



Turkish Studies

Volume 13/7, Winter 2018, p. 83-122

DOI Number: <http://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.13044>

ISSN: 1308-2140, ANKARA-TURKEY

Research Article / Araştırma Makalesi

Article Info/Makale Bilgisi

✍ Received/Geliş: Şubat 2018

✓ Accepted/Kabul: Mart 2018

✍ Referees/Hakemler: Doç. Dr. Yeter Demir USLU –
Doç. Dr. Mehmet Nurullah KURUTKAN

This article was checked by iThenticate.

ETİK İKLİM ALGISININ HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÜZERİNE ETKİSİ: ELAZIĞ ÖRNEĞİ*

Eda EMÜL**- Erkan Turan DEMİREL***

ÖZET

Hastalar haklarını öğrendikçe sağlık hizmeti sunumunda çeşitlilik ve kaliteye olan ilgi de artmaktadır. Kalitenin temel unsurlarından olan hasta güvenliği kavramı, genel anlamda hastaya zarar verilmesini önlemek amacıyla sağlık kuruluşunun ve çalışanlarının aldığı önlemlerdir. Sağlık çalışanları genellikle yarar ve zarara ait çeşitli etkenleri değerlendirmede neye göre davranacakları konusunda uzlaşmamaktadırlar. Çünkü yarar ve zararın ne olduğu konusunda her zaman somut bir kanıt yoktur. Kurumun ve sağlık çalışanlarının benimsediği etik değerlerle bu çelişkinin ortadan kaldırılması mümkündür. Bu görüşten hareketle sağlık çalışanlarının etik iklim algılarının hasta güvenliği kültürüne etkisinin araştırmaya konu edilmesi kararına varılmıştır. Bu iki değişken arasındaki etkileşimi inceleyen çalışmalara rastlanamamış olması konunun özgün olduğuna yönelik bir belirti olarak kabul edilmiştir.

Çalışmanın temel amacı, sağlık çalışanlarının değerlendirmelerine göre etik iklim algısının hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisinin belirlenmesidir. Araştırmanın evrenini Elazığ İl Merkezi'nde yer alan tüm hastanelerin çalışanları oluşturmaktadır. Elazığ İl Merkezi'nde kamuya ait 4, özel sektöre ait 4 toplam 8 hastane yer almaktadır. Bu hastanelerde toplam 3320 sağlık çalışanı istihdam edilmektedir. Çalışmanın verileri, 01.05.2017-30.06.2017 tarihleri arasında anket yöntemi ile toplanmıştır. Etik iklim ve hasta güvenliği kültürü ölçekleri, 5'li Likert ölçeğine göre derecelendirilmiştir. Değerlendirilen anket sayısı ise 346'dır. Araştırma sonucunda katılımcıların etik iklim algılarının yüksek ($\bar{X}=3,43$; $ss=0,85$) ve hasta güvenliği kültürü algılarının ise vasat ($\bar{X}=3,18$; $ss=0,54$) kabul

* Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda kabul edilen, aynı başlıklı yüksek lisans tezinden üretilen bu çalışma, 13-15.Ekim.2017 tarihlerinde Trabzon'da düzenlenen "1.Uluslararası-11.Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi'nde" sözlü bildiri şeklinde sunulmuş olup; kongre özet bildiri kitabında özet olarak yayınlanmıştır.

**  Bilim Uzmanı, El-mek: edaemul@gmail.com

***  Doç. Dr., Fırat Üniversitesi İİBF, El-mek: edemirel@firat.edu.tr

edilebileceği kanısına varılmıştır. Etik iklim algısının hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisinin pozitif yönde ve vasat olduğu belirlenmiştir. Etik iklim hasta güvenliği kültürü üzerinde %28 oranında etkili olabilmektedir. [$r=0,528$; $r^2=0,279$; $p<0,001$].

Anahtar Kelimeler: Etik, Etik İklim, Hasta Güvenliği Kültürü

THE EFFECTS OF ETHICAL CLIMATE PERCEPTION ON PATIENT SAFETY CULTURE: THE CASE OF ELAZIĞ

ABSTRACT

Interest in variety and quality in healthcare provision increases as patients learn their rights. The concept of patient safety is one of the main factors of quality and means the precautions taken by the healthcare institution and personnel to prevent harm to the patients. Healthcare personnel usually cannot agree on based on what they should evaluate various factors of benefits and harms because they are not always concrete. This conflict can be eliminated by the ethical values adopted by institutions and healthcare personnel. Based on this opinion, the effect of healthcare personnel's ethical climate perceptions on patient safety culture was selected as the subject of this study. The fact that no studies were found to analyze the interaction between these two variables was considered to be an indicator of the originality of this study.

This study mainaims to determine the effect of ethical climate perception on patient safety through the evaluations of health workers. The study population consists of the personnel of all hospitals in the city of Elazığ. There are 8 hospitals in Elazığ: 4 public and 4 private hospitals. A total of 3,320 personnel are employed in these hospitals. The data were collected between 05.01.2017 and 06.30.2017 using questionnaires. The ethical climate and patient safety scales are 5-point Likert type scales. A total of 346 questionnaires were assessed. The study findings showed that the participants' ethical climate perception was high ($\bar{X}=3.43$; $sd=0.85$), and patient safety culture perception was at medium level ($\bar{X}=3.18$; $sd=0.54$). Ethical climate perception was found to have a positive medium-level effect on patient safety culture. Ethical climate may be effective at a rate of 28% on patient safety [$r=0.528$; $r^2=0.279$; $p<0.001$].

STRUCTURED ABSTRACT

Aim of the Study

With this study, with the participation of public and private sector hospital employees operating in the city of Elazığ, it is aimed to investigate and determine the effects of ethical climate perception on patient safety and culture.

The study was designed and conducted to find the answer to the main question of: "Does an ethical climate have an effect on patient safety culture?" Depending on this main question, the following sub-questions were also investigated:

- What are the participants' levels of understanding of ethical climate?
- What are the participants' levels of patient safety?

The Original Value of the Research

Based on current conditions, the following developments seem to be leading the health sector: Types of service and diversity in provision are increasing. Health informatics and technology are developing. In society, the rate of health literacy is increasing. Patients and their relatives have access to a broad level of knowledge about their rights and are more conscious about their rights. With the impact of these developments, interest in the quality of healthcare is increasing.

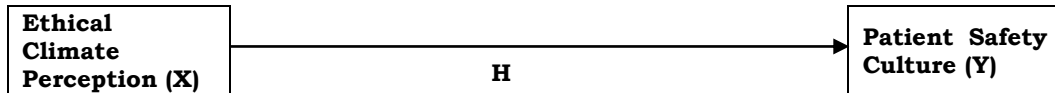
The concept of patient safety is one of the first concepts among the primary factors in the quality of healthcare. In general terms, it is expressed as the precautions taken by the healthcare institution and its personnel to prevent harm to the patient. Healthcare personnel cannot usually agree on how to evaluate various factors of benefit and harm because of a lack of concrete evidence about the benefits and harms. It is possible to eliminate this conflict by using the ethical values that have been adopted and implemented by institutions and healthcare personnel.

In the literature, it is determined that the studies on the interaction between ethical climate and patient safety culture are not sufficient in a quantitative sense. For this reason, it is hoped that this study will be a source of inspiration to explore the concepts of ethical climate and patient safety culture in different contexts. Furthermore, strengthening the patient safety culture and reducing medical errors will contribute to a certain extent to a reduction in both material and spiritual losses, a reduction in the additional costs of institutions and patients, and finally a positive impact on the country's economy. The research is also thought to be beneficial in reducing the victimization of patients and their relatives. In addition, increasing the motivation and productivity of healthcare personnel can be counted as one of the expected effects of the study.

Method of the Study

The study is a causal survey research supported by a theoretical framework.

The model of this study was set as follows according to the results obtained from the literature review:



The main hypothesis of the study, within the framework of the literature findings, the main question of the study (does ethical climate perception have an effect on patient safety culture?), and the model mentioned above is as follows:

- H₁:** There is a significant relationship between ethical climate perception and patient safety culture.

The study population consists of the personnel of all hospitals in the city of Elazığ. There are eight hospitals in Elazığ: four public and four

private hospitals. A total of 3,320 healthcare personnel are employed in these hospitals. The sample was composed of 346 healthcare employees.

The data were collected by a questionnaire technique. The questionnaire form used in the study consists of four parts. The first part contains the “ethical climate scale”, which includes seven questions. The scale was first developed by Qualls and Puto (1989), based on which Schwepker et al. (1997) developed the final version of the scale. The scale, which consists of one dimension, was translated into Turkish by Biçer (2005); it has been used in studies conducted by Bulut (2012), Ozcelik (2011), and Mumcu (2014). The reliability and validity of the scale were tested and found to be acceptable. Cronbach’s Alpha (internal consistency coefficient) was determined as 0.89 by Biçer (2005); 0.92 by Bulut (2012); 0.89 by Ozcelik (2011), and 0.94 by Mumcu (2014).

The second part of the questionnaire contains the “*Patient Safety Culture Scale*”, which was developed by Sorra and Nieva and translated into Turkish by Filiz (2009). This scale, which was developed for hospitals, includes 42 questions and these questions are gathered under 12 dimensions: “teamwork (four items), open communication (three items), non-punitive response against error (three items), feedback about error (three items), staff provision (three items), management support (three items), security perception (three items), error reporting frequency (three items), interdepartmental teamwork (four items), intervention and change (four items), managers’ attitudes to meet expectations (four items), and organizational learning and change (three items)”. Cronbach’s Alpha (internal consistency coefficient) was determined as 0.86 by Filiz (2009); 0.90 by Derin and Demirel (2011). This last part is rated using a five-point Likert scale as in the previous section. In the final part of the questionnaire, there are 12 questions to determine the demographic characteristics of the participants.

Discussion and Conclusion

As healthcare services develop and patients learn their rights, the interest in diverse healthcare provision and quality is also increasing. In general terms, the concept of patient safety, which is among the main quality factors in healthcare, is expressed as the precautions taken by the healthcare institution and its personnel to prevent harm to the patient. At this point, the “principle of beneficence” manifests itself in terms of medical ethics. The principle of beneficence can be defined as the state in which the “first do no harm, non-maleficence” principle has become “give priority to the benefit of the patient under all conditions”. Without prejudice to the decision of the patient himself, it is possible that healthcare staff decisions about the patient may lead to ethical dilemmas or problems. The principle of beneficence introduces ethical obligations to healthcare professionals in terms of “being absolutely beneficial (prevents harm, removes harm, improve wellness)” and “providing a benefit-harm balance”. Healthcare professionals often do not agree on what to focus on when balancing various factors relating to benefit and harm. Because of the lack of objective evidence regarding what the benefits and harm are, the subject of what to focus on often leads to discussions. In the clinic, similar contradictions arise as a result of different assessments of occupational obligation by healthcare professionals and patients (Ersoy and Aydin, 1994). It seems possible

that this contradiction can be removed with the adoption of ethical values by institutions and healthcare professionals.

The starting point of this study is the findings in the literature that show the relationship between “ethical climate” and “patient safety culture”. The presence of these findings suggests that the relationship between “ethical climate” and “patient safety culture”, which was not sufficiently researched before, needs to be investigated and suggests that this research may offer an original contribution to the literature.

The average score of the ethical climate scale was determined as 3.43, which is slightly above the medium level. Mumcu (2014), using the same scale, found an average score for ethical climate of 4.33 and Rain (2013) reported 3.91. These findings suggest that the institutions covered by the study have ethical climate perceptions but not at the desired level. It is considered that the lack of a very strong ethical climate perception is because ethical principles are not internalized and ethical leadership is not very visible. To support this idea with empirical data, it would be appropriate to carry out further research.

The average score of the Patient Safety Culture Scale was determined as 3.18, which is at medium level. Derin and Demirel (2011) found an average patient safety culture score of 3.43, while Filiz (2009) reported that the proportion of people who evaluated the patient safety culture positively was 44%. The strength of the patient safety culture is an indication of the strength of a health services and the quality of health care. When it is thought that patient safety culture would provide to decrease or disappearance of medical errors, it is assessed that the finding obtained by this study is not sufficient. In addition to the ethical climate perception not being strong enough, problems such as a lack of ethical leadership, social culture, burnout, job security, problems due to work and responsibility, and careless control are thought to be the reasons behind this finding. To support this idea with concrete evidence, it is obvious that further research is required.

Models were set up to explain the cause and effect relationship between the dependent variable (patient safety culture) and the independent variable (ethical climate), which is thought to impact on the dependent variable, and tested by regression analysis. The independent variable was found to have a deterministic effect on the dependent variable at a rate of 28%. The effect of ethical climate on “Supervisor/manager expectations and actions promoting safety”, which is among the dimensions of patient safety, is ranked first among the other dimensions at a rate of 24%. This dimension is followed by the “Feedback & communication about error” dimension at an effect rate of 21%. The dimension for which the independent variable is the least effective was determined as “Nonpunitive response to error” at 0.4%. Ethical climate perception affects the patient safety culture dimensions of “Supervisor/manager expectations and actions promoting safety, Feedback & communication about error, Organizational learning - Continuous improvement, Communication openness” at a medium level and affects the other dimensions at a weak level.

Table 9. The Effects of Ethical Climate on the Dimensions of Patient Safety Culture

Independent variable	Dependent variable	r	r²	Level
Ethical climate	Patient Safety Culture	0.528*	0.279*	Medium
	Supervisor/manager expectations and actions promoting safety	0.492*	0.240*	Medium
	Feedback & communication about error	0.458*	0.208*	Medium
	Organizational learning - Continuous improvement	0.443*	0.194*	Medium
	Communication openness	0.427*	0.180*	Medium
	Teamwork across units	0.383*	0.144*	Weak
	Teamwork within units	0.339*	0.112*	Weak
	Management support for patient safety	0.320*	0.100*	Weak
	Handoffs & transitions	0.307*	0.092*	Weak
	Frequency of events reported	0.295*	0.085*	Weak
	Staffing	0.272*	0.071*	Weak
	Overall perceptions of patient safety	0.219*	0.045*	Weak
	Nonpunitive response to error	0.082*	0.004*	Weak

*: $p < 0.01$

Ethical climate perception was found to have a medium-level positive effect on patient safety culture. As a result, it has been determined that the effect of ethical climate perception on patient safety culture is positive and at a medium level. Ethical climate may be effective (explanatory) at a rate of 28% on patient safety culture [$r = 0.528$; $r^2 = 0.279$; $p < 0.001$]. This result confirms the main hypothesis that “ethical climate perception affects patient safety culture”. This finding seems to be incompatible with the literature findings (Aslan and Ulucay, 2015) that ethical climate and culture have significant effects on patient safety training and error reporting confidence. It is considered that these results, which are expected to be stronger, are based on the fact that both patient safety culture and ethical climate perception are not supported strongly enough in institutions.

It should be mentioned that there are some expectations in the context of social exchange theory that there is a strong relationship between ethical climate and patient safety culture. Accordingly, health institutions should clearly define their ethical principles, top management should lead the implementation of these principles unreservedly, and staff should be rewarded for behaving in accordance with ethical principles. Naturally, employees will also exhibit the ethical behaviors required by this environment. Since ethical principles are part of the culture, it can be said that ethical principles are among the factors contributing to the formation of patient safety culture. Top management’s positive attitude about patient safety culture (for example, the development of award mechanisms to protect patient safety) will encourage employees to adopt patient safety culture. When the regression findings of the study are examined, it can be seen that the effects remain at a medium or weak level. In particular, the fact that the effect of ethical culture on management support, which is among the dimensions of patient safety, has been at a weak level suggests that the theory expressed above contains a problem. The belief and support of top

management need to be both strong and sustainable. In this sense, with the synergy that can be created by the improvements, it is possible to see improvements in other factors.

It is thought that the relationship between ethical climate and patient safety culture can also be evaluated in the context of the broken windows theory. The broken windows theory claims that if an environment is prepared to prevent the occurrence of a crime, the crime will go away. However, if a crime is committed, the guilty must be punished appropriately without delay. Otherwise, the perception that the crime will be ignored will lead to undesirable environments, such as vandalism. When the factors that cause crime are replaced with “all factors and medical errors that threaten patient safety”, the applicability of the principles proposed by the broken window theory seems realistic in order to ensure continuity of patient safety. Accordingly, in the case of the struggle with ethical violations and events that could impair patient safety and provide no opportunity, both ethical climate and patient safety will not be easily damaged. In addition, when a medical error or an event that impairs patient safety occurs, it is immediately reported, discussed, and solved, and if the employees who were involved this situation are not labeled, ethical climate will maintain its place among the determinants of patient safety culture.

There are several limitations to this study, including that the sample is limited to healthcare personnel working only in one city, the analysis is based on the opinions of the healthcare providers but not the opinions of those who benefit from healthcare services, and other variables likely to affect patient safety culture are not included in the research model. These reasons may be behind the formation of the conclusion.

Keywords: Ethics, Ethical Climate, Patient Safety Culture

GİRİŞ

Hizmet sektörü hızla gelişen ve sürekli değişen bir yapıya sahiptir. Bu sektörün temel amacı kaliteli ve güvenilir bir hizmet sunmaktır. Sektörün sürdürülebilirliği ve niteliği, etik değerlerle doğrudan ilişkilidir. Etik değerleri oluşturmak ve devamlılığını sağlamak, etik davranışların şekillendirdiği bir ortamda sağlanabilecektir. Örgüt çalışanlarının belirli bir sorumluluk ve ahlak çerçevesinde hareket etmelerini sağlamak amacıyla ortamın olumlu bir etik iklime sahip olması gerekmektedir (Torun, 2013). Bu nedenlerle, son yıllarda etik ve etik davranış konularına duyulan ilgi giderek artmaktadır.

Hayatımızda etik değerler büyük öneme sahiptir. Toplumda yer alan bireyler küreselleşme, eğitim, inanç vs. etkisiyle etik değerlere karşı farklı bakış açılarına sahiptirler. Bireylerin bu farklı bakış açıları çalıştıkları kurumlara katkı sağladığı gibi etik sorunlara da yol açabilir. İnsanların bir arada yaşadığı ve devamlı iletişim halinde olduğu yerlerde etik sorunların olmaması mümkün değildir. Bu sorunlar karşısında neyin etik olup olmadığı sorusuna cevap aranmaktadır. Etik sorunlara çözüm sağlamak amacıyla kurumlarda etik iklimi, etik değerler çerçevesinde şekillendirmek yöneticilerin temel görevi haline gelmiştir.

Victor ve Cullen (1988), etik iklim kavramını, genel olarak örgütlerin kural, politika ve uygulamalarının etik olduğuna dair çalışanların ortak algısı olarak ifade etmektedirler. Bu ortak

algının, örgütsel karar verme sürecine rehberlik ettiğini; ayrıca etik sorunlar karşısında bireylerin “benim ne yapmam gerekiyor” sorusuna cevap bulmalarına katkı sağladığını vurgulamaktadırlar.

Cohen’e (1995) göre etik iklim, etik sorunların belirlenmesi, etik çatışmaları ortadan kaldırmak için kriter belirlemeyi ve verilen kararlar kapsamında sonuçların etik olarak değerlendirilmesini de kapsayan etmenlerin, etik bir unsurla ifade edilmesi sonucu oluşan, genel örgütsel normlar hakkındaki tüm ortak algılamalar olarak tanımlanmaktadır. Barnett and Schubert (2002)’e göre ise etik iklim, çalışanlara sorunlarını değerlendirip alternatifleri değerlendirmeye yardımcı olmanın yanında, kabul edilebilir olan ve olmayan davranışlar hakkında karar vermeleri konusunda da yardımcı olmaktadır.

Etik iklimi ve etik iklimin çalışanlar üzerindeki etkisini araştırmak, örgütler açısından, birçok örgütsel çıktıyı yönetebilmek bakımından önem taşımaktadır. Yöneticilerin kurum içinde oluşturacakları etik iklim ve uygulamaların, çalışanların ahlaki davranışlarını düzenleyerek onların psikolojik olarak yıpranmasını engelleyeceği, böyle ortamlarda çalışan bireylerin de kurum için faydalı olmaya çalışacağı umulmaktadır (Bulutlar ve Öz, 2009).

Etik iklimden etkilendiği düşünülen ve bu araştırmanın diğer temel değişkeni olarak ele alınan değişken ise hasta güvenliği kültürüdür. Hasta güvenliği kültürü ve hasta güvenliğine yönelik uygulamalar, sağlıkta kaliteli bakımın en önemli göstergesidir. Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası olumsuz etkileri engellemek için sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemler bütünü olarak ifade edilmektedir (Güven, 2007). Güvenli, etkili, hasta odaklı, verimli ve eşit sağlık hizmeti sunulabilmesi için hasta güvenliği önem taşımaktadır (Balık, 2014). Dünya Sağlık Örgütü’de, her yıl dünya genelinde yaklaşık on milyon insanın önlenebilir tıbbi hatalar sebebiyle sakatlandığını ya da öldüğünü belirterek, hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması gerektiğini ifade etmektedir (WHO, 2007). Türkiye bağlamı düşünüldüğünde de hasta güvenliği alanında yeni çalışmalar yapılmasının gerekli olduğu ifade edilmelidir. Türkiye’de sağlık çalışanlarının hukuki sorunlar yaşama çekincesiyle, yanlış uygulama (malpraktis) yapmaktansa, hastalara herhangi bir şey yapmamayı tercih edebildikleri göz önüne çıkmaktadır. Bu düşüncenin temelinde yatan en önemli kanıt ise Türkiye’de sağlık çalışanlarına (özellikle hekimlere) yönelik şikâyetlerin ve şiddetin giderek artan bir eğilim sergilemesidir (Kurt ve Keser, 2014).

Sağlık hizmetinin her adımında hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi bu sisteminin kaliteli ve güvenilir olduğunu gösterir. Bu yüzden hasta güvenliği kültürü son zamanlarda yapılan araştırmaların ve klinik bakımın odak noktası olmuştur. Hasta güvenliği; süreçlerdeki tıbbi hataların, hasta ve sağlık çalışanlarına verebileceği zararları ortadan kaldıracak uygulamalar geliştirmek, hataların zarar vermeden önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemler olarak açıklanabilir. Hasta güvenliğinde amaç hizmet aşamalarındaki önlenebilir yapıdaki basit hataların hastalara zarar vermesini engellemek ve beklenmedik olaylara karşı önlem almaktır.

Sağlık alanında kalitenin temel göstergelerinden biri olan hasta güvenliğinin sağlanması kurumlarda hasta güvenliği algısının kültür olarak benimsenmesiyle sağlanacaktır. Kurumlardan beklenen genel güvenlik kültürü, genel olarak iş güvenliği sisteminin temellerini oluşturan kurum çalışanları tarafından mesleki tehlikeler, kazalar ve güvenli iş gibi stratejilerin belirlenmesini sağlayan, değerler, inanışlar, ilkeler ve uygulamalar bütünü olarak ifade edilmektedir (Şerifoğlu ve Sungur, 2007).

Sağlık hizmeti sunan kurumun güvenlik kültürü; söz konusu kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki ilkelerini belirleyen, kişilere veya gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür. Hasta güvenlik kültürü; bir kurumda nelerin önemli olduğunu ve hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılacağını

kapsayan değer yargılarını, inançları ve kuralları kapsamaktadır. Hasta güvenlik kültürünü benimsemiş olan kurumlarda; karşılıklı güvene dayanan iletişim, güvenliğin önemi konusundaki ortak algılamalar ve önleyici tedbirlerin yararlı olacağına duyulan inanç ön plana çıkmaktadır. Kurumlarda güvenlik kültürünün gelişebilmesi için kurum çalışanlarının tamamının bu güvenlik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olması, uygulamalarda aktif rol alması ve ekip çalışması şeklinde çalışması gerekmektedir (Sayek, 2011). Sağlık kurumlarında; hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi hataların, süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların açıkça ve cezalandırılma korkusu olmadan tartışılabilirdiği bir ortam oluşmasını sağlayacaktır (Yardımcı vd., 2014).

Sağlık sektöründe odağın sağlık çalışanlarından hastalara kayması, hasta memnuniyeti ve hasta haklarının ön planda olduğu sağlık hizmeti anlayışın yaygınlaşması, teknolojik ve farmakolojik gelişmeler sonucu sağlık hizmeti sunumunda çeşitlilik ve kaliteye olan ilginin artması, sağlık çalışanlarının bu kompleks düzen içerisinde yaptıkları hatalar sonucu kuruma olan güveni azaltma olasılığı, gibi etkenler etik iklim ile hasta güvenliği kültürünün bir arada çalışmasına ihtiyaç doğurmaktadır.

Bu çalışmanın temel amacı, etik iklimin hasta güvenliği kültürüne etkisini araştırmaktır. Diğer bir ifadeyle, örgüt kültürünün belirleyicilerinden olan etik iklimin, sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin de temel taşlarından olduğuna yönelik iddiaya deneysel destek sağlamak amaçlanmaktadır. Temel amacın yanı sıra, etik iklim ve hasta güvenliği kültürünün sunduğu bakış açısıyla, sağlık hizmeti sorunlarının çözümüne yönelik öneriler geliştirilmesi de alt amaç olarak benimsenmiştir. Ayrıca, etik ilkelerin ve hasta güvenliği kültürünün, sağlık kurumları tarafından güçlü bir şekilde benimsenmesine, çalışanlarla uyum içerisinde uygulamaya aktarılmasına, hizmet esnasında oluşan tüm hataların raporlanmasına ve hataların tartışılmasına katkı sağlamak da araştırmanın diğer alt amaçlarıdır.

Bu çalışmanın, etik iklim ve hasta güvenliği kültürü kavramlarını sebep-sonuç ilişkisi bağlamında inceleyen ilk çalışmalar arasında olduğu düşünülmektedir. Bu açıdan, araştırmacılara esin kaynağı olabilmesi ve söz konusu değişkenlerin farklı açılardan da ele alınmasına öncülük edebilmesi olası görülmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların; “insan sağlığının tehlikelerden uzak tutulması, sağlık sektörü paydaşları arasında güvenin güçlenmesi, sağlık kurumlarının itibarlarının yükselmesi, kaynak israfının azalması, çalışanların motivasyonlarının desteklenmesi, gereksiz tekrarlanan hizmet maliyetlerinin önüne geçilmesi, verimliliğin artması, tüm bunlara bağlı olarak tatmin edici (kaliteli) bir hizmet sunumunun gerçekleşmesi” gibi kazanımlara destek olabileceği bilinmektedir (Demirel, 2010). Bu çalışmanın da sözü edilen kazanımlara destek verecek çalışmalardan olabileceği umulmaktadır.

I. Etik Kavramı

Etik sözcüğü, köken itibarıyla Yunanca “ethos” sözcüğünden türemiş olup; töre, gelenek ve görenek anlamlarını taşımaktadır. Bunların yanında, kişinin değer yargılarını sorgulaması, bunları kavraması ve iyi davranışları alışkanlık haline getirmesi şeklinde geniş bir anlam içermektedir (Bilgen, 2014).

Etik, insanlar arasındaki davranış standartlarının belirlenmesine yönelik ahlaki bir yargı ya da felsefe çalışmasıdır. Diğer bir ifadeyle etik, insan hareketlerinin sözü edilen ahlaki uygulamalar doğrultusunda düşünülmesi girişimine verilen isimdir. Bu durum; etiğin, neyin doğru neyin yanlış, neyin iyi neyin kötü, neyin faydalı neyin zararlı, neyin kabul edilebilir, neyin kabul edilemez olduğunu çözümlemeye yardım eden kurallar bütünü, olarak düşünülmesi gerektiğini ifade etmektedir (Dönertaş, 2008).

Etik, bireylere etik sorunlar karşısında ne yapmaları ya da ne yapmamaları konusunda yol gösteren değerlerdir. Bu değerler ödev, erdem, ilke ve toplumun çıkarı olarak dört farklı kavramdan oluşmaktadır. Ödev, bireylerin üstlendiği rolden beklenen davranışlar olarak tanımlanır. Erdem, iyi

bir bireyi tanımlayan özelliklerin tamamıdır. İlke, davranışları şekillendiren temel doğrular olarak ifade edilmektedir. Toplumun çıkarı ise toplumun geneline fayda sağlayan eylemleri ifade etmektedir (Svara, 2007).

Etik, bireyin toplumda gerçekleştirdiği ve diğer bireyleri etkileyen sonuçlar meydana getiren davranış ve eylemler olup; bunları oluşturan düşünme süreçlerini kapsar. Bu süreç ve eylemler doğrultusunda etiğin somut olarak ortaya çıkışı üç farklı biçimde ifade edilmektedir. Birincisi, felsefenin bir ana alanı olarak etik, davranışlar doğrultusunda iyinin ne olduğu ve nelerin iyi olduğunu irdeleyerek birey için ideal davranışları uygulanabilir hale getirmeyi amaçlamaktadır. İkincisi, toplumsal yaşamda etiğin anlamı, bireylerin birbirleriyle ilişkilerinde neleri yapmaları ve neleri yapmamalarıyla ilgili bir kurallar bütünüdür. Üçüncüsü ise belli bir alanda etkinlik gösteren kişilerin uymaları gereken kuralların belirlendiği ve o alana özgü uygulamalardaki istenen davranışların irdelediği meslek etiklerini oluşturmaktadır (Yıldırım ve Kadıoğlu, 2007).

II. Etik İklim Kavramı

Etik iklim araştırmacılar tarafından çoğunlukla örgüt ikliminin bir alt iklimi olarak belirtilmektedir. Etik iklimden bahsetmeden önce örgüt iklimi tanımlanacak olursa; örgütü tanımlayan, diğer örgütlerden farklı kılan, zamanla devamlı hale gelen ve örgütteki bireylerin davranışlarını etkileyen özellikler olarak ifade edilmektedir (Suliman ve Iles, 2000; akt; Bulut, M. 2012).

Batlis'e (1980; akt.: Bulut, M. 2012) göre örgüt ikliminin özellikleri aşağıdaki şekildedir:

- Örgüt iklimi, örgütte bulunan bireylerin ve üst yönetimin politika ve davranışları oluşturur,
- Örgütün iş ortamı ile ilgili şartların algılanmasını sağlar,
- İş ortamının yorumlanmasında önemli role sahiptir,
- Örgütteki faaliyetlere yön veren baskı kaynağıdır.

Örgüt iklimi örgütte bulunan çalışanların doğrudan ya da dolaylı olarak algıladıkları, moral ve motivasyonlarını etkilediği düşünülen bir kavramdır. Dolayısıyla örgütler, alt birimleri ve çalışma grupları, etik iklimi de içeren farklı iklimlere sahip olabilir (Schwepkers, 2001). Etik iklim bir işletmede, ahlaki yönde sorun oluşturabilecek konuların nasıl ortadan kaldırılması gerektiğini ve etik olarak doğru davranışın neler olduğunu ifade eder (Akpınar, 2016). Örgüt iklimi, örgütte ast-üst arasındaki davranış biçimlerindeki güven, samimiyet, iş birliği, adalet vb. duygularının yaratılmasında ortam sağlama rolü de üstlenmektedir (Uysal ve Aydemir, 2014).

“Etik iklim” kavramı Victor ve Cullen (1988) tarafından geliştirilmiştir. Örgütte bulunan çalışanların etik problemlerini belirleyerek, örgütlerde bireylerin etik problemlere karşı etik iklimlerin ortamıyla “Benim ne yapmam gerekiyor?” sorusunu çözmeye yöneltmektedir (Cullen vd., 2003; akt.; Akpınar, 2016). Örgütte bulunan etik iklim türünün belirlenmesi, kişilerin tecrübe kazandıkları etik sorunları belirlemenin yanında oluşan sorunlar için çözümler oluşturmaktadır. Etik iklim, kararları etkileyerek, etik problemler karşısında nasıl davranılacağı konusunda yardımcı olmaktadır (Eser, 2007).

Wimbush ve Shepard' e göre (1994; akt.: Büte, 2011) iş etiği kavramı uygulamalı olarak ortaya çıkan ahlak bilgisi olup, çalışma yaşamında karşı karşıya kalınan etik sorunları incelemektedir. Bu sorunlar iş yaşamındaki çalışanlar arasında, çalışanlarla yöneticiler, örgütler ve çevre faktörleri arasında olabilir (Tengilimlioğlu vd., 2015). Meslek etikleri, bütün mesleki uğraşların iyiye ve doğruya yöneltilmesi hakkında prensipler belirleyen, meslek üyelerinin bireysel isteklerine sınır koyan, belli bir çizginin dışına çıkmalarını önlemeye çalışan, mesleki idealleri

geliştiren ve ilkesiz üyeleri meslektan dışlayan ilkeler ve kurallar bütünüdür (Yıldırım, G., 2008). Meslek etiği, özellikle doğrudan doğruya insanlarla ilgili olan işlerde, aynı meslektan olan bireylerin birbirleriyle olan diyaloglarında uymaları gerekli olan davranışlar bütünü olarak nitelendirilebilir (Pehlivan, 1999; akt.: Helvacı, 2010).

Etik iklim, iş görenleri kabul edilebilir olan ve olmayan davranışlar doğrultusunda aydınlatır; örgütün etik iklim durumu, örgütteki işleyiş ve kişilerin davranışları ile ilgili bilgiler ortaya koyabilir. İstenilen ve doğru davranışların iş görenler tarafından uygulanma sıklığı da etik iklimin örgüt tarafından ne kadar benimsenip uygulandığı hakkında bilgi verir (Karagözoğlu vd., 2014). Böylece etik iklim, örgütle alakalı olarak psikolojik doğrultuda tanımlanan ve örgütteki bireyler arası ilişkileri anlatmaya yardımcı olmaktadır (Dönertaş, 2008). Örgütlerde etik iklimin güçlü olması, birlik ve bütünlüğün, moral gücünün artmasına da katkıda bulunacaktır (Dickson vd., 2001; akt.: Çavuş ve Develi, 2015).

III. Hasta Güvenliği Kavramı

Sağlık alanının karmaşıklık düzeyi, süreklilik kazanan teknolojik gelişmelere bağlı olarak artmaktadır. Bu karmaşıklık hali, hasta güvenliği konusunda çalışmalar yapılmasının gerekçeleri arasındadır. Hasta güvenliği konusu, gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun bütün ülkeleri ilgilendiren küresel bir problem haline gelmiştir. Hasta güvenliği problemleri, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, güvenli olmayan tıbbi bakım nedeniyle birçok hastanın yaralanmasına veya ölümüne neden olmaktadır. Hastane kökenli enfeksiyonlar, yanlış tanı, tedavide gecikmeler, yetersiz tıbbi cihaz kullanımı, ilaç hataları, kan ürünleri, özellikli grupların (gebe, yeni doğan ve yaşlı) bakımına ilişkin hatalar, düşme nedeniyle yaralanmalar, cerrahi ve anestezi kaynaklı yaşanan olumsuz olaylar önlenebilir hataların en yaygın nedenleri arasında gösterilmektedir (WHO 2009).

Hasta güvenliğinin tanımında “önce zarar verme” ilkesi temel alınmaktadır. Bu ilke, sağlık hizmeti sunulan tüm kuruluşlarda her tür uygulamanın hastanın mevcut durumunu olumsuz etkileyecek faktörlerden korunması anlamına gelmektedir (Hansen vd., 2003; akt.: Cengiz, 2014). Pronovost ve arkadaşlarına (2005) göre, hasta güvenliği hastaneye gelen her hasta için güvenli bir çevre yaratmak adına alınan önlemler ve bakım sürekliliğini kapsamaktadır. Sağlık hizmetini sunarken en önemli öncelik, hastaya zarar vermeden hizmeti sunmak olmalıdır. Budak (2008), sağlık hizmetlerini sunan çalışanlar, hastalara olumsuz yansıyan birçok olaya şahit olmaktadır. Önemli bir kısmı tıbbi hatalardan kaynaklanan bu olaylar görmezden gelinmemeli, raporlanıp, analiz edilmeli ve gerekli önlemler olarak iyileştirilmelidir. Böylece, “önce zarar verme” ilkesi anlam kazanacak ve uygulamaya yansımaktadır.

Hasta güvenliği, diğer bir tanımda ise, “tıbbi bakım ve tıbbi hatalara bağlı olarak ortaya çıkabilecek, hasta ve yakınlarını olumsuz yönde etkileyecek olayların olmaması ya da sunulan hizmetlerin bireylere vereceği zararı önlemek için sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemler” olarak ifade edilmektedir (Çiçek, 2012).

Sağlık hizmetleri, insan yaşamını doğrudan ilgilendiren bir kavram olmasının yanı sıra, belirsizliklere duyarlı, hata kabul etmeyen, çok boyutlu, karmaşık ve sürekli bir yapıdır. Bu nedenle günümüzde etkin ve verimli sağlık hizmeti sunabilmenin temel şartı olan hasta güvenliğinin, yöneticiler ve çalışanlar tarafından kararlı bir tutumla benimsenmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının ekip ruhu içinde ve etkin bir iletişim çerçevesinde, hatalardan uzak bir hizmet ortamı oluşturmalarıyla hasta güvenliği sağlanmaktadır (Yardımcı ve Başbakkal, 2012).

Sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ve bu hizmeti alanların günden güne bilinçlenmesi, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği kavramının önem kazanmasını sağlamıştır. Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması ve buna bağlı olarak tıbbi hataların önlenmesi, kurumların öncelikleri arasında yer almaktadır. Bu hizmetleri sağlarken, sağlık alanındaki hızlı değişimler, karmaşık Sağlık hizmetlerinin amacı; insanların sağlıklı olmalarını

sağlamak, sağlığı korumak, hastalıklara karşı önlem olarak toplumun sağlık standartlarını yükseltmektir. Bu amaçla ilgili görevlerden olan tedavi ve bakım prosedürlerinin uygulanmasına ilişkin aksaklıklar (örneğin; nitelikli sağlık çalışanı sayısındaki azalma) hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedir (Yıldız vd., 2012).

Hasta güvenliği ile ilgili olaylar, yarar sağlamak beklentisiyle sağlık kurumlarına gelen hastalar için zararlı sonuçlar doğurmakla beraber; hastaneye ek bir maliyet yüklenmesine de neden olmaktadır. Hastanın yaşadığı zarar ciddi yaralanmalara, hastanede kalış süresinin uzamasına, sakatlığa, hatta kişinin ölümüne neden olabilmektedir (Karaca ve Aslan, 2014).

3.1. Hasta Güvenliğinin Boyutları

Hasta güvenliği genel olarak altı boyutta incelenmektedir. Bunlar; hasta güvenliği kültürü, eğitim, iletişim, personel, organizasyon yapısı ve liderlik kavramları olarak belirtilmektedir. Sağlık kurumlarının daha verimli ve etkin hale gelmesini sağlayacak olan bu kavramlar aşağıda açıklanmaktadır (Derin ve Demirel, 2011):

a. Hasta Güvenliği Kültürü: Sağlık kurumlarında, sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınları ile doğrudan iletişim ve etkileşim halinde olan tüm sağlık çalışanının hasta haklarına saygılı, hasta haklarının korunmasını sağlayan, yeterli ilgi ve özeni gösterdiği bir güvenlik kültürü olarak belirtilmektedir (Durmaz, 2016).

b. Hasta Güvenliğini İyileştirmede Eğitim: Hasta güvenliğinin sağlanmasında yararlanılan temel taşlardan biri de eğitim uygulamalarıdır. Çalışanların aldıkları temel eğitimin güvenlik konusunda eksik kalması ve sağlık alanında büyük öneme sahip hasta güvenliği olgusu kişilerin yetersizlik hissetmesine neden olmaktadır. Sağlık kurumlarında bulunan güncel standartların öğrenilmesi ve birtakım yanlış davranışların değiştirilmesi için eğitim uygulamaları kaçınılmazdır (Akalin, 2005). Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunan kişilerin eğitim beceri ve dikkatleriyle de doğru orantılı olduğu düşünülmektedir (Murray vd, 2000).

c. Hasta Güvenliğini İyileştirmede Personel: Sağlık hizmetinin sunulması için yeterli ortam, ekipman ve teknik çalışanlara ihtiyaç duyulmaktadır (Murray vd., 2000). Çalışma şartlarının yoğun ve karmaşık olduğu sağlık kurumlarında çalışanlar kural ve yöntemlere uyarak başarılı bir hizmet sunmayı hedeflemektedirler. Başarıya ulaşmak için teknolojiye ayak uyduran, işini benimseyen ve sistemle bütünleşmiş, yaratıcı, alanında uzmanlaşmış personel gerekmektedir (Pedreira ve Marin, 2004).

d. Hasta Güvenliğini İyileştirmeye Yönelik İletişim: Sağlık kuruluşlarında güvenliği tehlikeye atan etkenlerden biri de iletişimin sağlanamamasıdır. Hastaların kimliklendirilmesindeki hatalar, hasta transferlerindeki hatalar, tıbbi bilgilerin aktarımı esnasındaki hatalar etkin olmayan iletişimden kaynaklanmaktadır Kurumların performansının artırılması için doğru eksiksiz bilgilerin açık olarak aktarıldığı, personelle paylaşıp tartışılan analiz edilen ortamlar yaratılmalıdır (Mcfadden vd, 2009).

e. Organizasyon Yapısı: Hasta güvenliğindeki başarısızlıkların temelinde kişilerden kaynaklanan sorunlar dışında sistemden kaynaklanan hatalar yer almaktadır. Sistemdeki iş akışlarında iyileştirmeler yapılarak, teknoloji ışığında destekleyici bir organizasyon yaratılarak, sistemden kaynaklanan sorunlar gözlemlenerek gerekli önlem alan organizasyon yapısı oluşturulmalıdır (Anderson vd., 2006). Sağlık hizmetlerinin sunumu farklı disiplinlerin bir araya gelmesini gerektirdiği için doğru bilgilendirme ve etkin iletişim sağlanarak, iyi (etkili) bir yönetim yapısına ihtiyaç duyulmaktadır (Murray vd., 2000).

f. Hasta Güvenliğinde Etkili Liderlik (Dönüşümcü Liderlik): Sağlık kurumları yöneticileri, yani kurumun liderleri, hasta güvenliği konusunda çalışanları desteklemeli, bütçeden

kaynak ayırmalı, çalışanları ayıplamadan ve üzerlerinde baskı kurmadan bu güvenlik kültürüne ortak etmelidirler. Takım çalışmalarını ön planda tutarak, örgüt kültürünü oluşturmalıdır (Russel, 2005). Dönüşümcü liderlikle kurumlarda öğrenme ve yeniliklere açık olma hali sağlanmaktadır. Dönüşümcü liderliğin kuruma olan güven, örgütsel bağlılık, liderlere olan güven, iş tatmini gibi konular da önemli etkileri bulunmaktadır (Elenkov vd., 2009).

3.2. Hasta Güvenliği Kültürü Kavramı

Sağlık kurumlarının hasta güvenliğini oluşturabilmeleri için öncelikle hasta güvenliği kültürünü oluşturmaları gerekmektedir. Sağlık kurumlarında etkili bir güvenlik kültürünün sağlanması ve geliştirilmesi yönündeki çalışmalar giderek önem kazanmaktadır. Sağlık organizasyonlarında hasta güvenliğinin sağlanması, beraberinde bir davranış ve tutum değişimi, diğer bir ifadeyle kültür değişimi gerektirdiğinden, belli bir sürece yayılarak mümkün olmaktadır (Yardımcı vd., 2014).

Hasta güvenliği kültürü; sağlık hizmetleri sunan bütün çalışanların, hastalar ve yakınları ile doğrudan iletişim kuran hekimlerin ve hizmetin devamlılığını sağlayan hemşirelerin, her koşulda hasta haklarına saygılı ve hasta haklarının korunmasında özenli davranış sergilemeleri olarak belirtilmektedir (Yalçın, 2010).

Hasta güvenliği kültürü, hastaların haklarının korunması ve yerine getirilmesi için tüm paydaşların gayretleri sonucunda ortaya çıkan tedavi, bakım ve rehabilitasyon süreçlerinde kendine ve gizlilik ilkesine saygı anlamına gelmektedir. Hastaların tedavi süresince her türlü hataya karşı korunması, yanlış müdahalenin yanı sıra, hastane enfeksiyonları ve hatalı ilaç tedavisi gibi hastalar için risk oluşturan konularda önlemlerin alınması, kural ve prosedürlerin uygulanması sürecini kapsar (Özkan, 2012).

Hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hataları, sağlık sistemlerinin en önemli sorunlarının başında gelmektedir. Risk faktörünün yüksek olması nedeniyle, hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi ve geliştirilmesi sağlık hizmeti veren kurumların başarısında önemli bir yer tutmaktadır (Sayek, 2011).

Fleming ve Wentzell (2008), hasta güvenliği kültürünün geçiş aşamalarını, patolojik, reaktif, analitik, proaktif ve üretken olmak üzere beş seviyeden oluşan bir model kullanarak açıklamıştır. Patolojik seviyede kurumlar güvenliği bir problem olarak görmekte, ancak bilgiler gizlendiği için güvenliğin sağlanmasında bireylerin sorumluluğu üzerine odaklanılmaktadır. Reaktif seviyede, güvenlik önemli olmakla beraber, zarar ortaya çıktıktan sonra sorumluluk söz konusudur. Analitik seviyede ise kurumlar, kurallara ve pozisyonlara oldukça bağlıdır. Başarısızlıkların açıklanmasında derinlemesine bir inceleme olmadan karar verme yoluna gidilir. Proaktif seviyede, zararlar ortaya çıkmadan önce tüm çalışanlarca hasta güvenliğiyle ilgili geniş çaplı bir katılım söz konusudur. Son aşama olan üretken aşamada ise, kurumlar güvenli ve güvensiz davranışlar hakkında bilgi sağlamak için aktif bir araştırma sürecinde yer almaktadır.

Sağlık kuruluşlarının olması gerektiği gibi güvenli olmaması, hata ve ihmalleri kabullenmeyen sağlık hizmetleri alanında önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bu duruma çözüm aramak için sağlık hizmeti veren kuruluşlar, hastaya zarar verme riski olan sonuçları ve riskleri kontrol etmek, engellemek ve yapılacakları belirlemek amacıyla hasta güvenliği kültürünü benimsemek zorunda kalmışlardır (WHO, 2007). Hastalara daha güvenli hizmet verebilmek için pek çok ülkede araştırmalar yapılmasına karşın bu alanda henüz beklenen başarı düzeyine ulaşamamıştır. Hasta güvenliği konusunda uygulamaların başarılı olabilmesi, ilk olarak problemin boyutunun büyüklüğü ile ilgili algıları artırmak, daha sonra ise hatalardan öğrenmeyi sağlayacak, suçlayıcı ve cezalandırıcı olmayan bir kültür oluşturmakla mümkündür (Erkul vd., 2015).

Hasta güvenliği kültürü, kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki yaklaşımı ile görev/sorumluluklarını yerine getirmeyi sağlayan, aynı zamanda bu alandaki yetkilerini belirleyen, kişiye veya gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış şekilleri olarak belirtilmektedir. Hasta güvenliği kültürünün olması daha kaliteli hizmet sunmak için iyileştirme fırsatlarının ortaya çıkarılmasını sağlayacaktır. Güvenlik kültürünün kapsamında, yöneticilerin güvenliğe yönelik taahhütleri, iletişim tarzı ve hataları rapor etmeye ilişkin açık kurallar, çalışanların motivasyonu, morali, hataları algılama biçimleri ve hataları etkileyen faktörlere karşı tutumları (yorgunluk, risk alma, süreçlerin ihlali gibi) vb. unsurlar yer almaktadır (Özdemir, 2014).

Günümüzün dünyası, bilginin, sermayenin ve insanların kolaylıkla yer değiştirdiği, iletişim ve ulaşım araçlarının zaman maliyetini oldukça düşürdüğü bir yaşam ortamı yaratmış görünmektedir. Geldikleri bölge, alışkanlıklar, değerler, gelenekler vs. açısından farklılıklara sahip olan insanların bir arada ve ortak paydaya dayalı şekilde davranmalarının sağlanabilmesi için kilit unsur kültürdür (Demirel ve Kışman, 2014). Sağlık sektörünün, hizmet sunanlar ve hizmet alanlardan oluşan insan varlığının genişliği ve bu geniş kitlenin içerdiği farklılıklar, sektör bağlamında yapılacak çalışmalarda kültür konusunun görünürlüğünü artırmaktadır. Son dönemde, hastaların hakları konusunda bilgi ve bilinç düzeylerinin artıyor olması nedeniyle, hasta güvenliği kültürü konusunu öncelik sıralamasında tepeye yerleştirmektedir.

3.3. Hasta Güvenliği Kültürünün Boyutları

Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) Amerika Birleşik Devletleri sağlık sisteminde hasta güvenliği ve kalite geliştirme kültürünün belirlenmesi amacıyla hastaneler için hasta güvenliği kültürünü ölçmeye yarayan anket geliştirmiştir. Geniş bir kitleden elde edilen veriler ışığında anketin güvenilirlik ve geçerlik analizleri yapılmış ve hasta güvenliği kültürünün 14 boyutta ölçülebileceği öngörülmüştür (Çelen, 2011). Boyutlar kısaca aşağıdaki gibi ifade edilmektedir (Karayurt vd., 2017):

a) Olayların Raporlanma Sıklığı: Hataların hastayı etkilemeden önce belirlendiği ve önlendiği, hastaya zarar verecek potansiyel hata olmadığını ifade eder.

b) Genel Hasta Güvenliği Algısı: Uygulanmakta olan prosedürlerin ve sistemlerin hata önlemede iyi olmalarını ve önemli hasta güvenliği problemlerinin yaşanmamasını ifade eder.

c) Hasta Güvenliği Derecesi: Kurumda hasta güvenliğinin ne derece aktif olduğunu belirtmektedir.

d) Rapor Edilen Olay Sayısı: Bu sayı ile kurumda ne derece etkin raporlama sisteminin kullanıldığı göstermektedir. Şu türlerde hataların bildirilmesini ifade eder: “hastayı etkilemeden fark edilen ve düzeltilen hatalar, hastaya zarar verme potansiyeli olmayan hatalar, hastaya zarar verebilecek hatalar”.

e) Yöneticilerin Beklentileri ve Güvenliği Teşvik Eden Eylemler: Yöneticilerin hasta güvenliğini iyileştirmek için personel önerilerini değerlendirmelerini, hasta güvenliği prosedürlerini başarıyla uygulayan personeli takdir etmelerini ve hasta güvenliği sorunlarını gözden kaçırmamalarını ifade eder.

f) Örgütsel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme: Hataların olumlu değişikliklere neden olduğunu ve değişikliklerin değerlendirildiğini ifade etmektedir. Bir başka ifadeyle, hataların, öğrenme vesilesi kabul edilmesini, olumlu değişikliklere/gelişmelere neden olmasını ve değişikliklerin/gelişmelerin etkinlik artışına yol açmasını ifade eder.

g) Hastane Birimlerindeki Ekip Çalışması: Birimler içinde ekip çalışması çalışanların birbirini desteklemesini ve ekip olarak birbirleri ile etkili çalışabilmesini ifade etmektedir.

h) Açık İletişim: Çalışanların, hasta bakımını ve güvenliğini olumsuz etkileyebilecek bir şey görmeleri halinde serbestçe konuşabilmeleri için yetkilendirilmelerini ve cesaretlendirilmelerini ifade eder.

i) Hata Hakkında İletişim ve Geribildirim: Yönetimin ve çalışanların olası hatalar hakkında bilgilendirilmeleri, olay raporlarına dayanılarak yapılan değişiklikler hakkında geri bildirimde bulunulması ve hataları önleme yollarının tartışılmasını ifade eder.

j) Hataya Cezalandırıcı Olmayan Yaklaşım: Çalışanların, tıbbi hatalarına karşı olumsuz tutum takınılmayacağını ve bu hataların kişisel dosyalarında tutulmayacağını bilmelerini ifade eder.

k) İstihdam: İş yükünün üstesinden gelebilecek yeterli sayıda personel bulunmasını ve çalışma saatlerinin hastalara en iyi bakımı sağlamak için uygun olmasını ifade eder.

l) Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliğine Desteği: Hastane yönetiminin, hasta güvenliğini güçlendiren ve hasta güvenliğinin öncelikli olduğu bir çalışma ortamı sağlıyor olmasını ifade eder.

m) Hastane Birimleri Arasındaki Ekip Çalışması: Hastaların en iyi bakımı alabilmesi için üniteler arasında etkili iş birliğinin olduğunu ifade etmektedir.

n) Hastane İçi Geçişler: Hastalara ilişkin bakım vs. önemli bilgilerin nöbet değişimleri ve birimler arası nakiller sırasında korunmasını ifade eder.

IV. Etik İklim Algısının Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi

Literatürde, etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkiye odaklanmış olan bir çalışmaya diğer bir ifadeyle doğrudan söz konusu ilişkiyi irdeleyen yeterince çalışmaya rastlanamamıştır. Ancak hem etik iklim ile hem de hasta güvenliği kültürü ile ilişkili olan değişkenleri içeren çalışmalar mevcuttur. Ayrıca araştırmanın temel sorusu (etik iklim algısının hasta güvenliği kültürüne etkisi var mıdır?), bu iki kavramı farklı değişkenlerle sebep-sonuç ilişkisi bakımından inceleyen çalışmalardan esinlenilerek tasarlanmıştır. Bu çalışmalardan aşağıda bahsedilmektedir.

Bu araştırmanın problemine benzer bir problemi ele alan Aslan ve Uluçay (2015), örgütsel desteğin etik iklim ve kültürü biçimlendirdiğini, izleyen adımda ise hasta güvenliğinin güçlendiğini ifade etmektedirler. Söz konusu çalışmanın, bu çalışmadan farkı, ölçme araçları ve modeli olarak görülmektedir. Elde ettikleri bulgulardan, etik iklim ve kültürün hasta güvenliği eğitimi olumlu etkilediği; hata bildirim gizliliğini olumsuz etkilediği ve hasta güvenliği bildirim sorumluluğunu ise anlamlı şekilde etkileyemediği anlaşılmaktadır.

Araştırma sonuçlarının ortaya koyduğu üzere etik iklimin pek çok örgütsel sonuç üzerinde anlamlı etkisi olduğu görülmektedir. Etik iklimin etkili olduğu başlıca alanlar; etik olmayan tutum ve davranışlar (Peterson, 2002), örgütsel bağlılık (Bulut, H., 2012) iş tatmini (Kaplan vd., 2013) işten ayrılma niyeti (Örücü ve Özafşarlıoğlu, 2013), yönetici ve kuruma karşı duyulan güven (Büte, 2011), örgütsel adalet (Mumcu ve Döven, 2016), yıldırma (mobbing) davranışları (Dündar, 2010) gibi sıralanabilir.

Etik, insanın günlük hayatında yararlı olacak davranışların keşfidir (Daly ve Mattilla, 2012). Daha geniş bir tanımlamayla etik; “yarar, iyi, kötü, doğru ve yanlış gibi kavramları inceleyen, bireysel ve grupsal davranış ilişkilerinde neyin iyi neyin kötü olduğunu belirleyen ahlaki ilkeler, değerler ve standartlar sistemidir” (Hatcher, 2004). Bu bakış açısına göre lider, kendi gücünü artırma yerine, organizasyondaki tüm üyelerin kendi potansiyellerinin farkına varmalarını kolaylaştıracak kültürü oluşturabildiği takdirde, çevredeki fırsatlar daha iyi değerlendirilebilir. Diğer bir ifadeyle, etik ile kültür arasında sebep-sonuç ilişkisinin olduğundan söz edilebilir (O’toole, 2008).

Araştırmanın diğer değişkeni olan hasta güvenliği kültürüne yöneldiğimiz de ise şöyle bir görünümle karşılaşmaktadır. Türkiye’de sınırlı sayıdaki çalışmalardan, henüz hasta güvenliği kültürü algısının tam olarak yerleşmediği ve yapılandırılmış bir hasta güvenlik sisteminin olmadığı anlaşılmaktadır (Filiz, 2009; Çakır, 2007; Dursun vd., 2010; Tütüncü ve Küçükusta, 2006). Sağlık alanında güvenlik kavramı, diğer sektörlerdeki güvenlik olgusundan çoğu yönleriyle farklılık göstermektedir. En belirgin farklılık, sağlık güvenliği konusunun merkezinde, sağlık kurumlarında hizmet veren personelden ziyade, hizmetten yararlananların yani hastaların olmasıdır. Ayrıca bu alanda çalışanlar ve işin doğasından kaynaklanan temel farklılıklar da bulunmaktadır. Hizmet sağlayanlar; bilgi ve becerilerini uygulayan, içinde bulundukları süreçlere uyum sağlayan ve hizmet sürecinin her aşamasında kendini yargılayan profesyonel kişilerden oluşmaktadır (Tütüncü vd., 2007).

Güvenlik konusu, sağlık kurumlarının süreklilik kazanmaları üzerinde de etkili olmaktadır. Süreklilik kazanmak için hem hizmet verilen bireyleri hem de çalışanları etkileme potansiyeli bulunan problemler önceden fark edilebilmeli ve ortadan kaldırılabilmelidir. Bu tür durumlar, hasta güvenliğine gösterilmesi gereken azami özenin yanı sıra etik davranışların daha fazla önem kazanmasına temel oluşturmaktadır. Hizmet sektöründe bulunan örgütlerin faaliyetleri, toplum önünde olduğu için görünürlükleri diğer sektörlerle göre daha belirgin olmaktadır. Bu görünürlük ise sağlık hizmetlerinde etik hassasiyetin ve güvenlik kültürünün önemini yukarılara çekmektedir. Sağlık hizmeti sunan örgütlerde çalışanların kendi aralarında ve hastalarla sürekli etkileşim içerisinde olmaları, etik davranışları ve buna bağlı olarak hizmet kalitesini büyük oranda belirlemektedir (Gül, 2006).

Etik iklim ve hasta güvenliği kavramlarının yeni bir yaklaşım kazanmasına yol açan bir başka gelişme ise toplumsal değişmelerin, sağlık kurumlarında çalışanların mutlak egemenliğine dayanan düzeni değiştirmesidir. Buna bağlı olarak, hasta ve yakınları tıbbi konular hakkında giderek çok daha fazla bilinçli ve sorgulayıcı olmuşlardır. Böylece, hasta haklarının her geçen gün önem kazanması ve kapsamca genişlemesi, öte yandan sağlık çalışanlarının yapmış oldukları hatalardan dolayı baskı ve suçlamaların artması, sağlık alanında güvensizliğe ve huzursuzluğa neden olmaktadır. Buna bağlı olarak sorunlara çözüm üretmek için etik değerlerle oluşturulan bu iklim hasta güvenliğini sağladığından bu konuya olan ilgiyi artırmaktadır (Yıldırım, G., 2008).

Etik ilkelerin kurumun çalışanları tarafından anlaşılma biçimini ve etğin kurumdaki yaşamın niteliğine etkisi anlamına gelen etik iklim (Mert, 2017), örgütün içinden ve dışından kaynaklanan sorunların çözümünde belirli kurallar getirerek örgüt içi davranış kültürünü de tanımlamaktadır (Kara, 2006). Hart’a (2005) göre örgüt kültürünün unsurlarından olan etik iklimin sağlık kurumları için büyük önem taşıdığı açıktır. Özellikle etik uygulamaları içeren hasta bakım sorunlarının çözümünde kullanılabilecek yöntemlerin belirlenmesine yardımcı olan etik iklim uygulamaları güç, güven ve rol esnekliği sağlamaktadır. Sağlık alanındaki etik konularda yaşanan artışlar, sağlık çalışanlarının hasta ile ilgili uygulamalardaki etik boyuta bakış açılarının değişmesinden ve gerek yazılı gerekse görsel basının bu konuya ilgi duymasından daha fazla ilgi çekmektedir (Hart 2005; akt.: Sonakın, 2010). Etik kurallar, sorumluluk ve hesap verebilirlik konusunda standartlaştırmayı sağlamaktadır. Bu özelliklere özen gösterilmesi, hasta güvenliğine ve sağlık çalışanlarının ve hastaların mutluluğuna katkıda bulunacak ve tıbbi hataları da azaltacaktır (Aslan ve Uluçay, 2015).

Örgüt kültürünün odak noktasında değerler ve inançlar yer almaktadır. Genellikle yazılı olarak ifade edilmeyen değerler, tüm çalışanlara ortak bir yön vermekte ve onların günlük davranışlarına rehberlik etmektedir. Bununla birlikte değerler ve inançlar; örgütün felsefesini, ideolojisini, etik kodlarını, genel amaçlarını, ideallerini, standartlarını yansıtarak örgütsel yaşamda çeşitli şekillerde kendilerini göstermektedir (Awbrey, 2005). Bu ifadelerden hareketle, etik kodların ya da etik iklimin örgüt kültürünün bileşenlerinden biri olduğu ifade edilebilir. Diğer bir ifadeyle etik, örgüt kültürünün belirleyicilerinden olarak kabul edilebilir.

Örgüt kültürünün etkililiğini ve sürekliliğini gösteren faktörler arasında örgüt yöneticilerinin ve çalışanlarının karar alma sürecine ilişkin davranışları yer almaktadır. Karar; iki veya daha çok uygun alternatif arasından bir seçimdir. Karar verme ise, amaçlara ulaşmak için alternatiflerin belirlenmesi, geliştirilmesi, analiz edilmesi ve bunlar arasından en iyi olanın seçilmesidir. Kişinin davranışlarına yön verecek kararlarını etik olarak incelemesi ona yol gösterecektir (Kıral, 2015). Söz konusu incelemenin esası ise etik kodlara/ilkelerle dayanmaktadır. Etik kodların/ilkelerin işlevsellik kazanması ise örgüt kültürü ile etkileşimde olmasına yani örgüt kültürünün bir parçası haline gelmesine bağlıdır. Kurumsal kültürün bir parçası halini alan etik ilkeler/kodlar, kurumsal dürüstlüğü ve hesap verebilirliği geliştirmektedir (Bektaş ve Köseoğlu, 2007). Bu bulgular temel alınarak düşünüldüğünde, sağlık çalışanlarının, hizmet sunarken karar verme eylemini de sergiledikleri göz önüne gelmektedir. Karar alma eyleminin örgüt kültürünün yansımalarından olduğu hatırlandığında ise kararları etik ilkelerin şekillendirdiği, dolayısıyla etik ilkelerin örgüt kültürü ve yansımaları üzerinde belirleyici etkiye sahip olduğu kabul edilmelidir. Etik uygulamalar sayesinde dürüstlük ve hesap verebilirliğin görünür kılındığı bulgusu da etik iklimin hasta güvenliği kültürü (açık iletişim, hata raporlama, tartışma vb. açısından) üzerinde etkisine dair işaret olarak düşünülmelidir.

Hasta güvenliği kültürünün sağlanması, oluşan hataların engellenmesi ve düzeltilmesi için önemli bir etkidir. Klasik yaklaşımda, bireyler, yaptıkları hatalardan dolayı sorguya çekileceklerini düşünürler ve cezalandırma korkusu yaşarlar ve bu sebeple de hatalarını saklamaya çalışırlar. Bu durumun en büyük zararı, insanların yapılan hatalardan ders almaması ayrıca bu tür hataları yapmaya devam etmeleridir. Bu yaklaşımda kişiler, gerçekleşen hatalar yüzünden devamlı suçluluk psikolojisine sürüklenecektir. Dolayısıyla bireyler hatalarıyla yüzleşemese de bu hataları yapmaya devam edeceklerdir. Oysa hatalardan açık olarak bahsedilmeli temel sorunlara ulaşılarak yeni hataların önüne geçilmelidir. Bu tür yaklaşımda hatalardan bireyler kendine pay çıkaracaktır. Hataların temel sebebinin sistem mi insan mı olduğu sorusu araştırılarak hatalar en aza indirilmeye çalışılmalıdır (Ovalı, 2010). Etik iklim ortamının sağlandığı örgütlerde, bireyler baskı altında kalmadan kendi vicdani duygularına dayanarak hareket ederler. Bu duruma, örgütün oluşturduğu etik ilkelerin katkısı da eklendiğinde hasta güvenliği kültürünün sağlanacağına inanılmaktadır.

Etik iklim ile hasta güvenliği kültürü ilişkisini açıklamada yukarıda paylaşılanların yanı sıra farklı bir bakış açısıyla da konuya yaklaşmanın mümkün olabileceği düşünülmektedir. Bu farklı bakış açısı ise söz konusu değişkenler arası ilişkinin “sosyal mübadele” ve “kırık pencereler” teorilerinin sunduğu bakış açılarıyla da yorumlanabileceğidir. “Sosyal mübadele teorisi” örgütsel davranış alanına ait bir teori iken; “kırık pencereler teorisi” sosyoloji alanına ait bir teoridir.

Kişiler arası ilişkilerin temel nedenlerini açıklamada yararlanılan sosyal mübadele teorisinin temel iddiası, bireylerin kendi beklentileri doğrultusunda yaptıkları fayda-maliyet ya da ödül-bedel analizlerinin sonucunda rasyonel seçimler yaptıkları yönündedir. Kişiler arası ilişkiler, gönüllülük esasına dayanan birtakım sosyal yükümlülüklerin yerine getirilmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır. İlişkilerin sürdürülebilmesi ise başarı duygusunu hissetmeye, istenen bir uyarana maruz kalmaya ve mevcut durumdan memnun olmaya bağlıdır. Bu bağlamda, sosyal davranışların ve kişiler arası ilişkilerin bir tür değiş-tokuş eylemi olduğu söylenebilir. Bu değiş-tokuş ekonomik (bedel karşılığı alış-veriş vb.) olabileceği gibi sosyal da (güven, iyilik, şükran vb.) olabilir. Bu teori çalışma yaşamına uyarlandığında, örgütün sağladığı ekonomik ve sosyal faydalara karşılık olarak, çalışanların da davranışlar geliştirdikleri bildirilmektedir. Bu davranışlar ise daha fazla özen ve gayret, bağlılık, özdeşleşme, işe ve kuruma karşı olumlu tutum, işini iyi yapma çabası, örgüte ve yöneticiye güven ve iş tatmini gibi kavramlar üzerinden kendini göstermektedir (Ateş, 2017).

Değiş-tokuş yani mübadele, karşılıklı faydalı olarak algılandığı sürece ilişkiler de sürecek, aksi durumlarda ise ilişkiler sona erecek veya mecrasından çıkabilecektir. İlişkilerin sürmesi, gelecek beklentilerinin canlı olmasına da bağlıdır. Tarafların birbirlerine yaptıkları katkılar, gelecek beklentilerine erişme açısından yukarıda sayılmış olan tutum ve davranışların geliştirilmesine temel

oluşturacaktır. Çalışanların geliştirmeleri beklenen bu davranışlar, kendilerini iş yerlerinde güvende/emniyette hissetmeleri, işletmelerini iyi tanımalarına imkân verilmesi, işleriyle ilgili umutlarının uzun vadeli olması şeklinde karşılıklara ulaşabilmeleriyle de ilişkilidir. Gelecek beklentilerinin bu ve benzeri şekillerde karşılanıyor olması halinde, çalışanların işletmelerine sağlayacakları katkının artmasını, iş performanslarının yükselmesinin ve işin standartlara uygun halde yürütülmesinin önü açılacaktır (Türköz, 2016).

Sosyal mübadele teorisi'ne ilişkin açıklamalar ışığında etik iklim ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişki şöyle açıklanabilir: Sağlık kuruluşları, etik ilkelerini net olarak belirler, bunların uygulanmasına tepe yönetim liderlik eder ve etik ilkelerine uygun davranmayı ödüllendirirse çalışanların da bu ortamın gerektirdiği etik davranışları sergileyeceği açıktır. Aynı şekilde, etik ilkelerin kültürün bir parçası olduğu hatırlandığında, hasta güvenliği kültürü için de benzer ifadelerin kullanılması mümkündür. Etik ilkeler, hasta güvenliği kültürünün oluşmasına katkıda bulunacaktır. Tepe yönetim buna hassasiyetle yaklaşacak ve hasta güvenliğinin korunmasına yönelik ödül mekanizmaları geliştirecek olursa, çalışanların da hasta güvenliği kültürünü özümsemeleri kolaylaşacaktır.

Çalışmanın değişkenleri arasındaki ilişkinin kırık pencereler teorisi üzerinden okunmasına gelince, etik iklim ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkiye ait dayanakların bulunduğu düşünülmektedir. Kırık pencereler teorisi, sosyologların suç olgusunu açıklamada kullandıkları teorilerdendir. Zimbardo'nun (1969) yaptığı deneylerle ortaya çıkmıştır. Söz konusu deneylerin birinde plakasız bir araç varoş sayılabilecek bir yerde bırakılır. Aynı zamanda benzer bir araç da merkez sayılabilecek, eğitim ve gelir düzeyleri yüksek insanların yaşadığı bir yerde bırakılır. Terk edilmiş görünen ilk araç dakikalar içerisinde yağmalanır. İkinci araca ise bir hafta boyunca dokunan olmaz. Bir hafta sonra araştırmacı, balyozla aracın camlarından birini kırar. Çok geçmeden yoldan geçenler eşlik etmeye başlarlar ve dakikalar içerisinde bu araç da yağmaya uğrar. Aynı deney, sahipsiz görünen binalarda da tekrarlanır. Pencerelerinde kırıklar olan bina kısa sürede yağmalanır ve evsizlerin mekânı olur. Pencerelerinde kırıklar olmayan diğer bina ise araştırmacılar tarafından birkaç penceresi kırıldıktan sonra aynı akıbete uğrar. Bu deneylerin sonunda, kırık pencereler teorisinin ana görüşü, "korumasız bırakılan ortamların, eşyaların ve insanların, diğerleri için eğlence ve yağma aracı olabilecekleri" yönünde olmuştur. İlk pencerenin kırılmasına göz yumulması ve önlem alınmaması, küçük görünen bir gelişmenin oldukça büyük suç kaynağı olmasına yol açılması anlamına da gelmektedir. Bu nedendir ki, davranış kuralları açıkça belirlenen, güvenlik önlemleri yeterince alınan ve yine yeterince denetlenen ortamlarda suç unsurlarının oluşmasının engellenmesi mümkün görünmektedir (Altuntop, 2015).

Kırık camlar teorisi, kontrolsüzlük, denetimsizlik, sahipsizlik, bakımsızlık ve ilgisizlik hissi uyandıran yerlerin suç üretebileceğini ve bu tür yerlere karşı önlemlerin alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, şehirlerde sıkça görülebilen aydınlatması yetersiz cadde ve sokakların, onarılmayan metruk binaların, kontrolsüz araç park alanlarının ve fiziksel güvenliği yeterince alınmamış iş yerlerinin suça davetiye çıkarabildiğini ve potansiyel suçluları cesaretlendirebildiğini söylemek mümkündür (Doğan ve Sevinç, 2011). Kırık pencereler teorisi, düzen halindeki kamuya açık kentsel ortamlarda düzenin sürdürülmesi, daha ciddi suçların ve vandalizmin oluşmasını önlemek amacıyla izlenmesi anlamına da gelir. Amaç; düzende bozulan küçük şeylerin tekrar düzenli olacak şekilde değiştirilerek, düzenin sağlanmaya devam edilmesidir. Toplumsal yaşamdan veya çalışma yaşamından yola çıkıldığında teorisinin izdüşümünün şöyle olabileceği kabul edilebilir. Örneğin; bir toplantıda alınan kararın uygulanmaması ya da herhangi bir hataya karşı bir kereden bir şey olmaz tavrının takınılması, daha sonra yapılacak toplantıların ciddiyetinin sorgulanmasına ve hataların da önemsenmemesi yoluyla sayılarının ciddi biçimde artmasına yol açacaktır (Kırık Camlar Teorisi, 2017). Bu bağlamda kırık pencereler teorisi, suçla mücadele etmenin en iyi yolunun, suçtan önce gelen ve suça zemin hazırlayabilecek düzensizliklerle mücadele etmek olduğunu öne

sürmektedir (Beşe, 2006).

Sağlık hizmetlerinin de yukarıda açıklanan görüşler çerçevesinde değerlendirilmesi mümkün görünmektedir. Şöyle ki; suç işleyip pencereleri kıranların” yerine “hasta güvenliğini tehdit eden her türlü unsur ve tıbbi hatalar” konulduğunda (Kayral, 2017) hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması için kırık pencereler teorisinin öne sürdüğü ilkelerin uygulanabilirliği gerçekçi görünmektedir. Buna göre etik ihlallerini ve hasta güvenliğini zedeleyecek olaylarla önceden mücadele edilmesi ve fırsat verilmemesi halinde, etik iklimin de hasta güvenliğinin de zarar görmesi pek kolay olmayacaktır. Etik iklim, hasta güvenliğinin/hasta güvenliği kültürünün belirleyicileri arasındaki yerini koruyacaktır.

V. Yöntem

Araştırma, teorik çerçeve ile de desteklenmiş bir nedensel tarama araştırması niteliğindedir. Nedensel tarama araştırmaları, bağımlı değişken(ler)in üzerinde etkili olan bağımsız değişken(ler)in belirlenmesine çalışılan araştırmalardır. Değişkenler arasındaki ilişkiler sebep-sonuç ilişkisi bağlamında diğer bir ifadeyle öncüller/ardıllar bağlamında incelenebilmektedir. Araştırmacılar, değişkenlere müdahale etmeden, katılımcılardan doğrudan topladıkları verileri analiz ederek, ilişkileri ortaya koymaya çalışırlar (Gülbüz ve Şahin, 2016).

5.1. Araştırmanın Sorunsalı (Problem Durumu)

Elazığ il merkezinde faaliyet gösteren kamuya ve özel sektöre ait hastane çalışanlarının katıldığı bu çalışma ile etik iklim algısının hasta güvenliği kültürüne etkisinin incelenmesi/tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Araştırma, “etik iklimin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi var mıdır?” şeklinde ifade edilen temel soruya cevap bulmak amacıyla tasarlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Bu temel soruya bağlı olarak şu alt sorulara da cevap aranmıştır:

- Katılımcıların etik iklim anlayış düzeyleri nedir?
- Katılımcıların hasta güvenliği kültürü düzeyleri nedir?

5.3. Araştırmanın Önemi

Literatürde, etik iklim ile hasta güvenliği kültürü etkileşimini konu edinen çalışmaların sayısal anlamda yeterli miktarda olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle, çalışmanın etik iklim ve hasta güvenliği kültürü kavramlarının farklı bağlamlarda ele alacak araştırmalara esin kaynağı olabileceği ümit edilmektedir. Ayrıca hasta güvenliği kültürünün güçlendirilmesi ve tıbbi hataların azaltılması ile hem maddi hem de manevi kayıpların azalmasına, kurumların ve hastaların ek maliyetlerinin düşmesine ve nihai olarak ülke ekonomisi üzerine olumlu etki sağlamasına bir nebze katkıda bulunulacağı değerlendirilmektedir. Araştırmanın, hastalar ve yakınlarının yaşadıkları mağduriyetlerin azaltılmasında da yararlı olacağı düşünülmektedir. Bunların yanı sıra, sağlık çalışanlarının motivasyonlarının ve verimliliklerinin yükselmesi, çalışmanın beklenen etkileri arasında sayılabilir.

5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma için sadece Elazığ il merkezindeki sağlık kuruluşlarından veri sağlandığı için sonuçlar ancak Elazığ ili için genellenebilir. Araştırmaya sadece sağlık çalışanlarının bakış açısı yansıtılmıştır. Sağlık hizmeti alanların (hastalar ve yakınları) bakış açıları dışarıda bırakılmıştır. Hasta güvenliği üzerinde etkili olması muhtemel diğer değişkenler kapsam dışında bırakılmış ve sadece etik iklim algısının etkisi incelenmiştir.

5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Elazığ, Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki diğer illerle kıyaslandığında gelişmiş sayılabilecek iller arasında yer almaktadır. Sürekli göç almakta ve konum olarak çevre illerden (Bingöl, Tunceli, Muş) hastalara da hizmet verilmektedir. Yaklaşık 35 yıllık tecrübeye sahip üniversite hastanesi bulunmaktadır (Kuruluşu, 1983). Ülke genelinde az sayıda bulunan, neredeyse Cumhuriyetle yaşıt olan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (Kuruluşu, 1925) yer almaktadır. Ayrıca, 1945 yılından beri faal olan Devlet Hastanesi yeni adıyla Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak hizmet sunmaktadır. Kırk yıla yakın bir süre bağımsız olarak hizmet verdikten sonra Devlet Hastanesi ile birleşen Deri Hastalıkları Hastanesi sağlık alanındaki bir başka kurum örneğidir. Diş Hastanesi de yaklaşık 20 yıldır hizmete devam etmektedir. Üniversite Diş Hastanesi ise yaklaşık 2 yıldır aktif durumdadır. Elazığ'da ayrıca, dört özel hastane de yer almaktadır. Tüm bunlar, Elazığ'ın sağlık sektörüne yönelik birikimini ortaya koymaktadır. Elazığ, bölgenin sağlık merkezi konumundadır. Elazığ'da ki sağlık kuruluşları hem ilde bulunan hastalar hem de çevre/bölge illerdeki hastalar tarafından yoğun olarak tercih edilmektedir. Bu durum, Elazığ'da çalışan sağlık personelinin iş yüklerinin yoğunluğunun bir işareti olarak da kabul edilmekte ve sağlık araştırmaları için Elazığ'ı özel hale getirmektedir.

Elazığ'ın toplam nüfusu 2017 yılı sonu itibarıyla 580.000 ve il merkezi nüfusu 380.000 kişi dolaylarındadır. İl merkezindeki sağlık kuruluşlarında 2565 yatak ve 46 ameliyathane yer almaktadır. Günlük ortalama 12000 hastaya poliklinik hizmet verilmektedir. Sağlık kuruluşlarının yıllık ortalama yatak doluluk oranı %80 dolaylarındadır. Bu veriler, sağlık çalışanlarının iş yoğunluğunun yüksekliğine ilişkin farklı göstergelerdir. Hastanelerin ve sağlık çalışanlarının yüklerinin giderek yoğunlaşmasının, tıbbi hata sayısının artmasına ve hasta güvenliği açısından önemli sonuçların ortaya çıkmasına etki etmesi ciddi bir olasılık olarak ele alınmalıdır.

Yukarıdaki gerekçeler doğrultusunda Elazığ il merkezindeki yer alan hastanelerin tamamının çalışanlarının araştırma için uygun bir veri kaynağı niteliğini taşıdıkları düşünülmektedir. Elazığ il merkezinde toplam 8 hastane yer almaktadır. Bu hastanelerin 4'ü kamuya ait olup; diğer 4'ü de özel sektöre aittir. Bu bağlamda, söz konusu hastanelerin çalışanları araştırmanın evreni olarak kabul edilmiştir. Kapsam içerisindeki bir özel hastane hariç olmak üzere kalan hastanelerden yasal izin alınmıştır. Elazığ il merkezinde yer alan ve araştırma için izin veren hastanelerde 955 doktor, 313 ebe, 1383 hemşire, 669 sağlık memuru, teknisyen vd. olmak üzere toplam 3320 sağlık çalışanı istihdam edilmektedir. Bu sayılar, Nisan 2017 tarihi itibarıyla hastane yönetimlerinden edinilen bilgiye dayanmaktadır.

Evren büyüklüğü (N) 3320 olarak alındığında, Cochran Formülü olarak da bilinen aşağıdaki formüle göre örneklem büyüklüğü (n) en az 345 olmalıdır. Bu büyüklükteki bir örneklem büyüklüğünün %95 güven düzeyinde evreni temsil gücünün olacağı söylenebilecektir (Baş, 2008; Gürbüz ve Şahin, 2016; Özdamar, 2013).

$$\text{Örnek hacmi (n)} = \frac{N \times t^2 \times p \times q}{((N - 1) \times d^2) + (t^2 \times p \times q)}$$

N: evren büyüklüğü (3320); **t:** ∞ serbestlik derecesinde teorik t tablo değeri (1,96); **p:** incelenen olayın gerçekleşme olasılığı (0,5); **q:** incelenen olayın gerçekleşmeme olasılığı (0,5); **p×q:** varyans (0,25) **d:** kabul edilen örneklem hatası (0,05)

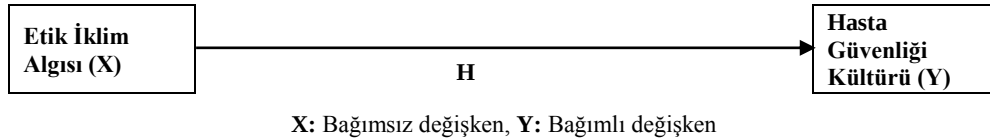
Hesaplanan örneklem büyüklüğüne erişebilmek için kolayda örneklem tekniğinden yararlanılmıştır. Veri toplama işlemi, 1.Mayıs.2017 ile 30.Haziran.2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılabilecek olan sağlık çalışanlarına araştırma hakkında ayrıntılı bilgi verildikten sonra, katılmaya gönüllü olanlara anket formu bırakılmıştır. Sonraki ziyaretlerde de

dağıtılan anketler toplanmıştır. Örneklemenin büyük olması nedeniyle anket kayıplarının önüne geçilebilmesi amacıyla anket dağıtılan kişiler için takip çizelgesi oluşturularak verimli takip sağlanmaya çalışılmıştır. Dağıtılan anket formu sayısı 520'dir. Anket formları hastanelere dağıtılırken, evren içerisindeki ağırlıklarına riayet edilmiştir. Dağıtım işlemi, hastane yönetimlerinin bilgisi ve nezareti dahilinde yürütülmüştür. Ziyaret anında görevde olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan herkese anket formu bırakılmıştır. Geri alınabilen form sayısı 395'te kalmıştır. Elde edilebilen anket formlarından yanlış ve eksik doldurma nedeniyle 49 tanesi değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 346 anket formundan, veriler elde edilmiştir.

5.7. Araştırma Modeli

Araştırma modeli, bir araştırmanın amacına uygun şekilde ve ekonomik olarak, verilerin toplanması, çözümlenebilmesi için gerekli koşulları düzenlemektir. Araştırmanın temel iddiasının (hipotezler, değişkenler ve bunlar arasındaki ilişkiler) gereksiz ayrıntılara girmeden, amaca uygun olarak formüller, simgeler ya da şekiller aracılığıyla özetlenmesidir. Araştırmanın temel iddiasının kolayca ifade edilmesini ve anlaşılmasını sağlar. Diğer bir ifadeyle model, doğrudan gözlemlenemeyen olguların anlaşılmasını basitleştirmek için kullanılan analitik çerçevedir. Model aracılığıyla, değişkenler arası ilişkiler ve örüntüler anlaşılır hale gelir (Gürbüz ve Şahin, 2016: 78).

Bu araştırmanın modeli ise literatür taramasından elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki gibi oluşturulmuştur:



Literatür bulgularının, araştırmanın temel sorusunun (etik iklim algısının hasta güvenliği kültürüne etkisi var mıdır?) ve yukarıda ifade edilen modelin çizdiği çerçevede araştırmanın temel hipotezi ve alt hipotezleri şöylece belirlenmiştir:

- H₁:** Etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_{1a}:** Etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürünün ekip çalışması boyutu arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_{1b}:** Etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürünün açık iletişim boyutu arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_{1c}:** Etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürünün hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutu arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_{1d}:** Etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürünün hata hakkında geri bildirim boyutu arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_{1e}:** Etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürünün personel sağlama boyutu arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_{1f}:** Etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürünün yönetimin desteği boyutu arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_{1g}:** Etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürünün güvenlik algısı boyutu arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_{1h}:** Etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürünün hata raporlama sıklığı boyutu arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_{1i}:** Etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürünün birimler arası ekip çalışması boyutu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

- H_{1j}:** Etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürünün müdahale ve değişim boyutu arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_{1k}:** Etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürünün yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları boyutu arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_{1l}:** Etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürünün örgütsel öğrenme ve değişim boyutu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

5.8. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemleri

Veriler, anket tekniği ile toplanmıştır. Anket tekniği değişik nitelikte basılı formlar kullanılarak bilgi toplama yöntemidir. Katılımcıların belirli bir konuda düşünce tutum ve davranışlarını daha önce belirlenmiş bir sırada ve yapıda hazırlanmış sorulara dayalı olarak elde etmeyi sağlamaktadır. Anket en çok kullanılan veri toplama aracı olma özelliği taşımaktadır. Çünkü anket yoluyla elde edilen verinin, istatistiksel ve matematiksel analizlerden geçirilmesi daha kolaydır. Diğer taraftan anketler daha fazla kişiye ulaşılacak istenen durumlarda ideal bir veri toplama yöntemidir. Ankette bulunan sorulara katılımcılar kişisel değerlendirmelerine dayalı cevap vermektedirler. Bu sebeple anketler kişilerin kendilerini değerlendirmede kullanabilecekleri bir veri sağlama yöntemidir (Gürbüz ve Şahin 2016).

Çalışmada kullanılan anket formu, dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde 7 soru içeren “etik iklim ölçeği” yer almaktadır. Söz konusu ölçeği, Qualls ve Puto (1989) ilk kez geliştirmiş olup; bu ölçeği temel alan Schwepker ve arkadaşları ise (1997) son halini vermişlerdir. Tek boyuttan oluşan ölçek, Biçer (2005) tarafından Türkçe’ye uyarlanmış; Bulut (2012), Özçelik (2011) ve Mumcu (2014) tarafından yapılan araştırmalarda kullanılmış, güvenilirlik ve geçerliliği test edilmiş ve yeterli düzeye ulaşılmıştır. Cronbach’s Alfa (içsel tutarlılık katsayısı) değeri Biçer (2005) tarafından 0,89; Bulut (2012) tarafından 0,92; Özçelik (2011) tarafından 0,89 ve Mumcu (2014) tarafından ise 0,94 olarak tespit edilmiştir.

Anketin ikinci bölümünde Sorra ve Nieva tarafından geliştirilen ve Filiz (2009) tarafından Türkçe’ye uyarlanan “*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği*” yer almaktadır. Hastaneler için geliştirilmiş bu ölçekte 42 soru yer almaktadır ve bu sorular şu 12 boyutta toplanmaktadır: “ekip çalışması (4 madde), açık iletişim (3 madde), hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (3 madde), hata hakkında geri bildirim (3 madde), personel sağlama (3 madde), yönetimin desteği (3 madde), güvenlik algısı (4 madde), hata raporlama sıklığı (3 madde), birimler arası ekip çalışması (4 madde), müdahale ve değişim (4 madde), yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları (4 madde), örgütsel öğrenme ve değişim (3 madde)”. Cronbach’s Alfa (içsel tutarlılık katsayısı) değeri Filiz (2009) tarafından 0,86; Derin ve Demirel (2011) tarafından 0,90 olarak tespit edilmiştir. Bu son kısım da önceki kısım gibi 5’li likert ölçeğine göre derecelendirilmiştir. Anketin son bölümünde ise katılımcıların demografik özelliklerini öğrenmek amaçlı toplam 12 soru yer almaktadır.

5.9. Araştırmanın Veri Analiz Yöntemleri

Veri analizi için kullanılan teknikler aşağıda sıralanmaktadır:

- a. Betimleyici istatistikler: frekans dağılımı, aritmetik ortalama, standart sapma
- b. Bağlam (zaman, evren ve örneklem) farklı olduğu için kullanılan ölçeklerin geçerlilik (faktör) ve güvenilirlik (cronbach alpha) analizleri
- c. Bağımlı değişken ile bağımsız değişken arasında neden sonuç ilişkisini araştırmak için regresyon analizi kullanılmıştır.

5.10. Bulgular

5.10.1. Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri

Geçerlilik analizi için ikinci derece doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Model uyum iyiliği değerleri, aşağıdaki tabloda aktarılan değerlere göre yorumlanmıştır.

Tablo 1. Doğrulayıcı Faktör Analizi Model Uyum İyiliği İndeksleri ve Eşik Değerleri

İndeks	Eşik değeri	
	İyi uyum	Kabul edilebilir uyum
χ^2/sd	< 3	$3 < \chi^2/sd < 5$
RMSEA	< 0,05	< 0,08
GFI	> 0,95	> 0,90
AGFI	> 0,95	> 0,90
TLI	> 0,95	> 0,90
NFI	> 0,95	> 0,90
CFI	> 0,95	> 0,90

Kaynak: Gürbüz ve Şahin, 2016

5.10.1.1. Etik İklim Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliği

Yedi madde ve tek boyuttan oluşan etik iklim ölçeğine, doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Elde edilen veriler aşağıda aktarılmakta olup; yapının doğrulandığını yani model uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo 2. Etik İklim Ölçek Model Uyum İyiliği Değerleri

Cronbach alpha	Model uyum iyiliği değerleri						
	χ^2/sd	GFI	AGFI	TLI	NFI	CFI	RMSEA
0,881	2,833	0,976	0,934	0,971	0,979	0,986	0,073

5.10.1.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliği

Kırk iki madde ve on iki boyuttan oluşan hasta güvenliği kültürü ölçeğine, doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Elde edilen veriler aşağıda aktarılmakta olup; yapının doğrulandığını yani model uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo 3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Uyum İyiliği Değerleri

Cronbach alpha	Model uyum iyiliği değerleri						
	χ^2/sd	GFI	AGFI	TLI	NFI	CFI	RMSEA
0,915	3,581	0,913	0,867	0,902	0,898	0,924	0,076

5.10.3. Ölçek Puanları

Ölçek ortalama puanları değerlendirilirken aritmetik ortalamalar esas alınmıştır. Ortalamaların değerlendirilmesinde ise Tablo 4'te aktarılan puan aralıkları ölçüt kabul edilmiştir. Söz konusu puan aralıkları, ölçeğin aralık genişliğinin (dizi genişliği/yapılacak grup sayısı) Tekin'in (2017) önerdiği formül ile hesaplanmasıyla belirlenmiştir. Hesaplama işlem adımları ise şu şekildedir: En büyük puan ile en küçük puanın farkı ($5 - 1 = 4$) alınır. Alınan fark, 5'e bölünür ($4/5 = 0,8$). Bulunan rakam (0,8), 1'e eklenerek ($1 + 0,8 = 1,8$) ilk dizi genişliği bulunur. Bu aralık ($1,00 - 1,80$), ölçekte 1'e (kesinlikle katılmıyorum/hiçbir zaman) karşılık gelen seçeneği temsil eder. Benzer şekilde toplama işlemine devam edilir ve sonuç olarak, ölçekteki her bir seçeneğe karşılık gelen dizi genişlikleri (puan aralıkları) bulunur.

Tablo 4. Ölçek Puanları

Puan aralığı	Ölçekteki karşılığı	İlgili sorular
$1,00 \leq \bar{x} \leq 1,80$	Kesinlikle katılmıyorum	hga4, ..., hga7 ve hgb1, ..., hgb29 arası sorular
	Hiçbir zaman	hga1, ..., hga13 arası sorular
$1,80 < \bar{x} \leq 2,60$	Katılmıyorum	hga4, ..., hga7 ve hgb1, ..., hgb29 arası sorular
	Nadiren	hga1, ..., hga13 arası sorular
$2,60 < \bar{x} \leq 3,40$	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	hga4, ..., hga7 ve hgb1, ..., hgb29 arası sorular
	Ara sıra	hga1, ..., hga13 arası sorular
$3,40 < \bar{x} \leq 4,20$	Katılıyorum	hga4, ..., hga7 ve hgb1, ..., hgb29 arası sorular
	Sıklıkla	hga1, ..., hga13 arası sorular
$4,20 < \bar{x} \leq 5,00$	Kesinlikle katılıyorum	hga4, ..., hga7 ve hgb1, ..., hgb29 arası sorular
	Her zaman	hga1, ..., hga13 arası sorular

Herhangi bir maddenin, ölçek boyutunun ya da ölçeğin bütününün ortalaması 3,40 ve altında ise katılımcıların tutumları olumsuz/zayıf olarak kabul edilmiştir. Aynı şekilde ortalama 3,40'ın üzerinde ise katılımcıların tutumları olumlu/güçlü olarak kabul edilmiştir.

5.10.3.1. Etik İklim Ölçeği Puanları

Aşağıdaki tablo ile etik iklim ölçeğinin betimleyici istatistik değerleri aktarılmaktadır. Ölçekte, ters puanlanan madde bulunmamaktadır.

Tablo 5. Etik iklim ölçeği puanları

Madde no	Ortalama	Standart sapma	Sıklık (n = 346)									
			1		2		3		4		5	
			S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
(ei1)	3,68	0,059	21	6,1	35	10,1	52	15,0	163	47,1	75	21,7
(ei2)	3,31	0,061	31	9,0	43	12,4	106	30,6	120	34,7	46	13,3
(ei3)	3,49	0,055	18	5,2	35	10,1	100	28,9	147	42,5	46	13,3
(ei4)	3,25	0,058	25	7,2	50	14,5	124	35,8	106	30,6	41	11,8
(ei5)	3,51	0,058	21	6,1	38	11,0	87	25,1	144	41,6	56	16,2
(ei6)	3,44	0,062	28	8,1	45	13,0	81	23,4	132	38,2	60	17,3
(ei7)	3,30	0,064	40	11,6	41	11,8	89	25,7	127	36,7	49	14,2
Toplam	3,43	0,060	Olumlu cevap oranı: %54									

Tablo 5'e göre Etik iklim ölçeğine ait soruların ortalama puanı 3,43 olarak hesaplanmıştır. Bu puan, ölçekteki "katılıyorum" seçeneğine denk olup; olumlu olarak saptanmıştır. Bu ölçekte yer alan soruların üçüne (ei2, ei4, ei7) katılımcılar olumsuz görüş belirtirken; geriye kalan dört (ei1,ei3,ei5,ei6) soruya ise olumlu görüş bildirdiği belirlenmiştir. Etik iklim ölçeğinin toplamında, katılımcıların %54'ünün olumlu görüşte oldukları; %46'sının ise olumsuz görüşte oldukları belirlenmiştir.

5.10.3.2. Hasta Güvenliği Ölçeği Puanları

Aşağıdaki Tablo 6 ile hasta güvenliği ölçeğinin betimleyici istatistik değerleri aktarılmaktadır. Ölçekte, ters puanlanan madde sayısı 18'dir. Ters puanlanan maddeler, italik olarak vurgulanmıştır.

Tablo 6. Hasta güvenliği ölçeği puanları

Faktör	Madde no	Ortalama	Standart sapma	Sıklık									
				1		2		3		4		5	
				S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Ekip çalışması	(hgb1)	3,23	0,062	35	10,1	51	14,7	102	29,5	117	33,8	41	11,8
	(hgb3)	3,57	0,058	17	4,9	43	12,4	77	22,3	144	41,6	65	18,8
	(hgb4)	3,52	0,055	11	3,2	50	14,5	87	25,1	144	41,6	54	15,6
	(hgb10)	2,93	0,067	62	17,9	61	17,6	101	29,2	84	24,3	38	11,0
	Toplam	3,31	0,060	Olumlu cevap oranı: %49									
Açık iletişim	(hga9)	3,47	0,060	19	5,5	49	14,2	92	26,6	121	35,0	65	18,8
	(hga11)	2,47	0,070	101	29,2	93	26,9	73	21,1	46	13,3	33	9,5
	(hga13)	3,13	0,066	39	11,3	66	19,1	105	30,3	82	23,7	54	15,6
	Toplam	3,03	0,065	Olumlu cevap oranı: %39									
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	(hgb6)	3,61	0,057	16	4,6	34	9,8	93	26,9	130	37,6	73	21,1
	(hgb11)	3,46	0,060	21	6,1	47	13,6	94	27,2	120	34,7	64	18,5
	(hgb17)	3,03	0,056	31	9,0	72	20,8	121	35,0	101	29,2	21	6,1
	Toplam	3,36	0,058	Olumlu cevap oranı: %49									
Hata hakkında geri bildirim	(hga8)	3,18	0,064	35	10,1	65	18,8	99	28,6	98	28,3	49	14,2
	(hga10)	3,47	0,065	31	9,0	43	12,4	77	22,3	121	35,0	74	21,4
	(hga12)	3,20	0,065	42	12,1	52	15,0	96	27,7	107	30,9	49	14,2
	Toplam	3,28	0,065	Olumlu cevap oranı: %48									
Personel sağlama	(hga2)	2,55	0,070	99	28,6	77	22,3	77	22,3	66	19,1	27	7,8
	(hgb5)	3,27	0,060	25	7,2	62	17,9	98	28,3	116	33,5	45	13,0
	(hgb7)	2,68	0,068	76	22,0	85	24,6	96	27,7	52	15,0	37	10,7
	(hgb13)	3,12	0,061	32	9,2	64	18,5	119	34,4	91	26,3	40	11,6
	Toplam	2,91	0,065	Olumlu cevap oranı: %46									
Yönetimin desteği	(hgb19)	3,19	0,058	32	9,2	48	13,9	121	35,0	112	32,4	33	9,5
	(hgb25)	3,20	0,057	28	8,1	49	14,2	125	36,1	113	32,7	31	9,0
	(hgb26)	3,15	0,062	34	9,8	65	18,8	101	29,2	106	30,6	40	11,6
	Toplam	3,18	0,059	Olumlu cevap oranı: %42									
Güvenlik algısı	(hgb9)	2,65	0,069	82	23,7	85	24,6	84	24,3	62	17,9	33	9,5
	(hgb16)	3,05	0,064	45	13,0	62	17,9	108	31,2	93	26,9	38	11,0
	(hgb14)	2,76	0,061	54	15,6	89	25,7	108	31,2	76	22,0	19	5,5
	(hgb15)	3,04	0,058	32	9,2	72	20,8	120	34,7	94	27,2	28	8,1
	Toplam	2,87	0,063	Olumlu cevap oranı: %32									
Hata raporlama sıklığı	(hga1)	3,03	0,064	35	10,1	90	26,0	90	26,0	75	21,7	47	13,6
	(hga2)	3,05	0,063	41	11,8	68	19,7	108	31,2	89	25,7	40	11,6
	(hga3)	3,31	0,064	27	7,8	65	18,8	86	24,9	110	31,8	58	16,8
	Toplam	3,13	0,064	Olumlu cevap oranı: %40									
Birimler arası ekip çalışması	(hgb20)	3,25	0,057	23	6,6	54	15,6	119	34,4	112	32,4	38	11,0
	(hgb21)	3,18	0,057	25	7,2	25	7,2	114	32,9	113	32,7	31	9,0
	(hgb24)	3,31	0,057	26	7,5	38	11,0	127	36,7	114	32,9	41	11,8
	(hgb28)	3,45	0,052	16	4,6	32	9,2	116	33,5	145	41,9	37	10,7
	Toplam	3,30	0,056	Olumlu cevap oranı: %46									
Müdahale ve değişim	(hgb29)	3,42	0,057	20	5,8	42	12,1	105	30,3	129	37,3	50	14,5
	(hgb22)	3,63	0,055	16	4,6	16	4,6	82	23,7	154	44,5	63	18,2
	(hgb23)	3,31	0,052	17	4,9	43	12,4	132	38,2	124	35,8	30	8,7
	(hgb27)	3,70	0,059	20	5,8	25	7,2	79	22,8	138	39,9	84	24,3
	Toplam	3,51	0,056	Olumlu cevap oranı: %56									
Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları	(hga4)	3,27	0,071	43	12,4	58	16,8	82	23,7	87	25,1	76	22,0
	(hga5)	2,91	0,070	67	19,4	62	17,9	93	26,9	82	23,7	42	12,1
	(hga7)	2,75	0,075	96	27,7	54	15,6	86	24,9	60	17,3	50	14,5
	(hga6)	3,45	0,065	30	8,7	47	13,6	77	22,3	121	35,0	71	20,5
	Toplam	3,10	0,070	Olumlu cevap oranı: %43									
Örgütsel öğrenme ve değişim	(hgb18)	3,19	0,058	28	8,1	58	16,8	114	32,9	111	32,1	35	10,1
	(hgb8)	3,00	0,058	37	10,7	64	18,5	135	39,0	82	23,7	28	8,1
	(hgb12)	3,25	0,053	21	6,1	37	10,7	153	44,2	103	29,8	32	9,2
	Toplam	3,15	0,056	Olumlu cevap oranı: %38									
Ölçek Toplamı		3,18	0,054	Olumlu cevap oranı: %44									

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin tüm sorularının ortalama puanı 3,18'dir. Bu puan, ölçekteki "ne katılıyorum ne de katılmıyorum" seçeneğine denk olup; olumsuz (zayıf) olarak saptanmıştır. Ayrıca, müdahale ve değişim boyutu hariç ölçeğin tüm boyutları için katılımcı görüşlerinin olumsuz/zayıf olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin tamamı dikkate alındığında olumlu görüş bildiren katılımcıların oranı %44 ve olumsuz görüş bildiren katılımcıların oranı ise %56 olarak belirlenmiştir.

5.10.4. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımlarını gösteren Tablo 7 aşağıda yer almaktadır.

Tablo 7. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişken	Seçenekler	S	%
Yaş	21 ve altı	22	6,4
	21 – 30 arası	128	37,0
	30 – 40 arası	135	39,0
	40 – 50 arası	48	13,9
	50 ve üzeri	13	3,8
Cinsiyet	Kadın	225	65,0
	Erkek	121	35,0
Medeni durum	Evli	215	62,1
	Bekâr	131	37,9
Görev	Hekim	92	26,6
	Hemşire	182	52,6
	Ebe	12	3,5
	Sağlık memuru	24	6,9
	Teknisyen	14	4,0
	İdari personel	13	3,8
	Diğer	9	2,6
Birim	Temel Bilimler	25	7,2
	Dahili Bilimler	146	42,2
	Cerrahi Bilimler	79	22,8
	İdari işler	15	4,3
	Diğer	81	23,4
Eğitim	Lise	35	10,1
	Ön lisans	68	19,7
	Lisans	163	47,1
	Lisansüstü	80	23,1
Meslekte geçirilen süre	5 yıl ve altı	94	27,2
	5 – 10 yıl arası	102	29,5
	10 – 15 yıl arası	60	17,3
	15 – 20 yıl arası	36	10,4
	20 yıl ve üzeri	54	15,6

Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%76) 21 ile 40 yaş arasında bulundukları saptanmıştır. Katılımcıların %65'ni kadınlar, %35'ini ise erkekler oluşturmaktadır. Bunların %62'sinin evli ve %38'inin bekâr kişiler olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %53 oranıyla büyük bir kısmı hemşirelerden oluşurken, bu %27 oranında doktorlar takip etmektedir. Kalan kısmını ebe, sağlık memuru, teknisyen, idari personel ve diğer katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcıların çalıştığı birimlerin %42'si dahili bilimler, %23'ü cerrahi bilimler, %7'sini temel birimler, %4'ü idari işler, %23'ü diğer işler şeklinde çalıştığı saptanmıştır. Katılımcıların %10'nunun lise, %20'sinin ön lisans, %47'sinin lisans, %23'ünün ise lisansüstü düzeyde öğrenim gördüğü saptanmıştır. Katılımcıların meslekte geçirilen süreye göre dağılımları, %27'sinin 5 yıl ve altı, %30'unun 5 -10 yıl arası, %17'sinin 10-15 yıl arası, %10'nun 15-20 yıl arası ve %16'sının 20 yıl ve üzeri olduğu saptanmıştır. Katılımcıların mevcut iş yerinde geçirilen süreye göre dağılımları %61'inin 5 yıl ve altı, %23'ünün

5- 10 yıl arası, %8'inin 10-15 yıl arası, %3'ünün 15-20 yıl arası ve %5'inin 20 yıl ve üzeri olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %23'ünün gelir düzeyi 2800TL ve altı, %51'inin 2800-4200 TL, %8'inin 4200-5600 TL, %9'unun 5600-7000TL ve %9'unun 7000 TL ve üzeri olduğu saptanmıştır. Katılımcıların büyük bir kısmını %87 oranıyla kamu kurumunda çalışan katılımcılar, %13'ünü ise özel kurumda çalışanlar oluşturduğu saptanmıştır. Katılımcıların %19'unun haftalık iş yükü 40 saat ve altı, %46' sının 40-45 saat arası, %13'ünün 45-50 saat arası, %3'ünün 50-55 saat arası ve %19'unun 55 saat ve üzeri olduğu saptanmıştır.

5.10.5. Regresyon Analizleri

Kurulan regresyon modelleri ile araştırmanın temel sorusu olan “etik iklim algısının hasta güvenliği kültürüne etkisi var mı?” şeklindeki soruya cevap aranmıştır. Basit doğrusal regresyon analizinden elde edilen sonuçlar aşağıda aktarılmaktadır. Tablo 8'e göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,01$). Bağımsız değişken (etik iklim) ile bağımlı değişken (hasta güvenliği kültürü) arasında pozitif yönde, vasat ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkeni %27,7 oranında etkilemektedir. Diğer bir ifade ile bağımsız değişken bağımlı değişkendeki değişimlerin %27,7'sinin kaynağıdır. Bu sonuç, araştırmanın temel hipotezinin de (*Etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı bir ilişki vardır*) desteklendiğini göstermektedir (Model 1). Tablo 8'de ayrıca, etik iklim algısının hasta güvenliği kültürünün boyutlarına etkisini ortaya koyma amacıyla kurulan diğer regresyon modelleri de yer almaktadır. Regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, etik iklimin hasta güvenliği kültürü boyutları üzerinde de istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilecek düzeyde belirleyici etkisinin olduğu kanısına varılmıştır.

Tablo 8.: Regresyon Analizleri

Modeller	Değişken	B	Standart Hata B	β	p
Model 1	Sabit	2,023	0,103		0,000
	Etik iklim	0,337	0,029	0,528*	0,000
	$R = 0,528 \quad R^2 = 0,277 \quad F_{(1, 344)} = 132,947 \quad p < 0,01$				
	Hasta güvenliği = $2,023 + 0,337x(\text{Etik iklim})$				
Model 2	Sabit	2,223	0,168		0,000
	Etik iklim	0,318	0,048	0,339	0,000
	$R = 0,339 \quad R^2 = 0,112 \quad F_{(1, 344)} = 44,553 \quad p < 0,01$				
	Ekip çalışması = $2,223 + 0,318x(\text{Etik iklim})$				
Model 3	Sabit	1,328	,200		0,000
	Etik iklim	0,496	0,057	0,427	0,000
	$R = 0,427 \quad R^2 = 0,180 \quad F_{(1,344)} = 76,544 \quad p < 0,01$				
	Açık iletişim = $1,328 + 0,496x(\text{Etik iklim})$				
Model 4	Sabit	3,105	,174		0,000
	Etik iklim	0,076	,049	0,082	0,000
	$R = 0,082 \quad R^2 = 0,004 \quad F_{(1, 344)} = 2,353 \quad p < 0,01$				
	Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt = $3,105 + 0,076x(\text{Etik iklim})$				
Model 5	Sabit	1,458	,197		0,000
	Etik iklim	0,533	0,056	0,458	0,000
	$R = 0,458 \quad R^2 = 0,208 \quad F_{(1, 344)} = 91,466 \quad p < 0,01$				
	Hata hakkında geri bildirim = $1,458 + 0,533x(\text{Etik iklim})$				
Model 6	Sabit	2,173	0,144		0,000
	Etik iklim	0,214	0,041	0,272	0,000
	$R = 0,272 \quad R^2 = 0,071 \quad F_{(1, 344)} = 27,458 \quad p < 0,01$				
	Personel sağlama = $2,173 + 0,214x(\text{Etik iklim})$				
Model 7	Sabit	2,274	,149		0,00
	Etik iklim	0,265	0,042	0,320	0,00
	$R = 0,320 \quad R^2 = 0,100 \quad F_{(1, 344)} = 39,222 \quad p < 0,01$				
	Yönetimin desteği = $2,274 + 0,265x(\text{Etik iklim})$				
Model 8	Sabit	2,282	0,147		0,000

	Etik iklim	0,173	0,042	0,219	0,000
	R = 0,219 R² = 0,045 F (1, 344) = 17,37 p < 0,01				
	Güvenlik algısı = 2,282 + 0,173x(Etik iklim)				
Model 9	Sabit	1,903	0,220		0,000
	Etik iklim	0,358	0,062	0,295	0,000
	R = 0,295 R² = 0,085 F (1, 344) = 32,911 p < 0,01				
	Hata raporlama sıklığı = 1,903 + 0,358x(Etik iklim)				
Model 10	Sabit	2,054	0,167		0,000
	Etik iklim	0,363	0,047	0,383	0,000
	R = 0,383 R² = 0,144 F (1, 344) = 59,013 p < 0,01				
	Birimler arası ekip çalışması = 2,054 + 0,363x(Etik iklim)				
Model 11	Sabit	2,556	,165		0,000
	Etik iklim	0,280	0,047	0,307	0,000
	R = 0,307 R² = 0,092 F (1, 344) = 35,903 p < 0,01				
	Müdahale ve değişim = 2,556 + 0,280x(Etik iklim)				
Model 12	Sabit	1,105	0,196		0,000
	Etik iklim	0,582	0,055	0,492	0,000
	R = 0,492 R² = 0,240 F (1, 344) = 109,936 p < 0,01				
	Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları = 1,105 + 0,582x(Etik iklim)				
Model 13	Sabit	1,733	,159		0,000
	Etik iklim	0,414	0,045	0,443	0,000
	R = 0,443 R² = 0,194 F (1, 344) = 83,953 p < 0,01				
	Örgütsel öğrenme ve gelişme = 1,733 + 0,414x(Etik iklim)				

Tablo 8’de aktarılan regresyon modelleri incelendiğinde etik iklim algısının hasta güvenliği kültürünün tüm boyutları üzerinde pozitif ve anlamlı etkiye sahip olduğu görülmektedir. Etik büyüklükleri ise zayıf ya da vasat düzeylerde. Bu bulgulara göre temel hipotezin ve alt hipotezlerin tamamının desteklendiği ortaya çıkmaktadır. Etik iklimin hasta güvenliği kültürü boyutları üzerindeki etki büyüklüklerine bakıldığında ise büyükten küçüğe sırasıyla şöyle bir görünüm ortaya çıkmaktadır: “Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları, hata hakkında geri bildirim, örgütsel öğrenme gelişme, açık iletişim, birimler arası ekip çalışması, ekip çalışması, yönetimin desteği, müdahale ve değişim, hata raporlama sıklığı, personel sağlama, güvenlik algısı, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt”.

Tartışma ve Sonuç

Sağlık hizmetleri geliştikçe ve hastalar haklarını öğrendikçe, sağlık hizmeti sunumunda çeşitlilik ve kalite değerine olan ilgi de artmaktadır. Kalitenin temel unsurlarından olan hasta güvenliği kavramı, genel anlamda hastaya zarar verilmesini önlemek amacıyla sağlık kuruluşunun ve çalışanlarının aldığı önlemleri ifade etmektedir. Bu noktada, tıp etiği açısından “yararlılık ilkesi” kendini göstermektedir. Yararlılık ilkesi, “önce zarar verme” ilkesinin, “her koşulda hastanın yararına öncelik ver” ilkesine dönüşmüş hali olarak tanımlanabilir. Hastanın kendisiyle ilgili karar verme hakkı saklı kalmak kaydıyla, sağlık çalışanlarının hastayla ilgili alacakları kararların etik ikilemlere ya da sorunlara yol açması olasıdır. Yararlılık ilkesi, “mutlak yararlı olmak (zararın engellenmesi, ortadan kaldırılması, iyiliğin artırılması)” ve “yarar-zarar dengesinin sağlanması” açılarından, sağlık çalışanlarına etik yükümlülükler getirmektedir. Sağlık çalışanları genellikle yarar ve zarara ait çeşitli etkenleri dengelemede neye ağırlık verileceği konusunda uzlaşmamaktadırlar. Çünkü, yarar ve zararın ne olduğu hakkında her zaman nesnel bir kanıtın olmaması nedeniyle, neye ağırlık verileceği sık sık tartışmalara neden olmaktadır. Klinikte, sağlık çalışanlarının ve hastaların meslek yükümlülüğünü farklı değerlendirmeleri sonucunda da benzer çelişkiler ortaya çıkmaktadır (Ersoy ve Aydın, 1994). Kurumun ve sağlık çalışanlarının benimsediği etik değerlerle bu çelişki ortadan kaldırılabilmesi mümkün görünmektedir.

Sürekli artan hasta sayısı; sağlık hizmetleri, hizmet seçenekleri ve sağlık sistemleri hakkındaki beklentileri arttırmaktadır. Bu durum, tıbbi hataların ön plana çıkmasına neden

olmaktadır. Medyada bu tür hatalarla ilgili haberlerin sıkça yayınlanması da tıbbi hatalarla ilgili farkındalık ve bilinç düzeylerini artırmaktadır. Söz konusu haberlerin, sağlık kuruluşlarıyla ilgili negatif çağrışımara yol açtığı da bilinmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanması için kurumun standartları çerçevesinde uyulması gereken kurallara bağlı kalınması, buna rağmen oluşan tıbbi hataların çalışanlar tarafından korkusuzca raporlanması ve gerekli iyileştirmeler yapılarak önlem alınması gerekmektedir.

Bu çalışmanın çıkış noktası, yazında görülen ve “etik iklim” ve “hasta güvenliği kültürü” ilişkilerinin varlığını gösteren bulgulardır. Bu bulguların varlığı, daha önce yeterince araştırılmamış olan “etik iklim – hasta güvenliği kültürü” ilişkisinin araştırılması gerektiğini ve bu araştırmanın yazına özgün bir katkı sunabileceğini düşündürmektedir.

Etik iklim ölçeğine ait ortalama puanı 3,43 olarak belirlenmiştir ve bu puan vasat düzeyin biraz üzerindedir. Aynı ölçeği kullanan Mumcu (2014) etik iklim ortalama puanını 4,33 ve Yağmur (2013) ise 3,91 olarak saptamıştır. Bu bulgular, araştırma kapsamındaki kurumlarda etik iklim algısının var olduğunu ancak istenilen düzeye ulaşmadığını ortaya koymaktadır. Çok güçlü bir etik iklim algısının olmayışının, etik ilkelerin içselleştirilmemiş olmasından ve etik liderliğin yeteri kadar görünür olmayışından kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Bu düşüncenin görgül verilerle desteklenebilmesi için yeni araştırmaların yapılması yerinde olacaktır.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğine ait ortalama puanı 3,18 olarak belirlenmiş ve bu puan vasat düzeyde olduğu saptanmıştır. Derin ve Demirel’in (2011) çalışmalarında hasta güvenliği kültürü ortalaması 3,43 olarak bulunmuş iken Filiz (2009) ise hasta güvenliği kültürünü olumlu olarak değerlendirenlerin %44 düzeyinde olduğunu aktarmaktadır. Hasta güvenliği kültürünün güçlü olması, sağlık hizmetlerinin ve sağlık bakımının kalitesinin de güçlü olacağını göstergelerindendir. Hasta güvenliği kültürünün tıbbi hataların azalmasına ya da yok olmasına yol açacağı da düşünüldüğünde bu araştırmanın elde ettiği bulgunun yeterli olmadığı değerlendirilmektedir. Etik iklim algısının yeterince güçlü olmayışının yanı sıra etik liderlikle ilgili eksiklik, toplumsal kültür, tükenmişlik, iş güvenliği sorunları, iş ve sorumluluk yüklerinden kaynaklanan sorunlar ile özensiz denetim gibi sorunların bu bulgunun ardında yatan gerekçeler olabileceği düşünülmektedir. Bu düşüncenin somut kanıtlarla desteklenebilmesi için yeni araştırmalara olan ihtiyaç açıktır.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin açık iletişim boyutunun ortalama puanı 3,03 ve olumlu cevap oranı %39 olarak saptanmıştır. Vasat olarak değerlendirilen bu bulgu, Filiz’in (2009) çalışmasındakine benzer bir bulgudur (%36). Ortalamanın vasatı aşamamış olmasının ardında “çalışanların sorun olduğunda rahatlıkla soru sormadıkları” anlamındaki maddeye ilişkin algının, kurumlarda eleştirel iletişim ortamının yeterince açık olmadığı kanısına varılmaktadır.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin personel sağlama boyutunun ortalama puanı 2,91 ve olumlu görüş oranı %46 olarak saptanmıştır. Filiz’in (2009) çalışmasında bu boyutla ilgili olumlu görüş bildirenlerin oranlarının %38 gibi düşük olması, bu bulguyu destekler niteliktedir. Yeterli sayıda nitelikli personel istihdamının, diğer bir ifadeyle yetişmiş insan gücü istihdamının ciddi boyutta bir açığın üzerinde durduğunu göstermektedir.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin yönetimin desteği boyutunun ortalama puanı 3,18 ve olumlu cevap oranı %42 olarak saptanmıştır. Filiz’in (2009) çalışmasında katılımcıların %37’si olumlu görüş bildirerek benzer bir bulgu ortaya koymuşlardır. Bu sonuca göre yönetimin öncelikleri arasında hasta güvenliği kültürünü güçlendirmenin yer almadığı düşünülmektedir.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin güvenlik algısı boyutunun ortalama puanı 2,87 ve olumlu görüş oranı %32 olarak saptanmıştır. Filiz’in (2009) bu faktöre ilişkin bulgusu da %63 ile oldukça iyi bir düzeye işaret etmektedir. Güvenlik algısının zayıf düzeyde çıkması, ilgili faktöre ait maddeler arasında olumsuz anlam içeren (ters puanlanan) maddelere ilişkin olarak katılımcıların tereddüt yaşamış olmalarına veya genel güvenlik kültürüne ilişkin sorunlara dayanıyor olabilir. Bu bağlamda,

sağlık kurumlarının temel alınacağı, güvenlik kültürü, güvenlik iklimi ve iş güvenliği kültürü gibi değişkenlerin irdelendiği çalışmaların yapılmasının ihtiyaç olduğu değerlendirilmektedir.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin hata raporlama sıklığı boyutunun ortalama puanı 3,13 ve olumlu cevap oranı %40 olarak saptanmıştır. Bu çalışmaya benzer olarak Çakır ve Tütüncü'nün (2009) çalışmasında da çalışanların cezalandırılacakları korkusuyla hataların raporlanmasına sıcak bakmayabildiklerine dikkat çekilmiştir. Özkan (2012) yaptığı çalışmada hata raporlama sıklığını %12 olarak bulmuştur. Gündoğdu ve Bahçecik'in (2012) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %72'sinin ve özel hastanede çalışan hemşirelerin %73,5'inin, son 12 ayda yöneticilerine birimleri ile ilgili hiç olay raporu vermemesi, hemşirelerin cezalandırılma korkusu nedeniyle raporlama yapmaktan kaçındıklarını düşündürmektedir. Dursun vd'nin (2010) yaptığı araştırmada ise katılımcıların çok önemli bir kısmının (%71,3) hasta güvenliğini tehlikeye düşürebilecek hiçbir olayı raporlamadığı belirtilmiştir. Filiz'in (2009) çalışmasında hata bildirimini engelleyen önemli bir problemin iş yükü olduğu üzerinde durulmaktadır. Durumun böyle olmasına birçok etken sebep olabilmektedir. Hataların bildiriminde kurumun hasta güvenliği kültürü, iş yükü fazlalığı, çalışanların hata raporlanmasına yönelik bilgi eksiklikleri veya bu konudaki sorumluluklarının farkında olmamaları bu etkenlerin bazılarıdır.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin birimler arası ekip çalışması boyutunun ortalama puanı 3,30 ve olumlu cevap oranı %46 olarak saptanmıştır. Filiz (2009) ise bu oranı, %48 olarak belirtmiştir. Bu bulgu, birimlerarası işbirliğinde sorun olduğunu göstermektedir. Bu sorunun kaynaklarının, yetki ve sorumluluk paylaşımı çatışmalarına ve kaynak paylaşımı çatışmalarına dayanmakta olabileceği düşünülmektedir. Bu gibi düşüncelere ilişkin kanıtların artması için yeni araştırmaların yapılması gerekmektedir.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin ekip çalışması boyutunun ortalama puanı 3,31 ve olumlu cevap oranı %49 olarak saptanmıştır. Filiz'in (2009) çalışmasında sağlık çalışanları en çok "birimler içinde ekip çalışması" (%71) konusunda olumlu cevap bildirmişlerdir. Çalışanlar kendi birimlerinde uyum içerisinde ve yardımlaşarak ekip çalışması yürüttükleri halde başka birimlerle birlikte çalışma konusunda daha isteksiz oldukları ve bu durumun kurum içerisinde her birimin diğerlerinden bağımsız bir kültüre sahip olduğunu gösterdiği ifade edilmiştir.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin müdahale ve değişim boyutunun ortalama puanı 3,51 ve olumlu cevap oranı %56 olarak saptanmıştır. Aynı boyuta ilişkin Filiz'in (2009) elde ettiği sonuç %54 olumlu cevap yönündedir. Tek başına ele alındığında beklentileri karşılayan bu bulgu, ölçeğin geneline ilişkin olumsuz görüşlerle birlikte anlamını yitirmektedir.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları boyutunun ortalama puanı 3,10 ve olumlu cevap oranı %43 olarak saptanmıştır. Filiz'de (2009) bu faktör için %43 oranında olumlu cevap almıştır. Yönetimin desteği faktöründeki bulgu ile bu bulgu birbirine desteklemektedir. Buna göre hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında yönetimin güçlü şekilde inisiyatif alamadığı düşünülmektedir.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutunun ortalama puanı 3,36 ve olumlu cevap oranı %49 olarak saptanmıştır. Filiz'in (2009) çalışmasında ise bu faktöre ilişkin olumlu tutum %19 gibi çok düşük bir seviyede kalmıştır. İlgili faktörde yer alan maddeler hatırlandığında, çalışanların hata yapma ya da raporlama halinde etiketlenmekten çekiniyor olmaları nedeniyle bu konuda olumsuz tutum aldıkları değerlendirilmektedir.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin hata hakkında geri bildirim boyutunun ortalama puanı 3,28 ve olumlu cevap oranı %48 olarak saptanmıştır. Filiz'de (2009) ise bu oran %40 düzeyindedir. Hatalar üzerinde tartışılmasını temel alan bu faktörle ilgili bulgu, hata kültürü bağlamında da sorunlar olabileceğini düşündürmektedir. Hatanın doğal bir süreç olduğu, hata olduğunda komplekse

kapılmadan bildirimde bulunulması gerektiği, hataların kökenlerinin tartışılması ve hatalara karşı tolerans geliştirilmesi sağlanabilirse diğer bir ifadeyle hata kültürü geliştirilebilirse, iyileşme de ardından gelecektir.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin örgütsel öğrenme ve değişim boyutunun ortalama puanı 3,15 olumlu cevap oranı %38 olarak saptanmıştır. Öğrenme konusundaki bu zayıf tutumun, toplam kalite yönetimi ve kalite liderliği bağlamında olabileceği varsayılan eksikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Filiz'in (2009) çalışmasında sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı (%49) bu konuda olumsuz cevaplar vermiş; kurumlarında hasta güvenliği çalışmalarına personelin katılımının, yapılan hatalardan öğrenme ve gerekli değişiklikleri yaparak bunların etkililiğini değerlendirmenin yetersiz olduğunu düşündüklerini ifade etmiştir.

Hasta güvenliği kültürü konusuna aynı ölçeği kullanarak katkıda bulunmuş Gülay vd.'nin (2016) çalışmalarında ise katılımcıların %55'i olumlu görüş ifade etmişlerdir. Ölçeğin boyutlarından "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt", "personel sağlama" ve "birimlerarası ekip çalışması" boyutlarıyla ilgili görüşler olumsuz iken; diğer boyutlarla ilgili görüşler ise olumludur. Araştırmanın verileri, JCI akreditasyonuna sahip özel bir üniversite hastanesinden toplanmıştır. Uluslararası akreditasyonun ve dolayısıyla kalite beklentilerinin çizdiği üst düzey beklentilerin bu sonucu doğurduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla, hasta güvenliği kültürü ile kalite kültürü ve kalite liderliği gibi değişkenler arasındaki ilişkilerin ele alınacağı araştırmaların yapılması yerinde olacaktır.

Bağımlı değişken (hasta güvenliği kültürü) ve bu bağımlı değişken üzerinde etkisi olduğu düşünülen bağımsız değişken (etik iklim) arasındaki neden-sonuç ilişkisini açıklamak için modeller kurulmuş ve regresyon analizi ile sınanmıştır. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde %28 oranında belirleyici etkisinin olduğu görülmüştür. Etik iklim, hasta güvenliği boyutlarından "yöneticilerin beklentilerini karşılama tutumları" üzerindeki etkisi %24 oranıyla diğer boyutlar arasında ilk sırada yer almaktadır. Bu boyutu %21 etki oranıyla "hata hakkında geri bildirim" boyutu takip etmektedir. Boyutlar arasında bağımsız değişkenin en az etkili olduğu boyut ise %0,4 oranıyla "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" olarak saptanmıştır. Etik iklim algısı, hasta güvenliği kültürünün "yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları, hata hakkında geri bildirim, örgütsel öğrenme gelişme, açık iletişim" boyutlarına vasat düzeyde; diğer boyutlarına ise zayıf düzeyde etki etmektedir.

Tablo 9. Etik İklimin Hasta Güvenliği Kültürü Boyutları Üzerindeki Etkileri

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	r	r ²	Düzye
Etik iklim	Hasta güvenliği kültürü	0,528*	0,279*	Vasat
	Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları	0,492*	0,240*	Vasat
	Hata hakkında geri bildirim	0,458*	0,208*	Vasat
	Örgütsel öğrenme gelişme	0,443*	0,194*	Vasat
	Açık iletişim	0,427*	0,180*	Vasat
	Birimler arası ekip çalışması	0,383*	0,144*	Zayıf
	Ekip çalışması	0,339*	0,112*	Zayıf
	Yönetimin desteği	0,320*	0,100*	Zayıf
	Müdahale ve değişim	0,307*	0,092*	Zayıf
	Hata raporlama sıklığı	0,295*	0,085*	Zayıf
	Personel sağlama	0,272*	0,071*	Zayıf
	Güvenlik algısı	0,219*	0,045*	Zayıf
	Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	0,082*	0,004*	Zayıf

*: p<0,01

Sonuç olarak etik iklim algısının hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisinin pozitif yönde ve vasat olduğu belirlenmiştir. Etik iklim hasta güvenliği kültürü üzerinde %28 oranında etkili

(açıklayıcı) olabilmektedir. [$r=0,528$; $r^2=0,279$; $p<0,001$]. Bu sonuç, “etik iklim algısı hasta güvenliği kültürünü etkilemektedir” şeklindeki temel hipotezi doğrulayıcı niteliktedir. Bu bulgunun, etik iklim ve kültürün hasta güvenliği eğitimi ve hata bildirim gizliği üzerindeki anlamlı etkisinin olduğu yönündeki literatür bulguları (Aslan ve Uluçay, 2015) ile uyumlu görüldüğü düşünülmektedir. Daha güçlü çıkması beklenen bu sonuçların, kurumlarda hem hasta güvenliği kültürünün hem de etik iklim algısının yeterince güçlü şekilde desteklenmemiş olmasına dayandığı düşünülmektedir.

Etik iklim ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin güçlü bir şekilde var olduğundan söz edebilmek için sosyal mübadele teorisi bağlamında oluşan bazı beklentiler bulunmaktadır. Buna göre sağlık kuruluşları, etik ilkelerini net olarak belirlemeli, bunların uygulanmasına tepe yönetim ödünsüzce liderlik etmeli ve etik ilkelere uygun davranmayı ödüllendirmelidir. Doğal olarak çalışanlar da bu ortamın gerektirdiği etik davranışları sergileyeceklerdir. Etik ilkelerin kültürün bir parçası olduğu gerçeğinden yola çıkıldığında, etik ilkelerin hasta güvenliği kültürünün oluşmasına katkıda bulunan unsurlar arasında yer aldığı söylenebilir. Tepe yönetimin hasta güvenliği kültürünü güçlendirici tavrı, (örneğin; hasta güvenliğinin korunmasına yönelik ödül mekanizmaları geliştirilmesi) çalışanların hasta güvenliği kültürünü özümsemelerine temel hazırlayacaktır. Araştırmanın regresyon bulguları incelendiğinde, etkilerin vasat ya da zayıf düzeyde kaldığı görülmektedir. Özellikle, etik iklimin “yönetimin desteği” isimli hasta güvenliği boyutu üzerindeki etkisinin zayıf düzeyde kalması, yukarıda ifade edilmeye çalışılan temelin sorun içerdiğini düşündürmektedir. Tepe yönetimin inancının ve desteğinin hem güçlü olması hem de süreklilik kazanması gerekmektedir. Bu anlamda gerçekleşecek iyileşmelerin, yaratacağı sinerji ile diğer faktörlerde de iyileşmelerin görülmesi olası görünmektedir.

Etik iklim ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin kırık pencereler teorisinin açtığı alandan da okunabileceği düşünülmektedir. Kırık pencereler teorisi, suç ortamının oluşmasını engelleyecek ortamın hazırlanması halinde suçun ortadan kalkacağını iddia etmektedir. Bununla birlikte, suç işlenmesi halinde zaman geçirmeksizin suçlunun uygun cezaya çarptırılması gerekmektedir. Aksi halde oluşacak, suçun önemsenmediği algısı, vandalizm gibi hiç istenmeyecek ortamlar doğuracaktır. Suça zemin hazırlayan unsurların yerine “hasta güvenliğini tehdit eden her türlü unsur ve tıbbi hatalar” konulduğunda hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması için kırık pencereler teorisinin öne sürdüğü ilkelerin uygulanabilirliği gerçekçi görünmektedir. Buna göre etik ihlallerini ve hasta güvenliğini zedeleyecek olaylarla önceden mücadele edilmesi ve fırsat verilmemesi halinde, etik iklimin de hasta güvenliğinin de zarar görmesi pek kolay olmayacaktır. Ayrıca, tıbbi hata veya hasta güvenliğini zedeleyen bir olay gerçekleştiğinde hemen raporlanır, üzerinde tartışılır, çözüm aranır ve bu duruma taraf olan çalışanlar etiketlenmezlerse; etik iklim, hasta güvenliği kültürünün belirleyicileri arasındaki yerini koruyacaktır.

Araştırmanın sınırlılıklarının da (Örneklemin sadece bir ildeki sağlık çalışanlarıyla sınırlanmış olması, sağlık hizmeti sunanların görüşlerine dayanarak analizlerin yapılmış olması, sağlık hizmeti alanların görüşlerinin kapsam dışında tutulması ve hasta güvenliği kültürünü etkilemesi muhtemel diğer değişkenlerin araştırma modeli içerisinde yer almaması) sonuçların aktarıldığı şekilde oluşmasının ardında yatan sebepler olabileceği de düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarından genel itibarıyla hatırlatıldıktan sonra sektöre ve araştırmacılara yönelik olarak geliştirilen öneriler ise şöyle sıralanmıştır:

Sağlık sektörüne yönelik öneriler:

- Sağlık kurumların da hasta güvenliği komiteleri kurulmalıdır. Bu komitenin kurulması, yasal zorunluluk olduğu halde, etkili olarak çalıştırılmadığı tespit edilmiştir.
- Etik iklim, iş ahlakı, iş etiği gibi konularda çalışanlara eğitimler verilmelidir.

- Çalışanların hatalarını kolayca söyledikleri tartışılabilir ortamlar sağlanmalıdır. Hatalar büyük küçük ayrımı yapılmaksızın raporlanmalıdır.
- Personel yetersizliği konusuyla sürekli gündemde olan sağlık sektöründe yeterli donanımlı personel istihdam edilmelidir.
- Ekip çalışması, ekip ruhu, birimler arası yardımlaşma kültürü kurumlarda oluşturulmalıdır.
- Kalite odaklı çalışma ortamları yapılandırılarak iç ve dış müşteri memnuniyeti sağlanmalıdır.
- Etik ilke ve kodlarla kurumdaki bireyler arası güvenli ve güçlü bağlar kurulmalıdır.
- Örgütsel iletişime önem verilerek; kurum içinde iletişim kolaylaştırılıp hızlandırılmalıdır.
- Kurum içinde örgütsel adalete riayet edilmelidir.
- Etik iklim ortamında sağlanan hasta güvenliği kültürünün devamlılığı için çalışanlar ödülleriyle motive edilmelidir.

Araştırmacılara yönelik öneriler:

- Araştırma, sadece Elazığ ili merkez de uygulanmıştır. Daha sonraki çalışmalar farklı il, bölge veya geniş örneklem grubu seçilerek oluşturulabilir. Elde edilen sonuçlar, karşılaştırma yapılarak değerlendirilebilir
- Daha sonraki araştırmalarda etik iklimin farklı boyutları çerçevesinde de ele alınması konuya yeni bakış açıları sağlayabilecektir. Örneğin; egoizm, yardımseverlik ve ilkelilik temelli iklim tipleri ayrı ayrı ele alınarak araştırmaya farklı sonuçlar verebilir.
- Araştırma sadece iki değişken ele alınarak yapılmıştır. Yapılacak olan diğer araştırmalarda, kapsam genişletilerek güvenlik kültürü, kalite liderliği, kalite kültürü, toplam kalite yönetimi, etik liderlik vb. farklı değişkenler de analize eklenebilir.
- Hasta güvenliği kültürünün yanı sıra çalışan güvenliğinin de dahil edildiği çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Akalın, HE. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*. 5(3), 141-146.
- Akpınar, F. (2016). *Etik Liderlik ve Etik İklimin Mobbing (Yıldırma Davranışları) Üzerindeki Etkisi: Ampirik Bir Çalışma*. Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Altıntop, S. (2015). (Editör). *Suçla Mücadele ve Güvenlik: Klasik ve Çağdaş Metinler*. İçinde: Altıntop, S. *Kırık Camlar*. 231-245. Ankara: Siyasal Kitabevi
- Anderson, JG. , Ramanujam, R., Hensel, D., Anderson, MM. and Sirio, CA. (2006). The Need for Organizational Change in Patient Safety Initiatives. *International Journal of Medical Informatics*. 75, 809- 817.
- Aslan, Ş. ve Ulutaş Akarçay, D. (2015). Validity of and Relationship Between The Variables of Ethical Climate and Culture, Patient Safety And Organizational Support. *The Journal of Academic Social Science Studies*. 39:445-464

- Atuntop, S. (2015). (Editör). *Suçla Mücadele ve Güvenlik: Klasik ve Çağdaş Metinler*. İçinde: Altuntop, S. *Kırık Camlar*. 231-245. Ankara: Siyasal Kitabevi
- Awbrey, S.M. (2005). General education reform as organizational change: Integrating cultural and structural change. *The Journal of General Education*, 54(1), 1-21.
- Balık, H. (2014) Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Barnett, T. and Schubert, E. (2002). Perceptions of the Ethical Work Climate and Covenantal Relationship. *Journal of Business Ethics* March. 36(3), 279-290.
- Baş, T. (2008). *Anket*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Batlis, CN. (1980). The Effects Of Organizational Climate On Job Satisfaction, Anxiety, And Propensity To Leave. *Journal of Psychology*. 104(2), 233-240.
- Bektaş, Ç. ve Köseoğlu, M.A. (2007). Etik Kodlarının Yönetmelik Karar Alma Sürecine Etkileri ve Bir Model Önerisi. “İş, Güç” *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*. 9(2), 94-115.
- Beşe, E. (2006). Kırık Pencere Teorisi Bağlamında Kentsel Yaşamda Suç ve Güvenlik. *Polis Bilimleri Dergisi*. 8(1), 1-24.
- Biçer, M. (2005). *Satış Elemanlarının İş Tatmini, Örgüt Bağlılığı ve İşten Ayrılma Niyetinin Etik İklim İle İlişkisi: Sigorta ve İlaç Sektörlerinde Bir Araştırma*. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Bilgen, A. (2014). *Çalışanların Etik Liderlik ve Etik İklim Algılamalarının Örgütsel Bağlılıklarına Etkisi: Özel ve Kamu Sektöründe Karşılaştırmalı Bir Uygulama*. Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Budak, M. (2008). Hasta Güvenliği Kültürü. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 7, 54-57.
- Bulut, H. (2012). *Etik Liderliğin ve Etik İklimin Çalışanların Örgütsel Bağlılığına ve İş Performanslarına Etkileri*. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Bulut, M. (2012). *Örgüt İkliminin Örgütsel Vatandaşlık Davranışlarına Etkisi ve Bir Askeri Kurumda Uygulama*. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Bulutlar, F. ve Öz, EÜ. (2009). The Effects of Ethical Climates on Bullying Behaviour in The Workplace. *Journal of Business Ethics*. 86, 273-295.
- Büte, M. (2011). Etik İklim, Örgütsel Güven ve Bireysel Performans Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 25(1), 171-192.
- Cengiz, C. (2014). Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama, Hastaların Doğru Tanımlanmasının Önemi, Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri ve Bir Üniversite Hastanesi Uygulaması. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Cohen, DV. (1995). Creating Ethical Work Climates: A Socioeconomic Perspective. *The Journal of Socio-Economics*. 24(2), 317-343.
- Cullen, JB., Parboteeah, KP. ve Victor, B. (2003). The Effects of Ethical Climates on Organizational Commitment: A Two-Study Analysis. *Journal Of Business Ethics*. 46, 127-141.
- Çakır, A. (2007). *Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

- Çavuş, MF. ve Develi, A., (2015). Etik İklim ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı. *Aksaray: 14. Ulusal İşletmecilik Kongresi Bildiriler Kitabı*. 679-682.
- Çelen, Ö. (2011). *Ekip Çalışması Etkinliğinin İş Tatmini ve Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama*. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Çiçek, A. (2012). *Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüş ve Tutumlarının İncelenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Daly, SP. and Mattila, MM. (29.01.2012). *Darwin And Ethics: Using Natural Selection To Understand Ethical Business And Organizational Behavior*. Erişim adresi: <http://www.ejbo.jyu.fi/ejbo/articles/daly.html>
- Demirel, HG. ve Kışman, A. (2014). Kültürlerarası Liderlik. *Turkish Studies - International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic (ISSN:1308-2140, www.turkishstudies.net)*. 9(5), 689-705.
- Demirel, S. (24.12.2010). *Sağlıkta Kalite ve Hasta Güvenliği*. Erişim adresi: http://www.saglikyoneticilerizirvesi.org/10/sunumlar/2010/panel4/suleyman_demirel/saglikta_kalite_ve_hasta_guvenligi.ppt.
- Derin, N. ve Demirel, ET. (2011). Hastanelerde Verimlilik Artışı İçin Hasta Güvenliği Uygulamaları ve Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Dönüşümcü Liderliğin Etkisi. *Verimlilik Dergisi*, 3, 51-82.
- Dickson, MW, Smith, DB., Grojen, MW. and Ehrhart, M. (2001). An Organizational Climates Regarding Ethics: The Outcome of Leader Values and The Practices That Reflect Them. *The Leadership Quarterly*. 12, 197-217.
- Doğan, Hİ. ve Sevinç, B. (2011). Suç Teorileri ve Şehir Güvenliği: Bitlis İliyle İlgili Genel Bir Değerlendirme. *Polis Bilimleri Dergisi*. 13 (4), 27-53.
- Dönertaş, FC. (2008). *Etik İklimin Kuruma Güven Üzerindeki Etkisi*. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Durmaz, G. (2016). *Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Dursun, S., Bayram, N. ve Aytaç, S. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. *Celal Bayar Üniversitesi SBE Dergisi*. 8(1), 1-14.
- Dündar T. (2010). *Sağlık Çalışanlarının Yıldırıma Maruz Kalmalarında Hastane Etik İklimi ile Sosyo demografik Özelliklerinin Rolü: Bolu İli Hastanelerinde Bir Araştırma*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Elenkov, DS. And Manev, IM. (2009). Senior Expatriate Leadership's Effects on Innovation and The Role of Cultural Intelligence. *Journal of World Business*, 44, 357-369.
- Erkul, M., Bilişli, Y. ve Tüm, ÖN. (2015). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algısı: Üniversite Hastanesi Örneği. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(12), 330-337.
- Ersoy, N. ve Aydın, E. (1994). Tıbbi Etik'te Yararlılık İlkesi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. 2(2):57-60.
- Eser, G. (2007). Etik İklim ve Yöneticiye Güvenin Örgüte Bağlılığa Etkisi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

- Filiz, E. (2009). *Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi*. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Fleming, M. and Wentzell N. (2008). Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines For Use. *Healthc Q*. 11(special issue):10-15.
- Gül, H. (2006). Etik Dışı Davranışlar ve Ussallaştırılması: Devlet Hastanelerinde Bir Uygulama. *Selçuk Üniversitesi Karaman İ.İ.B.F. Dergisi*. 10, 65-79
- Gülay, H., Narci Özgen, H. ve Ergin, A. (2016). Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Bir Üniversite Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısıyla Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. *10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*. 259-263.
- Gündoğdu, S. ve Bahçecik, N. (2012). Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15(2), 119-128.
- Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2016). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Güven, R. (2007). *Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı*. Antalya: 5.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Bildirileri. 411-422.
- Hansen, MM., Durbin, J., Sinkowitz-Cochran, R., Vaughn, A. and Langowski, GS. (2003). Do No Harm. Provider Perceptions of Patient Safety. *Journal of Nursing Administration*. 3 (10), 507-508.
- Hart S.E. (2005). Hospital Ethical Climates and Registered Nurses' Turnover Intentions. *Journal of NursingScholarship*. 37(2), 173-177.
- Hatcher, T. (2004). Environmental Ethics As An Alternative For Evaluation Theory In For Profit Business Context. *Evaluation And Program Planning*. 27, 357-363.
- Helvacı, M.A. (2010). İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Etik Liderlik Davranışı Gösterme Düzeyleri. *Zeitschrift für die Welt der Türken Journal of World of Turks*. 2(1), 391-410.
- Kaplan, M., Ögüt, A., Karayel, S., ve İlhan, İ. (2013). The Effects of Ethical Climate Types on Job Satisfaction: The Case of Tourism Industry. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31(2), 117-133.
- Kara, Y. (2006). *Okullardaki Örgütsel Kültürün Okul Yöneticilerinin Etik Davranışları Üzerindeki Etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Karaca, A. ve Arslan, H. (2014). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi Araştırma*. 1(1), 9-18.
- Karagözoğlu, F., Özden, D. ve Yıldırım, G. (2014). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastane Etik İklim Algısı. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 16(1), 34-45.
- Karayurt, Ö., Damar, TH., Bilik, Ö., Özdöker, S. ve Duran, M. (2017). Ameliyathanede Hasta Güvenliği Kültürünün ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının İncelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bil Dergisi*. 1, 16-23.
- Kayral, İ. (02.10.2017). *Hasta Güvenliği ve Kırık Pencere Kuramı*. Erişim adresi: <http://www.ibrahimkayral.com/wp/2015/10/hasta-guvenligi-ve-kirik-pencereler-kurami/>
- Kıral, E. (2015). Yönetimde Karar ve Etik Karar Verme Sorunsalı. *Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*. 6(2), 73-89.

- Kırık Cam Teorisi. (02.10.2017). Erişim adresi: <http://isletmeyonetimiuzerineyazilar.blogspot.com.tr/2017/01/krk-cam-teorisi.html>
- Kurt, E. ve Keser, A. (2014). Tıp Etiğine İlişkin Sorunlarda Eğitim, Kültür, Etik Etkileşimi Bir Kamu Hastanesi Tıp Fakültesi Örneği. *Turkish Studies - International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic* (ISSN:1308-2140, www.turkishstudies.net). 9(11), 395-406.
- McFadden, KL., Henagan, SC. and Gowen, CR. (2009). The Patient Safety Chain: Transformational Leadership's Effect on Patient Safety Culture, Initiatives, and Outcomes. *Journal of Operations Management*. 27(5), 390- 404.
- Mert, N. (2017). *Yönetici ve Yönetici Olmayan Hemşirelerin Etik İklim Algılarının Karşılaştırılması*. Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Mumcu, A. (2014). *Etik İklim ve Algılanan Örgütsel Adalet İlişkisi: Tokat İli Bankacılık Sektörü Üzerine Bir Araştırma*. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi.
- Mumcu, A. ve Döven, MS. (2016). Etik İklim ve Algılanan Örgütsel Adalet İlişkisi: Tokat İli Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma. *İş Ahlakı Dergisi*, 9(1), 113-152.
- Murray, WB. and Foster, PA. (2000). Crisis Resource Management Among Strangers: Principles of Organizing a Multidisciplinary Group for Crisis Resource Management. *Journal of Clinical Anesthesia*. 12, 633-638.
- O'Toole, J. (29.01.2012). *Advice from Aristotle*. Erişim adresi: <http://www.scu.edu/ethics/practicing/decision/framework.html>
- Ovalı, F. (2010). Hasta Güvenliği Yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. (1)1, 33-43.
- Örücü, E. ve Özafşarlıoğlu, S. (2013). Örgütsel Adaletin Çalışanın İşten Ayrılma Niyetine Etkisi: Güney Afrika Cumhuriyetinde Bir Uygulama. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(23), 335-358.
- Özçelik, K. (2011). *Kişİ Örgüt Uyumu ve Etik İklimin Hastaneye Bağlılığa Etkisi: Hemşireler Üzerinde Bir Araştırma*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi.
- Özdamar, K. (2013). *Modern Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Eskişehir: Nisan Kitabevi
- Özdemir, H. (2014). *Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar'da Bir Uygulama*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Özkan, A. (2012). Hasta Güvenliği Önlemlerinin Perinatal Kliniklere Uygulanması ve Uygulama Rehberinin Geliştirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Pedreira, ML. and Marin, HF. (2004). Patient Safety Initiatives in Brazil: A Nursing Perspective. *International Journal of Medical Informatics*, 73, 563-567.
- Pehlivan, İ. (1999). *Yönetişel Mesleki ve Örgütsel Etik*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Peterson, DK. (2002). The Relationship Between Unethical Behavior and The Dimensions of The Ethical Climate Questionnaire. *Journal of Business Ethics*. 41(4), 313-326.
- Polat, M. ve Arun, K. (2016). *Yönetim ve Organizasyon Kuramları*. İçinde: Türköz, T. *Sosyal Mübadele Kuramı*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım AŞ.

- Pronovost, P., Weast, B., Rosenstein, B., Sexton, B., Holzmüller, C.G., Paine, L., Davis, R., Rubin, H. R. (2005). Implementing and Validating a Comprehensive Unit-Based Safety Program. *Journal of Patient Safety*; 1(1), 33-40
- Qualls, WJ. and Puto, CP. (1989). Organizational Climate and Decision Framing: An Integrated Approach to Analyzing Industrial Buying Decisions. *Journal of Marketing Research*. 26, 179-192.
- Russel, T. (2005). Special Address To The Midwest Surgical Association on Surgical Outcome Analysis and Patient Safety. *The American Journal of Surgery*, 189(3), 264-267.
- Sayek, F. (2011). *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya*. TTB Raporları.
- Schweper, CH. (2001) Ethical Climate's Relationship to Job Satisfaction, Organizational Commitment and Turnover in the Sales Force. *Journal of Business Research*, 54(1), 39-52.
- Schweper, CH., Ferrel, OC. and Ingram, TN. (1997). The Influence Of Ethical Climate And Ethical Conflict On Role Stress In The Sales Force. *Journal of The Academy of Marketing Science*. 25(2), 99-108.
- Sonakın, C. (2010). *Hemşirelerin İş Doyumları ile Çalıştıkları Kurumların Etik İklimi Arasındaki İlişki*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Suliman, A. and Iles, P. (2000). Is Continuance Commitment Beneficial To Organizations? Commitment-Performance Relationship: A New Look. *Journal of Managerial Psychology*. 15(5), 407-422.
- Svara, JH. (2007). *The Ethics Primer for Public Administrators in Government and Nonprofit Organization*. Arizona: Jones and Bartlett Publishers.
- Şerifoğlu, UK. ve Sungur, E. (2007). İşletmelerde Sağlık ve Güvenlik Kültürünün Oluşturulması; Tepe Yönetimin Rolü ve Kurum İçi İletişim Olanaklarının Kullanımı. *Yönetim Dergisi*. 18(58), 1-17.
- Tekin, H. (2017). *Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme*. Ankara: Yargı Yayınevi.
- Tengilimlioğlu, D., Akbolat, M. ve Işık, O. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi (7. Baskı)*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Torun, MK. (2013). *Turizm Alanında Lisans ve Önlisans Eğitimi Veren Kurumlarda Etik İklimin Kuruma Güven Üzerindeki Etkisi*. Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Turunç, Ö. ve Turgut, H. (2017). (Editörler). *Yönetim ve Strateji: 101 Teori ve Yaklaşım*. Ankara: Siyasal Kitabevi. İçinde: Ateş, F. *Sosyal Mübadele Teorisi*. 150-153.
- Tütüncü, Ö. ve Küçükusta, D. (2006). Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama. *Hastane Yönetimi Dergisi*, 10(2), 61-68.
- Tütüncü, Ö., Küçükusta, D. ve Yağcı, K. (2007). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 9(1), 519-533
- Uysal, HT ve Aydemir, S. (2014). Örgütsel İklimin Çalışma Psikolojisine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. *Turkish Studies - International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic (ISSN:1308-2140, www.turkishstudies.net)*. 9(2), 1557-1574.

- Victor, B. and Cullen, J.B. (1988). Organizational Bases of Ethical Work Climates. *Administrative Science Quarterly*. 33, 101-125.
- Wimbush, JC. ve Shepard, JM. (1994). Toward An Understanding of Ethical Climate: Its Relationship to Ethical Behavior and Supervisory Influence. *Journal of Business Ethics*, 13, 637-647.
- World Health Organization. (2007). *European Regional Patients for Patient Safety Workshop Report*.
- World Health Organization. (2009) *World Alliance for Patient Safety Forward Programme*. France.
- Yağmur, A. (2013). *Etik Liderliğin ve Etik İklimin Etik Dışı Davranışlara Etkisi: Ampirik Bir Çalışma*. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Yalçın Ş. ve Acar A. (2010). Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi, *Ankara: 2.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi*. 1, 12–26.
- Yardımcı, F. ve Başbakkal Z. (2012). Tıp Bilimlerinde Ekip Kaynak Yönetimi. *Nobel Medicus*, 8(3), 12-17.
- Yardımcı, F., Başbakkal, Z., Beytut, D., Muslu, G. ve Ersun, A. (2014). Bir Devlet Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algısının İncelenmesi. *Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi*. 8(4), 173-179.
- Yıldırım, G. (2008). *Sağlık Profesyonellerinin Etik Kavramından Anladıkları ve Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri*. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Yıldırım, G. ve Kadioğlu, S. (2007). Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 29(2), 7-12.
- Yıldız, T., Eriten, G., Erdem, İ., Gökay, N.S., Kulaç, M. ve Alp, R. (2012). Mezuniyetin ve Profesyonel Sağlık Personeli Olarak Çalışmanın Hasta Güvenliği Bilinci Üzerine Etkileri. *Kafkas J Med Sci*. 2(3), 94–98.

Ek: Ölçek maddeleri

Etik İklim Ölçeği

- ei1 Çalıştığım kurum, yazılı ve resmi iş ahlakı kurallarına sahiptir.
- ei2 Çalıştığım kurum, iş ahlakı kurallarını şiddetle teşvik eder.
- ei3 Çalıştığım kurum, iş ahlakına uygun davranışlara ilişkin politikalara sahiptir.
- ei4 Çalıştığım kurum iş ahlakına uygun davranışlara ilişkin politikaları şiddetle teşvik eder.
- ei5 Çalıştığım kurumda, üst düzey yönetim iş ahlakına uygun olmayan davranışları kesinlikle hoş görmez.
- ei6 Çalıştığım kurumda çalışan biri kendisine çıkar sağlayan etik dışı bir davranışta bulunursa resmi biçimde yaptırım uygulanır. (kınama, uyarı, iş haddinin feshi)
- ei7 Çalıştığım kurumda çalışan biri kuruma çıkar sağlayan etik dışı bir davranışta bulunursa resmi biçimde yaptırım uygulanır. (kınama, uyarı, iş haddinin feshi)

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

- hga1 Hastayı etkilemeden düzeltilmiş olan bir hata yapıldığında ne sıklıkta rapor edilmektedir?
- hga2 Hasta açısından her herhangi bir tehlike oluşturmeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor edilmektedir?
- hga3 Hastaya zarar verebilecek düzeyde bir hata yapılmış, ancak zarar vermeden atlatılmışsa ne sıklıkta rapor edilmektedir?
- hga4 Yöneticilerimiz, hasta güvenliği prosedürlerine uygun yapılan işleri takdir ederler.
- hga5 Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanlardan öneri alırlar.
- hga6 Yöneticilerimiz, tekrarlanan hasta güvenliği sorunlarını göz ardı ederler.

- hga7** Yöneticilerimiz, daha fazla iş yapmak için kaliteyi göz ardı edip daha çok çalışmamızı isterler.
hga8 Raporlanan hatalar üzerine yapılan değişiklikler hakkında çalışanlara bilgi verilir.
hga9 Çalışanlar, hasta güvenliğini tehdit eden bir şey gördüklerinde rahatlıkla dile getirebilirler.
hga10 Çalışanlar, kendi birimlerinde meydana gelen hatalar hakkında mutlaka bilgilendirilirler.
hga11 Çalışanlar, yöneticilerin kararlarını ve faaliyetlerini serbestçe sorgulayabilirler.
hga12 Her birimde, birim içinde yapılan hatalar ve hataları engelleyecek yöntemler tartışılır.
hga13 Çalışanlar bir yanlışlık gördüklerinde rahatlıkla soru soramazlar.

- hgb1** Kurumumuzda çalışanlar birbirlerini desteklerler.
hgb2 Kurumumuzda, iş yükünü kaldırmaya yetecek kadar personel bulunmaktadır.
hgb3 Acil işler, takım halinde yerine getirilir.
hgb4 Kurumumuzda çalışanlar birbirlerine karşı saygılıdır.
hgb5 Hasta bakımına normalden fazla zaman ayrılmaktadır.
hgb6 Çalışanlar, yaptıkları hatalar nedeniyle suçlanacaklarını düşünürler.
hgb7 Kurumda, gereğinden fazla geçici personel çalıştırılmaktadır.
hgb8 Yapılan hatalar, kurumda pozitif iyileşmelere neden olmuştur.
hgb9 Kurumumuzda ciddi hataların olmaması tesadüftür.
hgb10 Bir birimde iş yükü aşırı yoğunlaştığında, o bölüme diğer bölümlerden yardım gider.
hgb11 Bir olay rapor edildiğinde, olayla ilgili problem değil kişi şikâyet edildiği duygusu vardır.
hgb12 Hasta güvenliği ile ilgili değişiklikler yapıldıktan sonra etkinlikleri değerlendirilir.
hgb13 Yapılacak çok fazla iş olduğunda kriz modunda çalışılmaktadır.
hgb14 Kurumumuzda hasta güvenliği ile ilgili sorunlar yaşanmaktadır.
hgb15 Uygulanan prosedürler ve sistemler hata oluşmasını engellemede yeterli olmaktadır.
hgb16 Kurumumuzda, hasta güvenliğinin sağlanması çok iş yapmaktan önce gelir.
hgb17 Çalışanlar, yaptıkları hataların kişisel dosyalarında saklandığından endişe ederler.
hgb18 Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili çalışmalara aktif olarak katılırlar.
hgb19 Yönetim, hasta güvenliğini artıran bir çalışma ortamı sağlamaktadır.
hgb20 Kurumumuzun birimleri arasında uyum yoktur.
hgb21 Birimler arasında işbirliği vardır.
hgb22 Nöbet değişimleri sırasında hastalarla ilgili önemli bilgilerin kaybolduğu görülür.
hgb23 Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problem yaşanır.
hgb24 Başka birimlerden gelen kişilerle çalışmak hoş karşılanmaz.
hgb25 Yönetim, faaliyetleri ile hasta güvenliğinin üst düzey bir önceliğinin olduğunu göstermektedir.
hgb26 Yönetim, sadece istenmeyen olaylar olduğunda hasta güvenliği ile ilgilenir.
hgb27 Nöbet değişimleri hastalar için sorun oluşturur.
hgb28 Birimler, hastalar için en iyi bakımı sağlamak amacıyla birlikte iyi bir şekilde çalışabilirler.
hgb29 Hastalar bir birimden diğerine nakledilirken ihmal edilen ya da gözden kaçırılan şeyler olur.