Zhou, C., Li, X., & Zhao, H. (2020). Value, knowledge and implementation on evidence-based practice among nurse managers in china: A regional cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*, 28(1), 139-147.

- Chen, C. C., Medlin, B. D., & Shaw, R. S. (2008). A cross-cultural investigation of situational information security awareness programs. *Information Management & Computer Security*.
- Chen, L., Wu, Y., Wang, S., Zhao, H., & Zhou, C. (2021). Construction of evidence-based practice competencies for nurses in China: A modified Delphi study. *Nurse Education Today*, 102, 104927.
- Classen, D. C., Resar, R., Griffin, F., Federico, F., Frankel, T., Kimmel, N., ... & James, B. C. (2011). 'Global trigger tool'shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health affairs*, 30(4), 581-589.
- Coiera, E. (2003). Interaction design theory. *International journal of medical informatics*, 69(2-3), 205-222.
- Danielsson, M., Nilsen, P., Rutberg, H., & Årestedt, K. (2019). A national study of patient safety culture in hospitals in Sweden. *Journal of patient safety*, 15(4), 328.
- Daştan, B., & Hintistan, S. (2018). Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesi: kırsal bölge örneği. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 1-9.
- Demir, A.K. (2021). *Diş Hekimlerinin Ve Diş Hekimliği Stajyer Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas
- DiCenso, A., Cullum, N., & Ciliska, D. (1998). Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evidence-Based Nursing*, 1(2), 38-39.
- Dikmen, Y., Filiz, N. Y., Tanrıku, F., Yılmaz, D., & Kuzgun, H. (2018). Attitudes of intensive care nurses towards evidence-based nursing. *International Journal of Health Sciences and Research*, 8(1), 138-143.

- Dikmetaş E, Yardan T, Dikmetaş H. Türkiye’de farklı kamu hastane çalışanlarının hasta güvenlik kültürü algılaması. 6. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı 2012;183-190.
- Dönmez, B. (2017). *Hekim ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas
- Durmuş, B., Aylaz, R., & Öztürk, H. (2001). Elazığ il merkezindeki hastanelerde çalışan hemşirelerin hemşirelik araştırmalarına ilişkin görüşlerinin incelenmesi.
- Durmuş, M., Gerçek, A., & Çiftci, N. (2017). Sağlık çalışanlarının problem çözme becerilerinin kanıta dayalı tutum algıları üzerindeki etkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2017; 5(53): 648-661.
- Dursun, S., Bayram, N., & Aytaç, S. (2010). Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 1-14.
- Eken, A. (2018). *Sağlık çalışanlarında ekip çalışması etkinliği ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin belirlenmesi: Bir kamu hastanesi örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Eremenco, S. L., Cella, D., & Arnold, B. J. (2005). A Comprehensive Method for the Translation and Cross-Cultural Validation of Health Status Questionnaires. *Evaluation & The Health Professions*, 28(2), 212-232
- Eriş H., Havlioğlu, S., & Doni, N.(2017). Kalite sistemi ve bilgi güvenliği sistemlerinin hasta güvenliği üzerine etkisi: bir üniversite hastanesi uygulaması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(3), 207-215.
- Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G., & Wallin, L. (2007). Predicting research use in nursing organizations: a multilevel analysis. *Nursing research*, 56(4), S7-S23.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. Sage, London, UK

- Filiz, E. (2009). *Hastanede Hasta Güvenliği Kùltürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- French, P. (2000). Evidence-based nursing: a change dynamic in a managed care system. *Journal of Nursing Management*, 8(3), 141-147.
- Gerçeker, B. (2012). *Sağlık Kuruluşlarında Örgüt İklimi Ve Bilgi Güvenliğinin İlişkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir
- Gerrish, K., Ashworth, P., Lacey, A., Bailey, J., Cooke, J., Kendall, S., & McNeilly, E. (2007). Factors influencing the development of evidence-based practice: A research tool. *Journal of advanced nursing*, 57(3), 328-338.
- Hanskamp-Sebregts, M., Zegers, M., Westert, G. P., Boeijen, W., Teerenstra, S., van Gorp, P. J., & Wollersheim, H. (2019). Effects of patient safety auditing in hospital care: results of a mixed-method evaluation (part 1). *International Journal for Quality in Health Care*, 31(7), 8-15.
- Higgs, E. (1997). Health informatics blueprint: business needs. *Information Management & Computer Security*.
- Huang, L., Bai, X., & Nair, S. (2008, May). Developing a SSE-CMM-based security risk assessment process for patient-centered healthcare systems. In *Proceedings of the 6th international workshop on Software quality* (pp. 11-16).
- Ingersoll, G. L. (2000). Evidence-based nursing: what it is and what it isn't. *Nursing outlook*, 48(4), 151-152.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Jennings, B. M., & Loan, L. A. (2001). Misconceptions among nurses about evidence-based practice. *Journal of nursing scholarship*, 33(2), 121-127.

- Kaya, S. (2021). Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesinde Güvenlik Tutumları Anketi: Bibliyometrik Bir Analiz. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(4), 829-866.
- Kaya, S. (2009). Hasta güvenliği kültürü nedir ve nasıl geliştirilebilir. *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, 1.
- Kızılelma, T.T. (2014). Bilgi Güvenliği Yönetimi Sistemleri, Hasta Güvenliği ve Kalite Arasındaki İlişkilerin Analizi. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir.
- Kocaman, G. (2003). Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2), 61-69.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). Errors in health care: a leading cause of death and injury. In *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press (US).
- Korkmazer, F., YILDIZ, A., & Ekingen, E. (2016). Sağlık personeli hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 141-154.
- Küçüköğlü, S., Bükecik, T., Aytakin, A., & Çelebi, A. (2017). Acil birimlerde çalışan hemşirelerin adli vakayla ilgili yaklaşımları ve kanıta dayalı uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi*, 14(1), 1-8.
- Laibhen-Parkes, N. (2014). Evidence-based practice competence: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(3), 173-182.
- Lunden, A., Kvist, T., Teräs, M., & Häggman-Laitila, A. (2021). Readiness and leadership in evidence-based practice and knowledge management: A cross-sectional survey of nurses' perceptions. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 187-196.

- Mackey, A., & Bassendowski, S. (2017). The history of evidence-based practice in nursing education and practice. *Journal of Professional Nursing, 33*(1), 51-55.
- Majid, S., Foo, S., Luyt, B., Zhang, X., Theng, Y. L., Chang, Y. K., & Mokhtar, I. A. (2011). Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *Journal of the Medical Library Association: JMLA, 99*(3), 229.
- McCormack, B. (2006). Evidence-based practice and the potential for transformation. *Journal of Research in Nursing, 11*(2), 89-94.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., & Mays, M. Z. (2008). The evidence-based practice beliefs and implementation scales: Psychometric properties of two new instruments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 5*(4), 208-216.
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 11*(1), 5-15.
- Merih, Y. D., Potur, D. C., & Esencan, T. Y. (2017). Doğum sonu kliniklerinde çalışan ebe ve hemşireler kanıta dayalı uygulamaların neresinde. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1*(4), 8-14.
- Molloy PA. (2012) .Examining the relationship between work climate and patient safety among nurses in acute care settings. Doktora Tezi, University of Rhode Island.
- Mohr, D. C., Eaton, J. L., McPhaul, K. M., & Hodgson, M. J. (2018). Does employee safety matter for patients too? Employee safety climate and patient safety culture in health care. *Journal of patient safety, 14*(3), 181-185.

- Morath, J. M., & Turnbull, J. E. (2005). *To do no harm: ensuring patient safety in health care organizations*. John Wiley & Sons. Chapter One Declare Patient Safety Urgent And A Priority S.12
- Nadzam, D. M. (1991). Development of medication-use indicators by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 48(9), 1925-1930.
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ quality & safety*, 12(suppl 2), ii17-ii23.
- Özdemir, L., & Akdemir, N. (2009). Turkish nurses' utilization of research evidence in clinical practice and influencing factors. *International Nursing Review*, 56(3), 319-325.
- Özsoy, S. A., & Ardahan, M. (2006). Hemşirelerin Uygulamalarında Kullandıkları Bilgi Kaynaklarının İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 22(2), 89-101.
- Page, A. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Parahoo, K. (1999). A comparison of pre-Project 2000 and Project 2000 nurses' perceptions of their research training, research needs and of their use of research in clinical areas. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 237-245.
- Parahoo, K. (2000). Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. *Journal of advanced nursing*, 31(1), 89-98.
- Parahoo, K., & McCaughan, E. M. (2001). Research utilization among medical and surgical nurses: a comparison of their self reports and perceptions of barriers and facilitators. *Journal of nursing management*, 9(1), 21-30.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins

- Ques, Á. A. M., Montoro, C. H., & González, M. G. (2010). Strengths and threats regarding the patient's safety: nursing professionals' opinion. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 339-345.
- Quick, O. (2006). Outing medical errors: questions of trust and responsibility. *Medical Law Review*, 14(1), 22-43.
- Reis, C. T., Paiva, S. G., & Sousa, P. (2018). The patient safety culture: a systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(9), 660-677.
- Roberts, S. J. (2014). The necessity of information security in the vulnerable pharmaceutical industry. *Journal of Information Security*, 5(04), 147.
- Royle, J. A., Blythe, J., Ingram, C., DiCenso, A., Bhatnager, N., & Potvin, C. (1996). The research utilization process: the use of guided imagery to reduce anxiety. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 6(1), 20-25.
- Ruzafa-Martínez, M., López-Iborra, L., & Madrigal-Torres, M. (2011). Attitude towards Evidence-Based Nursing Questionnaire: development and psychometric testing in Spanish community nurses. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 664-670.
- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B., & Titchen, A. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of clinical nursing*, 13(8), 913-924.
- Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of nursing scholarship*, 42(2), 156-165.
- Sendlhofer, G., Wölfler, C., & Pregartner, G. (2015). Patient safety culture within a university hospital: feasibility trial. *Safety in Health*, 1(1), 1-5.

- Singer, S., Lin, S., Falwell, A., Gaba, D., & Baker, L. (2009). Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health services research, 44*(2p1), 399-421.
- Singano, J. O. (2020). Establishing Awareness of Users on Improved Information Security in Health Institution: A Case Study of Muhimbili National Hospital-Mloganzila.
- Slawomirski, L., Auraaen, A., & Klazinga, N. (2018). The economics of patient safety in primary and ambulatory care: flying blind. *OECD Health Working Papers, 106*.
- Smaradottir, B. F. (2018, December). Security Management in Electronic Health Records: Attitudes and Experiences Among Health Care Professionals. In *2018 International Conference on Computational Science and Computational Intelligence (CSCI)* (pp. 715-719). IEEE.
- Songur, C., Özer, Ö., Gün, Ç., & Top, M. (2018). Patient safety culture, evidence-based practice and performance in nursing. *Systemic practice and action research, 31*(4), 359-374.
- Söderström, E., Åhlfeldt, R. M., & Eriksson, N. (2009). Standards for information security and processes in healthcare. *Journal of Systems and Information Technology*.
- Şen, E. Ş., & Yurt, S. (2021). Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 14*(2), 102-107.
- Teleş M. (2011). *Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları ile hastaların sağlık hizmeti kalitesi algıları arasındaki ilişkinin analizi*. (Yüksek Lisans Tezi) Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Thiel, L., & Ghosh, Y. (2008). Determining registered nurses' readiness for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 5*(4), 182-192.

- Thompson, C., Cullum, N., McCaughan, D., Sheldon, T., & Raynor, P. (2004). Nurses, information use, and clinical decision making—the real world potential for evidence-based decisions in nursing. *Evidence-based nursing, 7*(3), 68-72.
- Tubaishat, A. (2019). The effect of electronic health records on patient safety: A qualitative exploratory study. *Informatics for Health and Social Care, 44*(1), 79-91.
- Ulrich, B., & Kear, T. (2014). Patient safety and patient safety culture: Foundations of excellent health care delivery. *Nephrology Nursing Journal, 41*(5), 447-456.
- Upton, D., & Upton, P. (2006). Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of advanced nursing, 53*(4), 454-458.
- Vaishnav, R., Panditi, M. D. D., Dhiman, V., Aarthy, C. C. J., Kumari, Y. S., & Mohiddin, M. K. (2022). Data security in healthcare management analysis and future prospects. *Materials Today: Proceedings, 51*, 2202-2206.
- Yamalik, N., & Pérez, B. P. (2012). Patient safety and dentistry: what do we need to know? Fundamentals of patient safety, the safety culture and implementation of patient safety measures in dental practice. *International dental journal, 62*(4), 189-196.
- Yan, L., Yao, L., Li, Y., & Chen, H. (2021). Assessment and analysis of patient safety competency of Chinese nurses with associate degrees: A cross-sectional study. *Nursing Open, 8*(1), 395-403.
- Yassi, A., & Hancock, T. (2005). Patient safety-worker safety: building a culture of safety to improve healthcare worker and patient well-being. *Healthc Q, 8*(32), 8.
- Yılmaz, E., Cecen, D., Aslan, A., Kara, H., Togac, H. K., & Mutlu, S. (2018). Attitudes Towards Evidence-Based Nursing and Perceptions of

Obstacles in Using Research of Nurses Working in Surgical Clinics/Cerrahi Kliniklerde Calisan Hemsirelerin Kanita Dayali Hemsirelige Yonelik Tutumlari ve Arastirma Kullaniminda Algiladiklari Engeller. *Journal of Education and Research in Nursing*, 15(4), 235-242.

Yılmaz, A., Oğuz, I. Ş. I. K., & Nesrin, A. K. C. A. (2017). Hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumu algı düzeylerinin belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(1), 69-80.

Yurt, S., Kolac, N., & Sen, E. S. (2021). Nurses' Views on the Use of Evidence-based Practice in the Clinic: A Qualitative Study. *Journal of Education and Research in Nursing*, 18(2), 150-156.

Xie, H. T., Zhou, Z. Y., Xu, C., Ong, S., & Govindasamy, A. (2018). Nurses' attitudes towards research and evidence-based practice: Perspectives from psychiatric setting.

Wilson DS. (2011). *Registered nurses' perceptions of patient safety culture: the influence of nursing unit leadership*. Doktora Tezi, The University of Michigan.

Win, K. T. (2005). A review of security of electronic health records. *Health Information Management*, 34(1), 13-18.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/> (Ulusal Tıp Kütüphanesi, 2022, s.1.)

https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_1 07.04.2022 tarihinde erişim sağlandı.

<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/PatientSafetyIncidentManagementToolkit/PatientSafetyManagement/pages/patient-safety-culture.aspx> Hasta Güvenliği Enstitüsü 09.04.2022 tarihinde erişim sağlandı.

WHO Hasta Güvenliği, Erişim Linki. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> 25.03.2022 tarihinde erişim sağlandı.

<http://www.ihl.org/sites/search/pages/results.aspx?k=patient+safety>

WHO https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_2 02.04.2022 tarihinde erişim sağlandı.

Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>

Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/06/20190621-3.htm>

Hasta Güvenliği Enstitüsü
<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/PatientSafetyIncidentManagementToolkit/PatientSafetyManagement/pages/patient-safety-culture.aspx> 14.04.2022 tarihinde erişim sağlandı.

Hasta Güvenliği Hareketi 2022, s.1. <https://patientsafetymovement.org/patient-safety/the-facts/> 04.04.2022 erişim sağlandı.

WHO, 2022c, s.1 <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2022> 07.04.2022 tarihinde erişim sağlandı.

<https://sozluk.gov.tr/> 04.04.2022 erişim sağlandı.

IOM <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25009849/> 04.04.2022 erişim sağlandı.

EK 1. ANKET FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu anket formu, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda hazırlanmakta olan doktora tezine veri sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmada, Hemşirelerin Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları ve Bilgi Güvenliğinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi' nin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Soruların eksiksiz cevaplanması sağlıklı sonuçlar elde edilebilmesi için büyük önem taşımaktadır. Bilimsel nitelikteki bu araştırmanın idari ya da siyasi yönü olmayıp, cevaplar **kesinlikle** gizli tutulacaktır. Anket formuna kimliğinizi ya da isminizi belirten bir şey yazmayınız. Vereceğiniz cevaplarla, çalışmaya yapacağınız değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Arş. Gör. İlkay Sevinç TURAC

**Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F.
Sağlık Yönetimi Bölümü**

BÖLÜM 1: TANIMLAYICI BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz:

- Kadın
 Erkek

2. Doğum Yılıınız:

3. Medeni Durumunuz:

- Evli
 Bekar

4. Eğitim durumunuz:

- Lise
 Önlisans (2 Yıllık)
 Lisans (4 Yıllık)
 Yüksek Lisans
 Doktora

5. Toplam Çalışma yılınız:

.....

6. Kurumda Çalışma Şekliniz:

- Gündüz
 Vardiya
 Nöbet

7. Kaç yıldır bu hastanede çalışıyorsunuz?

- 1 yıldan az
 1-5 yıl arası
 6-10 yıl arası
 11-15 yıl arası
 16-20 yıl arası
 21 yıl veya daha fazla

8. Şu anda çalıştığınız alanda/birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

- 1 yıldan az
 1-5 yıl arası
 6-10 yıl arası
 11-15 yıl arası
 16-20 yıl arası
 21 yıl veya daha fazla

9. Bu hastanede, genellikle haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

- Haftada 20 saatten az
 Haftada 20-39 saat arası
 Haftada 40-59 saat arası
 Haftada 60-79 saat arası
 Haftada 80-99 saat arası
 Haftada 100 saat veya daha fazla

10. Bulduğunuz görevde, genellikle hastalarla doğrudan etkileşim ve temas içinde misiniz?

- EVET
 HAYIR

11. Şu andaki uzmanlık alanınızda ya da mesleğinizde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

- 1 yıldan az
 1-5 yıl arası
 6-10 yıl arası
 11-15 yıl arası
 16-20 yıl arası
 21 yıl veya daha fazla

12. Lütfen hastanenizdeki hasta güvenliği, tıbbi hatalar ve olay raporlama konularındaki düşüncelerinizi ve yorumlarınızı yazmaktan çekinmeyiniz...

.....
.....
.....
.....
.....

Bölüm 2: KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ
--

Aşağıda kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelerle ilgili düşüncelerinizi 1'den (Hiç Katılmıyorum) 5'e kadar (Tamamen Katılıyorum) katılma derecenizi ifade edecek şekilde doldurunuz.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne De Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum

KANITA DAYALI HEMŞİRELİĞE YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ		1	2	3	4	5
1	Kanıta dayalı hemşirelik, hemşireliğin günlük uygulamalarının önemli bir parçası haline gelirse memnun olurum.					
2	Yaptığım bakımı destekleyecek güçlü bilimsel kanıtlar bulmaktan memnuniyet duyarım.					
3	Kanıta dayalı bakım uygulamak, günlük çalışmalarımı/işlerimi olumsuz etkiler.					
4	Kanıta dayalı hemşireliği uygulamak, mesleki önceliklerim arasında değildir.					
5	İşimde/mesleğimde, kanıta dayalı hemşireliği uygulamak için çaba göstermeye hazırım.					
6	Boş zamanımı kanıta dayalı hemşireliği öğrenmek için harcamaya karşıyım.					
7	Kanıta dayalı hemşireliğin uygulanması sağlık bakım sonuçlarını iyileştirir.					
8	Hemşirelik araştırmalarının sonuçlarından edindiğim bilgiyi dikkate almam.					
9	Mesleğimde/çalışmalarında kanıta dayalı hemşireliği kullanmak istiyorum/isterdim.					
10	Sağlık bilimleri araştırmaları klinik hemşirelik uygulamaları için önemli değildir.					
11	Klinik kanıta dayalı hemşirelik kılavuzlarının özenli bir şekilde hazırlanması için işbirliği yapmaya hazırım.					
12	Bilimsel makaleleri okumaktan sıkılırım.					
13	Kanıta dayalı hemşireliğin klinik hemşirelik uygulamalarında önemli bir rolü olmalıdır.					
14	Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları sunulan bakımın standartlaşmasını sağlar.					
15	Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını çalışmalarına entegre/dahil etmekten hoşlanmam.					

Bölüm 3: HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ HASTANE ANKETİ

Bu bölümde hasta güvenliği kültürü hastane ölçeği ile ilgili ifadeler yer almaktadır.

Bölüm A: Çalışma alanınız/Biriminiz

Bu ankette "biriminizi" hastanede çalışma zamanınızın çoğumu geçirdiğiniz ya da klinik hizmetlerinizi en çok sunduğunuz çalışma alanı, bölümü ya da klinik alan olarak düşününüz. Aşağıda yer alan ifadelerle ilgili düşüncelerinizi 1'den (Hiç Katılmıyorum) 5'e kadar (tamamen katılmıyorum) katılma derecenizi ifade edecek şekilde doldurunuz.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen
		Ne De Katılmıyorum		Katılıyorum

	Çalıştığınız alanı/birimi düşünerek cevaplayınız.	1	2	3	4	5
1	Bu birimde insanlar birbirini destekler.					
2	İş yüküyle başa çıkmak için yeterince personelimiz vardır.					
3	Hızlı bir şekilde bitirilmesi gereken pek çok iş olduğunda, işi bitirmek için takım olarak beraber çalışırız.					
4	Bu birimde insanlar birbirine saygılı davranır.					
5	Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en iyi olan süreden daha uzun çalışırlar.					
6	Hasta güvenliği geliştirmek için aktif olarak çalışmalar yapıyoruz.					
7	Hasta bakımı için gerekenden fazla geçici personel çalıştırıyoruz.					
8	Çalışanlar, yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.					
9	Burada, hatalar olumlu değişikliklere yol açmıştır.					
10	Burada, sadece şans eseri daha ciddi hatalar oluşmamaktadır.					
11	Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında, diğerleri yardım ederler.					
12	Bir olay rapor edildiğinde, problemin değil kişinin rapor edildiği hissedilir.					
13	Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların ne kadar etkili olduğunu değerlendiriniz					
14	Çok fazla şeyi, çok hızlı yapmaya çalışarak "kriz modunda" çalışırız.					
15	Daha fazla iş yapmak uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez.					
16	Çalışanlar, yaptıkları hataların, kişisel dosyalarında tutulduğundan endişe duyarlar.					
17	Bu birimde hasta güvenliği ile problemler vardır					
18	Bizim prosedürlerimiz ve sistemlerimiz hataların meydana gelmesini önlemede iyidir.					

Bölüm B. Süpervizörünüz / Yöneticiniz
--

Süpervizörünüz / Yöneticiniz ya da doğrudan rapor verdiğiniz kişi hakkında aşağıdaki ifadelere katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen
		Ne De Katılmıyorum		Katılıyorum

		1	2	3	4	5
1	Süpervizörüm/yöneticim, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir iş gördüğünde takdir eder.					
2	Süpervizörüm/yöneticim, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerileri ciddiye alır.					
3	Baskı attığı zaman, Süpervizörüm/yöneticim kestirme yollar kullanılması gerekse bile daha hızlı çalışmamızı ister.					
4	Süpervizörüm/yöneticim, tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği sorunlarını görmezden gelir.					

Bölüm C. İletişim

Çalışma alanınızda/biriminizde aşağıdakiler ne sıklıkla oluyor?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman

	Hastanede çalıştığınız alanı/birimi düşünerek cevaplayınız.	1	2	3	4	5
1	Olay raporlarına dayanarak yapılan değişiklikler hakkında geri bildirim alırız.					
2	Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyen bir şey gördüklerinde, bunu serbestçe dile getirebilirler.					
3	Bu birimde olan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.					
4	Çalışanlar, yetkisi daha fazla olan kişilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.					
5	Bu birimde, hataların tekrar olmasını engelleme yollarını tartışırız.					
6	Çalışanlar, bir şey doğru gözükmediğinde, soru sormaktan korkarlar.					

Bölüm D: Rapor Edilen Olayların Sıklığı
--

Çalışmakta olduğunuz hastane alanında/biriminde, aşağıda belirtilen hatalar olduğunda, ne sıklıkla rapor edilmektedir?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman

		1	2	3	4	5
1	Bir hata yapıldığında, ancak <i>hastayı etkilemeden fark edilip, düzeltilmediğinde</i> , ne sıklıkla rapor edilmektedir?					
2	Bir hata yapıldığında, ancak <i>hastaya zarar verme potansiyeli olmadığından</i> , ne sıklıkla rapor edilmektedir?					
3	Hastaya <i>zarar verebilecek</i> bir hata yapıldığında fakat hastaya zarar vermediğinde, ne sıklıkla rapor edilmektedir?					

Bölüm E: Hasta Güvenliği Derecesi
--

Lütfen hastanedeki çalışma alanınızı/biriminizi hasta güvenliği açısından genel olarak değerlendiriniz. Bir cevap işaretleyiniz.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Mükemmel	Çok iyi	Kabul Edilebilir	Zayıf	Başarısız

Bölüm F. Hastaneniz

Lütfen hastanenizle ilgili olarak aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne De Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum

	Hastanenizi düşünerek cevaplayınız.	1	2	3	4	5
1	Hastane yönetimi hasta güvenliğini arttıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.					
2	Hastane birimleri birbirleri ile eşgüdümlü (iyi bir uyum içinde) çalışmamaktadır.					
3	Hastalar bir birimden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.					
4	Birlikte çalışması gereken hastane birimleri arasında iyi bir iş birliği vardır.					
5	Nöbet değişimleri sırasında, hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybolur.					
6	Diğer hastane birimlerinden gelen kişiler ile çalışmak genellikle hoş olmamaktadır.					
7	Hastane birimleri arasında bilgi alışverişinde sıklıkla problemler oluşur.					
8	Hastane yönetiminin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu göstermektedir.					
9	Hastane yönetimi, sadece istenmeyen bir olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgileniyor gibi gözükmemektedir.					
10	Hastalara en iyi bakımı sağlamak için hastane birimleri birlikte iyi çalışmaktadır.					
11	Bu hastanede, nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.					

Bölüm G. Raporlanan olay sayısı
--

Son 12 ay içinde kaç tane olay raporu doldurup idarecilerinize verdiniz? Bir cevabı işaretleyiniz.

- 0 olay raporu
- 1-2 olay
- 3-5 olay
- 6-10 olay
- 11-20 olay
- 21 ya da daha fazla olay raporu

BÖLÜM 4. BİLGİ GÜVENLİĞİ

Bu bölümde “*bilgi güvenliği*” ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelerle ilgili düşüncelerinizi 1’den (Hiç Katılmıyorum) 5’e kadar (Tamamen Katılıyorum) katılma derecenizi ifade edecek şekilde doldurunuz.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen	Katılıyorum	Tamamen
		Katılıyorum		Katılıyorum

Bilgi güvenliği		1	2	3	4	5
1	Kurumunuzda bilgi güvenliği hedefleri belirlenmiştir.					
2	Kurumsal bilgi güvenliği yönetim sistemi oluşturulmuştur.					
3	Sağlık bilgi güvenliğindeki tehditler ve güvenlik açıklıkları nettir.					
4	Korunacak sağlık bilgileri belirlenmiştir.					
5	Kurumsal bilgi güvenliği klinik bazında izlenmektedir.					
6	Kurumumuzda bilgi güvenliği uygulamasında yönetim kararlıdır.					
7	Bilgi güvenliği komitesi bulunmaktadır.					
8	Sistematik risk yönetimi uygulaması bulunmaktadır.					
9	Yönetim kaynakları etkin bir şekilde kullanır.					
10	Benzer kurumlarla bilgi güvenliği kıyaslaması yapılmaktadır.					
11	Bilgi güvenliği iç denetimi yapılmaktadır.					
12	Bilgi güvenliği yönetim sistemi, ilerlemeyi sağlar.					
13	Kişisel sağlık bilgilerinin korunması gerekli değildir.					
14	Bilgi güvenliği politikası bulunmaktadır.					
15	Bilgi güvenliği sorumluları belirlidir.					
16	Kişisel sağlık verilerini korumak için kurallar bulunmaktadır.					
17	Tüm kişisel sağlık verileri gizli tutulmalıdır.					
18	Kendi sağlı bilgilerimin arkadaşlarım tarafından görülmesini isterim					
19	Kurumdan ayrılan personelin kullanıcı erişim yetkileri hemen iptal edilir.					
20	Kurumumuzda fiziksel ve çevresel güvenlik sağlanmaktadır.					
21	Kişisel sağlık bilgileri şifreli bir formatta tutulmaktadır.					
22	Acil durumlarda erişim kontrol kuralları belirlidir.					
23	Bilgi sistemleri edinmenin kuralları bulunmaktadır.					
24	Bilgi güvenliği güvenlik olayları etkili bir şekilde sonuçlanır.					
25	Kurumumuzda bilgi güvenliği gereklilik olarak kabul edilmiştir.					
26	Bilgi güvenliği yönetim sistemi sağlıklı uygulanmaktadır.					

EK-2: HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYON İZİNİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Genel Sekreterlik

Sayı : 76000869/ 431 - 3805

15.11.2017

İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakülteniz Sağlık Yöntemi Bölümü öğretim üyelerinden **Doç. Dr. Mehmet TOP** danışmanlığında doktora programı öğrencisi **Arş. Gör. İlkay Sevinç TURAÇ** tarafından yürütülen "**Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları ve Etik İklim Algılarının Hasta Güvenliği Kültürü ve Bilgi Güvenliği Üzerine Etkisi**" başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **07 Kasım 2017** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EK-3: DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA**

Tarih: 05/09/2022

Tez Başlığı : Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları ve Bilgi Güvenliğinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi

Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 193 sayfalık kısmına ilişkin, 05/09/2022 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 20'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç
- 4- Alıntılar dâhil
- 5- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

05/09/2022

Adı Soyadı: İlkay Sevinç TURAÇ
Öğrenci No: N11160332
Anabilim Dalı: SAĞLIK YÖNETİMİ
Programı: SAĞLIK YÖNETİMİ
Statüsü: Doktora Bütünleşik Dr.

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Prof. Dr. Mehmet TOP
(Unvan, Ad Soyad, İmza)



**HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
Ph.D. DISSERTATION ORIGINALITY REPORT**

**HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
HEALTH CARE MANAGEMENT DEPARTMENT**

Date: 05/09/2022

Thesis Title : The Effect of Nurses' Attitudes Towards Evidence-Based Nursing and Information Security on Patient Safety Culture

According to the originality report obtained by my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options checked below on 05/09/2022 for the total of 193 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled as above, the similarity index of my thesis is 20%.

Filtering options applied:

1. Approval and Declaration sections excluded
2. Bibliography/Works Cited excluded
3. Quotes excluded
4. Quotes included
5. Match size up to 5 words excluded

I declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports; that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

I respectfully submit this for approval.

05/09/2022

Name Surname: İlkay Sevinç TURAÇ
Student No: N11160332
Department: HEALTH CARE MANAGEMENT
Program: HEALTH CARE MANAGEMENT
Status: Ph.D. Combined MA/ Ph.D.

ADVISOR APPROVAL

APPROVED.

Prof. Dr. Mehmet TOP

 (Title, Name Surname, Signature)

EK-4: HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİNİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Sayı: 20481333-970/3728
Konu: Anket izni
(İlkay Sevinç TURAÇ)

05/12/2017

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı öğretim araştırma görevlisi İlkay Sevinç TURAÇ'ın "Hemşirelerin Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlar ve Etik İklim Algılarının Hasta Güvenliği Üzerine Etkisi" doktora tezi kapsamında uygulayacağı anket çalışmasını yapması 02.01.2018-03.09.2018 tarihleri arasında yapması uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygularıyla rica ederim.

Erişkin Hastanesi Başhekimi

Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri M

