

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI



ETİK İKLİM ALGISININ HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ
ÜZERİNE ETKİSİ: ELAZIĞ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Erkan Turan DEMİREL

HAZIRLAYAN
Eda EMÜL

ELAZIĞ-2017

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

ETİK İKLİM ALGISININ HASTA GÜVENLİĞİ
KÜLTÜRÜ ÜZERİNE ETKİSİ: ELAZIĞ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Erkan Turan DEMİREL

HAZIRLAYAN
Eda EMÜL

Jürimiz, **17.11.2017** tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonunda bu yüksek lisans tezini **oy birliği** / ~~oy çokluğu~~ ile **başarılı** / ~~başarısız~~ saymıştır.

Jüri Üyeleri:

- 1. Doç. Dr. Yeter DEMİR USLU**
- 2. Doç. Dr. Erkan Turan DEMİREL**
- 3. Yrd. Doç. Dr. Cem AYDEN**

F.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı kararıyla bu tezin kabulü onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ömer Osman UMAR
Sosyal Bilimler Enstitü Müdürü

ÖZET**Yüksek Lisans Tezi****Etik İklim Algısının Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi: Elazığ Örneği****Eda EMÜL****Fırat Üniversitesi****Sosyal Bilimler Enstitüsü****Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı****ELAZIĞ – 2017, Sayfa: XIII+164**

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 kùltùrù algılarının ise vasat ($\bar{X} = 3,18$; $ss=0,54$) kabul edilebileceği kanısına varılmıştır. Etik iklim algısının hasta güvenliği kùltùrù üzerindeki etkisinin pozitif yönde ve vasat olduğu belirlenmiştir. Etik iklim hasta güvenliği kùltùrù üzerinde %28 oranında etkili olabilmektedir. [$r=0,528$; $r^2=0,279$; $p<0,001$].

Anahtar Kelimeler: Etik, Etik İklım, Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kùltùrù, Tıbbi Hata.



ABSTRACT**Master Thesis****The Effects of Ethical Climate Perception on Patient Safety Culture:
The Case of Elazığ****Eda EMÜL****The University of Fırat
The Institute of Social Science
Health Management Department
Elazığ-2017; Page: XIII+164**

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 (3.43; sd=0.85), and patient safety culture perception was at medium level (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 [$r=0.528$; $r^2=0.279$; $p<0.001$].

Key Words: Ethics, Ethical Climate, Patient Safety, Patient Safety Culture, Medical Error



İÇİNDEKİLER

ÖZET	II
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ	IX
ŞEKİLLER LİSTESİ	XI
ÖNSÖZ	XII
KISALTMALAR	XIII
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. ETİK VE ETİK İKLİM	5
1.1. Etik Kavramı.....	5
1.1.1. Etik Davranış İlkeleri.....	6
1.1.2. Etik ve Ahlak	7
1.2. Etik İklim Kavramı	8
1.2.1. Etik İklim Türleri	10
1.2.2. Etik İklim Boyutları	12
1.2.3. Etik İklimin Özellikleri	14
1.2.4. Etik İklim Teorileri	14
1.2.4.1. Kohlberg'in Bilişsel Ahlaki Gelişim Teorisi	14
1.2.4.2. Trevino'nun Örgütte Etiksel Karar Verme Modeli.....	15
1.2.4.3. Schwepker'in Örgütsel Etik İklim Modeli.....	15
1.2.5. Etik İklimin Öncülleri (Sebepleri)	16
1.2.6. Etik İklimin Ardılları (Sonuçları)	17
1.3. Kültür Kavramı	19
1.3.1. Örgüt Kültürü Kavramı.....	19
1.3.2. Güvenlik Kültürü Kavramı	20
1.4. Hasta Güvenliği Kavramı	21
1.4.1. Tıbbi Hatalar	22
1.4.1.1. Tıbbi Hata Sebepleri	24
1.4.1.2. Tıbbi Hata Türleri	26
1.4.1.3. Tıbbi Hataların Raporlanması.....	29

1.4.1.4. Tıbbi Hataların Sonuçları.....	32
1.4.2. Hasta Güvenliği	33
1.4.2.1. Hasta Güvenliği Kavramı ve Önemi.....	33
1.4.2.2. Hasta Güvenliğinin Boyutları	34
1.4.2.3. Hasta Güvenliğinin Hedefleri	35
1.4.2.4. Hasta Güvenliği İçin Alınan Önlemler	39
1.4.2.5. Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Akreditasyon ve Standartlar	44
1.5. Hasta Güvenliği Kültürü	50
1.5.1. Hasta Güvenliği Kültürü Kavramı	50
1.5.2. Hasta Güvenliği Kültürünün Boyutları.....	52
1.5.3. Hasta Güvenliği Kültürünün Öncülleri (Sebepleri)	54
1.5.4. Hasta Güvenliği Kültürünün Ardılları (Sonuçları)	55
1.6. Etik İklim Algısının Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi.....	55

İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM	63
2.1. Araştırmanın Sorunsalı (Problem Durumu).....	63
2.2. Araştırmanın Amacı.....	64
2.3. Araştırmanın Önemi, Özgün Değeri ve Yaygın Etkisi	65
2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	67
2.5. Araştırmanın Varsayımları	67
2.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	67
2.7. Araştırma Modeli	68
2.8. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemleri.....	69
2.9. Araştırmanın Veri Analiz Yöntemleri	70
2.10. Bulgular	70
2.10.1. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlikleri	70
2.10.1.1. Etik İklim Ölçeği	70
2.10.1.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	71
2.10.2. Ölçek Puanları.....	71
2.10.2.1. Etik İklim Ölçeği	72
2.10.2.2. Hasta Güvenliği Ölçeği.....	74
2.10.3. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	83
2.10.4. Fark Testleri.....	85
2.10.5. Regresyon Analizleri	127

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	133
KAYNAKÇA.....	141
EKLER	158
Ek 1. Orjinallik Raporu.....	158
Ek 2. Anket Formu.....	159
ÖZGEÇMİŞ	164



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1. Etik İklimin Teorik Türleri	10
Tablo 1.2. Uygulamalı Etik İklim Türleri	11
Tablo 2.1. Evrenin Unvanlara Göre Dağılımı	68
Tablo 2.2. Etik İklim Ölçek Model Uyum İyiği Değerleri	71
Tablo 2.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Uyum İyiği Değerleri	71
Tablo 2.4. Ölçek Puanları.....	71
Tablo 2.5. Etik iklim ölçeği.....	72
Tablo 2.6. Hasta güvenliği ölçeği:	74
Tablo 2.7. Hastane güvenliği(genel) durumu.....	83
Tablo 2.8. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	83
Tablo 2.9. Araştırma Ölçeklerinin Görev Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	85
Tablo 2.10. Araştırma Ölçeklerinin Birim Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	89
Tablo 2.11. Araştırma Ölçeklerinin Eğitim Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	93
Tablo 2.12. Araştırma Ölçeklerinin Meslekte Geçirilen Süre Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	96
Tablo 2.13. Araştırma Ölçeklerinin Mevcut İş yerinde Geçirilen Süre Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	101
Tablo 2.14. Araştırma Ölçeklerinin Gelir Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	104
Tablo 2.15. Araştırma Ölçeklerinin Yaş Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	108

Tablo 2.16. Araştırma Ölçeklerinin İş yükü Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	112
Tablo 2.17. Araştırma Ölçeklerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları.....	117
Tablo 2.18. Araştırma Ölçeklerinin Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları.....	120
Tablo 2.19. Araştırma Ölçeklerinin İş Yeri Statüsü Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları.....	123
Tablo 2.20. Etik İklimin Hasta Güvenliğine Etkisi.....	127
Tablo 2.21. Etik İklimin Ekip Çalışmasına Etkisi.....	127
Tablo 2.22. Etik İklimin Açık İletişime Etkisi.....	128
Tablo 2.23. Etik İklimin Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıta Etkisi	128
Tablo 2.24. Etik İklimin Hata Hakkında Geri Bildirime Etkisi	128
Tablo 2.25. Etik İklimin Personel Sağlamaya Etkisi	129
Tablo 2.26. Etik İklimin Yönetimin Desteğine Etkisi.....	129
Tablo 2.27. Etik İklimin Güvenlik Algısına Etkisi	130
Tablo 2.28. Etik İklimin Hata Raporlama Sıklığına Etkisi	130
Tablo 2.29. Etik İklimin Birimler Arası Ekip Çalışmasına Etkisi	130
Tablo 2.30. Etik İklimin Müdahale ve Değişime Etkisi.....	131
Tablo 2.31. Etik İklimin Yöneticilerin Beklentileri Karşımıla Tutumlarına Etkisi	131
Tablo 2.32. Etik İklimin Örgütsel Öğrenme ve Gelişmeye Etkisi	132
Tablo 2.33. Temel Hipotez ve Regresyon Testleri	138

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Tıbbi Hata-Malpraktis	24
Şekil 1.2. İsveç Peyniri Modeli	26
Şekil 1.3. İlaç Hatası Buzdağı	27

ÖNSÖZ

Araştırmam da profesyonelliği, bilgi birikimi ve anlayışlı tavrı ile sabırla yanımda olan desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli danışmanım Doç. Dr. Erkan Turan DEMİREL'e, varlıklarıyla gurur duyduğum ve bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan aileme, çalışmam süresince sürekli destek olan ve varlıklarından güç aldığım bütün değerli dostlarıma, araştırmamın hastane uygulamalarında gönüllü katılımlarıyla destek veren tüm çalışanlara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ELAZIĞ-2017**Eda EMÜL**

KISALTMALAR

GRS	: Güvenlik raporlama sistemi
HTEA	: Hata türleri ve etkileri analizi
ISO	: (International Organization for Standardization) Uluslararası Standartlar Teşkilâtı
JCAHO	: Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu)
JCI	: Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyonu)
KNA	: Kök neden analizi
OECD	: Uluslararası Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development)
WHO/ DSÖ	: Word Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

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. Bu nedenle 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 karşında neyin etik olup olmadığı sorusuna cevap aranmaktadır. Etik sorunlara çözüm sağlamak amacıyla kurumlarda etik iklimi etik değerler çerçevesinde şekillendirmek yöneticilerin temel görevi haline gelmiştir.

Yapılan literatür araştırmasında Victor and Cullen (1988) etik iklim kavramını genel olarak örgütlerin kural, politika ve uygulamalarının etik olduğuna dair çalışanların ortak algısı olarak ifade etmektedirler. Etik iklimlerin örgütsel karar verme sürecine rehberlik ettiğini ayrıca etik sorunlar karşısında bireyin “benim ne yapmam gerekiyor” sorusunu cevaplamaya yöneliktir.

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 (2002:281)’ 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, bir ortamda çalışan bireylerin de kurum için faydalı olmaya çalışacağı umulmaktadır (Bulutlar ve Öz, 2009:273-279).

Etik iklimin belirleyici olduğu 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,2007:411). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2007 yılında Cenevre’de yaptığı konferansta her yıl dünya genelinde yaklaşık on milyon insanın önlenabilir tıbbi hatalar sebebiyle sakatlandığını ya da öldüğünü belirterek hasta güvenliği konusunda daha fazla araştırma yapılması gerektiğini belirtmiştir (WHO, 2007: akt.: Aydemir, 2015:5).

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 önlenabilir 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: 42).

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. Kurumlar da güvenlik kültürünün geliştirebilmesi için kurum çalışanlarının tamamının bu güvenlik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olması, uygulamalarda aktif rol alması ve ekip çalışması şeklinde çalışması gerekmektedir (Sayek, 2011: 79). Sağlık kurumlarında; hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi hataların, süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların açıkça ve cezalandırılma korkusu olmadan tartışılabilirdiği bir ortam oluşmasını sağlayacaktır (Yardımcı vd., 2014:175).

Modernleşen toplumun sürekli değişmesi ile daha önceleri sağlık çalışanlarının egemen olduğu toplumların yerini hasta memnuniyeti ve hasta haklarının ön planda olduğu bir anlayışın alması, 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 güvenin azalması baskıların artması ve huzur ortamının bozulması gibi etkenler etik iklim ile hasta güvenliği kültürünün bir arada çalışılmasına ihtiyaç doğurmaktadır. Yazın incelendiğin de etik iklim kavramı ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkiyi konu alan çalışmalara rastlanamamış olması çalışmamızın özgünlüğü açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın temel amacı, sağlık hizmeti sunan kurumlarda çalışanların kendi araların da ve hastalarla etkileşim halinde olmaları nedeni ile 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 çalışmalardan olduğu düşünülmektedir. Bu açıdan, araştırmacılara esin kaynağı olabilmesi ve söz konusu değişkenlerin farklı açılardan da ele alınmasına öncülük edebilmesi olası görülmektedir. Ayrıca, hasta güvenliği

kültürünün oluşturulması ya da güçlendirilmesi ile hataların ve dolayısıyla maddi manevi kayıpların azalması, kurumların ve hastaların ek maliyetlerinde düşmeler gibi olası katkıların ekonomi üzerinde olumlu etkileri olacaktır. Hasta ve yakınlarının mağduriyetlerinin azalmasına olanak sağlayacaktır. Ayrıca çalışmada sağlık hizmeti sunan personelin moral ve motivasyonunun yüksek olduğu, verimliliğinin etkin derecede arttığı ortamlar oluşturulması önerilerek, kurumsal faydanın da göz ardı edilmediğini belirtmek yanlış olmayacaktır.

Yukarıda ifade edilen gerekçelerin doğrultusunda, tasarlanan bu çalışmada “etik iklim algısının hasta güvenliği kültürüne etkisi var mı?” sorusuna cevap aranmıştır. Bu amaçla, Elazığ İl merkezinde bulunan kamu ve özel hastane çalışanlarından veri toplanmıştır. Ayrıca, etik iklim algısı ve hasta güvenliği ortalamalarının katılımcıların genel demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Elazığ İl Merkezi’ndeki kamuya ait 4 ve özel sektöre ait 3 olmak üzere toplam 7 hastaneden (01.05.2017-30.06.2017 tarihleri arasında) veriler toplanmıştır.

Araştırma, teorik çerçeve ile de desteklenmiş bir tanımlayıcı araştırma niteliğindedir. Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anketin içeriğinde demografik sorular, Schwepker ve arkadaşlarına (1997) ait “Etik İklim Ölçeği” ve Filiz (2009) ait “Hasta Güvenliği Ölçeği” yer almıştır. Toplanan ham verilere, SPSS 22.0 ve AMOS 20.0 Programları aracılığıyla geçerlik, güvenilirlik, frekans dağılımı, aritmetik ortalama, standart sapma, faktör, güvenilirlik, regresyon, f ve t analizleri uygulanmıştır.

Yukarıdaki gerekçeler ışığında tasarlanan ve yürütülen çalışmanın metni ise “kavramsal çerçeve” ve “yöntem” adlarını taşıyan iki ayrı bölümden oluşmaktadır. Kavramsal çerçevedeki konu başlıkları “Etik kavramı, Etik iklim kavramı, Kültür kavramı, Hasta güvenliği kavramı, Hasta güvenliği kültürü kavramı, Etik iklim algısının hasta güvenliği kültürüne etkisi” şeklindedir. Yöntem’deki konu başlıkları ise “Araştırma sorunsalı (Problem durumu), Araştırmanın amacı, Araştırmanın önemi, özgün değeri ve yaygın etkisi, Araştırmanın evreni ve örnekleme, Araştırmanın veri toplama yöntemleri, Araştırma veri analiz yöntemleri, Bulgular ve Sonuçlar” şeklinde sıralanmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. ETİK VE ETİK İKLİM

1.1. Etik Kavramı

İnsanlık tarihinin ilk zamanlarından günümüze kadar uzanan etik kavramı, günümüzde oldukça araştırılan ve tartışılan konulardan biridir. Etik sözcüğü, köken itibariyle 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: 26).

Etik, insan davranışlarının ahlaki uygulamalar doğrultusunda düşünülmesidir. 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 (James vd., 1995: 914; akt.: Dönertaş, 2008:3).

Etik, bireylere etik sorunlar karşısında ne yapması ya da ne yapmaması 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, s. 10).

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. İlk olarak 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 ise toplumsal yaşamda etiğin anlamı, bireylerin birbirleriyle ilişkilerinde neleri yapmaları ve neleri yapmamalarıyla ilgili bir kurallar bütünüdür. Ayrıca belli bir alanda etkinlik gösteren kişilerin uymaları gereken kuralların belirlendiği ve o alana özgü uygulamalardaki

istenen davranışların irdelediği meslek etiklerini oluşturur (Yıldırım ve Kadıoğlu, 2007: 75).

1.1.1. Etik Davranış İlkeleri

Örgütler genelde farklı kültüre sahip kişilerin bir araya gelmesiyle kendine özgü bir kültürel yapı ortaya koyan organizasyonlardır. Meydana gelen kültürel yapı örgütteki bireylerin davranışlarını kontrol eden kurallar sistemi olarak etik davranışların oluşmasına katkı sağlamaktadır (Akpınar, 2016: 26). Etik davranış; ahlaki kurallara uygun doğru davranıştır. Karar veya davranışlar sonuçlarına göre değerlendirilirler. Bir davranış sonucunda ne kadar zarar meydana geliyorsa o derece etik dışı davranış, ne kadar yarar sağlıyorsa o derece etik davranış olarak anlamlandırılmaktadır. Etik davranış kurallara (gelenek ve göreneklere, yasalara, dini kurallara) göre doğru kabul edilen hak veya görev olarak belirlenmiş davranış olarak ifade edilmektedir (Bilgin,2004:113-118).

Etik davranış ilkeleri, bir örgütte oluşması beklenen etik iklimin varlığına işaret etmektedir. Bu bağlamda, örgütün temel değerler düzenini oluşturan kurallar ile bu kuralları çerçevesinde alınan kararların, etik kurallarıyla bağdaşp bağdaşmadığını ortaya koyan ilkeler olarak belirtilmektedir (Bilgin,2014:6). Bazı etik davranış ilkeleri aşağıdaki gibi tanımlanmıştır (Topdal, 2012: 26-29):

Dürüstlük: Doğrucu, içten, açık sözlü, candan olmak, çalmamak, yalan söylememek, kötülük yapmamak veya kötü hareketlerde bulunmamak olarak ifade edilmektedir. Etik davranış, başkaları ile ilişkilerde dürüst olmayı ve içtenliği gerektirmektedir.

Sözünde Durmak: Dürüstlük kadar sözünde durmak da son derece önemli bir davranıştır. İyi bir insanın en büyük özelliklerinden birisi, onun güvenilir olmasıdır.

Sadakat: Aile, arkadaş, çalışanlara ve ülkeye bağlı ve inançlı olmak, profesyonel bir yapıda gereksiz etki ya da çıkar çatışmalarından etkilenmeden bağımsız karar verebilme yeteneğini korumak sadakat olarak belirtilmektedir.

Vatandaşlık Sorumluluğuna Sahip Olmak: Bu davranışla, yasalara uymak, katılımcı olmak, bilinçli ve sosyal hizmet veren biri olarak bütün demokratik hak ve ayrıcalıkları kullanmak ve gerekli olmadıkça bilgileri saklamamak olarak belirtilmiştir.

Mükemmeliyeti Aramak: Yaşamın her alanında mükemmeliyeti aramak, güvenilir, gayretli, üretken ve bağımsız olmak; yetenekler kapsamında bütün görevlerde

en iyisini yapmaya çalışmak; mücadele ederek kendini geliştirmeye çalışmak ve doğru bilgilere ulaşmak için çaba harcamak anlamına gelmektedir.

Sorumluluk: Sorumluluk, belli bir görevin istenilen özellikte yerine getirilmesidir. Genel olarak iki tür sorumluluk bulunmaktadır. Birincisi, üstlere hesap vermeyi kapsayan “sorumlu olma” dır. İkincisi ise bir işi yapmayı üstlenmek anlamına gelen “sorumluluk alma” dır. Sorumluluk, bireye dışarıdan yüklenmiş olan bir görev olarak algılanmaktadır.

Sayılı ve Kızıldağ’a göre (2007: 234) etik davranışlar; adalet, eşitlik, dürüstlük, tarafsızlık, bağlılık, tutumluluk, açıklık, sorumluluk, emeğin hakkını verme gibi bu ilkelerin örgütsel yaşama uygulanması, örgüt içi ilişkilerde yol göstermesi, kişiler arası ilişkilerin uyumlaştırılması, iş birliği ve iş barışı konusunda önemli faydalar sağlayacaktır.

Etik dışı davranışlar ise hem kişisel özelliklerden hem de örgüt ikliminden kaynaklanan sosyo-kültürel ve ekonomik sebeplerle ortaya çıkan; ayrımcılık, kayırma, yolsuzluk, rüşvet, yaranma ve yakınlığı kullanma, yobazlık- bağnazlık, engelleyici olma ve yanlış yönlendirme olarak sergilenen davranışlardır. Bu tür davranışların, örgüt içi adaletsizliklerden, yaşanan hayal kırıklıklarından, ekonomik yaşamdaki değişimlerden, işlerin çeşitlenmesinden ve işle ilgili normların iyi düzenlenmemiş olmasından kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Ayrıca diğer bir etki nedeni olan psikolojik nedenlerle ortaya çıkan etik dışı davranışlar; yıldırma ve korkutma, bencillik, işkence, şiddet – baskı, bedensel ve cinsel taciz, dogmatik davranma gibi davranışlar, bireylerin ruh hali, kendini denetleyememesi, kindar olması ve psikolojik rahatsızlıklar sonucu meydana gelmektedir (Gül, 2006: 70-71).

Etik davranış ilkeleri sonucunda kurumlarda; adil davranma, eşit muamele, sorumluluk duygusunun kavranması, insani hakların korunması, işe ilgi ve bağlılık, dürüst davranış, hukuksal üstünlüğün kabulü, hoşgörülü davranmak, yönetimin çalışana hakkı olan muameleyi göstermesi, ödüllendirme, tarafsız muamele, gibi davranışlar gözlenmektedir (Günel, 2016: 16).

1.1.2. Etik ve Ahlak

Hayatın her alanında karşımıza çıkan etik ve ahlak kavramları eş anlamlı algılandıkları da aslında ayrı anlamları ifade ederler. Ahlakın temelinde yaşanan toplumdaki, örf ve adetler yani değer yargıları yer almaktadır. Etik ise; ahlakı tartışan,

sorgulayan, yargılayan ve ahlak ile ilgili konuşan evrensel ilkelerdir. Buna göre etiğin ahlakın anlaşılma, içselleştirilme ve uygulanma biçimi olduğu söylenebilir (Duran, 2015: 38).

Ahlak, geniş anlamıyla nasıl davranılması gerektiği hakkında yazılı olmayan kalıplardan oluşur. Etik ise ahlak üzerine söz söyleme gücünü ortaya koymaktadır (Yıldırım, G., 2008:5). Ahlak, bireyin diğer toplumsal düzen kurallarının etkisi olmadan kendini denetlemesi ve bir tür kendisine hâkim olmasıdır (Usta, 2011: 42).

Ahlak, etiğin günlük yaşama yansıyan kurallar bütünüdür. Etik, ahlak alanının açıklanmasında ve kavranmasında araçsal bir görev üstlenmektedir. Etik insanları ahlaklı hale getirme; ancak insan kendi başına bireysel iradesi ile iyi veya kötü insan olabilir. Etik, eylemde bulunan kişileri ahlaki eylemin konusu ve koşulları hakkında aydınlatmaktadır. Etik, insanların zihinlerinde gerekli algılamaları sağlayarak onları iyi olanı yapmaya yönlendirmek için kendi yol ve yöntemlerini sürekli olarak düzeltmeye, geliştirmeye çalışmaktadır. Etik, toplum içerisinde yaşayan bireyleri kendi başına iyi olan ahlaki kararları kendi başına verebilecek hale getirmeyi amaçlar. Kısacası etik, otoriter bir güç olmamasının yanında özgürlük kavramının sınırlarının yanlış anlaşılmasını engellemektedir. Etik, davranış gösterenin ahlaki yetkinlik kazanmasına yardımcı olmaktır. Etiğin temel hedefi davranışlara rehberlik ederek prensip ve kuralları oluşturmak ve uygulamaya dönüştürmektir (Eltan, 2013:7).

1.2. Etik İklim Kavramı

Etik iklim araştırmacılar tarafından çoğunlukla örgüt ikliminin bir alt iklimi olarak belirtilmektedir. Etik iklimden bahsetmeden önce örgüt iklimini tanımlayacak olursak; örgütü tanımlayan, diğer örgütlerden farklı kılan, zamanla devamlı hale gelen ve örgütteki bireylerin davranışlarını etkileyen özellikler olarak ifade edilmektedir (Suliman ve İles, 2000:410 akt; Bulut, M. 2012:2).

Batlis'e (1980:233; akt.: Bulut, M. 2012:11) 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; bir örgütteki çalışanların davranışsal ve tutumsal özelliklerini yansıttığından dolayı örgütlerde farklı iklim tipleri oluşturmaktadır. Litwin ve Stringer (1968: 98-99; akt.: Öge, 1996: 18-19) üç değişik iklim tipi belirlemişlerdir. Şöyle ki;

- a) Otoriter Yapılı İklim;** görevlerin kesin tanımı üzerinde duran ve biçimsel otoritenin ödün vermeksizin kullanılmasını ifade eden iklim tipidir.
- b) Demokratik Yapılı İklim;** birlikte çalışma, gruba bağlılık ve karşılıklı dayanışmanın olup, cezalandırmanın olmadığı bir yapıyı ifade eden iklim tipidir.
- c) Başarıya yönelik iklim;** yeniliğin ve örgüt içi rekabetin desteklendiği, başarının hedeflendiği bir yapıyı temsil eden iklim tipidir.

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 (Schwepker ve Charles, 2001: 39). Etik iklim bir işletmede, ahlaki yönde sorun oluşturabilecek konuların nasıl ortadan kaldırılması gerektiğini ve etik olarak doğru davranışın neler olduğunu ifade eder (Deshpande, 1996: 655; akt.: Akpınar, 2016: 20).

“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., 2003:129 akt.; Akpınar, 2016:20). 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: 16).

Wimbush ve Shepard’ e göre (1994:637; akt.: Büte, 2011: 172) etik iklim, bir çeşit örgütsel iş iklimidir. Örgütsel davranış içerisinde belirginleşen sosyoloji ve psikoloji, büyük bir ilgi ile örgütsel etik iklimini önemli derecede etkilemektedir. Dolayısıyla etik iklim, iş etiği olgusunun en etkili faktörlerinden biri olmuştur. İş 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., 2015:493). 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 meslekten dışlayan ilkeler ve kurallar bütünüdür (Yıldırım, G., 2008:7). Meslek etiği, özellikle doğrudan doğruya insanlarla ilgili olan işlerde, aynı meslekten olan bireylerin birbirleriyle olan diyaloglarında uymaları gerekli olan davranışlar bütünü olarak nitelendirilebilir (Pehlivan,1999;akt.: Helvacı,2010:394).

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: 35). Böylece etik iklim, örgütle alakalı olarak psikolojik doğrultuda tanımlanan ve örgütteki bireyler arası ilişkileri anlatmaya yardımcı olmaktadır (Dönertaş, 2008:8-9). Örgütlerde etik iklimin güçlü olması, birlik ve bütünlüğün, moral gücünün artmasına da katkıda bulunacaktır (Dickson vd., 2001; akt: Çavuş ve Develi, 2015:680).

1.2.1. Etik İklim Türleri

Literatürde en sık kullanılan etik iklim tipleri Victor ve Cullen (1988) tarafından ortaya konan ve iki boyuta dayandırılan etik iklim matriksidir. Bu boyutlardan ilki, karar verme sürecinde kullanılan etik kriterleri gösteren etik iklimin teorik türleridir. Egoizm, yardımseverlik ve ilkelilik olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. İkinci boyut ise, etik kararlarda referans olarak kullanılan (bireysel, yerel, evrensel) analiz düzeylerinden oluşmaktadır.

Tablo 1.1. Etik İklimin Teorik Türleri

ETİK ÖLÇÜTLER		ANALİZ DÜZEYİ		
		BİREYSEL	YEREL	EVRENSEL
	Egoistlik	Bireysel çıkar	Örgüt çıkarı	Yeterlilik
	Yardımseverlik	Arkadaşlık	Takım ruhu	Sosyal-sorumluluk
	İlkelilik	Kişisel ahlak	Örgütün kuralları ve yöntemleri	Yasalar-mesleki İlkeler

Kaynak: Victor, B. And Cullen, J. B. (1988), "Organizational Bases of Ethical Work Climates", *Administrative Science Quarterly* (33), 101-125

Egoizm: Egoizm, temel olarak kişisel çıkarın maksimize edilmesi üzerine dayanmaktadır. Karar verecek birey başkalarının ihtiyaç ve çıkarlarını yok sayarak kendi ihtiyaçlarını ön planda tutar ve kendi tatminine gidecek yollar üzerinde yoğunlaşır (Eser, 2007: 10). Egoist iklimlerde, normlar kişisel kazançlar üzerinde odaklanıp bireyler başkalarının çıkarını ve huzurunu düşünmezler (Victor ve Cullen, 1988: 105).

Yardımseverlik: Yardımseverliğin hâkim olduğu iklimlerde, birey diğer önemli kişilerin çıkarlarını maksimize etmeye odaklanır ve ortak faydaya hizmet eden faaliyet ve davranışlarda bulunur. Bireyler, başkalarını olumlu ya da olumsuz etkileyecek sonuçları düşünerek etik kararlar almaya çalışır. Bu kıstasa göre karar alacak bireyler, karardan etkilenebilecek olan tüm birey veya grupların çıkarlarını göz önünde tutarak kendi ihtiyaçlarını tam olarak tatmin edemese de tüm grubun ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayan alternatifi seçmelidir (Elçi ve Alpkın, 2006:145-146).

Shepard'e göre (1994; akt.: Oğuzhan, 2015: 88-89) iyiliksever bir iklim algılayan kişi, aldığı kararları karara katılanların büyük kısmının iyiliğini sağlayacak doğrultuda verecektir. Bu tür kişiler kendi örgütlerini, başkalarının iyiliğini sağlayacak duyarlı örgüt olarak kabul ederler.

İlkelilik: İlkelilik bakış açısı; politikalara, yasalara, kural ve prosedürlere bağlı kalmak amacıyla görev unsuruna odaklanır ve ahlaki ilkelere bağlılık olarak tanımlanmaktadır. Kişiler, etkiel kararları doğru ve yanlış evrensel ve değişmeyen ilkeleri ile ilişkili olan eylemleri değerlendirdikten sonra verirler (Kaplan,2010: 18).

Etik iklim matrisinin ikinci boyutu da etik kararlarda referans olarak kullanılan (bireysel, yerel, evrensel) analiz düzeylerini göstermektedir. Analiz düzeyi bazında temelleştirmiş ve yapılan uygulamalı araştırmalarla; araçsallık, bağımsızlık, yardımseverlik, yasa-kodlar ve kurallar olmak üzere beş boyutta ele alınmıştır (Yeşiltaş,2012:104)

Tablo 1.2. Uygulamalı Etik İklim Türleri

ETİK ÖLÇÜTLER		Analiz Düzeyi		
		Bireysel	Yerel	Evrensel
	Egoistlik	Araçsallık		
	Yardımseverlik	Yardımseverlik		
	İlkelilik	Bağımsızlık	Kurallar	Yasa ve Kodlar

Kaynak: (Victor ve Cullen, 1988; Neubaum, ve diğerleri, 2004; Martin ve Cullen, 2006; akt: Yeşiltaş, M. (2012) "Örgütsel Özdeşleşmenin Oluşmasında Belirleyiciler Olarak Etik Liderlik Ve Etik İklim: Otel İşletmelerine Yönelik Bir Uygulama" Doktora Tezi Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Araçsallık: Kişisel çıkarların en üst seviyeye çıkarıldığı, bireylerin aldıkları kararlar neticesinde kişisel menfaat sağladığına inandığı etik iklim türüdür. Bu iklim türüne göre; örgütlerde etik karar verme konusunda egoist bir yaklaşım kullanılır. Bireysel çıkar ve örgüt çıkarı etik kararları etkiler. Bu da bencil davranışların görülmesine ve çalışanların zarar görmesine neden olmaktadır (Torun,2013: 45).

Bağımsızlık: Bireylerin kendi ahlâki inanışlarını bir yol gösterici olarak ele almaları, etik iklim açısından bağımsızlık olarak değerlendirilmektedir. Bu iklim türüne göre kişiler iyi tasarlanmış ahlâki inançları doğrultusunda davranışlar sergilemektedirler (Yeşiltaş, 2012:105).

Yardımseverlik: Yardımseverlik, temel olarak iyilikseverlik teorisine; ahlâk felsefesi olarak da faydacılık esasına dayanmaktadır. Ayrıca böyle örgüt ortamında çalışanlar, alınan kararlarda başkalarının lehine olanın da dikkate alındığının farkındadırlar. Toplumun geneli için de aynı şeylerin geçerli olduğu ve onların da yararına kararların olduğu bilinmektedir. Bunun bir sonucu olarak yöneticilerinin politikaları, planları, stratejileri ve kuralları bu kapsamda meydana gelmektedir (Martin ve Cullen, 2006: 179; akt.: Yeşiltaş, 2012:106).

Yasa ve Kodlar: Yasalar ve kodlar etik iklimi, ilkelilik etik ölçütü ile evrensel analiz düzeyinin ortak noktası olarak ortaya çıkmaktadır. Örgütlerde bu bakış açısına göre, kanunlar, kutsal kitaplar veya mesleki kurallar gibi dışsal kodlara dayanan ilkeli kararların verilmesini sağlayacak düşünceler mevcuttur. Bu iklimde kişiler, bazı dış sistemlerin yaptırımını altında karar vermeleri gerektiğine inanmaktadırlar. Dış sistemlerden sağlanan kodların, örgütsel çevrede bireylerin etik kararlarını ve davranışlarını değişime uğratacağı belirtilmektedir (Martin ve Cullen, 2006: 179; akt.: Kılıç, 2013: 57).

Kurallar: Martin ve Cullen'e (2006) göre bu iklim tipinde, yönetsel kodlar gibi birtakım güçlü ve örgütler arasında sürekli kullanılan kuralların ve standartların örgütsel kararlara yol gösterdiği belirtilmiştir. Ayrıca son dönemlerde çağdaş örgütlerce giderek artarak uygulanan bazı yönetsel kodlar, bu etik iklim tipinin yerleşmesine öncülük etmektedir (Martin ve Cullen, 2006: 179; akt.: Kılıç, 2013: 57).

1.2.2. Etik İklım Boyutları

Etik iklim Victor ve Cullen'in (1988:101-125; akt.: Yeşiltaş, 2012:102-103) çalışmalarında, kişisel çıkar, arkadaşlık, kişisel ahlak, şirket çıkarı, takım çıkarı, şirket

kuralları ve prosedürleri, verimlilik, yasalar ve kodlar ve sosyal sorumluluk olmak üzere dokuz boyutta incelenmiştir.

1. Kişisel Çıkar: Egoizm felsefesi ve bireysel kriterler çerçevesinde oluşmuş bir iklim tipidir. Bireyin kendi çıkarını en üst düzeye çıkarmasını hedef almaktadır. Düşünce yapısı ve ahlaki düşüncenin temellerine birey kendi değerlerini ve normlarını almaktadır. Kişisel çıkar bireyi ilgilendiren fiziksel iyi oluş hali, mutluluk ve güç gibi kavramlarla tanımlanabilir.

2. Şirket Çıkarı: Ahlaki düşünce açısından çalışanlar tarafından alınan kararların şirketin çıkarlarına uygun olması gerektiğini ifade eder. Bu ifadeye göre alınan etik temelli kararlar, şirketin lehinde olmalıdır.

3. Verimlilik: Bu iklim tipinde etik kararlar örgüt dışındaki çevrenin sosyal ve ekonomik çıkarlarından etkilenmektedir.

4. Arkadaşlık: Arkadaşlık iklim tipi yardımseverlik etik düşünce yapısını temsil etmektedir. Etik düşüncenin merkezine arkadaşınızı almak, onun iyiliği en üst düzeye çıkarmak ve örgüt üyeleriyle daha fazla bütünleşmek bu iklim tipinin temelidir. Örgütün dışında bulunan paydaşların önemsenmesi ilkesine dayanmaktadır.

5. Takım çıkarı: Yardımseverlik etik düşüncesinde bulunan bir iklim tipidir. Örgütsel bütünlüğün düşünülmesi (takım çalışması ve takım çıkarı) kararların merkezinde bulunur.

6. Sosyal Sorumluluk: Yardımseverlik etik ikliminin evrensel alandaki bileşenini sosyal sorumluluk etik iklimi oluşturmaktadır. Etik kararlar sosyal sorumluluk davranışları çerçevesinde dışsal etkiler altında alınmaktadır.

7. Yasa ve Kodlar: Bu iklim tipinde bireyler örgütlerinin dışsal kuralları desteklediği görüşündedir. Örgütlerin yasaları ve mesleki etik kodları desteklemesi bu iklim tipinin esas noktasıdır. Düşünce itibarıyla kararlar dışsal baskılar altında alınmaktadır.

8. Kurallar: Kurallar etik boyutu, ilkelilik etik ölçütü ve analizinin yerel düzlemi üzerine odaklanır. Bu boyut, örgüt tarafından oluşturulmuş davranış kurallarıyla alakalıdır.

9. Kişisel Ahlak: İlkelilik etik belirleyicisi ve bireysel referans noktasını temsil eden bir etik iklim bileşenidir. Bu etik iklim türünde birey “ben” merkezli ahlak anlayışıyla hareket etmektedir. Kişisel etik anlayışı alınan kararlara referans olmaktadır.

1.2.3. Etik İklimin Özellikleri

Çalışanların örgütteki kurallara bağlılık derecesi, etik iklimin gücünü ifade etmektedir. Güçlü bir etik iklimin sağlandığı örgütlerde mesajlar açık ve net olur; istenilen davranış kesindir. Güçlü bir etik iklimin hakim olduğu ortamlarda etik problemlerle karşılaşıldığında daha adaletli, hoşgörülü, tarafsız, saygılı yani kısacası daha etik davranışlar sergilenmesini sağlamaktadır. Etik iklimin diğer bir özelliği olan yönü ise, Victor and Cullen'in (1987) etik iklim anketini oluştururken belirledikleri değişkenlerden (egoistlik, yardımseverlik, ilkelilik) oluşmaktadır. Örgütte hakim olan etik iklim değişkene göre şekillenecektir (Yağmur, 2013: 31).

Etik iklim genel olarak müdahaleci bir değişken olup çalışan davranışını etkileyen örgütsel işleyişin bir fonksiyonudur. Örgüt ikliminin çok boyutlu bir alt iklimidir. Aynı örgütte farklı etik iklimler ortaya çıkabileceği gibi örgütün etik iklimini değiştirmek de mümkündür (Elçi, İnternet:22.10.2017).

1.2.4. Etik İklim Teorileri

Etik iklimin teorileri açısından yapılan incelemeler sonucu elde edilen bazı etik iklim teorileri aşağıda belirtilmektedir (Çiçek, B1. 2016:100).

1.2.4.1. Kohlberg'in Bilişsel Ahlaki Gelişim Teorisi

Kohlberg'in bilişsel ahlaki gelişim modelinde bireyler birbirlerini takip eden ahlaki gelişim seviyelerini izlemekte ve cezalandırma korkusundan başlayarak başka insanlar için kaygılanmaya, onları düşünmeye kadar gidecek olan düşük seviyeden yükseğe doğru ilerlemektedirler (Kohlberg ve Hersh, 1977; akt.: Oğuzhan, 2015: 83). Kohlberg'in bu modeline göre bireylerin ahlâkî gelişimleri her biri iki basamak içeren toplam üç dönemden oluşmaktadır. Birinci dönem (gelenek öncesi) birinci basamakta otoriteye uyum ve cezadan kaçınma için akıl yürütme belirleyici iken; ikinci basamakta karşılıklı değişim ve kişisel çıkarlar ön plandadır. İkinci dönem (geleneksel) üçüncü basamakta odak, diğerleri ve kişiler arası ilişkiler üzerine iken dördüncü basamakta toplumsal düzeni sürdürüm belirleyicidir. Üçüncü dönem (gelenek ötesi) beşinci basamakta ise birey, toplumsal düzeyi aşarak bireyi merkeze koyan toplumsal sözleşme ve sosyal fayda üzerinden ahlâkî yargısını oluşturmaktadır. Son olarak altıncı basamakta adalet, saygı gibi evrensel ilkeler üzerine odaklanılmaktadır. Herkesin hızı farklı olmakla birlikte bu sıralamayı takip etmesi gerektiği ifade edilmekte fakat herkes bu

basamakları özellikle beşinci ve altıncı basamak sonuna kadar tamamlayamamaktadır (Kohlberg ve Hersh, 1977; akt.: Oğuzhan, 2015: 83).

1.2.4.2. Trevino'nun Örgütte Etiksel Karar Verme Modeli

Trevino (1986: 601-602), Lawrence Kohlberg'in bilişsel ahlaki gelişim modeline dayanarak örgütte etiksel karar verme modelini geliştirmiştir. Trevino'nun modelinde, bireyin bilişsel ahlaki gelişim düzeyinin güçlü bir şekilde, neyin doğru ya da yanlış olduğuna ilişkin bireyin kararını etkilediğini ortaya çıkarmaya çalışılmıştır. Bireylerin hak, görev ve sorumlulukları belirli bir etik iklimi oluşturmuştur. Bu karar verme modeline göre, bireyin bilişsel ahlaki düzeyi, bireysel olarak oluşturacak bir tepkinin ne olacağını tanımlayıcı öğedir. Örgütlerde etiksel bir ikilem meydana geldiği zaman, kişisel olarak verilecek tepkileri ve yanıtları, bilişsel ahlaki gelişim evresi tanımlamaktadır. Bunun yanı sıra bilişsel ahlaki gelişim evresi, etik ikilem durumlarında bireylerin doğru ya da yanlış (etik veya etik olmayan) davranışlar karşısında nasıl karar verileceği durumlarını tanımlamaktadır (Trevino, 1986: 601-602; akt.: Çiçek, B1. 2016:100-101).

Trevino'nun araştırmasında bireylerin karar verme sürecinde etkili olan bireysel ve durumsal moderatörler önem taşımaktadır. Bireysel moderatörlerden ego gücü, alan bağımlılığı ve denetim yeri, bireylerin doğru ya da yanlış karar vermelerinde belirleyici unsurlar olmaktadır. Durumsal moderatörler; doğrudan iş bağlamında (kuvvetlendirme, diğer baskılar), örgütsel iklim (normatif yapı diğer kavramlar, otoriteye itaat, sonuçlar için sorumluluk), işin özellikleri (rol alma, ahlaki çatışmanın çözümü) olarak belirtilmektedir. Bu kavramlar, bireylerin doğru ya da yanlış karar vermesinde yön verici unsur olmanın yanı sıra bilişsel ahlaki gelişimlerine de etki etmektedir. Yani, bilişsel ahlaki gelişim evresini, doğrudan iş bağlamında, örgüt kültürü ve işin özellikleri açısından etkilemektedir (Trevino, 1986: 601-615; akt.: Çiçek, B1. 2016:100-101).

1.2.4.3. Schwegker'in Örgütsel Etik İklim Modeli

Schwegker, etik iklimin; satış temsilcileri arasında işten ayrılma niyeti, örgütsel bağlılık ve iş tatmini ile ilişkisini incelemiştir. Söz konusu bu modelde satış temsilcilerinin örgütten fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak ayrılmış olmalarına inanılmasına rağmen, örgütsel etik iklimin, onları yine de etkilediğini belirtmiştir. Schwegker araştırmanın sonucunda, satış temsilcilerinin pozitif etik iklim

algılamalarının, iş tatmini ve örgütsel bağlılıkla olumlu yönde ilişkili olduğunu tespit etmiştir (Schwepker, 2001: 39; akt.: Çiçek, B₁. 2016:107). Bunun yanı sıra ahlak normlarının kuvvetlendirilmesi ile alakalı olarak etik iklim kavramını kullanarak, etik kodların ve etik kuralların daha güçlü şekilde uygulanmasının örgütsel bağlılıkla olumlu bir ilişkisinin olduğunu saptamıştır.

Etik iklim ile iş tatmini ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişki pozitif yönlüdür. Buna bağlı olarak, etik iklim ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki, iş tatmini ve örgütsel bağlılığa bağlıdır. İş tatmini ve örgütsel bağlılığın yüksek olması durumunda, etik iklim ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki negatif yönlüdür. Örgüt içinde etik olmayan davranışları engellemek için bir araç olarak etik iklim oluşturmak ve etik kodları, direktifleri ve politikaları uygulamak sıkça önerilmektedir. Ayrıca tepe yönetimin, etik iklim algılarını belirlemede önemli bir etkisi olduğu belirtilmiştir. Dolayısıyla bir örgütün belirli etik kodları ve politikaları, üst yönetim tarafından belirlenmesi gerekmektedir. Örgüt yöneticileri tarafından oluşturulan etik iklim, sadece etik davranışı değil bununla beraber işle ilişkili sonuçları etkileyen önemli bir güç etkenidir. Bu model doğrultusunda etik iklimin, iş çıktıları üzerinde doğrudan ya da dolaylı olarak büyük oranda etkileyici bir kavram olduğu belirtilmiştir (Schwepker, 2001: 49; akt.: Çiçek, B₁., 2016:107-108).

1.2.5. Etik İklimin Öncülleri (Sebepleri)

Örgütün etik ikliminde, örgütün çalışmalarını devam ettirdiği çevrenin normları, kültürü, değerleri temel belirleyicilerdir. Örgütte etik iklimi sağlamak için nelerin yapılabileceği nelerin yapılmayacağı bu değişkenlerle belirlenir. Örgütlerin demografik, kültürel özellikleri örgütün etik iklimini belirleyen özelliklerindendir. Buna göre; örgütte bulunan çalışanların yapısı, örgütün büyüklüğü, yerel ya da küresel çapta hizmet vermesi örgüt için etik iklimi belirleyen etkenlerdir (Mert,2017: 14).

Etik ikliminin sebeplerinden biri de etik değerlerdir. Etik değerler, örgütte bulunan bireylerden beklenen davranışları belirtir. Bunun sonucu olarak örgüt üyelerinin etik değerlere ne derece önem verdiği ile etik iklim açısından önemli bir faktördür. Etik iklimin belirlenmesinde örgüt liderinin de katkısının olduğu görülmüştür. Liderlerin sahip olduğu etik değerler, çalışanların etik gelişiminde büyük rol oynar ve liderlerin etik iklimi belirlemedeki bu güçlerinin farkında olmaları gerekmektedir (Torun, 2013: 49). Schminke vd.'nin (2005:137; akt.: Eser, 2007: 15)

alışmasına göre etik iklim belirleyicileri arasında örgüt liderinin etkili olduğu saptanmıştır. Liderlerin sahip olduğu etik değerler, çalışanların etik gelişiminde büyük katkı sağladığı ve liderlerin örgütün etik ikliminin şekillenmesinde etkin rol aldığı belirtilmiştir.

Etik iklim için en önemli belirleyicilerden bir tanesi, örgütün tarihiyle birlikte sahip olduğu eşsiz özellikler ve bireyin bu tarih içindeki yeridir. Örgüt içindeki iklimler bireylerin seçimi, örgüt içinde yer alması ve diğer faktörlerle yoğrularak homojen bir yapının ortaya çıkması ile şekillenmektedir. Homojen yapılı bir örgütün oluşması ve örgüt içinde uyumlu bir etik iklimin var olabilmesi için de örgütün sosyalleşme sürecinde bireylerin tercihlerinin ve isteklerinin diğer bireylerle ortak noktada buluşması gerekmektedir (Victor ve Cullen, 1988: 122).

Etik kodlar, örgüt üyelerinin etik düşünmesinde yardımcı rol üstlenmekte, örgüt ötesi rol ve beklentiler oluştırmakta ve örgüt içerisinde etik iklimin oluşturulmasında önemli roller üstlenmektedirler (Schwepker, 2001: 40). Etik kodların belirlenmesindeki temel düşünce, iş hayatındaki belirsizlikleri azaltarak, etik değerleri benimseyen karar alıcıların belirli kurallar etrafında hareket edecekleri davranışları karar alıcılara veya bireylere iletmektir. Etik kodların örgütler açısından bir faydası da bu noktada ortaya çıkmakta, örgütler denetim için fazladan kaynak ayırmak zorunda kalmamaktadırlar (Bektaş, 2008: 6).

Sosyal normlar, etik iklimin olup olmadığına karar vermede belirleyicilerdir. Çünkü bu normlar, liderin ve örgüt içindeki üyelerin destekleriyle oluşmuş ortak kararlardır. Normların ortak özelliği, toplumun geneli tarafından kabul edilen iyi ve kötüyü içermek zorunda olmaları yerine, örgüte has oluşturulmuş ve çalışanların ikilemde kaldıklarında müracaat edebilecekleri kurallar olmalarıdır. Bu nedenle örgüt içinde güçlü bir etik iklimin varlığından bahsetmek, örgüt içinde bireylerin etik davranışlar konusunda sıkı bir anlaşma içinde olmalarıyla yakından ilgilidir (Dickson vd., 2001 :205; akt.: Yeşiltaş, 2012:110).

1.2.6. Etik İklimin Ardılları (Sonuçları)

Etik iklimin etkili ardılları yani sonuçları; işten ayrılma, devamsızlık, örgütsel vatandaşlık davranışı, örgütsel güven ve örgütsel bağlılık gibi konular olarak ortaya çıkmıştır. Etik iklim ile iş tatmini, örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyeti arasında ilişkiyi inceleyen çalışmasında Biçer' e göre (2005: 46) olumlu etik iklim algılamaları

ile iş tatmini ve örgütsel bağlılık arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca araştırma sonuçlarından olumlu etik iklim algılamaları ile işten ayrılma niyeti arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır. İş görenlerin etik iklim algıları arttıkça, işten tatmin olma oranları ve örgüte olan bağlılıklarının yükseldiği ayrıca işten ayrılma niyetinin azaldığı belirtilmiştir.

Conine ve arkadaşlarının (2006) araştırmaları sonucu iş gören devir hızı ile etik iklimi arasında zıt yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu çalışmada iş doyumunu arttırmak ve devam ettirmenin ancak etik ortamda mümkün olacağı; ayrıca etik davranışların üst yönetim tarafından desteklendiği örgüt ortamında çalışanların daha fazla iş doyumunu elde edeceği; etik olmayan davranışların desteklenmesi halinde ise çalışanların daha az tatmin olacağı belirtilmiştir. Deshpande (1996) göre işletme kuralları, süreçleri ve politikaları ile iş görenler üzerinde hakimiyet sağlayan etik iklim ortamının, iş doyumuna etkisi olmadığını belirtmiştir (Ekiztepe, 2011: 8-9).

Dönertaş'ın (2008:73) çalışmasına göre etik iklimin kuruma güven üzerinde etkisinin olduğu anlaşılmaktadır. Etik iklimdeki olumlu değişime ve gelişmelerle kuruma karşı hissedilen güvende de artış olduğu ortaya koyulmuştur. Eren ve Hayatoğlu (2011:12) çalışmada etik iklimin, iş tutumları ve iş performansı arasındaki ilişkiyi incelemiş olup etik iklim ile örgütsel bağlılık ve yöneticiye güven arasında anlamlı bir ilişki olduğunu; etik iklim ile iş tatmini arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir.

Örgütlerde iyi bir etik iklim oluşturularak etiğe uygun kararlar alınması ile çalışanların örgütlerine etik olarak da bakmaları sağlanmakta ve bu durum örgütün verimliliğine katkı sağlamaktadır. Bunu yanında yönetim kalitesini ve çalışan performansını artırdığı belirtilmiştir (Schwepker, 2001; Weber ve Seger, 2002; akt.: Şahin ve Dündar, 2012: 132).

Araştırmaların sonuçlarından anlaşılabileceği 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: 73; Schwepker, 2001), iş tatmini (Kaplan vd, 2013:127), işten ayrılma niyeti (Örücü ve Özafşarlıoğlu, 2013:352–353), yönetici ve kuruma karşı duyduğu güven (Büte, 2011: 186), örgütsel adalet (Mumcu ve Döven, 2016:129) alanlar olarak sıralanmaktadır.

1.3. Kültür Kavramı

Kültür,  rg t  oluşturan toplumun çevresel koşullarıyla ilişkili olduğu için örgütün devamlılığını ve gelişmesini büyük oranda etkiler. Bu nedenle örgüt kültürünü açıklamadan önce kültür kavramının incelenmesine gerek duyulmuştur.

Kültür kelimesi, Latincedeki “cultura veya “colere” fiilinden oluşturulmuştur. Kültür; bir toplumun  yeleri tarafından benimsenen ve sergilenen düzenli eylemleri, objeleri, fikirleri ve duyguları içeren yaşam tarzını oluşturmaktadır (Aydın,2010:9). İnsanların doğuştan kazanamadığı ve toplumsal süreçlerle elde edilen, kalıtımla aktarılmayan kültür ilk önce ailede başlayıp, sonra toplumsal süreçte devam etmektedir. Diğer bir ifadeyle, kültür bireyin doğduktan sonraki yaşantısında kazandığı alışkanlıklar, davranış ve tepki eğilimleri olarak ifade edilmektedir (Aydınlı, 2008: 10).

Günümüzde yapılan birçok araştırmanın odak noktasında yer alan “kültür” kavramının farklı tanımları da bulunmaktadır. Kroeber ve Kluckhohn (1952) kültürü, toplumların özelliklerini ortaya koyan, oluşturan ve aktarılan simgelerle ifade edilen fikir, duygu ve davranış tarzları olarak açıklamaktadır ( i ek, B2. 2016: 29).

Başka bir tanımda ise kültür, belirli bir toplumun yaşamlarından doyum sağlamaları amacıyla başardıkları tüm bilgi, inanç, sanat, ahlak, yetenek ve alışkanlıklarla toplumsal kuramları ifade etmektedir (Teleş, 2011: 42). Kültür; toplumda yer alan bireyler arasında paylaşılan, sosyal aktarımlar sayesinde öğrendikleri ve paylaştıkları değerlerdir. Özetle topluma ait olan ve bireyin hayatına yön veren değer, yargı, inanç, simge, davranış kalıpları ve gelenek-görenekler bütünüdür (Sune, 2016: 13).

1.3.1. Örgüt Kültürü Kavramı

Örgüt kültürü kavramı ilk olarak Peters ve Waterman tarafından Amerika’da, Pascale ve Athos tarafından ise Japonya’da öne sürülen; “fırma kültürü, kurum kültürü, işletme kültürü” kavramlarıyla eşdeğer olarak da ifade edilir (İşcan ve Timuroğlu, 2007: 120). Örgüt kültürü, çalışanların davranışlarını etkileyerek onlara yol gösteren ortak normlar, davranışlar ve değerler bütünüdür (Dursun,2013: 45). Örgüt kültürü kavramını önemli kılan ve geniş bir çerçevede çalışmaya iten sebeplerin başında; zamanla öğrenme ve algılama yoluyla kalıplaşmış ve kurumsallaşmış değerlerin sonraki nesillerde devamını sağlıyor olmasıdır. Bu sayede kurumu temsil eden bütün değerler

toplumdan topluma aktarılarak devamlılık sağlanmaktadır. Böylelikle örgüt kültürünün değişken-canlı bir yapıya sahip olduğu ortaya çıkmaktadır (Öztürk, 2015: 67).

Örgüt kültürü, bir örgütün amaç ve politikalarını gerçekleştirmesinde, diğerlerinden farklı olduğu yönlerinin belirginleşmesinde, etkin ve verimli çalışabilmesinde etkindir (Akıncı, 1998: 50-53; akt.: Özgüner, 2016: 94). Örgüt kültürü ile kişilerin davranış ve tutumlarını oluşturan kuralları belirlemeye yardımcı olan, örgüt süreçlerini şekillendiren, örgütsel olayları yorumlamayı sağlayan, örgüt için nelerin değerli olabileceğini belirten, kişilerin birlikteliğini sağlayan, belirsizliklerle dolu çevre ile mücadele etmelerine yardımcı olan bir düzen olarak ifade edilmektedir (Sezgin ve Bulut, 2013:183).

Terzi'ye göre (2000: 57; akt.: Özgüner 2016: 93- 94) göre örgüt kültürü, örgütün devamlılığına katkı sağlamak, kontrol ve koordinasyonu gerçekleştirmek, personelin motivasyonunu artırmak, problem çözümleri için ortam hazırlamak, örgütsel istikrarın kanıtı olmak gibi birçok sorumluluğu yerine getirmektedir. Öte yandan örgüt kültürü çalışanlar arasında işsel bağlılığı oluşturmak amacıyla ortak dil ve kavramları oluşturan, çalışanların güç ve statülerini, birbirleriyle olan ilişkilerini düzenleyen ve tüm örgütsel olaylara anlam katan önemli bir kavramdır. Örgüt kültürü aslında iş görenleri birbirine, örgütü ise topluma bağlayan sosyal anlamda bir yapıdır (Karahana, 2008: 159).

Güçlü bir örgüt kültürünün var olduğu işletmelerde, personelin nasıl davranmaları gerektiği konusunda yönlendiren yerleşmiş davranışsal kurallar vardır. Güçlü bir örgüt kültürüne sahip olmayan işletmelerde ise, personel var olan durumun gereklerini tam olarak kavrayamamakta ve uygulamalarda gecikmeler oluşmaktadır (Gül,2015:7).

1.3.2. Güvenlik Kültürü Kavramı

Güvenlik kültürü kavramı, örgüt kültürü kavramının alt boyutlarından biridir. Güvenlik kültürü yaklaşımının ilk çıkış noktası, 1986'daki Çernobil Nükleer Santrali'nde yaşanan facianın ardından 1987 yılında yayınlanan OECD Nükleer Ajansı Raporu'dur. Bu raporda, facianın yaşanmasında örgütsel hataların ve iş görenlerin kurallara uygun davranmamasının etkili olduğu belirtilmiştir (Cooper, 2000:111; akt.: Gül, 2015: 14).

Güvenlik kültürü; tehlikeyi oluşmadan önce fark edebilmek, yaptığı veya yapacağı işin taşıdığı riskleri bilmek; tehlike kaynaklarından ve tehlikeli davranışlardan

uzak durmak; gereksiz risk almaktan kaçınmak; sadece çalışma anında değil hayatın her evresinde güvenliği ön sırada tutmak; güvenli davranışı alışkanlık haline getirmek ve güvenli yaşamayı bir yaşam tarzı olarak benimsemektir (Akalp ve Yamankaradeniz, 2013: 100). Güvenlik kültürü ayrıca, çalışanların işlerini yürütürken sağlıklı kalmalarına katkı sağlayan, güvenlik iklimi ve personelin güvenli tutum ve davranışlarından oluşmaktadır (Şerifoğlu ve Sungur, 2007: 3).

Güvenlik kültürünün kaza ve hataları engelleme üzerindeki etkinliği fark edildikten sonra bu alanda çalışmalara önem verilmiştir. Çalışanların tutum ve davranışlarının üzerinde yoğunlaşıp güvenli davranışı motive ederken aynı zamanda çalışılan ortamdaki risklerin farkında olarak, tehlikeleri sürekli olarak gözlemlemeyi ve denetlemeyi hedefler (Demirbilek, 2005: 2; akt.: Çiçek, B2. 2016: 32).

Wu, Li ve Shiau (2010) güvenlik kültürüne başka bir pencereden bakarak, güvenlik katılımı, algılanan risk ve acil tepki olarak üç boyutta incelemiştir. Güvenlik katılımı; güvenlik içerisinde çalışılabilecek bir çevre oluşturulmasına katkıda bulunan davranışlar bütünüdür. Bu davranışlar, güvenlikle ilgili faaliyetleri, toplantılara gönüllü katılım, iş arkadaşlarına yardım etmeyi amaçlar. Ayrıca, güvenlik stratejisi ve kurallarının belirlenmesinde ve güvenlik koşullarının sağlanabilmesinde kararlara katılım, periyodik kontrollere ve güvenlikle ilgili eğitimlere katılım da bu açıdan değerlendirilmelidir. Çalışanların iş yerlerinde çevresel risk faktörlere olan duyarlılıkları da algılanan riski tanımlamaktadır. Risk faktörleri, fiziksel, kimyasal ya da psiko-sosyal sebeplerle ortaya çıkabilmektedir. Acil tepki ise, çalışanların facialar ve kazalar karşısındaki davranış şekilleridir. Bu davranışlar acil durumlarda izlenecek yolu kavrayıp, ekipmanları organize ederek uygulamaya geçmeyi ve kazalar halinde raporlama prosedürlerini kapsamaktadır (Wu vd., 2010: 424; akt.: Gül, 2015: 14-19).

1.4. Hasta Güvenliği Kavramı

Sürekli değişim gösteren sağlık alanında teknolojik ilerlemeler ve gelişmeler sonucunda karmaşık bir hal alan sağlık sistemi hasta güvenliği konusunda çalışmalar yapılmasına neden olmaktadır. Hasta güvenliği konusu gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun bütün ülkelerin küresel bir problemi haline gelmiştir. Hasta güvenliği problemleri özellikle gelişmekte olan ülkelerde, güvenli olmayan tıbbi bakım nedeniyle birçok hastanın yaralanmasına veya ölümüne neden olmaktadır. Nozokomiyal enfeksiyonlar, yanlış tanı, tedavide gecikmeler, yetersiz tıbbi cihaz kullanımı, ilaç hataları, kan

ürünleri, özellikle grupların (gebe, yeni doğan ve yaşlı) bakımına ilişkin hatalar, düşme nedeniyle yaralanmalar, cerrahi ve anestezi kaynaklı yaşanan olumsuz olaylar önlenabilir 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: 507; akt.: Cengiz, 2014: 4). 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: 54-57) sağlık hizmetini uygulayan çalışanlar hastalara yansıyan birçok olayın hemen hemen her gün yaşandığının farkındadır. Bu olaylar görmezden gelinmemeli, raporlanıp, analiz edilmeli ve gerekli önlemler alarak iyileştirilmelidir.

Hasta güvenliğinin diğer tanımlarında 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: 4).

Hasta güvenliği hizmet kalitesiyle doğrudan bağlantılı bir kavramdır. Ovalı’ ya göre (2010: 34), hasta güvenliği, sağlık hakkı, hasta odaklı sağlık hizmeti gibi popüler konularla hasta güvenliği kavramı birlikte ele alınabilecek olgulardır.

1.4.1. Tıbbi Hatalar

Bilimsel ve teknolojik gelişmeler, sağlık alanını hem emek hem de teknolojik ağırlıklı bir konuma getirmiştir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin karmaşıklık düzeyini de artırarak, istenmeyen durumların sayısını artırmıştır. Bu istenmeyen durumların başında, tıbbi hatalar gelmektedir. İnsanın doğası gereği hataya düşmesi ve kazaya neden olması kaçınılmazdır. Hipokrat’tan bugüne tıbbın asıl amacı, öncelikle zarar vermemek ve insanı iyileştirmektir. Asıl amacın yerine getirilmesi de tıbbi hatalar konusunda mümkün olan en üst düzeyde özenli olmaktır (Kohn vd., 2000; akt.: Avcı ve Aktan, 2015: 48).

Uzun süre boyunca tıbbi hatalar maalesef insanlık tarafından doğal kabul edilmiştir. ABD Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine)’ın Kasım 1999’da “To Err Is

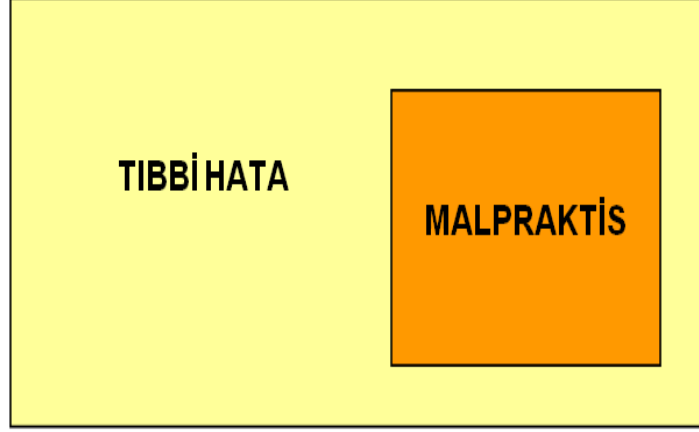
Human” başlıklı raporunun yayınlanmasıyla, tıbbi hatalar önem kazanmıştır. Raporda, Amerika’da yılda 44000-98000 kişinin tıbbi hata kaynaklı olarak öldüğünü ve bu rakamların kanser veya trafik kazası kaynaklı ölümlere oranla daha fazla olduğu belirtilmiştir. Engellenebilir tıbbi hataların neden olduğu sakatlık ve ölümlerin, ek sağlık hizmetlerinin sunulmasına ve gelir kaybına yol açtığı; bunların ise Amerika bütçesine yılda 17-29 milyar dolar yük getirdiği bildirilmektedir (Akalin, 2005: 142).

Tıp Enstitüsünün (Institute of Medicine- IOM) 1999 yılında yayınlanan raporuna göre, planlanan bir işin amaçlandığı doğrultuda tamamlanamaması ya da amaca ulaşabilmek için yanlış plan yapılması ve uygulanması durumunu, tıbbi hata olarak tanımlamaktadır. Tıbbi hatalar; hastanelerde, polikliniklerde, hekim muayenehanelerinde, hemşirelik hizmetlerinde, eczanelerde, bakımevlerinde ayrıca hasta evlerinde meydana gelebilmektedir (Akalin, 2005: 142).

Tıbbi müdahale hataları, sağlık hizmetini sağlayan doktor, hemşire ve kanunlara uygun olarak hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık çalışanlarının, öneri ve uygulamaları sonucunda hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşme süresinin uzamasından, hastanın ölümüne kadar uzanan hatalara denir (Hancı, 2002: 28; akt.: Tansüyer, 2010: 28).

Dünya Tabipler Birliği’nin 1992 yılındaki 44. Genel Kurulu’nda tıbbi uygulama hataları, “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” olarak açıklanmıştır. ABD öğretilerinin birinde ise tıbbi uygulama hatası; “Tıbbi malpraktis (hata/sağlık çalışanı hatası), sağlık mesleği mensubu tarafından işlenen ve hastaya zarar veren veya komplikasyonlara neden olan ihmali ya da icrai bir hareketi ifade eder” şeklinde tanımlanmaktadır (Can vd, 2011: 70).

Malpraktis ile tıbbi hata kavramları birbiri yerine kullanılan kavramlar olmasına rağmen aralarında ince bir çizgi bulunmaktadır. Malpraktis, hasta üzerinde kesinlikle zarar oluşturması beklenen durumlar için kullanılmakta olan bir kavram iken, tıbbi hatalar ise bazen bir kısmı zarar oluşturmayan veya zarar verse dahi ortaya çıkmayabilen durumları ifade etmektedir. Aşağıdaki belirtilen şekilde malpraktisin tıbbi bir hata olduğunu ancak zarar meydana gelmediği için malpraktis sayılmayan tıbbi hataların da olduğunu göstermektedir (Karataş ve Yakıncı, 2010: 234).



Şekil 1.1. Tıbbi Hata-Malpraktis

Kaynak: Karataş, M., Yakıncı. C., (2010) “Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları” *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 17 (3) 233-236

1.4.1.1. Tıbbi Hata Sebepleri

Tıbbi hata, yanlış işlemi yapmak, doğru işlemi yapmamak veya doğru işlemi yanlış yapmaktan dolayı zarar ya da zarar olasılığından meydana gelmektedir. Yanlış tanı koyma veya tanı koymakta gecikme, yanlış/yetersiz tedavi veya gereksiz tetkikler de tıbbi hata kapsamında düşünülebilir. Laboratuvar testlerinin yanlış yapılması ya da yanlış yorumlanması, sağlık sunumu yapılan yerin cihazlarındaki bozukluk, iletişim yetersizliği, hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu gibi belirlenmesi zor olan olaylar da tıbbi hatalara neden olabilmektedir (Karataş ve Yakıncı, 2010: 234).

En çok karşı karşıya kalınan hata nedenlerinden biri de hasta devirlerinde çalışanların hasta hakkında gerekli net bilgiyi aktaramamasından kaynaklanmaktadır. Hasta devirlerinde, taburculukta, geçici nakillerde sağlık çalışanlarının rotasyonları ya da nöbet değişiklikleri nedeniyle bazı hatalar meydana gelebilmektedir (Ovalı, 2010: 41).

Tıbbi hatalar, genel olarak üç ana temele dayanmaktadır. Bunlar, insan faktörü, kurumsal faktörler ve teknik faktörler olarak ifade edilmektedir (Akalin, 2005:143):

İnsan faktörü: Yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik, yeterli özeni göstermeme, önlem almama, dikkatsizlik.

Kurumsal faktörler: İş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik geri dönüşüm konularda yetersizlik, personelin yanlış dağıtımı.

Teknik faktörler: Yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği, entegrasyon eksikliği.

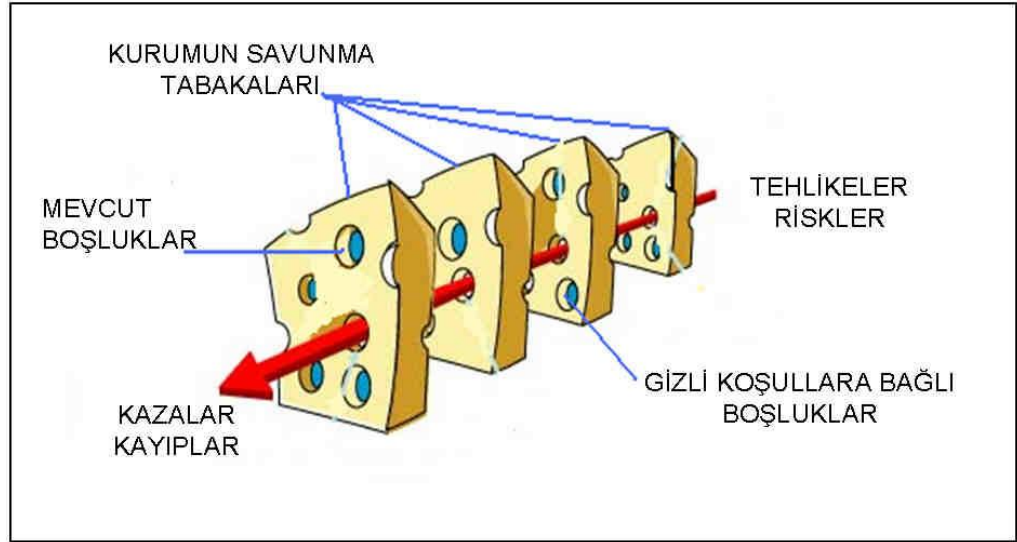
Ayrıca hataların ortaya çıkma sebepleri arasında işgücü talebi, birimler arasında personel transferi, belirsiz doktor talimatları, personel arasında iletişim sorunları, bilgi eksikliği, dikkat dağılması, işin başka bir sebeple kesintiye uğraması, sağlık çalışanı başına düşen hasta sayısı, yanlış ilaçla tedavi veya birime dağıtılan yanlış ilaç ve doz hataları gibi sebepler bulunmaktadır (Tütüncü vd., 2007: 526).

Özata ve Altuncan (2010:111) tarafından yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının tıbbi hata sebepleri ile ilgili görüşleri iş yükünün fazla olması, çalışan personel sayısının yetersiz olması, personele görev dışı işlerin verilmesi, stres ve yorgunluk olarak belirtilmiştir.

Aştı ve Kıvanç (2003:7) ise sağlık personelinin hata yapmaya iten sebepleri belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmalarında çalışma saatlerinin uzun olması, personel sayısının yetersizliği ve yorgunluğun çalışanlar tarafından hata nedeni olarak gösterildiğini belirtmişlerdir.

James Reason'a göre (2000) hataların meydana gelmesinde, insan ve sistem yaklaşımı olarak iki yaklaşım bulunmaktadır. İnsan yaklaşımı; birey üzerine odaklanır ve suçlamaya dayanır, işleyişinde cezalandırma vardır. Sistem yaklaşımında ise sistemin zayıflıklarından kaynaklanan hataların azaltılması, hataların tekrarlanmaması için alınacak önlemlerin belirlenmesi bulunmaktadır; işleyişi yapıcıdır (Lehmann ve Kim, 2005:110; akt.: Eroğlu, 2011: 14).

James Reason tıbbi hatalarda, sistem aksaklıklarını açıklamak için “İsveç peyniri” modelini oluşturmuştur. Modele göre karışık bir sistemde, tehlikeler ve insan kaynaklı kayıplar önleyici mekanizmalar yoluyla engellenebilir. Her bir katman İsveç peyniriyle benzerlik gösteren kasıtsız zayıflıklar veya deliklerden oluşur. Bu katmanlar alarmlar, alanında uzman kişiler, yazılı kurallar ve kontrollerden meydana gelir. Bariyer genellikle hata oluşmasını engellese de bazı aksaklıklar ve hatalar meydana gelebilir (Pregener, 2005; akt.: Bozkurt, 2012: 27).



Şekil 1.2. İsveç Peyniri Modeli

Kaynak: İşlek, E. (2009) “Bir Özel Dal Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların Ve Olası Nedenlerinin Tanımlanması” Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

İsveç peyniri modelinde kurumdaki çoklu savunma mekanizmaları, hataların önlenmesini veya azaltılmasını sağlamaktadır. Buna göre her bir dilim, kurumun savunma mekanizmalarından birini, peynir üzerindeki delikler de savunma mekanizmasındaki boşlukları, zayıflıkları belirtmektedir. Tehlikeler veya riskler savunma mekanizmalarındaki boşluk ve zayıflıklardan geçerek hasta üzerinde hata, istenmeyen olay veya kaza olarak ortaya çıkmaktadır (White, 2004: 18; akt.: İşlek, 2009:15).

Sistemdeki delikleri kapatmak için kurumun iyi eğitim verilmiş personele sahip olması ve kuruma sağlık hizmetleri için iyi planlanmış ekipmanların tahsis edilmesi gerekmektedir. Bunlar İsveç peynirinde farkına varılan bir deliği ifade etmektedir. Fakat sağlık alanında genel sorun kolayca görülemeyen riskleri yönetmek ve model de okla belirtilen savunmalarla risklerin bir yol oluşturarak bir araya gelmesi ile oluşmaktadır (Yıldırım, Ö., 2008: 29).

1.4.1.2. Tıbbi Hata Türleri

Hasta güvenliğini büyük oranda tehdit eden unsurların başında tıbbi hataların geldiği daha önce de ifade edilmişti. Bu hatalar ki, sağlık hizmeti alan kişilerin sağlığını olumsuz yönde etkileyen/etkileyebilen, bazen ölümlere dahi yol açabilen olaylar ve olgulardır. Tıbbi hatalar, aşağıdaki gibi gruplara ayrılmaktadır (Akalın, 2005:142):

İhmale bağılı hatalar: Doğru uygulamayı yapamama durumu

Uygulamaya bağılı hatalar: Doğru işlemi yanlış uygulama

İşleme bağılı hatalar: Yanlış işlemin seçilip uygulanması

Tıbbi hatalar genel olarak medikasyon hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliğine bağılı hatalar, diğer hatalar olarak beş başlıkta sıralanmaktadır (Akalın, 2005:142):

Medikasyon hataları: Genellikle önlenabilir olan bu hatalar, verilen ilaçların hastaya uygulanması ile ilgili olarak meydana gelmektedir. Yanlış doz, yanlış veriliş şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, ilaç alerjisi, gibi hatalar bu gruptadır. Bu hata türünün %34-56'sı önlenebilmektedir (Akalın, 2005:142).

İlaç, hastalara ulaşmadan önce birçok aşamadan geçmektedir. İlacın hastaneye alınması, alındıktan sonra hastanede yer alan eczanede uygun saklanma aşaması, uygulanacak alanlara dağıtımı, hastaya verilmeden önce hekim tarafından order verilmesi, uygun personel tarafından hazırlanıp etiketlenmesi ve son olarak hastaya uygulanma aşamasından oluşmaktadır. Tüm bu aşamaların her evresinde hatalar oluşabilmektedir. Önemli olan, hata nedenlerinin araştırılıp ders çıkarılmasıdır. Yapılan araştırmalarda ilaç hataları uygulama sürecine göre sınıflandırılmıştır. Amerika'da yapılan araştırma da önemli ilaç hatalarının %39'nun reçeteleme ve ilaç orderi esnasında, %50'sinin ilaç uygulama esnasında, %11'nin ise ilaç dağıtım esnasında olduğu saptanmıştır (Alcan vd., 2012: 1-2).



Şekil 1.3. İlaç Hatası Buzdağı

Kaynak: (The Health Care Standards Unit 2006; akt.: Durmaz A. (2007) "Hastaların Hastaneye Yatmadan Önce Kullandıkları İlaçların Kliniğe Kabul Edildikten Sonra Kullanımı İle İlgili İlaç Hatalarının İncelenmesi" Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Bazen ilaç hataları hakkında yeterince bilgi elde edilemeyebilir. Çünkü bu tür hatalar hastaya ulaşmadan önce yarıda kalmış olabilir ya da hastaya ulaşsa bile fark edilmemiş olabilir veya hatalar fark edilip hastaya herhangi bir zarar vermediği için raporlanmamış olabilir. Ancak, hata hastaya ulaşmış ve zarara neden olmuşsa bildirilmiş olabilir. Dolayısıyla, bilinen ilaç hataları olağan durumu tam anlamıyla gösterememektedir. İlaç hatalarının raporlanması, sağlık hizmeti sunanların kişisel kararıdır. Sağlık çalışanlarının hatayı bildirmeme sebepleri, hataları önemsememeleri ya da hatayı bildirmeye korkmaları şeklinde ortaya çıkmaktadır. İlaç hatalarını önlemek için ilaç hatalarının rapor edilmesi sağlık çalışanlarının bu uygulamayı sürekli hale getirmesiyle mümkün olmaktadır (Durmaz, 2007: 13).

Cerrahi hatalar: Yanlış taraf, yanlış organ, yanlış hastaya doğru işlem, doğru hastaya yanlış işlem, yabancı cisim unutulması, kazara delinme ve yırtılmaların olması, geç komplikasyonlar, cerrahi yara enfeksiyonu gibi hatalar bu grupta yer almaktadır (Alcan vd., 2012: 63).

Tanı koymada hatalar: Yanlış tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye veya gereksiz ek tetkiklerin yapılmasına neden olabilmektedir. Laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması ya da yorumlanması en çok karşılaşılan tıbbi hatalardan biridir. Tanısal hatalara deneyimsiz çalışanlar tarafından uygulanan tedavi ve tetkikler de görülmektedir. (Akalın, 2005:142).

Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar: Sağlık hizmetinin sunumu esnasında sistemde gerçekleşen ve belirlenmesi kolay olmayan hatalardır. Bu tür hatalar arasında kullanılan araç ve gereçlerdeki bozukluklar ortaya çıkınca belirlenebilmekte, ayrıca bu hatalar sonucu çok ciddi sonuçlar meydana gelmektedir (Akalın, 2005:142).

Diğer Hatalar: Hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu ve hastanın düşürülmesi gibi önemli konular da tıbbi hatalar arasında yer almaktadır (Akalın, 2005:142). Hastane enfeksiyonları genellikle, hastaneye başvuru esnasında olmayan, hastaların hastaneye yatışından sonra meydana gelen veya hastanede uygulamalar sırasında oluşmasına rağmen hastaneden ayrıldıktan sonra ortaya çıkan enfeksiyonlardır. Hastane enfeksiyonları sağlık çalışanlarının başarısını negatif yönde etkilemekte, doğrudan veya dolaylı hasta ölümlerine sebep olmakla birlikte, tedavi maliyetini artırmakta, bireyi, hizmet veren kuruluşu ve ekonomiyi olumsuz yönde etkilemektedir (İşlek, 2009: 37).

Düşme olayları da hastanede oldukça çok görülen ve hastalar üzerinde olumsuz durumlar oluşturan olaylardır. Düşmeler, kişilerde yaralanmalara ve fonksiyon kayıplarına neden olmakta, dolayısıyla hastanede kalış süresinin ve tedavi maliyetinin artmasına, yaşam kalitesinin bozulmasına, hastalar, hasta yakınları, hizmet sağlayan sağlık çalışanlarında endişe ve korkulara sebep olmaktadır. Dolayısıyla hastanelerdeki bakım kalitesini ortaya koymakla birlikte, sağlık personelinin yeterli olmaması gibi algılara neden olmaktadır (Özden vd., 2012: 80).

Ortaya çıkış şekilleri bakımından yukarıdaki gibi sınıflandırılan tıbbi hatalar, hastalar üzerindeki etkilerine göre ise 3 grupta belirtilebilir (Sayek, 2011: 89):

a. Vahim Olay (Sentinel Event): Bu olay türü, ölüm veya kalıcı bir zarara neden olan beklenmedik olayların karşılığıdır. Hastalarda önemli fizyolojik veya psikolojik hasarlara, çeşitli uzuv ya da fonksiyon kayıplarına yol açmaktadır. Vahim olaylar hemen araştırılmalıdır ve kök neden analizi uygulanmalıdır (Sayek, 2011: 89).

b. İstenmeyen Olay (Advers Event): Sağlık hizmeti esnasında beklenilmeyen ya da potansiyel olarak risk taşıyan olaylardır. Hasta düşmeleri veya ilaç hataları gibi olaylar hastada kalıcı bir hasar vermediyse advers olay olarak tanımlanmaktadır (Sayek, 2011: 89).

c. Direkten Dönme-Ramak Kala Olaylar (Near Miss): Ölüm, sakatlık ya da yaralanma gibi sonuçlar doğurmayan ancak bu riski taşıyan olaylardır. Bir hata meydana gelmiş, ancak hasta herhangi bir zarara uğramamıştır (Gül,2010: 25).

1.4.1.3. Tıbbi Hataların Raporlanması

Raporlamanın tarihçesine baktığımızda, sağlık hizmetleri ile sivil havacılık hizmetleri arasında birçok benzerlikler bulunmaktadır. Uygulanan faaliyetlerin yapısı gereği hizmet faaliyetlerinde “hatadan geri dönüş olmaması” ve “küçük hataların çok ağır sonuçları olması” gibi benzerlikler olduğu görülmektedir. Sivil havacılık alanında hataları engellemek için kullanılan ve olumlu sonuçlar doğuran bazı yöntemlerin, sağlık hizmeti veren sistemlerde uygulanması için bazı çalışmalar yapılmıştır. Sağlıkta kritik olayların araştırılması ilk kez anestezi alanında yapılmıştır (Polat, 2005; akt.: Turasan, 2010: 27).

Tıbbi hataları raporlamanın temel amacı, tecrübelerden faydalanarak öğrenmeyi sağlamak, sağlık kuruluşları tarafından belirlenen önemli olaylardan ders çıkarılmasını ve önlem alınarak, yeni hataların ortaya çıkmasına engel olmaktır. Raporların detaylı

olarak incelenmesi, temel problemlerin ve başarısızlıkların sebebini ortaya çıkararak yeni önlemlerin alınmasına yardımcı olur. Raporlama sisteminin ana görevi değişimi sağlayarak raporlardan elde edilen verilerin tüm personel tarafından paylaşılmasını sağlamaktır (Özata ve Aslan 2010:111).

Ayrıca mevcut hataların raporlanmasının yanında “ramak kala” olarak ifade edilen olayların bildirimi de son derece önemlidir. Ramak kala, çok yakın olmasına rağmen zarara sebep olmayan olaydır. Bu tür hatalar sağlık kuruluşlarında sık olarak meydana gelmektedir. Bu olayların saptanması, bildirilmesi ve engelleyici uygulamaların yaygınlaştırılması büyük önem taşımaktadır (İntepeler ve Dursun, 2012:131).

Tıbbi hataları raporlamada birçok engel bulunmaktadır. Sağlık çalışanların raporlama sürecinde bazı endişeleri bulunmaktadır. Bunlar imaj kaybı, malpraktis davaları, profesyonel disiplin, meslektaş suçlama ve kınamalarıdır (Gallagher et al., 2006; akt.: Gündoğdu, 2010: 16).

Akins ve Cole’un delphi tekniği kullanılarak yaptıkları araştırma sonucunda hata bildirimini etkileyen yedi sebep belirlemişlerdir. Bu faktörler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Çiçek, 2012: 37-38):

a) Sistemde kaynakların dağıtımında hasta güvenliğini birinci olarak görememe: Hasta güvenliği sistemini kurma, düzenleme ve izlemeye, hasta güvenliği sisteminin reorganizasyonuna, bilgisayara dayalı kayıtların oluşumuna yeterli kaynak ayırmama (Çiçek, 2012: 37-38).

b) Kaynak yetersizliği: Sağlık kuruluşlarının en önemli problemlerinden bir diğeri de yetersiz personel çalıştırılması veya çalışanların aşırı iş yükünden kaynaklanmaktadır. Bundan dolayı çalışanlar, zaman yetersizliği ya da insan gücü eksikliği nedeniyle hasta güvenliğine gerektiği kadar önem verememekte; hata bildirimini için zaman ayıramamaktadır. Kâğıda dayalı hata bildirim sistemi kullanılıyorsa, daha fazla problem çıkmaktadır. Sağlık çalışanları hasta güvenliği konusunda kullanılan yeni uygulamaları öğrenme ve bu faaliyetler için zaman ayırmaya istekli davranmamaktadırlar (Çiçek, 2012: 37-38).

c) Hasta güvenliği teknolojisinin maliyetinin yüksek olması ve elde edilmesindeki zorluklar: Genellikle alt yapı eksiklikleri ya da kaynak yetersizlikleri sağlık kuruluşları açısından önemli bir engeldir. Hizmet içi eğitimler, yeni teknolojiler,

hasta kabulü, laboratuvar analizleri, faturalama işlemleri için gerekli olan elektronik sistemlerin varlığı bu kaynakların bazılarıdır. Hasta güvenliğini verimli hale getirmek için özellikle hastane otomasyon sistemleri birçok sağlık kurumunda bulunmamaktadır (Aydın, 2010: 26).

d) Değişime karşı direnç: Tıbbi hataların raporlanmasında ortaya çıkan engellerin en önemlilerinden biri de sağlık çalışanlarının pek çoğunun hasta güvenliğine yönelik uygulamaları yaptıklarını savunmaları ve değişime ihtiyaç olmadığı düşüncesinin var olmasıdır (Çiçek, 2012: 37-38).

e) Suçlayıcı kültürün varlığı: Tıbbi hataların bildirimini engelleyici en önemli etkidir. Sağlık sistemi içinde yer alan hiyerarşik yapılanmalar, kurumda standartların uygulamaya dönüşmemesi, hasta bakımında kendi başına kurallar belirleme gibi faaliyetler sistemde aksaklıklara neden olmaktadır. Dolayısıyla meydana gelen tıbbi hatalar sistemdeki eksiklikler açısından incelenmek yerine, olay kişisel boyutlara taşınmaktadır. Belirlenen herhangi bir hata sistemdeki eksiklik yerine personelin başarısızlığı olarak algılanmakta ve hatayı yapan birey cezaya çaptırılabilir (Yıldız, 2010: 33).

f) Üst düzey yönetiminin hasta güvenliği konusunu anlamada ve uygulamada yetersizlikleri: Birçok sağlık kurumunda etkili liderlik yaklaşımı bulunmamakta; stratejik planlamada ve hedeflerde hasta güvenliğine önem verilmemektedir. Hasta güvenliği stratejik planlaması, geliştirme faaliyetleri, hasta güvenliği öneminin anlaşılması ve desteklenmesi, yöneticilerin ve çalışanların yetkilendirilmesi için; sağlık bakım liderlerinin hasta güvenliği ve önemi konusunda eğitilmeleri zorunludur. Liderin hasta güvenliğine önem vermesi, hasta güvenliğini değerlendirmesi, yönetimin hasta güvenliği uygulamaları için yeterli bütçeyi ayırma ve desteklemesini sağlayacaktır (Çiçek, 2012: 37-38).

g) Hata konusunda sağlık çalışanlarının algıları, tutum ve davranışları, “olayın üstünü örtme” yaklaşımı: Örgütün kültürünü oluşturmak ve kurum kültürünü benimsetmek en önemli etkidir. Kişileri suçlama-cezalandırma sistemi uygulayan kurumda hata yapan kişilerin hatalarını gizlemesine, hatalarını kabul etmeyerek hatalardan ders çıkarma konusunda eksiklikler yaşamasına neden olacaktır (Çiçek, 2012: 37-38).

Tıbbi hataların önlenmesi veya yol açacakları zararların en düşük seviyeye indirilebilmesi için raporlanmaları ve raporların tartışmaya açılmaları elzem

görülmektedir. Raporlamada ise sıkıntıların yaşandığı bilinmektedir. Bu sıkıntıların aşılabilmesi ve raporlama sayısının artırılması için bazı stratejiler geliştirilmiştir (Alcan vd., 2012:208):

- a. Cezalandırmanın kullanılmadığının duyurulmasını ve bilinmesini sağlamak
- b. Bildirim yapanları ödüllendirmek,
- c. Somut örneklerle meydana gelenler ve öğrenilenlerin sunulmasını sağlamak,
- d. Yapılan iyileştirmeleri paylaşarak çalışanların bakış açısının değiştirilmesine yardımcı olmak,
- e. Hasta güvenliği kültürünü oluşturmak için çalışanlara konunun anlatılmasını sağlamak ve teşvik etmek,
- f. Tıbbi hataların raporlanması için bazı uygulamaların yer alması gerekmektedir. Bu uygulamalar aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Gündoğdu, 2010: 16):

- Olay / hata bildiri formu
- Kaliteyi iyileştirme Hasta ve Çalışan Güvenliği Komitesi Kurulması
- Hasta güvenliği tehdit eden bildiri formu
- Eğitimler
- Değerlendirmeler

1.4.1.4. Tıbbi Hataların Sonuçları

Tıbbi hataların en ağır sonucu, ölümlerin meydana gelmesidir. Daha sonra tedavinin uzaması, yeni sakatlıkların veya komplikasyonların ortaya çıkması ve bunların tedavisi için ek maliyetlere ve manevi hasarlara katlanması gelmektedir. Ayrıca tıbbi hatalar, sağlık çalışanlarında moral ve motivasyon kaybına, hastalarda ise sağlık çalışanına karşı güvensizliğe ve toplumda sağlık sisteminden memnuniyetsizliğe neden olmaktadır (Avşar vd., 2016:115).

Fırsat maliyetleri konusunda da tıbbi hatalar olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Örneğin; ilave sağlık harcamaları oluşturan tekrarlanan laboratuvar testleri, tekrarlanan ilaç tedavileri ve tıbbi hatanın yarattığı olumsuz sağlık durumunun tedavisi için katlanılan ek maliyetler, sağlık sigorta primlerinde artışlara neden olmaktadır (Top vd., 2008:164).

Gündoğdu' ya (2010:17) göre tıbbi hataların sonuçları; kişisel sonuçlar, toplumsal sonuçlar, artan sağlık harcamaları, artan verim kaybı, sakatlık maliyeti ve gelir azalması olarak sıralanmaktadır. Hatalar sağlık hizmeti alan bireylerin sakatlık veya ölümle karşı karşıya kalması ile kurumlara olan güvenin azalması, çalışan motivasyonun ve verimliliğin azalmasına bu da kurumlarda imaj kaybı ve gelirlerin azalması sonucu toplumda gereksiz sağlık harcamalarına ve huzursuzluklara neden olmaktadır.

Bu hataların sonuçları incelendiğinde, sağlık çalışanları ve hizmet veren kurumlar üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu görülmektedir. Çalışanın kendini suçlu hissetmesi, meslektaşları tarafından ayıplanması, sağlık personelinin görevinden uzaklaştırılması, hasta ve sağlık personeli arasındaki güven ortamının bozulması, sağlık kurumunun kamuoyunda imajının sarsılması, sağlık çalışanı ve sağlık kurumu hakkında dava açılması, hastaların başka sağlık kuruluşlarını tercih etmesi gibi sonuçlar doğurmaktadır (Gözlü, 2011: 11).

1.4.2. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliğinin temelini Latince' de "Primum non nocere" olarak tanımlanan ve Türkçe' ye "Öncelikle zarar verme" olarak aktarılan temel ilke oluşturmaktadır. 19. yüzyıldan itibaren günümüze kadar artan bir öneme sahiptir (Hasta Güvenliği, İnternet: 15.01.2017).

1.4.2.1. Hasta Güvenliği Kavramı ve Önemi

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 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: 13).

Sağlık hizmetlerinin yoğunluğu, 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. Sağlık hizmetlerinin amacı; tedavi ve bakım sağlayarak hastaların tedavisi, hastalıklardan korunması ve rehabilitasyonudur. Bu hizmetleri sağlarken, sağlık alanındaki hızlı değişimler, karmaşık tedavi ve bakım prosedürleri, nitelikli sağlık çalışanı sayısındaki azalma gibi faktörler hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedir (Yıldız vd., 2012: 96).

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: 10).

1.4.2.2. 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: 56):

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,2016:6).

b. Hasta Güvenliğini İyileştirmede Eğitim: Hasta güvenliğinin sağlanmasında yararlanılan temel taşlardan biride 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: 144). Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunan kişilerin eğitim beceri ve dikkatleriyle doğru orantılıdır (Murray vd,2000:633-638).

c. Hasta Güvenliğini İyileştirmede Personel: Sağlık hizmetinin sunulması için yeterli ortam, ekipman ve teknik çalışanlara ihtiyaç duyulmaktadır (Murray vd., 2000:633-638). 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 personeller gerekmektedir (Pedreira ve Marın,2004:563-567).

d. Hasta Güvenliğini İyileştirmeye Yönelik İletişim: Sağlık kuruluşlarında güvenliği tehlikeye atan etkenlerden biri de iletişimin sağlanamamasıdır. Hastaların kimliklendirilmesin de ki 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,2009:390-404).

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., 2006:809-817). 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., 2000:633-638).

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, 2005:264-267). 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., 2009:357-369).

1.4.2.3. Hasta Güvenliğinin Hedefleri

Hasta güvenliğinin en temel hedefi hata ve kazaları ortadan kaldırmak ve gerekli önlemleri alarak insan sağlığına zarar vermemektir. Bu temel hedefe bağlı olarak ortaya çıkan diğer hedefler ise şöyle sıralanabilir (Serbest, 2011: 14):

- Hastaların doğru kimliklendirilmesi / tanımlanması,
- Etkili iletişimin artırılması,
- Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi,

- Doğru-Taraf, Doğru-Prosedür ve Doğru-Hasta Cerrahisi' nin sağlanması,
- Sağlık bakımı ilintili enfeksiyonların azaltılması,
- Düşmelerden kaynaklanan hastaların zarar görme riskinin azaltılması

Yetkinlioğlu (2009:41) ise hasta güvenliğinin dokuz hedefini tanımlamaktadır:

- Hasta kimlik bilgilerinin doğru olması,
- Sağlık hizmeti sunucuları arasındaki iletişimin etkinliğinin sağlanması,
- Önemli ilaçlarının kullanım güvenliğinin sağlanması,
- Yanlış taraf, yanlış hasta, yanlış cerrahi uygulamalarının olmaması veya azaltılması,
- İnfüzyon pompalarının kullanım güvenliğinin geliştirilmesi,
- Klinik alarm sistemlerinin etkinliğinin geliştirilmesi,
- Enfeksiyon risklerinin azaltılması,
- İlaçların doğru ve tam olarak verilmesi,
- Düşmelerin sebep olduğu hasta yaralanmalarının azaltılması

Sayek'e (2011: 34) göre de hasta güvenliğinin hedefleri; hasta kimliğinin doğrulanması, sağlık hizmeti sunan ekibin kendi içerisindeki iletişimi, ilaç güvenliği, sağlık bakımıyla ilgili enfeksiyonların önlenmesi, tedavide uzlaşma, hastaların düşmesinin önlenmesine yönelik girişimler, grip ve pnömoni bağışıklaması, cerrahi yanıklar, hasta katılımı, bası yaraları, risk değerlendirme odaklı hizmet sunumu (intihar, yangın vb.), hastanın durumundaki değişime hızlı yanıt verebilme (hantallıktan uzak yapılanma), anlaşılması zor ya da yanlış anlaşılmaya açık kısaltmalar ve yanlış taraf cerrahisini önlemeye yönelik uygulamaları gibi birçok konuyu kapsamaktadır.

Hasta güvenliği hedeflerinin gerçekleşmesi için hastalara, hasta yakınlarına ve en önemlisi sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmektedir. Hasta güvenliğinin hedeflerinin uygulamaya geçirilmesi için de aşağıdaki belirtilen sürecin yürütülmesi önerilmektedir (Gülkaya, 2009: 21-24):

— **Hastaların Kimlik Tanımlamalarının Doğru Yapılması:** Hastaların bilinçleri açık olmayabilir; kendilerini ifade edemeyebilirler; hastane içerisinde yerleri değişmiş olabilir; duyuları ile ilgili sorunlar yaşayabilirler ya da doğru kimliklendirmeye engel başka durumlar oluşabilir. Bu gibi durumlarda hastaların kimliğinin doğru tanımlanmasının ne kadar önemli olduğu kendini göstermektedir. Sağlık hizmetini ya da tedaviyi alan hastanın doğru hasta olduğunun güvenilir bir

biçimde belirlenmesi ile birlikte hizmetin veya tedavinin doğru hastaya uygulandığının belirlenmesi, kimlik tanımlama temelli hataları azaltacaktır. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, hasta güvenliği konusundaki politika ve prosedürleri, özellikle ilaç, kan veya kan ürünleri verilen klinik test için kan ya da diğer numuneler alınan veya başka tedaviler ve prosedürler uygulanan hastaların kimliklendirme aşamalarının iyileştirilmesinde kullanılmaktadır (Gülkaya, 2009: 21-24).

Hasta kimlik tanımlama ve doğrulama sisteminde oda ve yatak numarasının kullanılmaması onun yerine barkotlu hasta kol bantlarının kullanılması ve bu bantlarda; protokol numarası, hastanın T.C. kimlik numarası, hastanın adı- soyadı, doğum tarihi (gün-ay-yıl), doğum yeri ve doktorun adı ve soyadının yazılması gerekmektedir (Gülkaya, 2009: 21-24).

Sağlık kurumlarına yatışlarda dört ayrı renkte kol bandı kullanılmaktadır. Normal hastalar için beyaz, alerjik hastalar için kırmızı, aynı serviste aynı isimli hasta için lacivert, diğer hastalara ve çalışanlara bulaşıcı riski taşıyan hastalıklar için sarı, alerjisi ve bulaşıcı riski olan hastalar için beyaz bilezik üzerine, kırmızı ve sarı renkli etiketler yapıştırılması gerekmektedir. Hastanın gizliliği ve mahremiyeti açısından sağlık kurumlarında sadece beyaz ve kırmızı bant hasta bilekliği kullanılmaktadır (Balık, 2014: 12).

— **Yüksek Riskli ilaçların Güvenliğinin Sağlanması:** Hasta tedavi sürecinin önemli bir aşaması ilaçlardır. İlaçların, hasta güvenliğinin sağlanması için uygun şekilde kullanılmaları gerekmektedir. Genellikle, yüksek yoğunluklu elektrolitlerin dikkatsizce kullanılmasıyla ilaç hataları oluşmaktadır. Bu hata, sağlık çalışanları hasta bakım ünitesine doğru yönlendirilmediğinde veya acil vakalarda ortaya çıkmaktadır. Bu tür hataları azaltmanın veya engellenmenin en etkili yolu yüksek yoğunluklu elektrolitlerin hasta bakım ünitesinden kaldırılarak daha güvenilir ortamlarda saklanmasıyla sağlanacaktır (Gülkaya, 2009: 21-24).

— **Yanlış Hasta, Yanlış Taraf, Yanlış Cerrahi Girişimin Azaltılmasının Sağlanması:** Bu tür hatalar cerrahi ekibin üyeleri arasındaki sağlıklı ve yetersiz iletişimden; taraf işaretlemeye hastanın katılmamasından ve yer doğrulama prosedürlerinin yetersizliğinden oluşmaktadır. Yetersiz hasta değerlendirmesi, tıbbi kayıtların dikkatsizce gözden geçirilmesi, cerrahi ekip arasındaki yeterli iletişimi sağlamayan bir kültürel yapı, okunaksız el yazısı sorunları ve kısaltmaların kullanılması bu hatalara neden olan etkenlerdir. Sağlık kurumları bu sorunların engellenmesi için

ilgili tüm sağlık personeliyle iş birliği içerisinde politika ve prosedürler dahilinde stratejiler geliştirmelidir. Uluslararası Birleşik Hasta Güvenliği Komisyonu (JCI) “Yanlış-Hasta, Yanlış-Taraf, Yanlış-Prosedür Cerrahisi’ni Önleme Evrensel Protokolü” gibi kanıta dayalı uygulamaları hasta güvenliğini sağlamak amacıyla kullanmaktadır. Evrensel protokolda bulunan temel işlemler;

- Cerrahi tarafın işaretlenmesi
- Operasyon öncesi doğrulama süreci
- Prosedürün başlamasından hemen önce verilen moladır.

Ayrıca cerrahi uygulanacak tarafın işaretlenmesi hastanın da katılımını içermektedir ve net bir işaret yöntemiyle yapılmaktadır (Gülkaya, 2009: 21-24).

— **Hastaların Düşme Sonucu Zarar Görme Durumunun Azaltılması:**

Düşme olayları sağlık hizmeti alan hastaların yaralanmalarının önemli bir bölümünü kapsamaktadır. Kurumlar ilk önce hastaların düşme riskini belirlemeli, düşme riskini önlemek için programlar geliştirmeli ve oluşabilecek bir düşme sonunda yaralanma riskini azaltmalıdır. Değerlendirme sürecinde hastanın düşme öyküsü alınmalı, ilaç ve alkol kullanma durumu gözden geçirilmeli, hastanın denge durumu belirlenmeli ayrıca hasta tarafından kullanılan yürüteçler belirlenmelidir (Gülkaya, 2009: 21-24).

— **Hastane Enfeksiyonlarının Azaltılması:**

Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi çoğu sağlık uygulamalarının en zorlayıcı yönüdür. Yükselen enfeksiyon oranları, sağlık bakımı sunanlar ve hastalar için büyük bir endişe kaynağıdır. Kateter enfeksiyonları, kan enfeksiyonları ve pnömoniye içeren birçok enfeksiyon, sağlık bakım uygulamalarında yaygın olarak ortaya çıkmaktadır. Bunların ve diğer enfeksiyonların önlenmesinin temeli, el hijyeninin sağlanmasıdır. Uluslararası kabul edilebilir el hijyeni rehberleri DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), Amerika Birleşik Devletleri Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi ve diğer bazı ulusal ve uluslararası kurumlarda mevcuttur. Kurum yayınlanmış ve kabul edilmiş mevcut el hijyeni rehberlerinin benimsenmesi ve kurum içinde kullanılması için politika ve prosedürler geliştirilmesinden sorumludur (Gülkaya, 2009: 21-24).

— **Etkin iletişimin iyileştirilmesi:**

Kurum, bakım sağlayıcılar arasındaki etkin iletişimi geliştirmek için bir çaba sergilemelidir. Zamanında, doğru, tam, karışıklık oluşturmeyen ve karşı taraf tarafından anlaşılan etkin bir iletişim, hataları azaltarak hasta güvenliği sağlar. İletişim elektronik, sözlü veya yazılı olur. Kurumlarda kurallar ve prosedürler dahilinde hata ihtimali en yüksek olan iletişim biçimleri, telefonda hasta

hakkında verilen bilgilerden kaynaklanmaktadır. Başka bir hata ihtimali olan iletişim biçimi ise kritik test sonuçlarının geri raporlanmasıdır (Örneğin, test sonuçlarının hasta bakım ünitesine telefonla bildirim sırasında meydana gelen problemler) (Tansüyer, 2010: 21).

1.4.2.4. Hasta Güvenliği İçin Alınan Önlemler

Sağlık hizmeti sunan kurumlarda hasta güvenliğini sağlamak amacıyla karşılaşılan hatalar ve meydana gelmeden önlenabilir riskler için birtakım önlemler alınmaktadır. Bu önlemlerin bazıları aşağıdaki başlıklar altında açıklanmaktadır:

a) Etkili Bir Raporlama ve Kayıt Sisteminin Kurulması: Sağlık Bakanlığı Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi'ne (GRS) göre sağlık hizmetlerinde karşılaşılan hataların belirlenmesi ve raporlanması gerekmektedir. Sağlık kurumlarında raporlama sistemlerinin kurulmasındaki temel amaç, sağlık çalışanları tarafından rapor edilen tıbbi hatalardan ders çıkarmak ayrıca yeniden gelişebilecek aynı tür hatalar için önlemler alarak, engellemektir. Türkiye'de, sağlık tesislerinin ve profesyonellerinin tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataları bildirebilecekleri, ülkede yaygın olarak gerçekleşen hatalar ve bunların iyileştirilmesine yönelik önlemler hakkında bilgi edinebilecekleri GRS platformu oluşturulmuştur. Geliştirilen GRS sistemi ile amaçlanan;

- Tıbbi süreçlerde yapılan hata bildirimlerini ulusal boyutta toplamak
- Toplanan bildirimler kullanılarak, yeni kalite standartlarının geliştirilmesi ve sistemsel boyutta iyileştirme sağlamak
- Tıbbi hatalar ve bildirim konusunda sağlık profesyonellerinin farkındalığını artırmak
- Elde edilen raporlar vasıtası ile sağlık tesislerine iyileştirme fırsatları açısından yol gösterici olmak
- Bilgi merkezi vasıtası ile sağlık tesislerine iç güvenlik raporlama sistemlerini nasıl yapılandırabilecekleri konusunda rehberlik etmektir.

Sisteme yapılan bildirimler, GRS' nin raporlama yetenekleri sayesinde anında raporlanabilmektedir. Sağlık tesislerinin hata risklerine karşı önlem alma amacı ile gerçekleştirdiği faaliyetlerde yol gösterici olması, sağlık çalışanlarının yaygın hatalar konusunda daha bilinçli olması adına önemli raporlar, herkesin erişimine açık şekilde paylaşılmaktadır. Ayrıca hatalara ilişkin tüm raporlar, Sağlıkta Kalite Standartları'nın

geliştirilmesi amacı ile kullanılmakta, böylece sağlık hizmet süreçlerine ilişkin hataların önüne geçilmesi hedeflenmektedir.

GRS sisteminde tüm kullanıcıların erişebileceği raporlar aşağıda gösterilmiştir:

- En Sık Bildirimi Yapılan İlk 10 Hata Kodu
- Zaman Aralıklarına Göre Bildirim Sayı Dağılımları
- Meslek Gruplarına Göre Bildirim Sayı Dağılımları
- Hata Yerine Göre Bildirim Sayı Dağılımları
- Hata Sürecine Göre Bildirim Sayı Dağılımları
- En Sık Bildirimi Yapılan İlk 10 Hata
- Yıllık veya dönemsel hata analizleri

Ulusal boyutta oluşturulan “Güvenlik Raporlama Sistemi” inde herhangi bir kullanıcı girişi bulunmadığından, sağlık tesisine spesifik raporlar oluşturma veya takibi gibi fonksiyonlara sahip değildir. Saha geri bildirimlerine dayanarak sağlık tesislerinin kendi hatalarını otomatik olarak istatistik ve analize çevirebilecek bir yazılımın tasarımına Bakanlık bünyesinde başlanmıştır ve önümüzdeki süreçte yayınlanacağı duyurulmuştur (Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi, İnternet: 15.01.2017).

b) Hastaya Yönelik Risklerin Belirlenmesi: Yetmiş yaş ve üzeri, acil cerrahi uygulanan, kronik ve bulaşıcı hastalığı bulunan, bağışıklık sistemi baskılanmış, sedatize, bilinci kapalı, ruhsal sorunları olan hastalar ile diyaliz hastaları ve çocuk hastalar yüksek riskli hasta başlığı altında yer almaktadır (JCI, 2002; akt.: Ögün, 2008: 24). Yüksek risk grubundaki hastaların, sağlık hizmeti sistemine adapte olma konusunda zorluk çekebilecekleri için sağlık kurumları yüksek risk grubundaki hastaların bakımı için ortak bir politika ve yöntem oluşturmalıdırlar (Önler, 2010: 16).

c) Sisteme Bağlı Hataların Belirlenmesi ve Çözüme Kavuşturulma: Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürü oluşturmak için birçok yöntem ve uygulama bulunurken; hasta güvenliğinin temelini oluşturan tıbbi hatalar için Hata Türleri ve Etkileri Analizi (HTEA), Hataların Raporlanması, Kök Neden Analizi (KNA) Yöntemleri kullanılmaktadır. Hata raporlanması konusu diğer bölümde yer aldığı için bu bölümde sadece Kök Neden Analizi ile Hata Türleri ve Etkileri Analizinden bahsedilmektedir (Alcan vd., 2012: 192-195).

Hata Türleri ve Etkileri Analizi(HTEA): 2000’li yıllarda sağlık hizmeti alanında uygulanmaya başlayan HTEA 2008 yılında JCI tarafından tavsiye edilen bir uygulama olmuştur. Böylece sağlık kurumları arasında istenmeyen olayların

çözümlerinde kullanılmaya başlanmıştır. Bu sistemle hatalar oluşmadan önce risk analizleri yapılarak olası hataların önlenmesini içerir. Oluşmayan hataları önlemek oluşan hataların düzeltilmesinden daha ekonomik ve kolaydır. HTEA kullanımıyla hataların çabuk tespiti, hata sebeplerini belirlenmesi, olası hataların etkilerini ölçümü ve değerlendirilmesi, hata sıklıklarının azaltılmasının ölçümü gibi alanlarda yararlanılmaktadır. HTEA uygulamaları 5 adımda yapılmaktadır. Bunlar:

- Sürecin ve ekibin belirlenmesi (analiz edilecek süreç ve ekip belirlenir)
- Sürecin analiz edilmesi (süreç adımları analizi ve her adımdaki potansiyel hata belirlenir)
- Risk analizi yapılması (belirlene her hatanın etkileri analiz edilip etkilere göre şiddet skoru belirlenir, hatanın nedenlerine göre skor belirlenir, risk skoru belirlenir, önlem alınması gereken hatalar belirlenir)
- Risklerin ortadan kaldırılması (hataları ortadan kaldıracak veya azaltacak uygulamalar belirlenir, her uygulama için sorumlular ve bitirme zamanı belirlenir.)
- Sürekli iyileştirme (yapılacaklar uygulamaya alındıktan sonra yeni şiddet, olasılık ve belirlenebilirlik skorları hesaplanır, HTEA yeni skorlara göre güncellenir (Alcan vd., 2012: 192-195).

Kök Neden Analizi (KNA): Kök Neden Analizi oluşan önemli hataların ve tekrarlanan hataların kök nedenlerinin belirlenerek iyileştirmesini sağlamaktadır. Hataların çıkış noktalarıyla yani görünmeyen kısımlarıyla ilgilenir ve tekrarlanan hatalar için alınacak önlemleri belirler. Buradaki temel amaç, problemin gerçek çözümüne ulaşmak çıkış sebeplerini öğrenmektir. KNA basamakları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

- Olayın tanımlanması
- Disiplinler arası bir ekibin oluşturulması
- Tüm kaynaklardan bilginin toplanması, kayıtların kontrol edilmesi
- Konu hakkında soruların sorulması
- Analiz sonucuna göre KNA raporunun oluşturulması ve iyileştirilmesini sağlanması
- Raporun paylaşılması

KNA problemlerin doğru tespit edilmesini sağlayarak, hizmet sağlayıcıların bilgi seviyesinin ve davranış biçimlerinin değişmesi ile gerçekleştirilmesi istenilen hedeflere ulaşılmasını sağlamaktadır (Alcan vd., 2012: 210-211).

d) Sağlıklı/Hasta Birey ve Yakınlarının Sisteme Dahil Edilmesi: Hasta güvenliği, hastanın da katılımı bakımından ele alındığında, tıbbi hataları ve istenmeyen olayları engellemek amacıyla geliştirilecek yöntemlerin risk azaltıcı çözümlere odaklanması gerekmektedir Joint Commission, tıbbi hataları önlemek için bir uygulama düzenlemiştir. “Speak Up” adı verilen bu uygulamada, toplumun kendi sağlığı ile ilgili olarak, kendilerine hizmet veren sağlık çalışanlarına soru sormalarını, daha detaylı bilgi alabilecekleri kaynaklar konusunda sağlık çalışanlarına danışmalarını ve böylece hastaların sağlıkları ile ilgili tüm süreçlere katılımı sağlanmaktadır. Bu uygulama ile tıbbi hataların en önemli sebeplerinden biri olan iletişim yetersizliklerinin ve hataların, hasta-hekim işbirliği içinde azaltılması amaçlanmaktadır (Onganer vd. , 2014:172).

JCI tarafından desteklenen “Speak Up” uygulaması aşağıdaki basamaklardan oluşmaktadır:

Speak Up: Sesli olarak sorularınızı sorun.

Pay Attention: Aldığınız bakım hizmetine odaklanın. Doğru sağlık personelinin doğru ilaçları aldığınıza emin olun.

Educate Yourself: Kendinizi eğitin; araştırın.

Ask: Çevrenizdeki güvendiğiniz kişilere sorular sorun.

Know: Hangi ilacı neden aldığınızı, hangi incelemeyi neden yaptırdığınızı bilin.

Use: Hizmet aldığınız kurumun çalışma standartlarını, hizmet standartlarını sorgulayın.

Participate: Bütün tedavi kararlarına katılım gösterin

Yukarıda açıklanan süreç, sağlık hizmetlerinin sunumunda güvenliği sağlamada, hasta ve yakınlarının eğitimi, hastaların bakım süreçlerine katkıda bulunmaları ve bakım kararlarını bilgilendirilmiş olarak vermeleri olarak ifade edilen faydaların oluşmasına destek sağlamaktadır. Hastalar, yapılacak tedavi ve işlem hakkında bilgilendirildiklerinde, iyileşme süreci daha hızlı ve güvenli olacaktır (Onganer vd., 2014:174).

e) Bilgi ve İletişim Teknolojilerinden Daha Etkin Faydalanılması: Arizona Hospital and Health Care Organization’nun 2007’de “SBAR İletişim Standartları” adıyla yayınlanan belgede belirtildiği gibi “*hasta güvenliği, klinik bakımın sesidir*”

ilkesiyle etkin iletişimin hasta güvenliği kültürünün temel etmenlerinden olduğu belirtilmektedir. SBAR, hasta bakımına katılan çalışanların, güncel teknolojiyle donatılmış ve standart hale getirilmiş bir iletişim ağına katılmalarını amaçlamaktadır. İletişim başarısızlıkları, istenmeyen hatalara neden olmaktadır. Eksik bilgi, şüpheli ya da birden fazla anlam içeren bilgi, açık olmayan bilgi, kişisel sebeplerden kaynaklanan ve iletişimsizlik, etkin iletişime zarar veren önemli unsurlardır. Etkin bir iletişime zarar veren diğer nedenlerse; kültürel farklılıklar, etik değerler, davranışlar (ses tonu, beden dili), eğitim seviyesi ve cinsiyet olarak belirtilmektedir. SBAR'ın açılımı aşağıdaki gibi ifade edilmektedir (Alcan vd., 2012:169).

S(durum): şimdi ne / neler oluyor?

B(özgeçmiş): bu duruma neden olan nedir?

A(Değerlendirme): problemin ne olduğunun belirlenmesi

R(öneri): problemin zamanında çözümü için neler yapılmalı?

SBAR süreci, problemlerin ifade edilmesine yardımcı olur; özgeçmişte yer alan bilgilere ulaşmayı sağlar; karar verme sürecinde yardımcı olur; uygulamaya geçmek için fırsat sağlar ve iletişim kurmada bireyleri cesaretlendirir (Alcan, 2012:177-179).

f) Tıbbi Araç Gereç ve Cihazların Bakımının Düzenli Olarak Yapılması:

Sağlık hizmeti sunumunda tıbbi araç-gereç ve cihazlar olmaksızın sonuç almak olanaksızdır. Tanı, tedavi ve bakım uygulamaları esnasında araç, gereç ve cihazların yanlış kullanılması veya doğru kişilerce kullanılmaması, tanı ve tedavide hata nedeni olmaktadır. Yeni bir cihaz alındığında, mevcut cihazlarda değişim olduğunda ya da malzemelerde değişim söz konusu olduğunda; kullanacak olan sağlık çalışanlarının bu duruma uyum sağlamaları için eğitim almaları gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunulurken kullanılacak araç ve gerecin veya malzemelerin güvenlikleri hakkında bir şüphe olduğunda bunlar kullanılmamalıdır. Ayrıca malzemelerin istenilen amaçlar doğrultusunda kullanıldığından emin olunması, bu yönden belli zaman aralıkları ile kontrol edilerek, bakımlarının yapılması, hasta güvenliğinin sağlanması bakımından faydalı olmaktadır (Aştı ve Acaroğlu, :2000: 25).

g) Protokollerin ve Rehberlerin Geliştirilmesi:

Rutin hizmetler uygulanırken insan hafızasına dayanan işlemleri en aza indiren protokol ve rehberlerin belirlenmesi ve kullanılmasını sağlamaktır. Ayrıca, acil servis gibi yüksek risk taşıyan, karmaşık ve yoğun ortamlarda, hafıza yerine protokol ve rehberlerin kullanılması oluşan hata sıklıklarını azaltabilecektir (WHO, 2008).

h) İnsan Kaynaklarının Yönetiminin sağlanması: Sağlık Çalışanların, muhtemel hataları önceden görebilecek duruma gelmeleri, sayı yeterliliği ve iş yüklerinin azaltılması hasta güvenliğinin artırılması konusunda önemli etkenlerdir (Alfredsdotti ve Bjornsdottir 2007; akt.: Önler, 2010: 33).

Sağlık kurumları, sağlığı bozulmuş ve yoğun strese maruz kalmış kişilere hizmet vermektedir. Bununla birlikte çalışanların aşırı iş yüküne bağlı olarak yaşadıkları yoğun stres, hasta/hasta yakınları ile çatışma yaşamalarına yol açabilmektedir. Bunları engellemek adına insan kaynaklarının iyi idare edildiği ortamlar oluşturmak hasta güvenliği kültürüne katkı sağlayacaktır (Tel vd., 2003: 13-23).

i) Etkin Liderliğin Sağlanması: Liderlik, bir grup insanı belirli amaçlar etrafında bir araya getirebilme ve bu amaçları gerçekleştirmek için onları harekete geçirme, bilgi ve tecrübelerinin tamamından oluşmaktadır. Çalışanların, farklı ortamlarda yetişmiş olmaları, eğitim düzeylerinin, inançlarının farklı olması gibi nedenlere bağlı olarak amaçları da farklılık göstermektedir. Dolayısıyla liderlerin, farklı kültürlerden gelen çalışanlar için, onların benimseyecekleri ya da en azından uyum sağlayabilecekleri ortak bir çalışma ortamı sağlaması gerekmektedir (Yalçınkaya, 2010: 26).

Sağlık hizmeti sunan bu kurumlarda hataların ortaya çıkarılması ve azaltılmasıyla ilgili bir liderlik tarzı ve kurum kültürü oluşturulmadığı ortamlarda, hata görülme oranı daha fazla olmaktadır. Hasta güvenliği kültürü gelişmemiş bir kurumda hatalar saklanır, önlem alınmaz ve bu durum aynı hataların tekrarlanmasına neden olur. Bu konuda etkin bir liderlik sağlanarak çalışanlar tarafından hasta güvenliği kavramına dikkat çekilebilecektir (İşlek, 2009: 30).

1.4.2.5. Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Akreditasyon ve Standartlar

Sağlık hizmetlerinin kaliteli bir biçimde sunulabilmesi için bu hizmetlerin hem ulusal ve hem de uluslararası standartlara uygun olması gerekmektedir. Herhangi bir sağlık kuruluşunun uluslararası kabul görebilmesi için akreditasyon ve ISO standartlarını karşılaması gerekmektedir (Göçmen, 2010: 23).

Sağlık sektöründe standartlara uygun hizmet sunumu deyince akla akreditasyon gelmektedir. Akreditasyon, hizmet kalitesini sağlamak ve geliştirmek için belirli standartlara sağlık kurumlarındaki uygulamaların ne ölçüde uygun olduğunun bağımsız ve kâr amacı gütmeyen bir kuruluş tarafından belgelenmesidir. Sağlık hizmeti sağlayan

kuruluşun kalitesinin ve güvenilirliğinin sağlanması, hasta ve sağlık çalışanları risklerinin azaltılması prensiplerini taşıyan, iyileştirme ve geliştirme uygulamalarının sürekliliğini amaçlayan kurumsal bir süreçtir (Gözlü, 2011: 32).

Toplumun bilinç düzeyinin, beklentilerinin ve sağlık hizmetleri talebinin artması, teknolojik gelişmeler ve yarattığı riskler, artan hizmet sunum maliyetleri ve bunun sosyal güvenlik sistemine getirdiği yükler, hizmet kalite standartlarının yükselmesi, artan rekabet, getirilen hukuki sorumluluklar ve sürekli iyileştirmeyi öngören sağlık politikaları hasta güvenliğini vazgeçilemez bir unsur haline getirmiştir (Özmen ve Başol, 2010: 83).

Ülkemizde son yıllarda hızla artan akreditasyon çalışmaları nedeniyle kurumların odak noktası olmuştur. Uluslararası bir akreditasyon kurumu olan (JCI), sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini arttırmaya odaklanmış, kâr amacı gütmeyen Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (JCAHO) uluslararası akreditasyon hizmetleri için oluşturulmuş birimdir (Seren, 2009: 46-48).

Sağlık hizmetlerinin sunumunun değerlendirilmesi amacıyla 1951 yılında JCAHO kurulmuştur. JCAHO 1989 yılından itibaren hasta ve çalışan güvenliği açısından risk yönetimi programlarını zorunlu kılmıştır. Ayrıca kurum hasta güvenliğinin sağlanması için her yıl konuyla ilgili ulusal hedefler yayınlamaktadır. JCAHO 1999 yılından itibaren Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commission International) (JCI) aracılığı ile uluslararası düzeyde sağlık kurumlarının akreditasyonunu sağlamaktadır (Göktas, 2007: 40).

Hasta güvenliği ve tıbbi hataların azaltılması uzun yıllardır JCHAO'nun temelini oluşturan etkenlerdir. JCAHO' nun hasta güvenliği girişimlerini; geliştirdiği hasta güvenliği standartları, periyodik performans ve kalite raporları, personelin etkili görevlendirilme süreci ve her yıl yayınladığı hasta güvenliği hedefleri oluşturmaktadır (İşlek, 2009: 45).

JCI tarafından kullanılan standartlar ve süreçler, akreditasyon kuruluşları için en yüksek uluslararası temel ölçütleri ifade etmektedir. Bu standartlar aşağıda sıralanmaktadır (Us ve Yardan, 2016:102-103):

a. Hasta Merkezli Standartlar

- **Hizmete Erişim ve Hizmetin Sürekliliği:** Bir sağlık kuruluşu sağladığı hizmetin bakımın kişilerin ihtiyaç duyduğunda kolaylıkla elde etmelerini, etkin aralık ve zamanlarda değerlendirerek, sürekliliğini sağlamalıdır.

- **Hasta Yakınının Hakları:** Bu süreç içerisinde hasta haklarının belirlenmesi, korunması ve teşvik edilmesi hastaların hakları konusunda bilgilendirilmesi, uygun olduğunda hasta ailesinin karara dahil edilmesi ve bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.
- **Hastaların Değerlendirilmesi:** Bu süreç hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal durumunu içeren sağlık öyküsü hakkında veri toplanması, verilerin analiz edilmesi ve hastanın belirlenen ihtiyaçlarının karşılanması için bakım planının geliştirilmesini kapsar.
- **Hastanın Bakımı:** Her sağlık kuruluşunun ana amacı hastaların birbirinden farklı ihtiyaçlarına yanıt veren ve destekleyen bir ortamda en uygun bakımın sağlanması olmalıdır.
- **Hasta ve Yakınlarının Eğitimi:** Hasta ve yakınlarının eğitimi, hastaların kendi bakımlarına daha iyi katılmalarını ve bilgilendirilmiş bakım kararları almalarına yardımcı olur. Etkili bir eğitim hastanın ve yakınlarının öğrenme ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ile başlar (JCI Standartları, İnternet:22.10.2017).

b. Yönetim Merkezli Standartlar

- **Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği:** Kalite iyileştirme ve hasta güvenlik programı; hekim, hemşire ve destek personelin hastanedeki sağlık bakım süreçlerinde daha verimli olmasını, kaynakların daha akılcı kullanılmasını ve fiziksel risklerin azaltılmasını amaçlar.
- **Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi:** Sağlık kuruluşunun enfeksiyon, sürveyans, önleme ve kontrol programının hedefi; hastalar, hekimler, hemşireler, diğer sağlık disiplinleri, ziyaretçiler ve öğrenciler arasında enfeksiyonları edinme ve bulaştırma riskinin belirlenmesi ve azaltılmasıdır.
- **Yönetişim, Liderlik ve Yönlendirme:** Bir kuruluşu yöneten ve yön veren liderler, hasta bakımını ve klinik hizmetlerini iyileştirmek, kuruluşun tüm faaliyetlerini entegre ve koordine etmek için birlikte çalışmalıdırlar.
- **Tesis Yönetim ve Güvenliği:** Sağlık kuruluşları, hastalar, aileleri, çalışanlar ve ziyaretçiler için güvenli, fonksiyonel ve bakım hizmetlerini destekleyici bir yapı ve donanım sağlamak üzere çalışırlar. Yönetim;

tehlike ve riskleri azaltmak ve kontrol etmek, kazaları ve yaralanmaları önlemek ve güvenli koşulları muhafaza etmek için çalışmalıdır.

- **Çalışanların Niteliği ve Eğitimi:** Bir sağlık kuruluşu misyonunu gerçekleştirmek için uygun çeşitlilikte becerikli, nitelikli kişilere gereksinim duyar. Personelin işe alınması, değerlendirilmesi ve atanması en iyi şekilde koordineli ve etkili bir şekilde gerçekleştirilir.
- **Bilgi Yönetimi:** Hasta bakımı bilgiye ileri derecede bağımlıdır. Hizmeti sağlamak, koordine ve entegre etmek için sağlık kuruluşlarının sunulan bakımı, bakımın sonuçlarını ve kendi performanslarını kaydederek bilgi haline getirmeleri ve bu bilgiyi kullanmaları gerekmektedir (JCI Standartları, İnternet: 22.10.2017).

Tüm bu gelişmeler sonucunda son yıllarda kalite ve özellikle de akreditasyon programlarının en çok üzerinde durduğu konu hasta güvenliği ve tıbbi hataların azaltılması olmuştur. Bu görüşe dayanılarak, hasta güvenliği ve tıbbi hatanın sağlık sistemi kalitesinin doğrudan göstergesi olması sebebiyle, kalite standartlarına uygun hizmet sunumunun önemine dikkat çekilmektedir. Çakır (2007:155-156)'ın yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %81,5'inin hasta güvenliği ile ilgili hiç olay bildiriminde bulunmadığı, kalite belgesi almış hastanelerde çalışanların %24'ü, kalite belgesi almayan hastanelerde çalışanların ise yalnızca %13'unun olay bildiriminde bulunduğunu belirtmiştir. Bu da kurumlarda hasta güvenliği ortamının sağlanmasındaki etkenlerden biri olan akreditasyon ve standartların ne derece etkili olduğunu göstermektedir.

Başarılı bir akreditasyon yukarıda bahsettiğimiz standartların uygulandığı ortamlarda gerçekleşecektir. Bunun sonucunda kurumlara kazandıracakları avantajlar; Bakımın, tedavinin iyileştirilmesi ve güvenin artması, kaynakların etkin kullanımı, entegre ve hasta odaklı yönetim, mesleki gelişim ve güvenilirlik, kalite ve güveni birleştirmek için güçlü bir çerçeve, hasta açısından her aşamada, hasta haklarına saygılı, kaliteli bir kuruma duyulan güven duygusu, hastanın bakım kararlarına ve süreçlerine katıldığı, anlaşılır eğitim ve iletişimle tedaviden maksimum verimin alındığı bir sistemin oluşturulması, tanı ve tedavinin doğru gerçekleştirilmesi olarak ifade edilmektedir (Yonguç, 2007:3; akt: Özdi,2010:48).

Kalitenin bir göstergesi olan hasta güvenliğinin sağlanmasında etkili olan diğer bir etken ISO standartlarıdır. ISO standartları organizasyonların müşteri

memnuniyetinin artırılmasına yönelik olarak kalite yönetim sisteminin kurulması ve geliştirilmesi konusunda rehberlik eden ve ISO tarafından yayınlanmış olan bir standartlar bütünüdür (Göçmen, 2010 :24).

Bu standartlar, aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

ISO 15189 Tıbbi Laboratuvar Akreditasyon Standartları: ISO 15189 standardı, tıbbi laboratuvarlara özgü yeterlilik ve kalite ile ilgili şartları belirlemektedir. ISO (International Organization for Standardization) Teknik Komitesi tarafından tıbbi laboratuvarlara özgü hazırlanmış bir standarttır. 2003 yılından itibaren uluslararası düzeyde kabul edilmiş ve uygulanmaktadır. Laboratuvarlar için tanımlanmış uluslararası standartlar içinde tıbbi laboratuvarlara özel hazırlanması ve içeriği yönünden tıbbi laboratuvarlarının standardizasyonuna önemli derecede katkı sağlamaktadır. Tüm dünyada geçerli olan ISO 15189 tıbbi laboratuvarının kalitesi ve güvenilirliği açısından da en önemli referans standart olma özelliğini taşımaktadır.

ISO 15189 standardının (DIN EN ISO 15189 Medical laboratories - Particular requirements for quality and competence) amacı tıbbi laboratuvarlar da güvenilirliği, yapılan analizlerde hastaların ve klinik personelin ihtiyaç duyduğu doğruluk ve kalitenin sağlanmasıdır. ISO 15189, Yönetmelik ve Teknik Şartların yanı sıra Tıp Etiği ve LBS (Laboratuvar Bilgi Sistemleri) konularında kurum/kuruluşlara referans olacak standartlar sunmaktadır. Akreditasyonla hasta veya laboratuvardan hizmet alan klinisyenlere güvenilir, kaliteli ve teknik yönden etkin hizmet alma garantisi sağlanmaktadır (ISO 9001-2008 Kalite Yönetim Sistemi, İnternet: 17.01.2016).

ISO 9001- 2008 Kalite Yönetimi Sistemi: ISO (International Standardization of Organizations), uluslararası bir standardizasyon organizasyonudur. Türkiye'de TSE tarafından özellikle ürün odaklı olarak belgelendirme çalışmalarına başlamıştır. Sağlık kurumlarına ilk belgelendirme 1996 yılında yapılmıştır.

- ISO 9000 standardı, kalite yönetim sisteminin temellerini açıklar ve kalite yöntemleri için terminolojiyi belirler.
- ISO 9001 standardı, kalite yönetim sistemi için bir kuruluşun, müşteri tatminini artırmayı ve belirlenen standartları karşılamak için gerekli olan şartları belirler.
- ISO 9004 standardı, kalite yönetim sisteminin etkinliğini ve verimliliğini dikkate alan bir kılavuz sağlar. Amaç, performansın iyileştirilmesi ve müşterilerin tatminidir.

- ISO 9011 standardı, kalite ve çevre yönetim sistemleri için kılavuz sağlar. (ISO 9001-2008 Kalite Yönetim Sistemi, İnternet: 17.01.2016).

ISO 14001 Çevre Yönetim Sistemi: ISO 14001 Çevre Yönetim Sistemi, doğal yapı ve çevre özelliklerinin korunması için atılan bir adımdır. ISO 14001 Çevre Yönetim Sistemi standardı; çevreyi ve doğal kaynakları tahrip etmeyen teknolojilerin kullanımını teşvik eder, tüketiciyi bu yönde bilinçli ve duyarlı hale getirir. Çevreye zararlı ürünlerin ve hammaddelerin elenmesini sağlar. ISO 14001 Çevre Yönetim Sistemi, hastanelerin sunmuş olduğu hizmetlerin çevresel etkilerini belirlemek, değerlendirmek, önemli sonuçlara neden olabilecek etkileri kontrol altına almak amacıyla oluşturulmuştur.

ISO 14001 Çevre Yönetim Sistemi'nin gerekliliklerini yerine getirerek, bu belgeyi almaya hak kazanan bir kuruluş;

- Atıklarını yöneterek ve geri kazanımlarını sağlayarak kirliliğin önlenmesine katkı sağlar.
- Kaynaklarını etkin kullanarak doğal kaynak tüketimini azaltır.
- Atıkların kontrol altına alınmasıyla maliyetlerini düşürür.
- Çevrenin korunmasını ve çevre bilincinin oluşmasını sağlayarak, toplum üzerinde sağlam bir güven duygusu yaratır.
- Çalışanlarına, topluma ve çevreye saygılı bir kuruluştaki çalışmanın gururunu yaşatır (Kalite Standart Belgeleri, İnternet: 16.01.2017).

OHSAS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi: OHSAS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi (İSG), yapılan faaliyetlerin sağlık ve güvenliği etkileyen unsurlarını tanımlar. İlgili kanunlara uygunluk elde edilmesini, aynı zamanda çalışma ortamının geliştirilmesini de sürekli iyileştirmeyi, ölçmeyi ve hedeflere ulaşmayı amaçlar. OHSAS 18001 İSG çalışanların emniyetli ve sağlıklı bir çalışma ortamına sahip olmalarını sağlar. İSG, kuruluşların daha iyi rekabet koşullarına ulaşabilmesi için, çalışanların iş sağlığı ve güvenliği konusunda planlı ve sistemli çalışmalar yürütmelerini destekler (Kalite Standart Belgeleri, İnternet: 16.01.2017).

TS ISO / IEC 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi: Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi (BGYS): Bilgi güvenliğini kurmak, gerçekleştirmek, işletmek, izlemek, gözden geçirmek, sürdürmek ve geliştirmek için oluşturulmuş bir yönetim sistemidir.

TS ISO / IEC 27001 Standardı ile;

- Hastalara ve kuruma ait bilgi varlıkları etkin bir şekilde korunup, gizlilik, bütünlük ve erişilebilirlik ilkeleri kapsamında izinsiz ve yasadışı yollardan bilgi varlıklarına erişme olasılığı en aza indirgenmektedir.
- Gizli ve önemli bilgilerin korunması sağlanmaktadır.
- Sistem içerisinde mevcut olan zayıflıklar önceden tespit edilip, gerekli önlemlerin alınması mümkün olabilmektedir.
- Kurumda çalışanların değerli bilgi varlıklarının farkına varmaları sağlanmaktadır.
- Bilgi güvenliğine yönelik uluslararası standartların kurum genelinde uygulanması sağlanarak, hastaların güveni kazanılabilmektedir (TS ISO/ IEC 27001 Bilgi ve Belge Yönetimi Sistemi, İnternet:16.01.2017).

1.5. Hasta Güvenliği Kültürü

“Önce zarar verme ilkesini temel alan ve sağlık hizmeti sunulan tüm kuruluşlarda her tür uygulamanın hastanın mevcut durumunu olumsuz etkileyecek faktörlerden korunması anlamına gelen” hasta güvenliği, kültürel kodlarla desteklenirse özümsecek ve sağlık kurumlarında köklü bir şekilde yerleşecektir. Bu sebeple, hasta güvenliği kültürü kavramının da açığa çıkarılması gereklidir.

1.5.1. Hasta Güvenliği Kültürü Kavramı

Hasta güvenliğinin örgütlerde oluşturulması hasta güvenliği kültürünün oluşmasına bağlıdır. Sağlık kurumlarında etkin bir güvenlik kültürünün sağlanması ve geliştirilmesi yönündeki çalışmalar giderek önem kazanmıştır. Sağlık organizasyonlarında hasta güvenliğinin sağlanması, beraberinde bir davranış ve tutum değişimi gerektirdiğinden belli bir sürece gereksinim duymaktadır (Yardımcı vd., 2014:174).

Hasta güvenliği kültürü; tüm sağlık hizmetleri sunan personelin, hasta ve yakını ile doğrudan iletişim kuran hekimlerin, hizmetin devamlılığını sağlayan hemşirelerin ve hastane personelinin hasta haklarına saygılı ve her daim hasta haklarının korunmasında kurum personelinin tümü tarafından sergilenen özen olarak belirtilmiştir (Yalçın, 2010: 14).

Hasta güvenliği kültürü sağlık çalışanlarının hastaların haklarının korunması ve uygulanması için tüm paydaşların gayretleri sonucunda ortaya çıkan hastanın tedavi, bakım, rehabilitasyon, kendine ve gizlilik ilkesine saygı anlamına gelmektedir. Hastaların tedavi süresince her türlü hatalara karşı korunması, yanlış müdahalenin yanı sıra, hastane enfeksiyonları ve hatalı ilaç tedavisi gibi hastalar için risk oluşturan konularda önlemlerin alınması kural ve prosedürlerin uygulanma sürecini kapsar (Özkan,2012: 52).

Hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hataları bugün 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: 23).

Sağlık organizasyonlarında hasta güvenliğinin sağlanması, beraberinde bir davranış ve tutum değişimi gerektirdiğinden belli bir süreci gerekli kılmaktadır. Hasta güvenliği kültürünün geçiş aşamalarını, Fleming ve Wentzell (2008:11) patolojik, reaktif, analitik, pro-aktif, 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 bağlıdırlar. Başarısızlıkların açıklanmasında derinlemesine bir inceleme olmadan karar verme yoluna gidilir. Pro-aktif 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, 2006). Hastalara daha güvenli hizmet verebilmek için pek çok ülkede yapılan çalışmalar olmasına karşın bu alanda henüz beklenen başarı düzeyine ulaşılamamıştır. Hasta güvenliği konusunda uygulamaların başarılı olabilmesi, ilk olarak problemin boyutunun

büyükülüğü ile ilgili algıları artırmak, daha sonra ise hatalardan öğrenmeyi sağlayacak, suçlayıcı ve cezalandırıcı olmayan bir kültür oluşturmakla mümkündür (Erkul vd., 2015: 332)

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: 43-55).

1.5.2. 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: 64). Boyutlar kısaca aşağıdaki gibi ifade edilmektedir (Karayurt vd. ,2017: 18):

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

Genel Hasta Güvenliği Algısı: Sistem ve prosedürler hataların önlenmesinde iyi olduğunu ve hasta güvenliği problemlerin olmadığını ifade etmektedir.

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

Rapor Edilen Olay Sayısı: Bu sayı ile kurumda ne derece etkin raporlama sisteminin kullanıldığı göstermektedir.

Yöneticilerin Beklentileri ve Güvenliği Teşvik Eden Eylemler: Hasta güvenliği için yöneticilerin çalışanlardan öneriler aldığını, çalışanları ödüllendirdiğini ve hasta güvenliğini göz ardı etmediğini ifade etmektedir.

Örgütsel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme: Hataların olumlu değişikliklere neden olduğu ve değişikliklerin değerlendirildiğini ifade etmektedir.

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

Açık İletişim: İletişimin açık tutulması hasta güvenliği açısından riskli bir şey gördüğünde açıkça ifade edebilmesini ve sorumlu kişileri özgürce sorgulamadan çekinmemeyi ifade etmektedir.

Hata Hakkında İletişim ve Geribildirim: Çalışanların gerçekleşen hatalar hakkında bilgilendirildiğini, uygulanan değişiklikler hakkında geribildirim verilmesini ifade etmektedir.

Hataya Cezalandırıcı Olmayan Yaklaşım: Çalışanların hata yapmalarına karşı bireysel cezalandırılmamasına ve kişisel dosyalarında saklanmamasına ifade etmektedir.

İstihdam: Personel sağlama ile hastalara en iyi bakımı verebilmek için çalışma saatlerinin uygun olması ve yeterli sayıda çalışanın olmasını ifade etmektedir.

Hastane Yönetiminin Hasta Güvenliğine Desteği: Hastane yönetiminin hasta güvenliğinin öncelikli olduğunu gösteren bir çalışma ortamı sağladığını ifade etmektedir.

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

Hastane İçi Geçişler: Hastaların hasta güvenliği açısından bilgilerinin shift değişimi ve üniteler arasındaki transferlerinde aktarıldığını ifade etmektedir.

Singer ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada ise hasta güvenliği kültürünü dokuz boyutta incelenmiştir (Singer, 2007:1999-2021);

Üst Yönetimin Sorumluluğu: Üst yönetim hasta güvenliği konusunda net bir tutum sergilemelidir. Üst yönetim, kurumun hasta güvenliği konusunda en üst düzeyde sorumluluğa sahiptir ve kurumun hasta güvenliği planını geliştirmesini ifade etmektedir.

Güvenlik İçin Örgütsel Kaynaklar: Hasta güvenliği için örgütlerin yeterli kaynak ayırmasını ifade etmektedir.

Genel Olarak Güvenlik Algısı: Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda bakış açılarının geliştirilmesi gerekmektedir.

Birim Güvenlik Normları: Her birim adına güvenlik normlarının uygulanmasını ifade etmektedir.

Güvenlik Çabaları İçin Birimin Kabul ve Desteği: Birimlerin hasta güvenliğini benimsemesi ve katkı sağlaması olarak ifade edilmektedir.

Utanma Korkusu: Hatalar karşısında olayların tartışılmayıp kişilerin tartışıldığını ifade etmektedir.

Sağlık Hizmetlerinin Sunumu: Sağlık hizmetinde sunumun çeşitliliği ve zorluğunu ifade etmektedir.

Öğrenme: Hatalardan ders alma ve oluşabilecek hataları önleme adına çalışanların sürekli öğrenmesi ve eğitimler almasını belirtmektedir.

Suçlama Korkusu: Hatalar sonucu bireylerin suçlanma korkularını ifade etmektedir.

1.5.3. Hasta Güvenliği Kültürünün Öncülleri (Sebepleri)

Hasta güvenliği sağlık kurumlarında doktorundan hemşiresine, sekreterinden güvenlik görevlisine varana kadar hasta güvenliği algısını geliştirmek, bu alanda kaliteyi geliştirmek için strateji ve planlar uygulamaya koymakla sağlanabilir. Hastanın ve hizmet sunucuların güvenliğini tehlikeye sokan olayları izlemek, raporlamak, analiz etmek ve iyileştirmek, hastaya zarar vermeden tanı, tedavi, bakım ve diğer hizmetleri sağlamak sadece doktor ve hemşirelerin değil tüm personelin temel görevleri arasındadır (Dursun vd., 2010:4).

Hasta güvenliği kültürünü çalışanların sahiplenmesi için personel ve hastalar arasında açık iletişimin sağlanması, personele hasta güvenliğini tehlikeye sokan uygulamaları belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk verilmesi, hasta güvenliği için kaynak ayrılması gerekmektedir. Etkili bir devamlılık sağlamak için bu uygulamalar belirli aralıklarla değerlendirilmelidir (Çırpı vd., 2009: 33).

Hastalar açısından tehlikeli olan ve zarar verme olasılığı taşıyan yüksek riskli ilaçlar uygulanırken, sağlık çalışanları ilaçlardan kaynaklanabilecek olumsuzlukları tahmin ederek, gerekli özeni göstermelidir. Hantallık, tembellik ve tükenmişlik hallerinden uzaklaşmaya çalışmalıdırlar (Kaya ve Yağcı, 2015:560).

Hasta güvenliği kültürü geliştirmek için en fazla öneme sahip olan verimli bir raporlama sisteminin olması ve hataların açıkça belirtilmesidir. Hataların belirtilmesi, kabul edilip raporlanması, gerekli kişilere raporlanması güvenliğin ne derece iyi uygulandığının kanıtıdır. Çalışanlar tıbbi hataları raporlamaları konusunda teşvik edilmeli, raporlamaların güvenli olmasının yanında olayları rapor eden kişiler de rapor edilmemelidir. Çalışanların gayretleri göz önünde tutulmalı ve hasta güvenliğine katkı sağlayan çalışanların ödüllendirilmesi sağlanmalıdır. Raporlamanın daha verimli

olması, hasta ve yakınlarının hasta güvenliği konusunda bilinçlenmesinin sağlanması için eğitilmeleri ve iş birliği sağlama yöntemlerinin geliştirilmesi bu kültürün kuruma yerleşmesini sağlayacaktır (Aydın,2010: 28).

1.5.4. Hasta Güvenliği Kültürünün Ardılları (Sonuçları)

Hasta güvenliği kültürü oluşmuş kurumlarda hataların, süreçlerin ve sistemle alakalı problemlerin açıkça ve cezalandırılma korkusu yaşamadan tartışılabildiği bir ortam sağlanacak, hasta güvenliği konusunda yapılan faaliyetler bu kültürün başarılı ve sürekli olmasını sağlayacak böylece tanı ve tedavi süreçleri ile sunulan hizmet üzerinde büyük oranda iyileşme sağlanacaktır (Dursun vd., 2010:5).

Bu kültürün yerleşmediği kurumlarda hataların cezalandırıldığı ve sağlık personelinin hataları raporlamalarına engel olan bir ortam oluşacak ve bunun sonucunda istenilmeyen durumlarla karşı karşıya kalınacaktır. Böyle bir ortam çalışanların yaptığı hatayı gizlemesine, aleyhine kullanılabileceği duygusuna kapılmasına ve bu hataların daha büyük hata ve zararlara neden olmasına yol açmaktadır (Özdemir ve Şahin, 2015:143).

Kurum tarafından benimsenmeyen hasta güvenliği kültürü maddi manevi kayıplara neden olmaktadır. Hizmet alıcısı tarafından; ölümlerin yaşanması, sakatlık veya psikolojik zararlara neden olmanın yanı sıra ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Sağlık kurumu açısından ise imaj kaybı, ek maliyet, tercih edilebilirliğini azaldığı ortamların gelişmesi, rekabet etme gücünü zayıflamasına neden olmaktadır. Hasta güvenliği kültürü maddi kazançlardan ziyade bireylerin yaşamının uzamasını ve daha da önemlisi insan kayıplarının önüne geçilmesini sağlayacaktır (Tütüncü vd., 2007: 519-533).

1.6. Etik İklim Algısının Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi

Literatür de, etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkiye odaklanmış olan bir çalışmaya diğer bir ifadeyle doğrudan söz konusu ilişkiyi irdeleyen bir 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.

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: 73) iş tatmini (Kaplan vd., 2013:12) işten ayrılma niyeti (Örücü ve Özafşarlıoğlu, 2013: 352–353), yönetici ve kuruma karşı duyulan güven (Büte, 2011), örgütsel adalet (Mumcu ve Döven, 2016:129), yıldırma (mobbing) davranışları (Dündar, 2010:153) gibi sıralanabilir.

Etik, insanın günlük hayatında yararlı olacak davranışların keşfidir (Daly ve Mattilla, internet:29.01.2012). 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, 2004:358). Bu bakış açısına göre lider, kendi gücünü artırma yerine, organizasyondaki tüm üyelerin kendi potansiyellerinin farkına varmalarını kolaylaştıracak kültür 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 karşılaşılmaktadır. 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: 52).

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: 66).

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: 7).

Sağlık hizmetleri ile ilgili artan teknolojik ve farmakolojik gelişmeler hasta ve hastalıklarla ilgili sonuçlarda sağlık personelinin ahlaki ve etik problemlerle daha çok karşılaşmasına yol açmıştır. Schluter ve arkadaşlarına göre (2008; akt.: Dünder, 2010: 66-67) sağlık çalışanlarının etik iklim yönünden aşağıdaki kavramlara önem vermesi gerekmektedir:

a. Etik duyarlılık: Sağlık hizmeti veren personelin hastalar hakkında sözel olan ve olmayan ipuçlarının ve davranışlarının farkına varması gerekmektedir. Bireylerin etnik kökenin, cinsiyetinin, duygusal değerlerinin, kültürünün, dininin, yetiştirilme tarzının, eğitim durumunun ve yaşının etik duyarlılığı üzerinde etkisi bulunmaktadır.

b. Etik endişe: Kötü ya da zayıf bir etik iklimde ahlaki yönden birtakım sorunlar meydana gelebilmektedir. Birey psikolojik dengesizlik ve olumsuz düşünceler içindeyken, ahlaki bir karar verdiğinde oluşan sonucun ahlaki bir davranış oluşturması mümkün değildir. Hastaların düşünce ve zihni keskinliğinde artma, dengesiz personel-hasta oranları, hasta ve sağlık çalışanının kültürel değerlerinin ters düşmesi ve sürekli gelişen teknoloji sağlık çalışanlarının çokça karşılaştıkları etik sıkıntılara örnek olarak verilmektedir.

c. Tepkisel stres: Endişe veya negatif düşüncelerle meydana gelen bu durum, verilecek kararlarla ilgili başka alternatiflerin gözden kaçmasına yol açarak çeşitli hatalara sebep olmaktadır. Etik kalıntıları; etik sıkıntının son hali olan, bireylerin yapması gerekenin bilincinde olmasına etki ederek suçluluk ve yetersizlik duygularının hissedilmesine yol açar.

d. Etik sorumluluk: Etik sıkıntı ile alakalı olan bu durum etik endişelerle aynı alanda yer almaktadır. Etik anlamda doğru olan uygulamaların yerine getirilmesi konusunda yaşanan yetersizlikleri engellemek amaçlanmaktadır.

e. Değer çatışmaları: Etik karar verme ve etik yönden endişeler duyulmasına sebep olan durumlar arasındadır. Çoğu zaman zor çözümler bulunan bir durumdur ve kişilerde fikir karmaşasına neden olmaktadır.

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: 38).

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, 2005:1-21). 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: 73-89). Söz konusu incelemenin esası ise etik kodlara/ilkelere 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: 94-115). 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: 40). Etik iklim ortamının sağlandığı örgütlerde, bireyler baskı altında kalmadan kendi vicdani duygularına dayanarak hareket ederler. Bu duruma, örgütün oluşturduğu etik ilkelerinde 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, 2017:150-153).

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 artmasının, iş performanslarının yükselmesinin ve işin standartlara uygun halde yürütülmesinin önü açılacaktır (Türköz, 2016:273-279).

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, sahihsiz 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 nedenledir ki, davranış kuralları açıkça belirlenen, güvenlik önlemleri yeterince alınan ve yine yeterince denetlenen ortamlarda suç unsurlarının oluşmasının engellenmesi mümkün görünmektedir (Altıntop, 2015:231-245).

Kırık camlar teorisi, kontrolsüzlük, denetimsizlik, sahihsizlik, 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: 27-53). 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 yaşamında yola çıkıldığında teorinin 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 önemslenmemesi yoluyla sayılarının ciddi biçimde artmasına yol açacaktır (Kırık Camlar Teorisi, İnternet: 02.10.2017). 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, 2006:1-24).

Sağlık hizmetlerinin de yukarıda açıklanan görüşler çerçevesinde değerlendirilmesi mümkün görünmektedir. Şöyle ki; suç işleyip pencereleri kıranların” yerine “hasta güvenliğini tehdit eden her türlü unsurlar ve tıbbi hatalar” konulduğunda (Kayral, internet:02.10.2017) 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.

İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Sorunsalı (Problem Durumu)

Hizmet sektörü hızla gelişen ve sürekli değişen bir yapıya sahiptir. Bu sektörlerin temel amacı kaliteli ve güvenilir bir hizmet sunmaktır. Sektörün sürdürülebilirliği ve niteliği etik değerlerle doğrudan ilişkilidir. Söz konusu bu etik değerleri oluşturmak ve devamlılığını sağlamak, etik davranışların şekillendirdiği bir ortamda sağlanabilecektir. Bu nedenle son yıllarda etik ve etik davranış konularına duyulan ilgi giderek artmaktadır. Hizmet sektörü, günümüz koşulları bağlamında değerlendirildiğinde, hizmet sunanlar ile hizmet alanlar arasındaki ilişkide hizmet sunanların egemen konumları sarsılmış ve ağırlık noktası hizmeti alanlara kaymıştır.

Sağlık sektöründeki dönüşüm ayrıca hastalar ve yakınlarının tıbbi konular hakkında bilgi düzeylerini artırmış, sağlık hizmetlerine çok daha bilinçli ve sorgulayıcı yaklaşımlarına zemin hazırlamıştır. Sağlık sektöründe ve toplumda meydana gelen bu değişimler, etik iklim ve hasta güvenliği kavramlarının da yeni bir yaklaşım ile ele alınmaları sonucunu doğurmuştur. Bunlarla birlikte, hasta haklarının her geçen gün önem kazanması ve kapsamca genişlemesi, sağlık çalışanlarının yapmış oldukları hatalardan dolayı baskı ve suçlamaların artması, sağlık alanında güvensizliğe ve huzursuzluğa neden olmaktadır. Bu tür sorunlara çözüm üretmek için etik değerlerle şekillendirilen iklim aracılığıyla güçlenmesi mümkün olan hasta güvenliği kültürü araştırmalar için ilgi çekiciliğini sürdürmektedir.

Sağlık sektörü her geçen gün gelişen teknoloji ve bilimle harmanlanmaktadır. Sağlık çalışanlarının belirli bir sorumluluk ve ahlak çerçevesinde hareket etmelerini sağlamak amacıyla ortamın olumlu bir etik iklime sahip olması gerekmektedir. Çalışanların algıladıkları etik iklim, kuşkusuz onların davranışlarını olumlu yönde etkileyecektir. Bu durum, sağlık kurumlarında müşteri memnuniyetinin odak konuma alınmasına ve hasta haklarının ön plana çıkmasına imkân tanımaktadır. Bu bağlamda hasta güvenliği kültürü de ayrıca değerlendirilmesi gereken güncel konular arasındadır.

Sağlığın korunması ve yaşamın sürdürülebilmesi açısından sıfır hatayla çalışması umulan sağlık çalışanlarının etik davranışlara göstereceği azami hassasiyetin hasta güvenliğinin öncüllerinden olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda değinilmesi gereken önemli bir kavram da tıbbi hatadır. Medyada sıkça haberlere konu olan tıbbi hataların, telafisi çok zor ya da imkânsız sonuçlar doğurması olasıdır. Etik hassasiyet, tıbbi hataların raporlanmasını, sebeplerinin ve sonuçlarının değerlendirilmesini gerektirmekte olup; hasta güvenliği kültürünün tesis edilmesinin yapı taşlarından birini temsil etmektedir.

Sağlık hizmetinin her adımında hasta güvenliğinin sorgulanıyor olması ve tıbbi hataların önlenmesi bu sistemin kaliteli ve güvenilirliği açısından önemlidir. Bu nedenle, 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 almaktır. Hasta güvenliğinde amaç, hizmet aşamalarında önlenabilir yapıdaki hataların hastalara zarar vermesini engellemek ve beklenmedik olaylara karşı önlem almaktır. Diğer bir ifade ile “önce zarar verme” ilkesine uygun davranmaktır.

2.2. Araştırmanın Amacı

Elazığ il merkezinde faaliyet gösteren kamuya ve özel sektöre ait sağlık kuruluşlarının 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?
- Katılımcıların etik iklim düzeyleri demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
- Katılımcıların hasta güvenliği kültürü düzeyleri demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?

2.3. Araştırmanın Önemi, Özgün Değeri ve Yaygın Etkisi

2.3.1. Konu ve Kapsam Açısından

Günümüz koşulları temel alındığında sağlık sektörü ile ilgili olarak şu gelişmelerin yönlendirici olduğu görülmektedir: Hizmet türleri ve sunumunda çeşitlilik artmaktadır. Sağlık bilişimi ve teknolojileri gelişmektedir. Toplumda, sağlık okur yazarlığı oranı yükselmektedir. Hastalar ve hasta yakınları, hakları hakkında geniş bilgi düzeyine erişmekte ve haklarının kullanımı konusunda daha fazla bilinçli hareket etmektedir. Bütün bu gelişmelerin etkisiyle, sağlık hizmetlerinde kaliteye olan ilgi de artmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin temel unsurları arasında ilk sıralarda yer alan kavramlardan birisi hasta güvenliği kavramıdır. Genel anlamda hastaya zarar verilmesini önlemek amacıyla sağlık kuruluşunun ve çalışanlarının aldığı önlemler, olarak ifade edilmektedir. Sağlık çalışanları, genellikle faydaya ve zarara ait çeşitli etkenleri değerlendirmede nasıl davranacakları konusunda uzlaşmamaktadırlar. Çünkü faydanın ve zararın ne olduğu konusunda her zaman somut bir kanıt bulunamamaktadır. Sağlık kurumlarının ve sağlık çalışanlarının benimseyecekleri ve uygulamaya geçirecekleri etik değerlerle, bu çelişkinin ortadan kaldırılabilmesi mümkündür.

Sürekli artan hastalık ve hasta sayısı, sağlık hizmetlerine yönelik seçenekler/alternatifler, sağlık sistemleri hakkındaki beklentileri arttırmaktadır. Bu durum, daha önce de ifade edildiği gibi tıbbi hataların ön plana çıkmasına neden olmaktadır. Kitle iletişim araçlarında sıklıkla bu hatalarla ilgili haberlerin yayınlanıyor olması, sağlık kuruluşlarının iyileştirici ve hayat kurtarıcı olan pozitif yönlerinin görünürlüğünü azaltmakta ve ürkütücü yönlerinin görünürlüğünü artırmaktadır.

Hasta güvenliğinin sağlanması için kurumun standartları çerçevesinde uyulması gereken kurallara bağlı kalınması; buna rağmen oluşan tıbbi hataların çalışanlar tarafından göz ardı edilmeksizin korkusuzca raporlanması ve gerekli iyileştirmelerin yapılması için gayret edilmesi gerekmektedir.

Literatürde, etik iklim ile hasta güvenliği kültürü etkileşimini konu edinen bir çalışmaya rastlanamamıştır. 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 olumu 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.

2.3.2. Örneklem Açısından

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) Elazığ'da 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 bulunun 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 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 sağlık çalışanlarının araştırma için uygun bir veri kaynağı niteliğini taşıdıkları düşünülmektedir. Bu bağlamda araştırmaya Elazığ il merkezinde bulunan kamuya ait 4 hastane ile özel sektöre ait 4 özel hastanenin çalışanları araştırmanın evreni olarak kabul edilmiştir.

2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma için sadece Elazığ il merkezindeki sağlık kuruluşlarından veri sağlandığı için sonuçlar ancak Elazığ ili için genellenebilir. Sadece bir ilden veri toplanmış olması, araştırma açısından sınırlılık olarak kabul edildiğine göre daha güçlü kanıtlara ulaşabilmek için farklı gelişmişlik düzeyine sahip illerdeki sağlık çalışanlarından veri toplanacak çalışmalar yapılabilir. Aynı ilde ya da birden fazla ilde, farklı sektörlerden veriler toplanarak yapılacak çalışmalar ile sektörler arası karşılaştırmalar yapılabilir.

2.5. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmanın varsayımları şöyle ifade edilebilir:

- Hasta güvenliği kültürü ile etik iklim arasındaki ilişkinin, araştırma evrenine ilişkin olarak gerçekçi biçimde tespit edileceği varsayılmaktadır.
- Katılımcıların, cevaplama anında samimi oldukları ve gerçek düşüncelerini yansıttıkları varsayılmaktadır.
- Cevaplama esnasında katılımcıların birbirlerinden etkilenmedikleri varsayılmaktadır.

2.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmada kullanılan veriler, anket tekniği ile Elazığ il merkezinde bulunan hem kamuya hem de özel sektöre ait hastanelerin çalışanlarından elde edilmiştir. Elazığ il merkezindeki hastanelerde 955 doktor, 313 ebe, 1383 hemşire, 669 sağlık memuru ve teknisyen olmak üzere toplam 3320 sağlık çalışanı istihdam edilmektedir. Veriler, yasal olarak izin veren sağlık kurumlarının çalışanlarından toplanmıştır. Bahsedilen hastanelerden bir özel hastane hariç tamamı araştırma için izin vermiştir. İzin veren kurumların çalışanlarından araştırmaya katılmak için gönüllü olan ve zaman ayıranlarla çalışılmıştır.

Evrenin unvanlara göre dağılımı ve büyüklüğü Tablo 2.1' de sunulmaktadır:

Tablo 2.1. Evrenin Unvanlara Göre Dağılımı

Doktor	Hemşire	Sağlık Memuru-Teknisyen vd.	Ebe	Toplam(N)
955	1383	669	313	3320

Evren büyüklüğü 3320 olarak alındığında 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: 39-42).

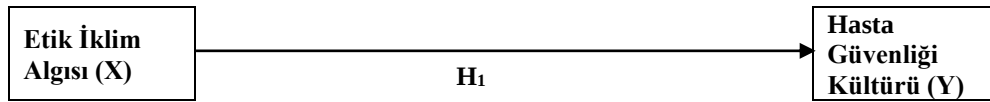
$$\text{Örnek hacmi (n)} = \frac{N \times t^2 \times p \times q}{((N - 1) \times d^2) + (t^2 \times p \times q)}$$

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 $\times$ q:** varyans (0,25) **d:** kabul edilen örnekleme hatası (0,05)

2.7. Araştırma Modeli

Araştırma modeli bir araştırmanın amacına uygun ve ekonomik olarak verilerin toplanması, çözümlenebilmesi için gerekli koşulları düzenlemeye denir. 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:



X: Bağımsız değişken, **Y:** Bağımlı değişken

Yukarıda ifade edilen modele göre araştırmanın temel hipotezi şöylece belirlenmiştir:

H₁: Etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2.8. 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 ulaşmak 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 2016:179).

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. Ölçek 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 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); Derin ve Demirel (2011) tarafından kullanılan “*Hasta Güvenliği Kültürü Anketi*” yer almaktadır. Bu kısımda; raporlanmış olayların sıklığı ile ilgili 3 soru, yöneticiler ile ilgili 4 soru, iletişim ile ilgili 6 soru ve birimin kültürü ile ilgili 29 soru olmak üzere toplam 42 soru bulunmaktadır. Cronbach’s Alfa (içsel tutarlılık katsayısı) değeri Filiz (2009) tarafından 0,84; 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.

Veri toplama işlemi, 1.Mayıs.2017 ile 30.Haziran.2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri, araştırmaya katılacak olan sağlık çalışanlarına araştırma hakkında ayrıntılı bilgi verildikten sonra, katılmaya gönüllü olanlara anket formu dağıtılarak toplanmıştır. Dağıtılan anketler aynı gün veya birkaç gün sonra toplanmıştır. Örneklem büyük olması nedeniyle anket kayıplarının önüne

geçilebilmesi amacıyla anket dağıtılan kişiler için takip çizelgesi oluşturularak verimli takip sağlanmaya çalışılmıştır. Vardiya sistemiyle çalışan personele ulaşmak için aralıklı olarak hastanelere anket dağıtılmıştır. 520 anket formu bırakılmıştır. İş yerinde olmayanlar ve ankete katılmayanlar nedeniyle 395 anket formu geri toplanabilmiştir. Elde edilebilen anket formlarından yanlış ve eksik doldurma nedeniyle 49 tanesi değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan 346 anket formundan, veriler elde edilmiştir.

2.9. Araştırmanın Veri Analiz Yöntemleri

Veri analizi için kullanılan teknikler aşağıda sıralanmaktadır:

- 1) Betimleyici istatistikler: frekans dağılımı, aritmetik ortalama, standart sapma, normallik
- 2) Bağlam (zaman, evren ve örneklem) farklı olduğu için kullanılan ölçeklerin geçerlilik (faktör) ve güvenilirlik (cronbach alpha) analizleri
- 3) Deneklerin demografik özellikleri ile araştırma değişkenlerine ilişkin puanlarının karşılaştırılması için “t testi ile varyans testi”
- 4) Bağımlı değişken ile bağımsız değişken arasında neden sonuç ilişkisini araştırmak için regresyon analizi kullanılmıştır.

Söz konusu analizler, SPSS 22.0 ve AMOS 20.0 paket programları aracılığıyla gerçekleştirilmiştir.

2.10. Bulgular

2.10.1. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlikleri

2.10.1.1. Etik İklim Ölçeği

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 2.2. Etik İklim Ölçek Model Uyum İyiliği Değerleri

Cronbachalpha	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

2.10.1.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

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 2.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçek Uyum İyiliği Değerleri

Cronbachalpha	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

2.10.2. Ölçek Puanları

Ölçek ortalama puanları değerlendirilirken aritmetik ortalamalar esas alınmıştır. Ortalamaların değerlendirilmesinde ise aşağıdaki puan aralıkları ölçüt kabul edilmiştir:

Tablo 2.4. Ölçek Puanları

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

Herhangi bir maddenin, ölçek boyutunun ya da ölçeğinin 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.

2.10.2.1. Etik İklim Ölçeği

Aşağıdaki tablo ile etik iklim ölçeğinin betimleyici istatistik değerleri aktarılmaktadır.

Tablo 2.5. Etik iklim ölçeği

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
Genel	3,43	0,060										

Tablo 2.5'e göre "Çalıştığım kurum, yazılı ve resmi iş ahlakı kurallarına sahiptir" şeklindeki etik iklim ölçeğinin ilk sorusuna katılımcıların, %68,8'i olumlu görüş bildirmiş iken, %31,2'si de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,68 olup; ölçekteki "katılıyorum" seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumlu olarak kabul edilmektedir.

Tablo2.5'e göre "Çalıştığım kurum, iş ahlakı kurallarını şiddetle teşvik eder " şeklindeki etik iklim ölçeğinin ikinci sorusuna katılımcıların,%48'i olumlu görüş bildirmiş iken, %52'si de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,31 olup; ölçekteki "ne katılıyorum ne de katılmıyorum" seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.5'e göre "Çalıştığım kurum, iş ahlakına uygun davranışlara ilişkin politikalara sahiptir" şeklindeki etik iklim ölçeğinin üçüncü sorusuna katılımcıların%55,8'i olumlu görüş bildirmiş iken, %44,2'si de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,49 olup; ölçekteki "katılıyorum" seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumlu olarak kabul edilmektedir.

Tablo2.5'e göre "Çalıştığım kurum iş ahlakına uygun davranışlara ilişkin politikaları şiddetle teşvik eder" şeklindeki etik iklim ölçeğinin dördüncü sorusuna katılımcıların %42,4'i olumlu görüş bildirmiş iken, %57,6'si de olumsuz görüş

bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,25 olup; ölçekteki “ne katılıyorum ne de katılmıyorum” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.5’e göre “Çalıştığım kurumda, üst düzey yönetim iş ahlakına uygun olmayan davranışları kesinlikle hoş görmez” şeklindeki etik iklim ölçeğinin beşinci sorusuna katılımcıların %57,8’i olumlu görüş bildirmiş iken, %42,2’si de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,51 olup; ölçekteki “katılıyorum” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumlu olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.5’e göre “Çalıştığım kurumda çalışan biri kendisine çıkar sağlayan etik dışı bir davranışta bulunursa resmi biçimde yaptırım uygulanır. (kınama, uyarı, iş haddinin feshi)” şeklindeki etik iklim ölçeğinin altıncı sorusuna katılımcıların %55,5’i olumlu görüş bildirmiş iken, %44,5’si de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,44 olup; ölçekteki “katılıyorum” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumlu olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.5’e göre “Çalıştığım kurumda çalışan biri kuruma çıkar sağlayan etik dışı bir davranışta bulunursa resmi biçimde yaptırım uygulanır. (kınama, uyarı, iş haddinin feshi)” şeklindeki etik iklim ölçeğinin altıncı sorusuna katılımcıların %50,9’i olumlu görüş bildirmiş iken, %49,1’si de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,30 olup; ölçekteki “ne katılıyorum ne de katılmıyorum” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.5’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.

2.10.2.2. Hasta Güvenliği Ölçeği

Aşağıdaki tablo ile hasta güvenliği ölçeğinin betimleyici istatistik değerleri aktarılmaktadır.

Tablo 2.6. Hasta güvenliği ölçeği

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
	Genel	3,31	0,060										
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
	Genel	3,03	0,065										
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
	Genel	3,36	0,058										
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
	Genel	3,28	0,065										
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
	Genel	2,91	0,065										
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
	Genel	3,18	0,059										
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
	Genel	2,87	0,063										
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
	Genel	3,13	0,064										
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
	Genel	3,30	0,056										
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
	Genel	3,51	0,056										
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
	Genel	3,10	0,070										
Örgütsel öğrenme değişim ve	(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
	Genel	3,15	0,056										
Ölçek Geneli		3,18	0,054										

Tablo 2.6'ya göre Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin ekip çalışması boyutuna ait soruların ortalama puanı 3,31 olarak hesaplanmıştır. Bu puan, olumlu sınırına yakın olmakla birlikte az bir fark ile olumsuz sınırdan yer almaktadır. Aynı şekilde bu boyut altında yer alan soruların ikisi (hgb1, hgb10) katılımcıların olumsuz görüş bildirdikleri ifadeler olarak belirlenmiştir. Diğer iki ifade ise (hgb4, hgb3) katılımcılar tarafından olumlu görüş bildirilen ifadeler olmuştur.

Tablo 2.6'ya göre “Kurumumuzda çalışanlar birbirlerini desteklerler” sorusuna katılımcıların %45,6'sı olumlu görüş bildirmiş iken, %54,4'ü de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,23 olup; ölçekteki “ne katılıyorum ne de katılmıyorum” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6'ya göre “Acil işler, takım halinde yerine getirilir” sorusuna katılımcıların %60,4'ü olumlu görüş bildirmiş iken, %39,6'sı de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,57 olup; ölçekteki “katılıyorum” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumlu olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6'ya göre “Kurumumuzda çalışanlar birbirlerine karşı saygılıdır” sorusuna katılımcıların %57,2'si olumlu görüş bildirmiş iken, %42,8'i de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,52 olup; ölçekteki “katılıyorum” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumlu olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6'ya göre “Bir birimde iş yükü aşırı yoğunlaştığında, o bölüme diğer bölümlerden yardım gider” sorusuna katılımcıların %35,3'ü olumlu görüş bildirmiş iken, %64,7'si de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 2,93 olup; ölçekteki “ne katılıyorum ne de katılmıyorum” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6'ya göre Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin açık iletişim boyutuna ait soruların ortalama puanı 3,03 olarak hesaplanmıştır. Bu puan, olumsuz olarak saptanmıştır. Aynı şekilde bu boyut altında yer alan soruların ikisine (hga11, hga13) katılımcıların olumsuz görüş bildirirken, bir soruya (hga9) ise olumlu görüş bildirdiği belirlenmiştir.

Tablo 2.6'ya göre “Çalışanlar, hasta güvenliğini tehdit eden bir şey gördüklerinde rahatlıkla dile getirebilirler” sorusuna katılımcıların %53,8'i olumlu görüş bildirmiş iken, %46,2'si de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı

3,47 olup; ölçekteki “sıklıkla” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumlu olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6’ ya göre “Çalışanlar, yöneticilerin kararlarını ve faaliyetlerini serbestçe sorgulayabilirler” sorusuna katılımcıların %22,8’i olumlu görüş bildirmiş iken, %77,2’si de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 2,47 olup; ölçekteki “nadiren” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6’ya göre “Çalışanlar bir yanlışlık gördüklerinde rahatlıkla soru soramazlar” sorusuna katılımcıların %39,3’ü olumlu görüş bildirmiş iken, %60,7’si de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,13 olup; ölçekteki “nadiren” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6’ ya göre Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutuna ait soruların ortalama puanı 3,36 olarak hesaplanmıştır. Bu puan, olumlu sınırına yakın olmakla birlikte az bir fark ile olumsuz sınırda yer almaktadır. Aynı şekilde bu boyut altında yer alan soruların birine (hgb17) katılımcılar olumsuz görüş bildirirken, geri kalan sorulara (hgb6, hgb11) ise olumlu görüş bildirdikleri belirlenmiştir.

Tablo 2.6’ya göre “Çalışanlar, yaptıkları hatalar nedeniyle suçlanacaklarını düşünürler.” sorusuna katılımcıların %58,7’si olumsuz görüş bildirmiş iken, %41,3’ü de olumlu görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,61 olup; ölçekteki “katılmıyorum” (soru ters kodlanmıştır) seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6’ ya göre “Bir olay rapor edildiğinde, olayla ilgili problem değil kişi şikâyet edildiği duygusu vardır.” sorusuna katılımcıların %53,2’si olumsuz görüş bildirmiş iken, %46,8’i de olumlu görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,46 olup; ölçekteki “katılmıyorum” (soru ters kodlanmıştır) seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6’ ya göre “Çalışanlar, yaptıkları hataların kişisel dosyalarında saklandığından endişe ederler” sorusuna katılımcıların %35,3’ü olumsuz görüş bildirmiş iken, %64,7’si de olumlu görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,03 olup; ölçekteki “katılıyorum” (soru ters kodlanmıştır) seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumlu olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin hata hakkında geri bildirim boyutuna ait soruların ortalama puanı 3,28 olarak hesaplanmıştır. Bu puan, olumsuz olarak saptanmıştır. Aynı şekilde bu boyut altında yer alan soruların ikisine (hga8, hga12) katılımcılar olumsuz görüş bildirirken, geri kalan soruya (hga10) ise olumlu görüş bildirdikleri belirlenmiştir.

Tablo 2.6' ya göre “Raporlanan hatalar üzerine yapılan değişiklikler hakkında çalışanlara bilgi verilir.” sorusuna katılımcıların %42,5'i olumlu görüş bildirmiş iken, %57,5'i de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,18 olup; ölçekteki “ara sıra” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre “Çalışanlar, kendi birimlerinde meydana gelen hatalar hakkında mutlaka bilgilendirilirler” sorusuna katılımcıların %56,4'ü olumlu görüş bildirmiş iken, %43,6'sı da olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,47 olup; ölçekteki “sıklıkla” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumlu olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre “Her birimde, birim içinde yapılan hatalar ve hataları engelleyecek yöntemler tartışılır.” sorusuna katılımcıların %45,1'i olumlu görüş bildirmiş iken, %54,9'u da olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,20 olup; ölçekteki “ara sıra” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo2.6' ya göre Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin personel sağlama boyutuna ait soruların ortalama puanı 2,91 olarak hesaplanmıştır. Bu puan, olumsuz olarak saptanmıştır. Aynı şekilde bu boyut altında yer alan soruların tümüne (hgb2, hgb5, hgb7, hgb13) katılımcıların görüşlerinin olumsuz olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2.6'ya göre “Kurumumuzda, iş yükünü kaldırmaya yetecek kadar personel bulunmaktadır” sorusuna katılımcıların %26,9'u olumlu görüş bildirmiş iken, %73,1'i de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 2,55 olup; ölçekteki “katılmıyorum” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6'ya göre “Hasta bakımına normalden fazla zaman ayrılmaktadır” sorusuna katılımcıların %46,5'i olumlu görüş bildirmiş iken, %53,5'i de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,27 olup; ölçekteki “ne katılıyorum ne de katılmıyorum” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6'ya göre “Kurumda, gereğinden fazla geçici personel çalıştırılmaktadır” sorusuna katılımcıların %25,7'si olumlu görüş bildirmiş iken, %74,3'ü de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 2,68 olup; ölçekteki “katılıyorum” seçeneğine (soru ters kodlanmıştır) denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre “Yapılacak çok fazla iş olduğunda kriz modunda çalışılmaktadır” sorusuna katılımcıların %37,9'u olumlu görüş bildirmiş iken, %62,1'i de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,12 olup; ölçekteki “ne katılıyorum ne de katılmıyorum” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin yönetimin desteği boyutuna ait soruların ortalama puanı 3,18 olarak hesaplanmıştır. Bu puan, olumsuz olarak saptanmıştır. Aynı şekilde bu boyut altında yer alan soruların tümüne (hgb19, hgb25, hgb26) katılımcıların görüşleri olumsuz olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2.6' ya göre “Yönetim, hasta güvenliğini artıran bir çalışma ortamı sağlamaktadırlar.” sorusuna katılımcıların %41,9'u olumlu görüş bildirmiş iken, %58,1'i de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,19 olup; ölçekteki “ne katılıyorum ne de katılmıyorum” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6'ya göre “Yönetim, faaliyetleri ile hasta güvenliğinin üst düzey bir önceliğinin olduğunu göstermektedir” sorusuna katılımcıların %41,7'si olumlu görüş bildirmiş iken, %58,3'ü de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,20 olup; ölçekteki “ne katılıyorum ne de katılmıyorum” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6'ya göre “Yönetim, sadece istenmeyen olaylar olduğunda hasta güvenliği ile ilgilenir.” sorusuna katılımcıların %42,2'si olumlu görüş bildirmiş iken, %57,8'i de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,15 olup; ölçekteki “ne katılıyorum ne de katılmıyorum” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin güvenlik algısı boyutuna ait soruların ortalama puanı 2,87 olarak hesaplanmıştır. Bu puan, olumsuz olarak saptanmıştır. Aynı şekilde bu boyut altında yer alan soruların tümüne (hgb9, hgb16, hgb14, hgb15) katılımcıların görüşleri olumsuz olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2.6'ya göre "Kurumumuzda ciddi hataların olmaması tesadüftür" sorusuna katılımcıların %27,4'ü olumlu görüş bildirmiş iken, %72,6'sı da olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 2,65 olup; ölçekteki "katılıyorum" seçeneğine denk gelmektedir (soru ters kodlanmıştır) ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre "Kurumumuzda, hasta güvenliğinin sağlanması çok iş yapmaktan önce gelir" sorusuna katılımcıların %37,9'u olumlu görüş bildirmiş iken, %62,1'i de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,05 olup; ölçekteki "ne katılıyorum ne de katılmıyorum" seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6'ya göre "Kurumumuzda hasta güvenliği ile ilgili sorunlar yaşanmaktadır" sorusuna katılımcıların %27,5'i olumlu görüş bildirmiş iken, %72,5'i de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 2,76 olup; ölçekteki "katılıyorum" seçeneğine denk gelmektedir (soru ters kodlanmıştır) ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre "Uygulanan prosedürler ve sistemler hata oluşmasını engellemede yeterli olmaktadır." sorusuna katılımcıların %35,3'ü olumlu görüş bildirmiş iken, %64,7'si de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,05 olup; ölçekteki "ne katılıyorum ne de katılmıyorum" seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin hata raporlama sıklığı boyutuna ait soruların ortalama puanı 3,13 olarak hesaplanmıştır. Bu puan, olumsuz olarak saptanmıştır. Aynı şekilde bu boyut altında yer alan soruların tümüne (hga1, hga2, hga3) katılımcıların görüşleri olumsuz olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2.6' ya göre "Hastayı etkilemeden düzeltilmiş olan bir hata yapıldığında ne sıklıkta rapor edilmektedir?" sorusuna katılımcıların %35,3'ü olumlu görüş bildirmiş iken, %64,7'si de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,03 olup; ölçekteki "ara sıra" seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre "Hasta açısından her herhangi bir tehlike oluşturmeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor edilmektedir?" sorusuna katılımcıların %37,3'ü olumlu görüş bildirmiş iken, %62,7'si de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama

puanı 3,05 olup; ölçekteki “ara sıra” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6’ ya göre “Hastaya zarar verebilecek düzeyde bir hata yapılmış, ancak zarar vermeden atlatılmışsa ne sıklıkta rapor edilmektedir?” sorusuna katılımcıların %48,6’ü olumlu görüş bildirmiş iken, %51,4’ü de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,31 olup; ölçekteki “ara sıra” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6’ ya göre Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin birimler arası ekip çalışması boyutuna ait soruların ortalama puanı 3,30 olarak hesaplanmıştır. Bu puan, olumsuz olarak saptanmıştır. Aynı şekilde bu boyut altında yer alan soruların üçüne (hgb20, hgb21, hgb24) katılımcılar olumsuz görüş ifade ederken kalan bir soruya ise (hgb28) olumlu görüş bildirdikleri saptanmıştır.

Tablo 2.6’ ya göre “Kurumumuzun birimleri arasında uyum yoktur.” sorusuna katılımcıların %43,4’ü olumlu görüş bildirmiş iken, %56,6’sı da olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,25 olup; ölçekteki “ne katılıyorum ne de katılmıyorum” seçeneğine denk gelmektedir (soru ters kodlanmıştır) ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6’ ya göre “Birimler arasında iş birliği vardır.” sorusuna katılımcıların %41,7’si olumlu görüş bildirmiş iken, %58,3’ü de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,18 olup; ölçekteki “ne katılıyorum ne de katılmıyorum” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6’ ya göre “Başka birimlerden gelen kişilerle çalışmak hoş karşılanmaz.” sorusuna katılımcıların %44,7’ü olumlu görüş bildirmiş iken, %55,3’ü de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,31 olup; ölçekteki “ne katılıyorum ne de katılmıyorum” seçeneğine denk gelmektedir (soru ters kodlanmıştır) ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6’ ya göre “Birimler, hastalar için en iyi bakımı sağlamak amacıyla birlikte iyi bir şekilde çalışabilirler” sorusuna katılımcıların %52,6’sı olumlu görüş bildirmiş iken, %47,4’ü de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,45 olup; ölçekteki “katılıyorum” seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumlu olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6’ ya göre Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin müdahale ve değişim boyutuna ait soruların ortalama puanı 3,51 olarak hesaplanmıştır. Bu puan, olumlu

olarak saptanmıştır. Aynı şekilde bu boyut altında yer alan soruların üçüne (hgb29, hgb22, hgb27) katılımcılar olumlu görüş ifade ederken kalan bir soruya ise (hgb23) olumsuz görüş bildirdikleri saptanmıştır.

Tablo 2.6' ya göre "Hastalar bir birimden diğerine nakledilirken ihmal edilen ya da gözden kaçırılan şeyler olur." sorusuna katılımcıların %51,8'i olumsuz görüş bildirmiş iken, %48,2'si de olumlu görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,42 olup; ölçekteki "katılıyorum" seçeneğine denk gelmektedir (soru ters kodlanmıştır) ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre "Nöbet değişimleri sırasında hastalarla ilgili önemli bilgilerin kaybolduğu görülür." sorusuna katılımcıların %62,7'si olumsuz görüş bildirmiş iken, %37,3'ü de olumlu görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,63 olup; ölçekteki "katılıyorum" seçeneğine denk gelmektedir (soru ters kodlanmıştır) ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre "Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problem yaşanır" sorusuna katılımcıların %44,5'i olumsuz görüş bildirmiş iken, %55,5'i de olumlu görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,31 olup; ölçekteki "ne katılıyorum ne de katılmıyorum" seçeneğine denk gelmektedir (soru ters kodlanmıştır) ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre "Nöbet değişimleri hastalar için sorun oluşturur." sorusuna katılımcıların %64,2'si olumlu görüş bildirmiş iken, %35,8'i de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,70 olup; ölçekteki "katılıyorum" seçeneğine denk gelmektedir (soru ters kodlanmıştır) ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6'ya göre Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin yöneticilerin beklentilerini karşılama tutumları boyutuna ait soruların ortalama puanı 3,10 olarak hesaplanmıştır. Bu puan, olumsuz olarak saptanmıştır. Aynı şekilde bu boyut altında yer alan soruların üçüne (hga4, hga5, hga7) katılımcılar olumsuz görüş ifade ederken kalan bir soruya ise (hga6) olumlu görüş bildirdikleri saptanmıştır.

Tablo 2.6' ya göre "Yöneticilerimiz, hasta güvenliği prosedürlerine uygun yapılan işleri takdir ederler." sorusuna katılımcıların %47,1'i olumlu görüş bildirmiş iken, %52,9'u da olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,27 olup; ölçekteki "ne katılıyorum ne de katılmıyorum" seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre "Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanlardan öneri alırlar" sorusuna katılımcıların %35,8'i olumlu görüş bildirmiş iken, %64,2'si de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 2,91 olup; ölçekteki "ne katılıyorum ne de katılmıyorum" seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre "Yöneticilerimiz, daha fazla iş yapmak için kaliteyi göz ardı edip daha çok çalışmamızı isterler" sorusuna katılımcıların %31,8'i olumlu görüş bildirmiş iken, %68,2'si de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 2,75 olup; ölçekteki "ne katılıyorum ne de katılmıyorum" seçeneğine denk gelmektedir (soru ters kodlanmıştır) ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre "Yöneticilerimiz, tekrarlanan hasta güvenliği sorunlarını göz ardı ederler." Sorusuna katılımcıların %55,5'i olumsuz görüş bildirmiş iken, %44,5'i de olumlu görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,45 olup; ölçekteki "katılıyorum" seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin örgütsel öğrenme ve gelişme boyutuna ait soruların ortalama puanı 3,15 olarak hesaplanmıştır. Bu puan, olumsuz olarak saptanmıştır. Aynı şekilde bu boyut altında yer alan soruların tümüne (hgb18, hgb8, hgb12) katılımcıların görüşleri olumsuz olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2.6' ya göre "Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili çalışmalara aktif olarak katılırlar" Sorusuna katılımcıların %42,2'si olumlu görüş bildirmiş iken, %57,8'i de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,19 olup; ölçekteki "ne katılıyorum ne de katılmıyorum" seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre "Yapılan hatalar, kurumda pozitif iyileşmelere neden olmuştur." Sorusuna katılımcıların %31,8'i olumlu görüş bildirmiş iken, %68,2'si de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,00 olup; ölçekteki "ne katılıyorum ne de katılmıyorum" seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2.6' ya göre "Hasta güvenliği ile ilgili değişiklikler yapıldıktan sonra etkinlikleri değerlendirilir." Sorusuna katılımcıların %39'u olumlu görüş bildirmiş iken, %61'i de olumsuz görüş bildirmiştir. Sorunun ortalama puanı 3,25 olup; ölçekteki "ne katılıyorum ne de katılmıyorum" seçeneğine denk gelmektedir ve bu durum olumsuz olarak kabul edilmektedir.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin tüm sorularının ortalama puanı 3,18'dir. Bu bulgu da araştırmaya katılan hastane çalışanlarının görüşlerine göre hastanelerin hasta güvenliği kültürü açısından vasatın üzerine çıkmadıklarını düşündürmektedir.

Tablo 2.7. Hastane güvenliği(genel) durumu

Madde no	Ortalama	Standart sapma	Sıklık										Toplam	
			1		2		3		4		5			
			S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
(hghastane)	3,10	0,76	5	1,4	57	16,5	193	55,8	80	23,1	11	3,2	346	100

Tablo 2.7 'ye göre "Hasta güvenliği uygulamaları konusunda sizce hastanenizin durumu nedir" şeklindeki hasta güvenliği ölçeğinin bu sorusunun ortalama puanı 3,10 olup; bu ortalama "kabul edilebilir" seçeneğine denk gelmektedir.

2.10.3. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Aşağıdaki tablo ile katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları aktarılmaktadır.

Tablo 2.8. 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

Mevcut işyerinde geçirilen süre	5 yıl ve altı	211	61,0
	5 – 10 yıl arası	79	22,8
	10 – 15 yıl arası	28	8,1
	15 – 20 yıl arası	10	2,9
	20 yıl ve üzeri	18	5,2
Gelir	2800 TL ve altı	78	22,5
	2800 – 4200 TL arası	175	50,6
	4200 – 5600 TL arası	29	8,4
	5600 – 7000 TL arası	33	9,5
	7000 TL ve üzeri	31	9,0
İşyerinin statüsü	Kamu	302	87,3
	Özel	44	12,7
Haftalık iş yükü	40 saat ve altı	66	19,1
	40 – 45 saat arası	158	45,7
	45 – 50 saat arası	45	13,0
	50 – 55 saat arası	12	3,5
	55 saat ve üzeri	65	18,8

Tablo 2.8'e göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%76) 21 ile 40 yaş arasında bulundukları saptanmıştır.

Tablo 2.8'e göre katılımcıların %65'ni kadınlar, %35'ini ise erkekler oluşturmaktadır. Bunların %62'sinin evli ve %38'inin bekâr kişiler olduğu saptanmıştır.

Tablo 2.8' e göre 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.

Tablo 2.8'e göre 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.

Tablo 2.8' e göre katılımcıların %10'nunun lise, %20'sinin ön lisans ,%47'sinin lisans,% 23'ünün ise lisansüstü düzeyde öğrenim gördüğü saptanmıştır.

Tablo 2.8' e göre 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'sinin 20 yıl ve üzeri olduğu saptanmıştır.

Tablo 2.8' e göre 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.

Tablo 2.8' e göre 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.

					ANOVA Sonuçları						
Değişken	Grup	N	$\bar{x}$	SS	Var. K.	KT	Sd	KO	F	p	Fark
Etik iklim	Hekim	92	3,26	0,95	G.Arası	6,453	6	1,075	1,511	0,174	
	Hemşire	182	3,45	0,78	G.İçi	241,278	339	0,712			
	Ebe	12	3,75	0,92	Toplam	247,731	345				
	Sağlık m.	24	3,33	0,86							
	Teknisyen	14	3,76	0,68							
	İdari p.	13	3,66	0,92							
	Diğer	9	3,49	0,83							
Ekip çalışması	Hekim	92	3,27	0,75	G.Arası	7,086	6	1,181	1,898	0,080	
	Hemşire	182	3,27	0,77	G.İçi	210,889	339	0,622			
	Ebe	12	3,23	1,15	Toplam	217,975	345				
	Sağlık m.	24	3,28	0,97							
	Teknisyen	14	3,68	0,65							
	İdari p.	13	3,90	0,67							
	Diğer	9	3,36	0,73							
Açık iletişim	Hekim	92	2,92	1,03	G.Arası	16,272	6	2,712	2,887	0,009	
	Hemşire	182	2,97	0,92	G.İçi	318,449	339	0,939			
	Ebe	12	3,11	1,25	Toplam	334,721	345				
	Sağlık m.	24	2,95	0,95							
	Teknisyen	14	3,86	0,69							
	İdari p.	13	3,62	1,21							
	Diğer	9	3,11	1,08							

Örgütsel öğrenme ve gelişme	Hekim	92	2,87	0,85	G.Arası	11,874	6	1,979	3,285	0,004		
	Hemşire	182	3,26	0,74	G.İçi	204,213	339	0,602				
	Ebe	12	3,28	0,69	Toplam	216,087	345					
	Sağlık m.	24	3,03	0,84								
	Teknisyen	14	3,43	0,77								
	İdari p.	13	3,39	0,82								
	Diğer	9	3,03	0,61								
Hasta güvenliği (genel)	Hekim	92	3,03	0,55	G.Arası	4,669	6	0,778	2,744	0,013		
	Hemşire	182	3,19	0,51	G.İçi	96,130	339	0,284				
	Ebe	12	3,26	0,59	Toplam	100,799	345					
	Sağlık m.	24	3,26	0,61								
	Teknisyen	14	3,49	0,38								
	İdari p.	13	3,48	0,57								
	Diğer	9	3,16	0,68								
Hastane hasta güvenliği durumu	Hekim	92	2,91	0,74	G.Arası	16,842	6	2,807	5,269	0,000		
	Hemşire	182	3,09	0,70	G.İçi	180,617	339	0,533				
	Ebe	12	3,42	0,79	Toplam	197,460	345					
	Sağlık m.	24	3,00	0,83								
	Teknisyen	14	3,43	0,76								
	İdari p.	13	4,00	0,71								
	Diğer	9	3,22	0,83								

Tablo 2.9' a göre Etik iklim ölçeği puanları görev değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Etik iklim konusunda hekimlerin, sağlık memurlarının ve diğerlerinin (diyetisyen, eczacı vs.) görüşleri olumsuz iken, hemşirelerin, ebelerin, teknisyenlerin ve idari personelin görüşleri ise olumludur.

Tablo 2.9' a göre Ekip çalışması puanları görev değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Ekip çalışması konusunda hekimlerin, hemşirelerin, sağlık memurlarının, ebelerin ve diğerlerinin (diyetisyen, eczacı vs.) görüşleri olumsuz iken, teknisyen ve idari personelin görüşleri olumludur.

Tablo 2.9'a göre Açık iletişim puanları görev değişkenine göre karşılaştırıldığında ($p<0,05$) grup içi anlamlı bir fark var olmakla birlikte bu farkın kaynağı belirsizdir. Açık iletişim konusunda hekimlerin, hemşirelerin, ebelerin, sağlık memurlarını ve diğerlerinin (diyetisyen, eczacı vs.) görüşleri olumsuz iken, teknisyen ve idari personelin olumludur.

Tablo 2.9' a göre Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt puanları görev değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt konusunda hemşirelerin, teknisyenlerin, idari personelin ve diğerlerinin (diyetisyen, eczacı vs.) görüşleri olumsuz iken, hekimlerin, sağlık memurlarının ve ebelerin görüşleri olumludur.

Tablo 2.9' a göre Hata hakkında geri bildirim puanları görev değişkenine göre karşılaştırıldığında ($p<0,05$) grup içi anlamlı bir fark var olmakla birlikte bu farkın kaynağı belirsizdir. Hata hakkında geri bildirim konusunda hekimlerin, hemşirelerin, ebelerin, sağlık memuru ve diğerlerinin (diyetisyen, eczacı vs.) görüşleri olumsuz iken, teknisyenlerin ve idari personelin görüşleri olumludur.

Tablo 2.9'a göre Personel sağlama puanları görev değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Personel sağlama konusunda katılımcıların bulunduğu bütün görev grupları olumsuz görüştedirler.

Tablo 2.9' a göre Yönetimin desteği puanları görev değişkenine göre karşılaştırıldığında ($p<0,05$) grup içi anlamlı bir fark var olmakla birlikte bu farkın kaynağı belirsizdir. Yönetimin desteği konusunda hekimlerin, hemşirelerin, ebelerin, sağlık memuru ve diğerlerinin (diyetisyen, eczacı vs.) görüşleri olumsuz iken, teknisyenlerin ve idari personelin görüşleri olumludur.

Tablo 2.9' a göre Güvenlik algısı puanları görev değişkenine göre karşılaştırıldığında ($p<0,05$) grup içi anlamlı bir fark var olmakla birlikte bu farkın kaynağı belirsizdir. Güvenlik algısı konusunda katılımcıların bulunduğu bütün görev grupları olumsuz görüştedirler.

Tablo 2.9' a göre Hata raporlama sıklığı puanları görev değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0,05$). Hata raporlama sıklığı konusunda hekimlerin, hemşirelerin, teknisyenlerin, idari personelin ve diğerlerinin (diyetisyen, eczacı vs.) görüşleri olumsuz iken, sağlık memurları ve ebelerin görüşleri olumludur.

Tablo 2.9' a göre Birimler arası ekip çalışması puanları görev değişkenine göre karşılaştırıldığında ($p<0,05$) grup içi anlamlı bir fark var olmakla birlikte bu farkın kaynağı belirsizdir. Birimler arası ekip çalışması konusunda hekimlerin, hemşirelerin, ebelerin ve diğerlerinin (diyetisyen, eczacı vs.) görüşleri olumsuz iken, teknisyenlerin, sağlık memurlarının ve idari personellerin görüşleri olumludur.

Tablo 2.9' a göre Müdahale ve değişim puanları görev değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Müdahale ve değişim konusunda hekimlerin ve diğerlerinin (diyetisyen, eczacı vs.) görüşleri olumsuz iken, hemşirelerin, ebelerin, sağlık memurlarının, teknisyenlerin ve idari personellerin görüşleri olumludur.

					ANOVA Sonuçları						Fark
Değişken	Grup	N	$\bar{x}$	SS	Var. K.	KT	Sd	KO	F	p	
Etik iklim	Temel Bil. ^a	25	3,34	0,83	G.Arası	5,171	4	1,293			0,125
	Dahili Bil. ^b	146	3,34	0,90	G.İçi	242,560	341	0,711	1,817		
	Cerrahi Bil. ^c	79	3,57	0,70	Toplam	247,731	345				
	İdari İşler ^d	15	3,81	0,66							
	Diğer ^e	81	3,39	0,89							
Ekip çalışması	Temel Bil.	25	3,10	0,87	G.Arası	5,779	4	1,445			0,057
	Dahili Bil.	146	3,30	0,81	G.İçi	212,196	341	0,622	2,322		
	Cerrahi Bil.	79	3,30	0,77	Toplam	217,975	345				
	İdari İşler	15	3,87	0,65							
	Diğer	81	3,30	0,76							

Açık iletişim	Temel Bil.	25	2,950,95	G.Arası	11,347	4	2,837				
	Dahili Bil.	146	2,900,96	G.İçi	323,375	341	0,948	2,991	0,019		
	Cerrahi Bil.	79	3,13,100	Toplam	334,721	345					b-d
	İdari İşler	15	3,760,87								
	Diğer	81	3,050,99								
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Temel Bil.	25	3,520,82	G.Arası	5,858	4	1,465				
	Dahili Bil.	146	3,430,80	G.İçi	202,070	341	0,593	2,471	0,044		
	Cerrahi Bil.	79	3,310,74	Toplam	207,928	345					
	İdari İşler	15	2,820,91								
	Diğer	81	3,360,70								
Hata hakkında geri bildirim	Temel Bil.	25	3,201,04	G.Arası	6,409	4	1,602				
	Dahili Bil.	146	3,240,97	G.İçi	328,570	341	0,964	1,663	0,158		
	Cerrahi Bil.	79	3,290,99	Toplam	334,978	345					
	İdari İşler	15	3,910,73								
	Diğer	81	3,271,00								
Personel sağlama	Temel Bil.	25	3,070,65	G.Arası	4,592	4	1,148				
	Dahili Bil.	146	2,790,61	G.İçi	149,215	341	0,438	2,623	0,035		
	Cerrahi Bil.	79	2,970,70	Toplam	153,807	345					
	İdari İşler	15	3,230,65								
	Diğer	81	2,930,70								
Yönetimin desteği	Temel Bil. ^a	25	3,690,60	G.Arası	7,935	4	1,984				
	Dahili Bil. ^b	146	3,110,67	G.İçi	162,036	341	0,475	4,175	0,003		a-b
	Cerrahi Bil. ^c	79	3,150,62	Toplam	169,971	345					a-c
	İdari İşler ^d	15	3,350,69								a-e
	Diğer ^e	81	3,160,79								
Güvenlik algısı	Temel Bil. ^a	25	2,981,01	G.Arası	5,587	4	1,397				
	Dahili Bil. ^b	146	2,730,61	G.İçi	149,069	341	0,437	3,195	0,014		
	Cerrahi Bil. ^c	79	2,950,64	Toplam	154,656	345					b-e
	İdari İşler ^d	15	2,880,57								
	Diğer ^e	81	3,020,65								
Hata raporlama sıklığı	Temel Bil.	25	3,080,91	G.Arası	1,875	4	0,469				
	Dahili Bil.	146	3,081,04	G.İçi	361,837	341	1,061	0,442	0,778		
	Cerrahi Bil.	79	3,101,09	Toplam	363,713	345					
	İdari İşler	15	3,291,06								
	Diğer	81	3,240,98								
Birimler arası ekip çalışması	Temel Bil. ^a	25	3,410,76	G.Arası	9,138	4	2,284				
	Dahili Bil. ^b	146	3,190,84	G.İçi	213,537	341	0,626	3,648	0,006		b-d
	Cerrahi Bil. ^c	79	3,340,69	Toplam	222,674	345					d-e
	İdari İşler ^d	15	3,980,64								
	Diğer ^e	81	3,280,83								
Müdahale ve değişim	Temel Bil.	25	3,370,82	G.Arası	2,943	4	0,736				
	Dahili Bil.	146	3,450,81	G.İçi	202,360	341	0,593	1,240	0,294		
	Cerrahi Bil.	79	3,590,69	Toplam	205,303	345					
	İdari İşler	15	3,820,70								
	Diğer	81	3,540,76								
Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları	Temel Bil.	25	3,190,96	G.Arası	4,199	4	1,050				
	Dahili Bil.	146	3,061,05	G.İçi	341,821	341	1,002	1,047	0,383		
	Cerrahi Bil.	79	3,010,96	Toplam	346,020	345					
	İdari İşler	15	3,530,80								
	Diğer	81	3,150,99								
Örgütsel öğrenme ve gelişme	Temel Bil.	25	3,310,84	G.Arası	1,784	4	0,446				
	Dahili Bil.	146	3,090,81	G.İçi	214,303	341	0,628	710	0,586		
	Cerrahi Bil.	79	3,210,76	Toplam	216,087	345					
	İdari İşler	15	3,290,82								
	Diğer	81	3,120,77								

Hasta güvenliği (genel)	Temel Bil.	25	3,23	0,56	G.Arası	2,269	4	0,567			
	Dahili Bil.	146	3,11	0,53	G.İçi	98,531	341	0,289	1,963	0,100	
	Cerrahi Bil.	79	3,20	0,49	Toplam	100,799	345				
	İdari İşler	15	3,49	0,45							
	Diğer	81	3,20	0,59							
Hastane hasta güvenliği durumu	Temel Bil. ^a	25	3,24	0,72	G.Arası	6,610	4	1,652			
	Dahili Bil. ^b	146	3,03	0,78	G.İçi	190,850	341	0,560	2,952	0,020	
	Cerrahi Bil. ^c	79	3,15	0,68	Toplam	197,460	345				b-d
	İdari İşler ^d	15	3,67	0,90							
	Diğer ^e	81	3,02	0,72							

Tablo 2.10' a göre Etik iklim ölçeği puanları birim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Etik iklim konusunda temel bilimler, dahili bilimler ve diğer birimlerde çalışan katılımcıların olumsuz görüş belirtirken cerrahi bilimler ve idari işler de çalışan katılımcıların olumlu görüştedir.

Tablo 2.10'a göre Ekip çalışması puanları birim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0,05$). Ekip çalışması konusunda temel bilimler, dahili bilimler, cerrahi bilimler ve diğer birimlerde çalışan katılımcıların görüşü olumsuz iken, idari işlerde çalışanların görüşleri olumludur.

Tablo 2.10'a göre Açık iletişim puanları birim değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı fark bulunmakta ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı "dahili bilimler ile idari işler" arasındadır. Açık iletişim konusunda temel bilimler, dahili bilimler, cerrahi bilimler ve diğer birimlerde çalışan katılımcıların görüşü olumsuz iken, idari işlerde çalışanların görüşleri olumludur.

Tablo 2.10' a göre Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt puanları birim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlam fark bulunmakta ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı bilinmemektedir. Cerrahi bilimler, idari işler ve diğer birimlerde çalışanların görüşleri olumsuz iken, temel bilimler ve dahili bilimlerde çalışanların görüşleri olumludur.

Tablo 2.10'a göre Hata hakkında geri bildirim puanları birim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hata hakkında geri bildirim konusunda temel bilimler, dahili bilimler, cerrahi bilimler ve diğer birimlerde çalışan katılımcıların görüşü olumsuz iken, idari işlerde çalışanların görüşleri olumludur.

Tablo 2.10'a göre Personel sağlama puanları birim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlam fark bulunmakta ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı bilinmemektedir. Tüm birimlerde görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.10'a göre Yönetimin desteği puanları birim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlam fark bulunmakta ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı “temel bilimler ile dahili bilimler, cerrahi bilimler ve diğer birimler arasındadır. Dahili bilimler, cerrahi bilimler, idari işler ve diğer birimlerde çalışan katılımcıların görüşleri olumsuz iken, temel bilimlerde çalışan katılımcıların görüşü ise olumludur.

Tablo 2.10'a göre Güvenlik algısı puanları birim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlam fark bulunmakta ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı “dahili bilimler ve diğer” arasındadır. Tüm birimlerde çalışan katılımcıların görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.10'a göre Hata raporlama sıklığı puanları birim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Tüm birimlerde çalışan katılımcıların görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.10'a göre Birimler arası ekip çalışması puanları birim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlam fark bulunmakta ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı dahili bilimler ve idari işler” ve “idari işler ve diğer” arasındadır. Dahili bilimler, cerrahi bilimler ve diğer birimlerde çalışan katılımcıların görüşleri olumsuz iken, temel bilimlerin, idari işlerde çalışan katılımcıların görüşü ise olumludur.

Tablo 2.10'a göre Müdahale ve değişim puanları birim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Temel bilimlerde çalışan katılımcıların görüşü olumsuz iken, dahili bilimler, cerrahi bilimler, idari işler ve diğer birimlerde çalışan katılımcıların görüşü ise olumludur.

Tablo 2.10' a göre Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları puanları birim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Temel bilimler, dahili bilimler, cerrahi bilimler ve diğer birimlerde çalışan katılımcıların görüşleri olumsuz iken, idari işlerde çalışan katılımcıların görüşü ise olumludur.

Tablo 2.10' a göre Örgütsel öğrenme ve gelişme puanları birim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Tüm birimlerde çalışan katılımcıların görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.10' a göre Hasta güvenliği (genel) puanları birim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Temel bilimler, dahili bilimler, cerrahi bilimler ve diğer birimlerde çalışan katılımcıların görüşleri olumsuz iken, idari işlerde çalışanların görüşü ise olumludur.

					ANOVA Sonuçları						Fark
Değişken	Grup	N	$\bar{x}$	SS	Var. K.	KT	Sd	KO	F	p	
Etik iklim	Lise	35	3,36	0,76	G.Arası	2,451	3	0,817	1,139	0,333	
	Ön lisans	68	3,57	0,77	G.İçi	245,280	342	0,717			
	Lisans	163	3,43	0,88	Toplam	247,731	345				
	Lisansüstü	80	3,32	0,88							
Ekip çalışması	Lise	35	3,21	0,96	G.Arası	511	3	0,170	0,268	0,848	
	Ön lisans	68	3,35	0,73	G.İçi	217,464	342	0,636			
	Lisans	163	3,33	0,81	Toplam	217,975	345				
	Lisansüstü	80	3,29	0,73							
Açık iletişim	Lise	35	3,09	1,07	G.Arası	1,749	3	0,250	0,256	0,857	
	Ön lisans	68	3,10	1,05	G.İçi	333,973	342	0,977			
	Lisans	163	3,00	0,94	Toplam	334,721	345				
	Lisansüstü	80	2,99	1,00							
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Lise	35	3,25	0,82	G.Arası	1,575	3	0,525	0,870	0,457	
	Ön lisans	68	3,31	0,76	G.İçi	206,352	342	0,603			
	Lisans	163	3,36	0,84	Toplam	207,928	345				
	Lisansüstü	80	3,47	0,63							
Hata hakkında geri bildirim	Lise	35	3,30	0,98	G.Arası	2,836	3	0,945	10,973	0,405	
	Ön lisans	68	3,39	0,99	G.İçi	332,143	342	0,971			
	Lisans	163	3,31	1,01	Toplam	334,978	345				
	Lisansüstü	80	3,13	0,93							
Personel sağlama	Lise	35	3,11	0,66	G.Arası	2,589	3	0,863	1,951	10,121	
	Ön lisans	68	2,98	0,67	G.İçi	151,218	342	0,442			
	Lisans	163	2,84	0,67	Toplam	153,807	345				
	Lisansüstü	80	2,89	0,64							

Yönetimin desteği	Lise	35	3,070,94	G.Arası	934	3	0,311			
	Ön lisans	68	3,170,69	G.İçi	169,037	342	0,494	0,630	0,596	
	Lisans	163	3,230,67	Toplam	169,971	345				
	Lisansüstü	80	3,140,66							
Güvenlik algısı	Lise ^a	35	3,130,81	G.Arası	3,756	3	1,252			
	Ön lisans ^b	68	2,900,68	G.İçi	150,900	342	0,441	2,837		a-d
	Lisans ^c	163	2,870,63	Toplam	154,656	345				
	Lisansüstü ^d	80	2,750,64							
Hata raporlama sıklığı	Lise	35	3,430,95	G.Arası	4,363	3	1,454			
	Ön lisans	68	3,101,01	G.İçi	359,349	342	1,051	1,384	0,247	
	Lisans	163	3,141,07	Toplam	363,713	345				
	Lisansüstü	80	3,010,96							
Birimler arası ekip çalışması	Lise	35	3,400,87	G.Arası	1,530	3	0,177			
	Ön lisans	68	3,280,80	G.İçi	222,145	342	0,650	0,272	0,846	
	Lisans	163	3,300,84	Toplam	222,674	345				
	Lisansüstü	80	3,260,69							
Müdahale ve değişim	Lise	35	3,390,88	G.Arası	1,725	3	0,575			
	Ön lisans	68	3,570,77	G.İçi	203,578	342	0,595	0,966	0,409	
	Lisans	163	3,560,82	Toplam	205,303	345				
	Lisansüstü	80	3,430,60							
Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları	Lise	35	2,991,13	G.Arası	1,080	3	0,360			
	Ön lisans	68	3,181,00	G.İçi	344,940	342	1,009	0,357	0,784	
	Lisans	163	3,110,91	Toplam	346,020	345				
	Lisansüstü	80	3,041,12							
Örgütsel öğrenme ve gelişme	Lise	35	3,370,81	G.Arası	4,739	3	1,580			
	Ön lisans	68	3,190,78	G.İçi	211,348	342	0,618	2,556	0,055	
	Lisans	163	3,180,78	Toplam	216,087	345				
	Lisansüstü	80	2,960,79							
Hasta güvenliği (genel)	Lise	35	3,230,59	G.Arası	1,503	3	0,168			
	Ön lisans	68	3,210,56	G.İçi	100,296	342	0,293	0,572	0,634	
	Lisans	163	3,180,54	Toplam	100,799	345				
	Lisansüstü	80	3,110,51							
Hastane hasta güvenliği durumu	Lise	35	3,030,75	G.Arası	3,643	3	1,214			
	Ön lisans	68	3,220,84	G.İçi	193,816	342	0,567	2,143	0,095	
	Lisans	163	3,150,73	Toplam	197,460	345				
	Lisansüstü	80	2,940,72							

Tablo 2.11'e göre Etik iklim ölçeği puanları eğitim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Etik iklim konusunda lise ve lisansüstü düzeyinde öğrenim gören katılımcıların görüşleri olumsuz iken, ön lisans ve lisans düzeyinde öğrenim görenlerin görüşleri olumludur.

Tablo 2.11'e göre Ekip çalışması puanları eğitim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Ekip çalışması konusunda bütün öğrenim düzeylerinin görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.11'egöre Açık iletişim Ekip çalışması puanları eğitim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Açık iletişim konusunda bütün öğrenim düzeylerinin görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.11'e göre Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt puanları eğitim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt konusunda lise, ön lisans, lisans düzeyinde öğrenim gören katılımcıların görüşleri olumsuz iken, lisansüstü düzeyinde öğrenim görenlerin görüşleri olumludur.

Tablo 2.11'e göre Hata hakkında geri bildirim puanları eğitim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hata hakkında geri bildirim konusunda bütün öğrenim düzeylerinin görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.11'e göre Personel sağlama puanları eğitim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Personel sağlama konusunda bütün öğrenim düzeylerinin görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.11'e göre Yönetimin desteği puanları eğitim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Yönetimin desteği konusunda bütün öğrenim düzeylerinin görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.11'e göre Güvenlik algısı puanları eğitim değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı "lise ve lisansüstü" arasındadır. Güvenlik algısı konusunda bütün öğrenim düzeylerinin görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.11'e göre Hata raporlama sıklığı puanları eğitim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hata raporlama sıklığı konusunda ön lisans, lisans düzeyinde öğrenim gören katılımcıların görüşleri olumsuz iken, lise düzeyinde öğrenim görenlerin görüşleri olumludur.

Tablo 2.11’egöre Birimler arası ekip çalışması puanları eğitim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Birimler arası ekip çalışması konusunda ön lisans, lisans düzeyinde öğrenim gören katılımcıların görüşleri olumsuz iken, lise düzeyinde öğrenim görenlerin görüşleri olumludur.

Tablo 2.11’e göre Müdahale ve değişim puanları eğitim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Müdahale ve değişim konusunda lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların görüşleri sınırda bir puanla olumsuz iken, ön lisans, lisans ve lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların görüşleri olumludur.

Tablo 2.11’e göre Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları puanları eğitim değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları konusunda bütün öğrenim düzeylerinin görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.11’e göre Örgütsel öğrenme ve gelişme puanları eğitim değişkenine göre karşılaştırıldığında küçük bir farkla anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Örgütsel öğrenme ve gelişme konusunda bütün öğrenim düzeylerinin görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.11’e göre Hasta güvenliği (genel) puanları eğitim değişkenine göre karşılaştırıldığında küçük bir farkla anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hasta güvenliği konusunda bütün öğrenim düzeylerinin görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.11’e göre Hastane hasta güvenliği durumu puanları eğitim değişkenine göre karşılaştırıldığında küçük bir farkla anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hastane hasta güvenliği durumu konusunda bütün öğrenim düzeylerinin görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.12 aktarılmakta olan, ölçek puanlarının meslekte geçirilen süre değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulguları içermektedir.

Hata raporlama sıklığı	5 yıl ve altı	94	3,220,88	G.Arası	1,428	4	0,357			
	5-10 yıl arası	102	3,071,05	G.İçi	362,284	341	1,062	0,336	0,854	
	10-15 yıl arası	60	3,151,09	Toplam	363,713	345				
	15-20 yıl arası	36	3,051,07							
	20 yıl ve üzeri	54	3,101,13							
Birimler arası ekip çalışması	5 yıl ve altı	94	3,360,81	G.Arası	4,761	4	1,190			
	5-10 yıl arası	102	3,180,82	G.İçi	217,914	341	0,639	1,862	0,117	
	10-15 yıl arası	60	3,340,81	Toplam	222,674	345				
	15-20 yıl arası	36	3,130,72							
	20 yıl ve üzeri	54	3,480,78							
Müdahale ve değişim	5 yıl ve altı	94	3,370,80	G.Arası	5,309	4	1,327			
	5-10 yıl arası	102	3,450,84	G.İçi	199,993	341	0,586	2,263	0,062	
	10-15 yıl arası	60	3,670,68	Toplam	205,303	345				
	15-20 yıl arası	36	3,670,58							
	20 yıl ve üzeri	54	3,610,76							
Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları	5 yıl ve altı	94	2,970,91	G.Arası	4,626	4	1,157			
	5-10 yıl arası	102	3,031,06	G.İçi	341,394	341	1,001	1,155	0,330	
	10-15 yıl arası	60	3,221,13	Toplam	346,020	345				
	15-20 yıl arası	36	3,281,02							
	20 yıl ve üzeri	54	3,200,85							
Örgütsel öğrenme ve gelişme	5 yıl ve altı	94	3,080,76	G.Arası	1,875	4	0,469			
	5-10 yıl arası	102	3,130,87	G.İçi	214,212	341	0,628	0,746	0,561	
	10-15 yıl arası	60	3,120,83	Toplam	216,087	345				
	15-20 yıl arası	36	3,190,71							
	20 yıl ve üzeri	54	3,300,67							
Hasta güvenliği (genel)	5 yıl ve altı	94	3,120,52	G.Arası	1,496	4	0,374			
	5-10 yıl arası	102	3,120,59	G.İçi	99,304	341	0,291	1,284	0,276	
	10-15 yıl arası	60	3,220,60	Toplam	100,799	345				
	15-20 yıl arası	36	3,250,45							
	20 yıl ve üzeri	54	3,280,45							
Hastane hasta güvenliği durumu	5 yıl ve altı ^a	94	2,990,66	G.Arası	8,479	4	2,120			
	5-10 yıl arası ^b	102	2,960,84	G.İçi	188,981	341	0,554	3,825	0,005	
	10-15 yıl arası ^c	60	3,250,77	Toplam	197,460	345				
	15-20 yıl arası ^d	36	3,140,64							
	20 yıl ve üzeri ^e	54	3,370,71							

Tablo 2.12' ye göre Etik iklim ölçeği puanları meslekte geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Etik

iklim konusunda katılımcıların meslek süresi 5 yıl ve altı, 5-10yıl arası olanların görüşleri olumsuz iken, 10-15yıl arası,15-20 yıl arası,20 yıl ve üzeri olanların ise olumludur.

Tablo 2.12'ye göre Ekip çalışması ölçeği puanları meslekte geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Ekip çalışması konusunda katılımcıların meslek süresi 5 yıl ve altı, 5-10yıl arası, 10-15yıl arası olanların görüşleri olumsuz iken,15-20 yıl arası,20 yıl ve üzeri olanların ise olumludur.

Tablo 2.12' ye göre Açık iletişim puanları meslekte geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Açık iletişim konusunda katılımcıların bütün meslek süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.12'ye göre Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt puanları meslekte geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında ($p<0,05$) grup içi anlamlı bir fark var olmakla birlikte bu farkın kaynağı belirsizdir. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt konusunda katılımcıların meslek süresi 5 yıl ve altı, 5-10yıl arası olanların görüşleri olumsuz iken, 10-15yıl arası,15-20 yıl arası,20 yıl ve üzeri olanların ise olumludur.

Tablo 2.12' ye göre Hata hakkında geri bildirim puanları meslekte geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hata hakkında geri bildirim konusunda katılımcıların meslek süresi 5 yıl ve altı, 5-10yıl arası, 20 yıl ve üzeri olanların görüşleri olumsuz iken,10-15yıl arası,15-20 yıl arası olanların ise olumludur.

Tablo 2.12 'ye göre Personel sağlama puanları meslekte geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Personel sağlama konusunda katılımcıların bütün meslek süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.12'ye göre Yönetimin desteği puanları meslekte geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında ($p<0,05$) grup içi anlamlı bir fark var olmakla birlikte, bu farkın kaynağı "5-10yıl arası ile 10-15 yıl arası" arasındadır. Yönetimin desteği konusunda katılımcıların meslekte geçirdiği süre 5 yıl ve altı, 5-10yıl arası, 15-20 yıl arası,20 yıl ve üzeri olanların görüşleri olumsuz iken, 10-15yıl arası olanların ise olumludur.

Tablo 2.12'ye göre Güvenlik algısı puanları meslekte geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Güvenlik algısı

konusunda katılımcıların bütün meslek süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.12'ye göre Hata raporlama sıklığı puanları meslekte geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hata raporlama sıklığı konusunda katılımcıların bütün meslek süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.12'ye göre Birimler arası ekip çalışması puanları meslekte geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Birimler arası ekip çalışması konusunda katılımcıların meslek süresi 5 yıl ve altı, 5-10yıl arası, 10-15yıl arası, 15-20 yıl arası olanların görüşleri olumsuz iken, 20 yıl ve üzeri olanların ise olumludur.

Tablo 2.12'ye göre Müdahale ve değişim puanları meslekte geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Müdahale ve değişim konusunda katılımcıların meslek süresi 5 yıl ve altı olanların görüşleri olumsuz iken, 5-10yıl arası, 10-15yıl arası, 15-20 yıl arası, 20 yıl ve üzeri olanların ise olumludur.

Tablo 2.12'ye göre Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları puanları meslekte geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları konusunda katılımcıların bütün meslek süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.12'ye göre Örgütsel öğrenme ve gelişme puanları meslekte geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Örgütsel öğrenme ve gelişme konusunda katılımcıların bütün meslek süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.12'ye göre Hasta güvenliği (genel) puanları meslekte geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hasta güvenliği konusunda katılımcıların bütün meslek süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.12'ye göre Hastane hasta güvenliği durumu puanları meslekte geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında ($p<0,05$) grup içi anlamlı bir fark var olmakla birlikte, bu farkın kaynağı “5- 10 yıl arası ile 20yıl ve üzeri” arasındadır. Hastane hasta güvenliği durumu konusunda katılımcıların bütün meslek süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.13 aktarılmakta olan , ölçek puanlarının mevcut iş yerinde geçirilen süre değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulguları içermektedir.

	ANOVA Sonuçları	Early
--	-----------------	-------

[illegible]

Müdahale ve değişim	5 yıl ve altı	211	3,45	0,80	G.Arası	3,275	4	0,819			
	5-10 yıl arası	79	3,60	0,69	G.İçi	202,028	341	0,592	1,382	0,240	
	10-15 yıl arası	28	3,76	0,79	Toplam	205,303	345				
	15-20 yıl arası	10	3,63	0,61							
	20 yıl ve üzeri	18	3,44	0,74							
Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları	5 yıl ve altı	211	3,03	1,01	G.Arası	4,586	4	1,147			
	5-10 yıl arası	79	3,28	1,00	G.İçi	341,434	341	1,001	1,145	0,335	
	10-15 yıl arası	28	3,22	0,98	Toplam	346,020	345				
	15-20 yıl arası	10	2,93	1,01							
	20 yıl ve üzeri	18	3,01	0,96							
Örgütsel öğrenme ve gelişme	5 yıl ve altı	211	3,10	0,78	G.Arası	2,072	4	0,518			
	5-10 yıl arası	79	3,18	0,84	G.İçi	214,015	341	0,628	0,826	0,510	
	10-15 yıl arası	28	3,33	0,93	Toplam	216,087	345				
	15-20 yıl arası	10	3,27	0,65							
	20 yıl ve üzeri	18	3,28	0,55							
Hasta güvenliği (genel)	5 yıl ve altı	211	3,15	0,53	G.Arası	714	4	0,178			
	5-10 yıl arası	79	3,22	0,57	G.İçi	100,086	341	0,294	0,608	0,657	
	10-15 yıl arası	28	3,29	0,61	Toplam	100,799	345				
	15-20 yıl arası	10	3,19	0,42							
	20 yıl ve üzeri	18	3,16	0,46							
Hastane hasta güvenliği durumu	5 yıl ve altı	211	3,01	0,75	G.Arası	4,178	4	1,045			
	5-10 yıl arası	79	3,23	0,78	G.İçi	193,281	341	0,567	1,843	0,120	
	10-15 yıl arası	28	3,29	0,81	Toplam	197,460	345				
	15-20 yıl arası	10	3,20	0,63							
	20 yıl ve üzeri	18	3,22	0,65							

Tablo 2.13'e göre Etik iklim ölçeği puanları mevcut iş yerinde geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Etik iklim konusunda katılımcıların işyeri süresi 5 yıl ve altı, 20 yıl ve üzeri olanların görüşleri olumsuz iken, 5-10yıl arası, 10-15yıl arası, 15-20 yıl arası, olanların ise olumludur.

Tablo 2.13'e göre Ekip çalışması puanları mevcut iş yerinde geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Ekip çalışması konusunda katılımcıların işyeri süresi 5 yıl ve altı, 5-10yıl arası, 10-15yıl arası, 20 yıl ve üzeri olanların görüşleri olumsuz iken, 15-20 yıl arası olanların ise olumludur.

Tablo 2.13'e göre Açık iletişim puanları mevcut iş yerinde geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Açık iletişim konusunda katılımcıların bütün işyeri süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.13'e göre Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt puanları mevcut iş yerinde geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt konusunda katılımcıların işyeri süresi 5 yıl ve altı, 5-10yıl arası olanların görüşleri olumsuz iken, 10-

15yıl arası,15-20 yıl arası, 20 yıl ve üzeri olanların ise olumludur.

Tablo 2.13'e göre Hata hakkında geri bildirim puanları mevcut iş yerinde geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hata hakkında geri bildirim konusunda katılımcıların işyeri süresi 5 yıl ve altı, 5-10yıl arası, 20 yıl ve üzeri olanların görüşleri olumsuz iken,10-15yıl arası,15-20 yıl arası olanların ise olumludur.

Tablo 2.13'e göre Personel sağlama puanları mevcut iş yerinde geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Personel sağlama konusunda katılımcıların bütün işyeri süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.13'e göre Yönetimin desteği puanları mevcut iş yerinde geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Yönetimin desteği konusunda katılımcıların bütün işyeri süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.13'e göre Güvenlik algısı puanları mevcut işyerinde geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Güvenlik algısı konusunda katılımcıların bütün işyeri süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.13'e göre Hata raporlama sıklığı puanları mevcut işyerinde geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hata raporlama sıklığı konusunda katılımcıların bütün işyeri süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.13'e göre Birimler arası ekip çalışması puanları mevcut işyerinde geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Birimler arası ekip çalışması konusunda katılımcıların bütün işyeri süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.13'e göre Müdahale ve değişim puanları mevcut işyerinde geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Müdahale ve değişim konusunda katılımcıların bütün işyeri süresi gruplarının görüşleri olumludur.

Tablo 2.13'e göre Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları puanları mevcut işyerinde geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları konusunda

katılımcıların bütün işyeri süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.13'e göre Örgütsel öğrenme ve gelişme puanları mevcut işyerinde geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Örgütsel öğrenme ve gelişme konusunda katılımcıların bütün işyeri süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.13'e göre Hasta güvenliği (genel) puanları mevcut işyerinde geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hasta güvenliği konusunda katılımcıların bütün işyeri süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.13'e göre Hastane hasta güvenliği durumu puanları mevcut işyerinde geçirilen süre değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hastane hasta güvenliği durumu konusunda katılımcıların bütün işyeri süresi gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Aşağıda aktarılmakta olan Tablo 2.14, ölçek puanlarının gelir değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulguları içermektedir.

Tablo 2.14. Araştırma Ölçeklerinin Gelir Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

				ANOVA Sonuçları							Fark
Değişken	Grup	N	$\bar{x}$	SS	Var. K.	KT	Sd	KO	F	P	
Etik iklim	2800 TL ve a.	78	3,37	0,87	G.Arası	4,275	4	1,069			
	2800-4200 TL	175	3,52	0,79	G.İçi	243,455	341	0,714	1,497	0,203	
	4200-5600 TL	29	3,36	0,75	Toplam	247,731	345				
	5600-7000 TL	33	3,18	0,77							
	7000 TL ve ü.	31	3,34	1,19							
Ekip çalışması	2800 TL ve a.	78	3,25	0,92	G.Arası	2,212	4	0,553			
	2800-4200 TL	175	3,32	0,77	G.İçi	215,764	341	0,633	0,874	0,480	
	4200-5600 TL	29	3,31	0,85	Toplam	217,975	345				
	5600-7000 TL	33	3,19	0,60							
	7000 TL ve ü.	31	3,52	0,67							
Açık iletişim	2800 TL ve a.	78	3,02	1,06	G.Arası	3,075	4	0,769			
	2800-4200 TL	175	3,04	0,95	G.İçi	331,646	341	0,973	0,791	0,532	
	4200-5600 TL	29	3,06	1,03	Toplam	334,721	345				
	5600-7000 TL	33	2,78	0,90							
	7000 TL ve ü.	31	3,20	1,01							

Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	2800 TL ve a.	78	3,32	0,79	G.Arası	,560	4	0,140			
	2800-4200 TL	175	3,39	0,79	G.İçi	207,368	341	0,608	0,230	0,921	
	4200-5600 TL	29	3,26	0,73	Toplam	207,928	345				
	5600-7000 TL	33	3,38	0,74							
	7000 TL ve ü.	31	3,39	0,79							
Hata hakkında geri bildirim	2800 TL ve a.	78	3,25	1,12	G.Arası	4,688	4	1,172			
	2800-4200 TL	175	3,38	0,90	G.İçi	330,291	341	0,969	1,210	0,306	
	4200-5600 TL	29	3,17	1,15	Toplam	334,978	345				
	5600-7000 TL	33	3,00	0,89							
	7000 TL ve ü.	31	3,25	1,03							
Personel sağlama	2800 TL ve a.	78	2,95	0,67	G.Arası	,921	4	0,230			
	2800-4200 TL	175	2,93	0,65	G.İçi	152,885	341	0,448	0,514	0,726	
	4200-5600 TL	29	2,87	0,72	Toplam	153,807	345				
	5600-7000 TL	33	2,79	0,64							
	7000 TL ve ü.	31	2,82	0,73							
Yönetimin desteği	2800 TL ve a.	78	3,23	0,73	G.Arası	1,413	4	0,353			
	2800-4200 TL	175	3,20	0,71	G.İçi	168,558	341	0,494	0,715	0,582	
	4200-5600 TL	29	3,14	0,81	Toplam	169,971	345				
	5600-7000 TL	33	3,00	0,53							
	7000 TL ve ü.	31	3,18	0,66							
Güvenlik algısı	2800 TL ve a.	78	2,98	0,81	G.Arası	4,097	4	1,024			
	2800-4200 TL	175	2,92	0,62	G.İçi	150,559	341	0,442	2,320	0,057	
	4200-5600 TL	29	2,66	0,59	Toplam	154,656	345				
	5600-7000 TL	33	2,68	0,53							
	7000 TL ve ü.	31	2,77	0,67							
Hata raporlama sıklığı	2800 TL ve a.	78	3,25	1,08	G.Arası	3,560	4	0,890			
	2800-4200 TL	175	3,15	1,01	G.İçi	360,152	341	1,056	0,843	0,499	
	4200-5600 TL	29	3,08	1,03	Toplam	363,713	345				
	5600-7000 TL	33	2,99	0,73							
	7000 TL ve ü.	31	2,90	1,21							
Birimler arası ekip çalışması	2800 TL ve a.	78	3,28	0,93	G.Arası	1,850	4	0,463			
	2800-4200 TL	175	3,33	0,75	G.İçi	220,824	341	0,648	0,714	0,583	
	4200-5600 TL	29	3,35	0,97	Toplam	222,674	345				
	5600-7000 TL	33	3,08	0,58							
	7000 TL ve ü.	31	3,33	0,80							
Müdahale ve değişim	2800 TL ve a.	78	3,39	0,83	G.Arası	6,895	4	1,724			
	2800-4200 TL	175	3,62	0,75	G.İçi	198,408	341	0,582	2,963	0,020	
	4200-5600 TL	29	3,44	0,89	Toplam	205,303	345				
	5600-7000 TL	33	3,20	0,66							
	7000 TL ve ü.	31	3,65	0,62							
Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları	2800 TL ve a.	78	3,01	1,03	G.Arası	3,392	4	0,848			
	2800-4200 TL	175	3,17	0,92	G.İçi	342,629	341	1,005	0,844	0,498	
	4200-5600 TL	29	3,17	1,20	Toplam	346,020	345				
	5600-7000 TL	33	2,86	0,96							
	7000 TL ve ü.	31	3,11	1,19							

Örgütsel öğrenme ve gelişme	2800 TL ve a.	78	3,23	0,86	G.Arası	6,027	4	1,507		
	2800-4200 TL	175	3,22	0,71	G.İçi	210,060	341	0,616	2,446	0,046
	4200-5600 TL	29	3,05	0,88	Toplam	216,087	345			
	5600-7000 TL	33	2,83	0,72						
	7000 TL ve ü.	31	2,98	0,95						
Hasta güvenliği (genel)	2800 TL ve a.	78	3,18	0,60	G.Arası	1,657	4	0,414		
	2800-4200 TL	175	3,22	0,52	G.İçi	99,142	341	0,291	1,425	0,225
	4200-5600 TL	29	3,13	0,59	Toplam	100,799	345			
	5600-7000 TL	33	2,98	0,38						
	7000 TL ve ü.	31	3,18	0,59						
Hastane hasta güvenliği durumu	2800 TL ve a.	78	3,08	0,83	G.Arası	4,809	4	1,202		
	2800-4200 TL	175	3,18	0,73	G.İçi	192,650	341	0,565	2,128	0,077
	4200-5600 TL	29	3,14	0,74	Toplam	197,460	345			
	5600-7000 TL	33	2,79	0,60						
	7000 TL ve ü.	31	3,00	0,82						

Tablo 2.14'e göre Etik iklim ölçeği puanları gelir değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Etik iklim konusunda 2800 ve altı, 4200-5600 TL, 5600-7000 TL, 7000 TL ve üzeri gelire sahip olan katılımcıların görüşleri olumsuz iken, 2800-4200 TL gelire sahip olanlar ise olumludur.

Tablo 2.14'e göre Ekip çalışması puanları gelir değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Ekip çalışması konusunda 2800 ve altı, 2800-4200 TL, 4200-5600 TL, 5600-7000 TL, gelire sahip olan katılımcıların görüşleri olumsuz iken, 7000 TL ve üzeri gelire sahip olanlar ise olumludur.

Tablo 2.14'e göre Açık iletişim puanları gelir değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Açık iletişim konusunda tüm gelir gruplarındaki katılımcıların görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.14'e göre Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt puanları gelir değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt konusunda tüm gelir gruplarındaki katılımcıların görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.14'e göre Hata hakkında geri bildirim puanları gelir değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hata hakkında geri bildirim konusunda tüm gelir gruplarındaki katılımcıların görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.14'e göre Personel sağlama puanları gelir değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Personel sağlama konusunda tüm gelir gruplarındaki katılımcıların görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.14'e göre Yönetimin desteği puanları gelir değişkenine göre

karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Yönetimin desteği konusunda tüm gelir gruplarındaki katılımcıların görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.14'e göre Güvenlik algısı puanları gelir değişkenine göre karşılaştırıldığında küçük bir farkla anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Güvenlik algısı konusunda tüm gelir gruplarındaki katılımcıların görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.14'e göre Hata raporlama sıklığı puanları gelir değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hata raporlama sıklığı konusunda tüm gelir gruplarındaki katılımcıların görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.14'e göre Birimler arası ekip çalışması puanları gelir değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Birimler arası ekip çalışması konusunda tüm gelir gruplarındaki katılımcıların görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.14'e göre Müdahale ve değişim puanları gelir değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı belirsizdir. Müdahale ve değişim konusunda 2800 ve altı, 5600-7000TL gelire sahip olan katılımcıların görüşleri olumsuz iken, 2800- 4200 TL, 4200-5600TL,7000TL ve üzeri gelire sahip olanlar ise olumludur.

Tablo 2.14'e göre Yöneticilerin beklentilere karşı tutumları puanları gelir değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Yöneticilerin beklentilere karşı tutumları konusunda tüm gelir gruplarındaki katılımcıların görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.14'e göre Örgütsel öğrenme ve gelişme puanları gelir değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı belirsizdir. Örgütsel öğrenme ve gelişme konusunda tüm gelir gruplarındaki katılımcıların görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.14'e göre Hasta güvenliği (genel) puanları gelir değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hasta güvenliği konusunda tüm gelir gruplarındaki katılımcıların görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.14'e göre Hastane hasta güvenliği durumu puanları gelir değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hastane hasta güvenliği durumu konusunda tüm gelir gruplarındaki katılımcıların görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.15 aktarılmakta olan, ölçek puanlarının yaş değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulguları içermektedir.

Tablo 2.15. Araştırma Ölçeklerinin Yaş Değişkenine Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	Grup	N	$\bar{x}$	SS	ANOVA Sonuçları						Fark
					Var. K.	KT	Sd	KO	F	p	
Etik iklim	21 ve altı	22	3,470,91		G.Arası	8,132	4	2,033			0,022
	21-30 arası	128	3,270,84		G.İçi	239,598	341	0,703	2,893		
	30-40 arası	135	3,490,86		Toplam	247,731	345				
	40-50 arası	48	3,480,79								
	50 ve üzeri	13	3,990,47								
Ekip çalışması	21 ve altı	22	3,010,97		G.Arası	5,372	4	1,343			0,074
	21-30 arası	128	3,220,83		G.İçi	212,603	341	0,623	2,154		
	30-40 arası	135	3,380,72		Toplam	217,975	345				
	40-50 arası	48	3,430,79								
	50 ve üzeri	13	3,580,72								
Açık iletişim	21 ve altı	22	3,081,00		G.Arası	10,354	4	2,589			0,030
	21-30 arası	128	2,810,95		G.İçi	324,367	341	0,951	2,721		
	30-40 arası	135	3,130,99		Toplam	334,721	345				
	40-50 arası	48	3,251,00								
	50 ve üzeri	13	3,130,89								
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	21 ve altı	22	3,300,78		G.Arası	6,339	4	1,585			0,032
	21-30 arası	128	3,220,75		G.İçi	201,589	341	0,591	2,681		
	30-40 arası	135	3,410,84		Toplam	207,928	345				
	40-50 arası	48	3,600,65								
	50 ve üzeri	13	3,560,57								
Hata hakkında geri bildirim	21 ve altı ^a	22	3,480,89		G.Arası	11,909	4	2,977			0,015
	21-30 arası ^b	128	3,051,07		G.İçi	323,070	341	0,947	3,142		
	30-40 arası ^c	135	3,450,93		Toplam	334,978	345				
	40-50 arası ^d	48	3,330,93								
	50 ve üzeri ^e	13	3,380,61								
Personel sağlama	21 ve altı	22	3,140,71		G.Arası	3,822	4	0,956			0,072
	21-30 arası	128	2,810,64		G.İçi	149,984	341	0,440	2,173		
	30-40 arası	135	2,890,65		Toplam	153,807	345				
	40-50 arası	48	3,050,77								
	50 ve üzeri	13	3,100,36								
Yönetimin desteği	21 ve altı	22	3,260,82		G.Arası	3,483	4	0,871			0,132
	21-30 arası	128	3,050,68		G.İçi	166,488	341	0,488	1,783		
	30-40 arası	135	3,240,73		Toplam	169,971	345				
	40-50 arası	48	3,310,62								
	50 ve üzeri	13	3,230,63								
Güvenlik algısı	21 ve altı	22	3,230,83		G.Arası	5,435	4	1,359			0,016
	21-30 arası	128	2,790,67		G.İçi	149,221	341	0,438	3,105		
	30-40 arası	135	2,910,60		Toplam	154,656	345				
	40-50 arası	48	2,770,75								
	50 ve üzeri	13	3,170,56								

b-c

Hata raporlama sıklığı	21 ve altı	22	3,500,92	G.Arası	5,144	4	1,286			
	21-30 arası	128	3,020,97	G.İçi	358,569	341	1,052	1,223	0,301	
	30-40 arası	135	3,191,06	Toplam	363,713	345				
	40-50 arası	48	3,101,11							
	50 ve üzeri	13	3,051,02							
Birimler arası ekip çalışması	21 ve altı	22	3,480,87	G.Arası	6,601	4	1,650			
	21-30 arası	128	3,130,80	G.İçi	216,073	341	0,634	2,604	0,036	
	30-40 arası	135	3,340,78	Toplam	222,674	345				
	40-50 arası	48	3,490,79							
	50 ve üzeri	13	3,480,79							
Müdahale ve değişim	21 ve altı	22	3,400,91	G.Arası	5,670	4	1,417			
	21-30 arası	128	3,370,75	G.İçi	199,633	341	0,585	2,421	0,048	
	30-40 arası	135	3,590,77	Toplam	205,303	345				
	40-50 arası	48	3,700,72							
	50 ve üzeri	13	3,630,74							
Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları	21 ve altı ^a	22	3,260,81	G.Arası	13,665	4	3,416			
	21-30 arası ^b	128	2,871,03	G.İçi	332,355	341	0,975	3,505	0,008	
	30-40 arası ^c	135	3,260,99	Toplam	346,020	345				b-c
	40-50 arası ^d	48	3,060,98							
	50 ve üzeri ^e	13	3,520,79							
Örgütsel öğrenme ve gelişme	21 ve altı	22	3,320,97	G.Arası	3,824	4	0,956			
	21-30 arası	128	3,040,80	G.İçi	212,263	341	0,622	1,536	0,191	
	30-40 arası	135	3,160,75	Toplam	216,087	345				
	40-50 arası	48	3,220,77							
	50 ve üzeri	13	3,490,75							
Hasta güvenliği (genel)	21 ve altı ^a	22	3,280,61	G.Arası	4,494	4	1,123			
	21-30 arası ^b	128	3,030,54	G.İçi	96,306	341	0,282	3,978	0,004	
	30-40 arası ^c	135	3,240,51	Toplam	100,799	345				b-c
	40-50 arası ^d	48	3,270,53							
	50 ve üzeri ^e	13	3,370,43							
Hastane hasta güvenliği durumu	21 ve altı ^a	22	3,140,71	G.Arası	9,898	4	2,474			
	21-30 arası ^b	128	2,900,80	G.İçi	187,562	341	0,550	4,499	0,001	
	30-40 arası ^c	135	3,180,68	Toplam	197,460	345				b-d
	40-50 arası ^d	48	3,380,76							
	50 ve üzeri ^e	13	3,230,73							

Tablo 2.15'e göre Etik iklim ölçeği puanları yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark($p<0.05$) olup; farkın kaynağı belirsizdir.

Etik iklim konusunda katılımcıların 21- 30 yaş arasında olanların görüşleri olumsuz iken, 21 ve altı, 30-40 arası, 40-50 arası, 50 ve üzeri yaş gruplarında bulunan katılımcıların ise olumludur.

Tablo 2.15'e göre Ekip çalışması puanları yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Ekip çalışması konusunda katılımcıların 21 ve altı, 21-30 arası, 30-40 arası yaş grubu olanların görüşleri olumsuz iken, 40-50 arası, 50 ve üzeri yaş gruplarında bulunan katılımcıların ise olumludur.

Tablo 2.15'e göre Açık iletişim puanları yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı belirsizdir. Açık iletişim konusunda katılımcıların bütün yaş gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.15'e göre Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt puanları yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı belirsizdir. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt konusunda katılımcıların 21 ve altı, 20-30 arası yaş grubunda olanların görüşleri olumsuz iken, 30-40 arası, 40-50 arası, 50 ve üzeri yaş gruplarının ise olumludur.

Tablo 2.15'e göre Hata hakkında geri bildirim puanları yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı "21-30 arası yaş ile 30-40 arası yaş" arasındadır. Hata hakkında geri bildirim konusunda katılımcıların 21-30 arası, 40-50 arası, 50 ve üzeri yaş gruplarında bulunanlar olumsuz görüşe sahip iken, 30-40 arası ve 21 ve altı yaş gruplarında bulunan katılımcılar ise olumlu görüşe sahiptir.

Tablo 2.15'e göre Personel sağlama puanları yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Personel sağlama konusunda katılımcıların bütün yaş gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.15'e göre Yönetimin desteği puanları yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Yönetimin desteği konusunda katılımcıların bütün yaş gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.15'e göre Güvenlik algısı puanları yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı belirsizdir. Güvenlik algısı konusunda katılımcıların bütün yaş gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.15'e göre Hata raporlama sıklığı puanları yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hata raporlama sıklığı

konusunda katılımcıların 21-30 arası, 30-40 arası, 40-50 arası, 50 ve üzeri yaş gruplarının görüşleri olumsuz iken, 21 ve altı yaş grubunda bulunan katılımcıların görüşleri olumludur.

Tablo 2.15'e göre Birimler arası ekip çalışması puanları yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0.05$) olup; farkın kaynağı belirsizdir. Birimler arası ekip çalışması konusunda katılımcıların 21-30 arası, 30-40 arası yaş grubunda olanların görüşleri olumsuz iken, 21 ve altı, 40-50 arası, 50 ve üzeri yaş grubunda bulunanların görüşleri ise olumludur.

Tablo 2.15'e göre Müdahale ve değişim puanları yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0.05$) olup; farkın kaynağı belirsizdir. Müdahale ve değişim konusunda katılımcıların 21-30 arası yaş grubunda olanların görüşleri olumsuz iken, 21 ve altı, 30-40 arası, 40-50 arası, 50 ve üzeri yaş grubunda olanların ise olumludur.

Tablo 2.15'e göre Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları puanları yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0.05$) olup; farkın kaynağı "21-30yaş arası ve 30-40yaş arası" arasındadır. Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları konusunda katılımcıların 21 ve altı, 21-30 arası, 30-40 arası, 40- 50 arası yaş grubunda bulunanların görüşleri olumsuz iken, 50 ve üzeri yaş grubunun ise olumludur.

Tablo 2.15'e göre Örgütsel öğrenme ve gelişme puanları yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Örgütsel öğrenme ve gelişme konusunda katılımcıların 21 ve altı, 21-30 arası, 30-40 arası, 40- 50 arası yaş grubunda bulunanların görüşleri olumsuz iken, 50 ve üzeri yaş grubunun ise olumludur.

Tablo 2.15'e göre Hasta güvenliği (genel) puanları yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0.05$) olup; farkın kaynağı "21-30yaş arası ve 30-40yaş arası" arasındadır. Hasta güvenliği konusunda katılımcıların bütün yaş gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.15'e göre Hastane hasta güvenliği durumu puanları yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0.05$) olup; farkın kaynağı "21-30 yaş arası ve 40-50 yaş arası" arasındadır. Hastane hasta güvenliği durumu konusunda katılımcıların bütün yaş gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.16 aktarılmakta olan, ölçek puanlarının iş yükü değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulguları içermektedir.

Tablo 2.16. Araştırma Ölçeklerinin İş yükü Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

					ANOVA Sonuçları							Fark
Değişken	Grup	N	$\bar{x}$	SS	Var. K.	KT	Sd	KO	F	p		
Etik iklim	40 saat ve a. ^a	66	3,48	0,75	G.Arası	14,676	4	3,669	5,368	0,000	b-e c-e	
	40-45 saat ^b	158	3,48	0,84	G.İçi	233,055	341	0,683				
	45-50 saat ^c	45	3,75	0,82	Toplam	247,731	345					
	50-55 saat ^d	12	3,27	0,76								
	55 saat ve ü ^e	65	3,05	0,88								
Ekip çalışması	40 saat ve a.	66	3,43	0,79	G.Arası	6,681	4	1,670	2,696	0,031		
	40-45 saat	158	3,28	0,78	G.İçi	211,294	341	0,620				
	45-50 saat	45	3,54	0,81	Toplam	217,975	345					
	50-55 saat	12	2,87	0,70								
	55 saat ve ü.	65	3,19	0,80								
Açık iletişim	40 saat ve a. ^a	66	3,28	0,95	G.Arası	29,534	4	7,384	8,250	0,000	a-e b-c c-e	
	40-45 saat ^b	158	3,00	0,96	G.İçi	305,187	341	0,895				
	45-50 saat ^c	45	3,50	0,82	Toplam	334,721	345					
	50-55 saat ^d	12	2,61	0,92								
	55 saat ve ü. ^e	65	2,58	0,98								
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	40 saat ve a.	66	3,47	0,78	G.Arası	2,713	4	0,678	1,127	0,344		
	40-45 saat	158	3,36	0,80	G.İçi	205,215	341	0,602				
	45-50 saat	45	3,18	0,69	Toplam	207,928	345					
	50-55 saat	12	3,25	0,99								
	55 saat ve ü.	65	3,43	0,71								
Hata hakkında geri bildirim	40 saat ve a. ^a	66	3,53	0,91	G.Arası	31,829	4	7,957	8,951	0,000	a-d a-e b-e c-d c-e	
	40-45 saat ^b	158	3,29	0,97	G.İçi	303,149	341	0,889				
	45-50 saat ^c	45	3,71	0,83	Toplam	334,978	345					
	50-55 saat ^d	12	2,55	1,07								
	55 saat ve ü. ^e	65	2,83	0,95								

Personel sağlama	40 saat ve a.	66	3,05	0,77	G.Arası	3,621	4	0,905	2,055	0,086	
	40-45 saat	158	2,89	0,64	G.İçi	150,186	341	0,440			
	45-50 saat	45	2,97	0,58	Toplam	153,807	345				
	50-55 saat	12	2,58	0,58							
	55 saat ve ü.	65	2,80	0,66							
Yönetimin desteği	40 saat ve a.	66	3,36	0,81	G.Arası	6,127	4	1,532	3,188	0,014	
	40-45 saat	158	3,13	0,70	G.İçi	163,843	341	0,480			
	45-50 saat	45	3,28	0,57	Toplam	169,971	345				
	50-55 saat	12	3,47	0,81							
	55 saat ve ü.	65	2,99	0,60							
Güvenlik algısı	40 saat ve a.	66	3,05	0,68	G.Arası	3,960	4	0,990	2,240	0,064	
	40-45 saat	158	2,84	0,60	G.İçi	150,696	341	0,442			
	45-50 saat	45	2,95	0,65	Toplam	154,656	345				
	50-55 saat	12	2,81	0,67							
	55 saat ve ü.	65	2,73	0,79							
Hata raporlama sıklığı	40 saat ve a.	66	3,16	1,05	G.Arası	14,776	4	3,694	3,610	0,007	
	40-45 saat	158	3,23	0,98	G.İçi	348,936	341	1,023			
	45-50 saat	45	3,38	1,00	Toplam	363,713	345				
	50-55 saat	12	2,69	1,15							
	55 saat ve ü.	65	2,77	1,03							
Birimler arası ekip çalışması	40 saat ve a. ^a	66	3,43	0,89	G.Arası	9,724	4	2,431	3,893	0,004	c-d
	40-45 saat ^b	158	3,26	0,77	G.İçi	212,951	341	0,624			
	45-50 saat ^c	45	3,57	0,68	Toplam	222,674	345				
	50-55 saat ^d	12	2,77	1,05							
	55 saat ve ü. ^e	65	3,14	0,74							
Müdahale ve değişim	40 saat ve a. a	66	3,59	0,79	G.Arası	8,564	4	2,141	3,711	0,006	c-e
	40-45 saat ^b	158	3,51	0,79	G.İçi	196,738	341	0,577			
	45-50 saat ^c	45	3,81	0,68	Toplam	205,303	345				
	50-55 saat ^d	12	3,10	0,94							

	55 saat ve ü. ^e	65	3,32	0,68							
Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları	40 saat ve a. ^a	66	3,27	0,95	G.Arası	22,095	4	5,524	5,815	0,000	a-e c-e
	40-45 saat ^b	158	3,12	0,98	G.İçi	323,925	341	0,950			
	45-50 saat ^c	45	3,48	0,86	Toplam	346,020	345				
	50-55 saat ^d	12	2,63	0,97							
	55 saat ve ü. ^e	65	2,69	1,05							
Örgütsel öğrenme ve gelişme	40 saat ve a.	66	3,25	0,75	G.Arası	14,523	4	3,631	6,142	0,000	
	40-45 saat	158	3,25	0,74	G.İçi	201,564	341	0,591			
	45-50 saat	45	3,28	0,71	Toplam	216,087	345				
	50-55 saat	12	2,97	0,79							
	55 saat ve ü.	65	2,74	0,87							
Hasta güvenliği (genel)	40 saat ve a.	66	3,32	0,56	G.Arası	8,231	4	2,058	7,580	0,000	
	40-45 saat	158	3,18	0,52	G.İçi	92,569	341	0,271			
	45-50 saat	45	3,39	0,47	Toplam	100,799	345				
	50-55 saat	12	2,85	0,53							
	55 saat ve ü.	65	2,94	0,51							
Hastane hasta güvenliği durumu	40 saat ve a.	66	3,29	0,80	G.Arası	12,787	4	3,197	5,903	0,000	
	40-45 saat	158	3,09	0,73	G.İçi	184,673	341	0,542			
	45-50 saat	45	3,38	0,72	Toplam	197,460	345				
	50-55 saat	12	2,67	0,89							
	55 saat ve ü.	65	2,83	0,67							

Tablo 2.16'ya göre Etik iklim ölçeği puanları iş yükü değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı “40- 45 saat ile 55 saat ve üzeri” ve “45-50 saat ile 55 saat ve üzeri” arasındadır. Etik iklim konusunda katılımcıların iş yükü 50-55 saat, 55 saat ve üzeri olanların görüşleri olumsuz iken, 40 saat ve altı, 40-45 saat, 45-50 saat gruplarında olanların ise olumludur.

Tablo 2.16'ya göre Ekip çalışması puanları iş yükü değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark($p<0,05$) olup; farkın kaynağı belirsizdir. Ekip çalışması konusunda katılımcıların iş yükü 40-45 saat, 50-55 saat, 55 saat ve üzeri olanların görüşleri olumsuz iken, 40 saat ve altı, 45-50 saat gruplarında olanların ise

olumludur.

Tablo 2.16'ya göre Açık iletişim puanları iş yükü değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı “40 saat ve altı ile 55 saat ve üzeri” ve “40- 45 saat ile 45-50 saat” ve “45-50 saat ile 55 saat ve üzeri” arasındadır. Açık iletişim konusunda katılımcıların iş yükü 40 saat ve altı, 40-45 saat, 50-55 saat, 55 saat ve üzeri olanların görüşleri olumsuz iken, 45-50 saat gruplarında olanların ise olumludur.

Tablo 2.16'ya göre Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt puanları iş yükü değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt konusunda katılımcıların iş yükü 40-45 saat, 45-50 saat, 50-55 saat olanların görüşleri olumsuz iken, 40 saat ve altı, 55 saat ve üzeri gruplarında olanların ise olumludur.

Tablo 2.16'ya göre Hata hakkında geri bildirim puanları iş yükü değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı “40 saat ve altı ile 50-55 saat” ve “40 saat ve altı ile 55 saat ve üzeri” ve “40-45 saat ile 55 saat ve üzeri” ve “45-50 saat ile 50-55 saat” ve “45-50 saat ve 55 saat ve üzeri” grupları arasındadır. Hata hakkında geri bildirim konusunda katılımcıların iş yükü 40-45 saat, 50-55 saat, 55 saat ve üzeri olanların görüşleri olumsuz iken, 40 saat ve altı, 45-50 saat gruplarında olanların ise olumludur.

Tablo 2.16'ya göre Personel sağlama puanları iş yükü değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Personel sağlama konusunda katılımcıların bütün iş yükü gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.16'ya göre Yönetimin desteği puanları iş yükü değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı belirsizdir. Yönetimin desteği konusunda katılımcıların iş yükü 40 saat ve altı, 40-45 saat, 45-50 saat, 55 saat ve üzeri olanların görüşleri olumsuz iken, 50-55 saat gruplarında olanların ise olumludur.

Tablo 2.16'ya göre Güvenlik algısı puanları iş yükü değişkenine göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farka rastlanamamıştır ($p>0,05$). Güvenlik algısı konusunda katılımcıların bütün iş yükü gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.16'ya göre Hata ve raporlama sıklığı puanları iş yükü değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı belirsizdir. Hata ve raporlama sıklığı konusunda katılımcıların bütün iş yükü gruplarının görüşleri

olumsuzdur.

Tablo 2.16'ya göre Birimler arası ekip çalışması puanları iş yükü değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı “45-50 saat ile 50-55 saat” arasındadır. Birimler arası ekip çalışması konusunda katılımcıların iş yükü 40-45 saat, 50-55 saat, 55 saat ve üzeri olanların görüşleri olumsuz iken, 40 saat ve altı, 45-50 saat gruplarında olanların ise olumludur.

Tablo 2.16'ya göre Müdahale ve değişim puanları iş yükü değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı “45-50 saat ile 55 saat ve üzeri” arasındadır. Müdahale ve değişim konusunda katılımcıların iş yükü 50-55 saat, 55 saat ve üzeri olanların görüşleri olumsuz iken, 40 saat ve altı, 40-45 saat, 45-50 saat gruplarında olanların ise olumludur.

Tablo 2.16'ya göre Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları puanları iş yükü değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı “40 saat ve altı ile 55 saat ve üzeri” ve “45-50 saat ile 55 saat ve üzeri” arasındadır. Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları konusunda katılımcıların iş yükü 40 saat ve altı, 40-45 saat, 50-55 saat, 55 saat ve üzeri olanların görüşleri olumsuz iken, 45-50 saat gruplarında olanların ise olumludur.

Tablo 2.16'ya göre Örgütsel öğrenme ve gelişme puanları iş yükü değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı “40 saat ve altı ile 55 saat ve üzeri” ve “40-45 saat ile 55 saat ve üzeri” ve “45-50 saat ile 55 saat ve üzeri” arasındadır. Örgütsel öğrenme ve gelişme konusunda katılımcıların bütün iş yükü gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.16'ya göre Hasta güvenliği (genel) puanları iş yükü değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı “40 saat ve altı ile 55 saat ve üzeri” ve “45- 50 saat ile 50-55 saat” ve “45-50 saat ile 55 saat ve üzeri” arasındadır. Hasta güvenliği konusunda katılımcıların bütün iş yükü gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Tablo 2.16'ya göre Hastane hasta güvenliği durumu puanları iş yükü değişkenine göre karşılaştırıldığında grup içi anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; farkın kaynağı “40 saat ve altı ile 55 saat ve üzeri” ve “45-50 saat ile 55 saat ve üzeri” arasındadır. Hastane hasta güvenliği durumu konusunda katılımcıların bütün iş yükü gruplarının görüşleri olumsuzdur.

Aşağıda aktarılmakta olan Tablo 2.17, ölçek puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulguları içermektedir.

Tablo 2.17. Araştırma Ölçeklerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	SS	t Testi		
					t	Sd	p
Etik iklim	Kadın	225	3,41	0,86	-,511	344	0,610
	Erkek	121	3,46	0,83			
Ekip çalışması	Kadın	225	3,24	0,80	-2,017	344	0,045
	Erkek	121	3,43	0,78			
Açık iletişim	Kadın	225	2,93	0,98	-2,524	344	0,012
	Erkek	121	3,21	0,98			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Kadın	225	3,38	0,79	0,448	344	0,654
	Erkek	121	3,34	0,75			
Hata hakkında geri bildirim	Kadın	225	3,25	0,100	-,736	344	0,462
	Erkek	121	3,34	0,96			
Personel sağlama	Kadın	225	2,86	0,63	-1,740	344	0,083
	Erkek	121	2,99	0,73			
Yönetimin desteği	Kadın	225	3,16	0,69	-,753	344	0,452
	Erkek	121	3,22	0,73			
Güvenlik algısı	Kadın	225	2,86	0,64	-,441	344	0,659
	Erkek	121	2,90	0,72			
Hata raporlama sıklığı	Kadın	225	3,09	1,07	-,979	344	0,328
	Erkek	121	3,20	0,94			
Birimler arası ekip çalışması	Kadın	225	3,23	0,82	-2,161	344	0,031
	Erkek	121	3,42	0,77			
Müdahale ve değişim	Kadın	225	3,47	0,80	-1,464	344	0,144
	Erkek	121	3,60	0,71			
Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları	Kadın	225	3,02	0,99	-2,001	344	0,046
	Erkek	121	3,24	1,02			
Örgütsel öğrenme ve gelişme	Kadın	225	3,15	0,78	0,142	344	0,887
	Erkek	121	3,14	0,81			
Hasta güvenliği (genel)	Kadın	225	3,13	0,53	-1,961	344	0,051
	Erkek	121	3,25	0,54			
Hastane hasta güvenliği durumu	Kadın	225	3,09	0,76	-,411	344	0,681
	Erkek	121	3,12	0,75			

Tablo 2.17' ye göre Etik iklim ölçeği puanları (ortalamaları) cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak, erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem erkeklerin hem de kadınların etik iklim değerlendirmelerinin yüksek (olumlu) olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.17' ye göre Ekip çalışması puanları (ortalamaları) cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup; erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Diğer bir ifade ile farkın erkek katılımcılar yönünde (lehinde) olduğu anlaşılmıştır. Ekip

çalışması konusunda kadınların değerlendirmeleri olumsuz iken, erkeklerin olumludur.

Tablo 2.17' ye göre Açık iletişim puanları (ortalamaları) cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup, erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Diğer bir ifade ile farkın erkek katılımcılar yönünde (lehinde) olduğu anlaşılmıştır. Bununla birlikte hem erkeklerin hem de kadınların açık iletişim değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.17' ye göre Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt puanları (ortalamaları) cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak, kadınların ortalamasının erkeklerin ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem erkeklerin hem de kadınların hataya karşı cezalandırıcı olmayan değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.17' ye göre Hata hakkında geri bildirim puanları (ortalamaları) cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak, erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem erkeklerin hem de kadınların hata hakkında geri bildirim değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.17' ye göre Personel sağlama puanları (ortalamaları) cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak, erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem erkeklerin hem de kadınların personel sağlama değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.17' ye göre Yönetimin desteği puanları (ortalamaları) cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Kadınların ortalamasının erkeklerin ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem erkeklerin hem de kadınların yönetimin desteği değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.17' ye göre Güvenlik algısı puanları (ortalamaları) cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem erkeklerin hem de kadınların güvenlik algısı değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.17' ye göre Hata raporlama sıklığı puanları (ortalamarı) cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem erkeklerin hem de kadınların hata raporlama sıklığı değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.17' ye göre Birimler arası ekip çalışması puanları (ortalamarı) cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup, erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Diğer bir ifade ile farkın erkek katılımcılar yönünde (lehinde) olduğu anlaşılmıştır. Birimler arası ekip çalışması konusunda kadınların değerlendirmeleri olumsuz iken, erkeklerin olumludur.

Tablo 2.17' ye göre Müdahale ve değişim puanları (ortalamarı) cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem erkeklerin hem de kadınların müdahale ve değişim değerlendirmelerinin olumlu olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.17' ye göre Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları puanları (ortalamarı) cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup, erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Diğer bir ifade ile farkın erkek katılımcılar yönünde (lehinde) olduğu anlaşılmıştır. Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları konusunda hem erkeklerin hem de kadınların değerlendirmeleri olumsuzdur.

Tablo 2.17' ye göre Örgütsel öğrenme ve gelişme puanları (ortalamarı) cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Kadınların ortalamasının erkeklerin ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Örgütsel öğrenme ve gelişme konusunda hem erkeklerin hem de kadınların değerlendirmeleri olumsuzdur.

Tablo 2.17' ye göre Hasta güvenliği (genel) puanları (ortalamarı) cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Hasta güvenliği konusunda hem erkeklerin hem de kadınların değerlendirmeleri olumsuzdur.

Tablo 2.17' ye göre Hastane hasta güvenliği durumu puanları (ortalamaları) cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Hastane hasta güvenliği durumu konusunda hem erkeklerin hem de kadınların değerlendirmeleri olumsuzdur.

Aşağıda aktarılmakta olan Tablo 2.18, ölçek puanlarının medeni durum değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulguları içermektedir.

Tablo 2.18. Araştırma Ölçeklerinin Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	SS	t Testi		
					t	Sd	p
Etik iklim	Evli	131	3,34	0,86	-1,465	344	0,144
	Bekâr	215	3,48	0,84			
Ekip çalışması	Evli	131	3,31	0,85	0,076	344	0,939
	Bekâr	215	3,31	0,76			
Açık iletişim	Evli	131	2,88	1,00	-2,159	344	0,032
	Bekâr	215	3,11	0,97			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Evli	131	3,32	0,78	-,816	344	0,415
	Bekâr	215	3,39	0,78			
Hata hakkında geri bildirim	Evli	131	3,25	1,05	-,540	344	0,590
	Bekâr	215	3,31	0,94			
Personel sağlama	Evli	131	2,92	0,65	0,325	344	0,745
	Bekâr	215	2,90	0,68			
Yönetimin desteği	Evli	131	3,15	0,71	-,554	344	0,580
	Bekâr	215	3,20	0,70			
Güvenlik algısı	Evli	131	2,93	0,69	1,222	344	0,223
	Bekâr	215	2,84	0,65			
Hata raporlama sıklığı	Evli	131	3,19	1,00	0,861	344	0,390
	Bekâr	215	3,09	1,04			
Birimler arası ekip çalışması	Evli	131	3,29	0,83	-,193	344	0,847
	Bekâr	215	3,30	0,79			
Müdahale ve değişim	Evli	131	3,49	0,79	-,379	344	0,705
	Bekâr	215	3,53	0,76			
Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları	Evli	131	3,03	0,98	-,999	344	0,318
	Bekâr	215	3,14	1,01			
Örgütsel öğrenme ve gelişme	Evli	131	3,16	0,84	0,194	344	0,846
	Bekâr	215	3,14	0,76			
Hasta güvenliği (genel)	Evli	131	3,16	0,56	-,413	344	0,680
	Bekâr	215	3,19	0,53			
Hastane hasta güvenliği durumu	Evli	131	3,02	0,75	-1,505	344	0,133
	Bekâr	215	3,15	0,76			

Tablo 2.18' e göre Etik iklim ölçeği puanları (ortalamaları) medeni duruma göre karşılaştırıldığında evliler ve bekâr katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak, bekâr katılımcıların ortalamasının evli olanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla evli katılımcıların etik iklim değerlendirmeleri

olumsuz iken, bekâr olanların ise olumlu olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.18' e göre Ekip çalışması puanları (ortalamarı) medeni duruma göre karşılaştırıldığında evliler ve bekâr katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak hem Bekâr hem de evli katılımcıların ortalaması aynıdır. Bununla birlikte hem evli hem de bekâr katılımcıların ekip çalışması değerlendirmeleri olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.18' e göre Açık iletişim puanları (ortalamarı) medeni duruma göre karşılaştırıldığında evliler ve bekâr katılımcılar arasında anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup, Bekâr katılımcıların ortalamasının evli olanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Diğer bir ifade ile farkın bekâr katılımcılar yönünde (lehinde) olduğu anlaşılmıştır. Bununla birlikte hem evli hem de bekâr katılımcıların açık iletişim değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.18'e göre Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt puanları (ortalamarı) medeni duruma göre karşılaştırıldığında evliler ve bekâr katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak bekâr katılımcıların ortalamasının evli olanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem evli hem de bekâr katılımcıların hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.18'e göre Hata hakkında geri bildirim puanları (ortalamarı) medeni duruma göre karşılaştırıldığında evliler ve bekâr katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak bekâr katılımcıların ortalamasının evli olanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem evli hem de bekâr katılımcıların hata hakkında geri bildirim değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.18'e göre Personel sağlama puanları (ortalamarı) medeni duruma göre karşılaştırıldığında evliler ve bekâr katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak evli katılımcıların ortalamasının bekâr olanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem evli hem de bekâr katılımcıların personel sağlama değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.18'e göre Yönetimin desteği puanları (ortalamarı) medeni duruma göre karşılaştırıldığında evliler ve bekâr katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak bekâr katılımcıların ortalamasının evli olanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem evli hem de bekâr katılımcıların yönetimin desteği değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.18'e göre Güvenlik algısı puanları (ortalamarı) medeni duruma göre

karşılaştırıldığında evliler ve bekâr katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak evli katılımcıların ortalamasının bekâr olanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem evli hem de bekâr katılımcıların güvenlik algısı değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.18' e göre Hata raporlama sıklığı puanları (ortalamaları) medeni duruma göre karşılaştırıldığında evliler ve bekâr katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak evli katılımcıların ortalamasının bekâr olanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem evli hem de bekâr katılımcıların hata raporlama sıklığı değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.18'e göre Birimler arası ekip çalışması puanları (ortalamaları) medeni duruma göre karşılaştırıldığında evliler ve bekâr katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak bekâr katılımcıların ortalamasının evli olanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem evli hem de bekâr katılımcıların birimler arası ekip çalışması değerlendirmeleri olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.18' e göre Müdahale ve değişim puanları (ortalamaları) medeni duruma göre karşılaştırıldığında evliler ve bekâr katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak bekâr katılımcıların ortalamasının evli olanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem evli hem de bekâr katılımcıların müdahale ve değişim değerlendirmelerinin olumlu olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.18'e göre Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları puanları (ortalamaları) medeni duruma göre karşılaştırıldığında evliler ve bekâr katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak Bekâr katılımcıların ortalamasının evli olanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem evli hem de bekâr katılımcıların yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.18' e göre Örgütsel öğrenme ve gelişme puanları (ortalamaları) medeni duruma göre karşılaştırıldığında evliler ve bekâr katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak evli katılımcıların ortalamasının bekâr olanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem evli hem de Bekâr katılımcıların örgütsel öğrenme ve gelişme değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.18'e göre Hasta güvenliği (genel) puanları (ortalamaları) medeni duruma göre karşılaştırıldığında evliler ve bekâr katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak bekâr katılımcıların ortalamasının evli olanların

ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem evli hem de Bekâr katılımcıların hasta güvenliği değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.18'e göre Hastane hasta güvenliği durumu puanları (ortalamaları) medeni duruma göre karşılaştırıldığında evliler ve bekâr katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak bekâr katılımcıların ortalamasının evli olanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem evli hem de Bekâr katılımcıların hastane hasta güvenliği durumu değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Aşağıda aktarılmakta olan Tablo 2.19, ölçek puanlarının iş yeri statüsü değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulguları içermektedir.

Tablo 2.19. Araştırma Ölçeklerinin İş Yeri Statüsü Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	SS	t Testi		
					t	Sd	p
Etik iklim	Kamu	301	3,41	0,83	-,647	343	0,518
	Özel	44	3,50	0,98			
Ekip çalışması	Kamu	301	3,29	0,77	-1,226	343	0,221
	Özel	44	3,45	0,97			
Açık iletişim	Kamu	301	3,00	0,98	-1,325	343	0,186
	Özel	44	3,21	1,02			
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	Kamu	301	3,38	0,76	,847	343	0,398
	Özel	44	3,27	0,88			
Hata hakkında geri bildirim	Kamu	301	3,25	0,98	-1,484	343	0,139
	Özel	44	3,49	0,99			
Personel sağlama	Kamu	301	2,88	0,66	-2,020	343	0,044
	Özel	44	3,10	0,68			
Yönetimin desteği	Kamu	301	3,17	0,71	-1,212	343	0,226
	Özel	44	3,30	0,68			
Güvenlik algısı	Kamu	301	2,86	0,64	-,726	343	0,469
	Özel	44	2,94	0,86			
Hata raporlama sıklığı	Kamu	301	3,09	1,02	-1,848	343	0,065
	Özel	44	3,39	1,05			
Birimler arası ekip çalışması	Kamu	301	3,26	0,78	-2,091	343	0,037
	Özel	44	3,53	0,91			
Müdahale ve değişim	Kamu	301	3,50	0,77	-,951	343	0,342
	Özel	44	3,62	0,78			
Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları	Kamu	301	3,09	0,99	-,353	343	0,724
	Özel	44	3,15	1,11			
Örgütsel öğrenme ve gelişme	Kamu	301	3,13	0,78	-1,095	343	0,274
	Özel	44	3,27	0,89			
Hasta güvenliği (genel)	Kamu	301	3,16	0,53	-1,739	343	0,083
	Özel	44	3,31	0,62			
Hastane hasta güvenliği durumu	Kamu	301	3,10	0,74	-,114	343	0,909
	Özel	44	3,11	0,87			

Tablo 2.19'a göre Etik iklim ölçeği puanları (ortalamarı) iş yeri statüsüne göre karşılaştırıldığında kamu ve özel kurumlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak özel kurumda çalışan katılımcıların ortalamasının kamu kurumlarında çalışanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem özel hem de kamu kurumlarındaki katılımcıların etik iklim değerlendirmelerinin olumlu olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.19'a göre Ekip çalışması puanları (ortalamarı) iş yeri statüsüne göre karşılaştırıldığında kamu ve özel kurumlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak özel kurumda çalışan katılımcıların ortalamasının kamu kurumlarında çalışanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte özel kurumda çalışan katılımcıların ekip çalışması değerlendirmeleri olumlu iken, kamu kurumlarında çalışan katılımcıların olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.19'a göre Açık iletişim puanları (ortalamarı) iş yeri statüsüne göre karşılaştırıldığında kamu ve özel kurumlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak özel kurumda çalışan katılımcıların ortalamasının kamu kurumlarında çalışanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem özel hem de kamu kurumlarındaki katılımcıların açık iletişim değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.19'a göre Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt puanları (ortalamarı) iş yeri statüsüne göre karşılaştırıldığında kamu ve özel kurumlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak kamu kurumda çalışan katılımcıların ortalamasının özel kurumlarında çalışanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem özel hem de kamu kurumlarındaki katılımcıların hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.19'a göre Hata hakkında geri bildirim puanları (ortalamarı) iş yeri statüsüne göre karşılaştırıldığında kamu ve özel kurumlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak özel kurumda çalışan katılımcıların ortalamasının kamu kurumlarında çalışanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte özel kurumda çalışan katılımcıların hata hakkında geri bildirim değerlendirmeleri olumlu iken, kamu kurumlarında çalışan katılımcıların olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.19'a göre Personel sağlama bildirim puanları (ortalamarı) iş yeri statüsüne göre karşılaştırıldığında kamu ve özel kurumlar arasında anlamlı bir fark($p<0,05$) olup, özel kurumda çalışan katılımcıların ortalamasının kamu kurumlarında çalışanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Diğer bir ifade ile farkın özel kurumda çalışan katılımcılar yönünde (lehinde)olduğu anlaşılmıştır. Bununla birlikte hem özel hem de kamu kurumlarındaki katılımcıların personel sağlama değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.19'a göre Yönetimin desteği puanları (ortalamarı) iş yeri statüsüne göre karşılaştırıldığında kamu ve özel kurumlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak özel kurumda çalışan katılımcıların ortalamasının kamu kurumlarında çalışanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem özel hem de kamu kurumlarındaki katılımcıların yönetimin desteği değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.19'a göre Güvenlik algısı puanları (ortalamarı) iş yeri statüsüne göre karşılaştırıldığında kamu ve özel kurumlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak özel kurumda çalışan katılımcıların ortalamasının kamu kurumlarında çalışanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem özel hem de kamu kurumlarındaki katılımcıların güvenlik algısı değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.19'a göre Hata raporlama sıklığı puanları (ortalamarı) iş yeri statüsüne göre karşılaştırıldığında kamu ve özel kurumlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak özel kurumda çalışan katılımcıların ortalamasının kamu kurumlarında çalışanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem özel hem de kamu kurumlarındaki katılımcıların hata raporlama sıklığı değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.19'a göre Birimler arası ekip çalışması puanları (ortalamarı) iş yeri statüsüne göre karşılaştırıldığında kamu ve özel kurumlar arasında anlamlı bir fark ($p<0,05$) olup, özel kurumda çalışan katılımcıların ortalamasının kamu kurumlarında çalışanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Diğer bir ifade ile farkın özel kurumda çalışan katılımcılar yönünde (lehinde)olduğu anlaşılmıştır. Bununla birlikte özel kurumda çalışan katılımcıların birimler arası ekip çalışması değerlendirmeleri olumlu iken, kamu kurumlarında çalışan katılımcıların olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.19'a göre Müdahale ve değişim puanları (ortalamarı) iş yeri statüsüne

göre karşılaştırıldığında kamu ve özel kurumlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak özel kurumda çalışan katılımcıların ortalamasının kamu kurumlarında çalışanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem özel hem de kamu kurumlarındaki katılımcıların müdahale ve değişim değerlendirmelerinin olumlu olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.19'a göre Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları puanları (ortalamaları) iş yeri statüsüne göre karşılaştırıldığında kamu ve özel kurumlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak özel kurumda çalışan katılımcıların ortalamasının kamu kurumlarında çalışanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem özel hem de kamu kurumlarındaki katılımcıların yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.19'a göre Örgütsel öğrenme ve gelişme puanları (ortalamaları) iş yeri statüsüne göre karşılaştırıldığında kamu ve özel kurumlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak özel kurumda çalışan katılımcıların ortalamasının kamu kurumlarında çalışanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem özel hem de kamu kurumlarındaki katılımcıların örgütsel öğrenme ve gelişme değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.19'a göre Hasta güvenliği (genel) puanları (ortalamaları) iş yeri statüsüne göre karşılaştırıldığında kamu ve özel kurumlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak özel kurumda çalışan katılımcıların ortalamasının kamu kurumlarında çalışanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem özel hem de kamu kurumlarındaki katılımcıların hasta güvenliği değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 2.19'a göre Hastane hasta güvenliği durumu puanları (ortalamaları) iş yeri statüsüne göre karşılaştırıldığında kamu ve özel kurumlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak özel kurumda çalışan katılımcıların ortalamasının kamu kurumlarında çalışanların ortalamasından yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hem özel hem de kamu kurumlarındaki katılımcıların hastane hasta güvenliği durumu değerlendirmelerinin olumsuz olduğu anlaşılmıştır.

2.10.5. Regresyon Analizleri

Kurulan regresyon modelleri ile araştırmanın temel sorusu olan “etik iklim algısının hasta güvenliği kültürüne etkisi var mı?” şeklindeki soruya cevap aranmıştır. Elde edilen sonuçlar aşağıda aktarılmaktadır.

Tablo 2.20. Etik İklimin Hasta Güvenliğine Etkisi

Ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri						Regresyon değerleri			
Model	Değişkenler	Ort.	Ss	Bağımsız	Bağımlı	B	SH	B	P
1	Etik iklim	3,43	0,54	-	0,528*	0,337	0,029	0,528*	0,000
	Hasta güvenliği	3,18	0,85	0,528*	-				
	Sabit					2,023	0,103		0,000

[ad. $r^2 = 0,277$; $F_{(1,344)} = 132,947$; $p < 0,01$]; [Hasta güvenliği = $2,023 + 0,337x(\text{Etik iklim})$]; * $p < 0,01$

Tablo 2.20’ ye 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*) doğrulandığını göstermektedir.

Tablo 2.21. Etik İklimin Ekip Çalışmasına Etkisi

Ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri						Regresyon değerleri			
Model	Değişkenler	Ort.	Ss	Bağımsız	Bağımlı	B	SH	β	P
2	Etik iklim	3,43	0,79	-	0,339	0,318	0,048	0,339	0,000
	Ekip çalışması	3,31	0,85	0,339	-				
	Sabit					2,223	0,168		0,000

[ad. $r^2 = 0,112$; $F_{(1,344)} = 44,553$; $p < 0,01$]; [Ekip çalışması = $2,223 + 0,318x(\text{Etik iklim})$]; * $p < 0,01$

Tablo 2.21’e göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu görülmüştür. ($p < 0,01$) Bağımsız değişken (etik iklim) ile bağımlı değişken (ekip çalışması) arasında pozitif yönde, vasat ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bağımsız değişken bağımlı değişkeni %11,2 oranında etkilemektedir. Başka bir ifade ile bağımsız değişken bağımlı değişkendeki değişimlerin %11,2’ sinin kaynağıdır.

Tablo 2.22. Etik İklimin Açık İletişime Etkisi

Ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri						Regresyon değerleri			
Model	Değişkenler	Ort.	Ss	Bağımsız	Bağımlı	B	SH	B	P
3	Etik iklim	3,43	0,98	-	0,427	0,496	0,057	0,427	0.000
	Açık iletişim	3,03	0.85	0,427	-				
	Sabit					1,328	,200		0.000

[ad. $r^2 = 0,180$; $F_{(1,344)} = 76,544$; $p < 0,01$]; [Açık iletişim = $1.328 + 0.496x(\text{Etik iklim})$]; * $p < 0,01$

Tablo 2.22'ye göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.01$). Bağımsız değişken (etik iklim) ile bağımlı değişken (açık iletişim) arasında pozitif yönde vasat ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bağımsız değişken bağımlı değişkeni %18 oranında etkilemektedir. Başka bir ifade ile bağımsız değişken bağımlı değişkendeki değişimlerin %18'inin kaynağıdır.

Tablo 2.23. Etik İklimin Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıta Etkisi

Ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri						Regresyon değerleri			
Model	Değişkenler	Ort.	Ss	Bağımsız	Bağımlı	B	SH	B	P
4	Etik iklim	3,43	0,78	-	0,082	0,076	,049	0,082	0,000
	Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	3,36	0.85	0,082	-				
	Sabit					3,105	,174		0,000

[ad. $r^2 = 0,004$; $F_{(1,344)} = 2,353$; $p < 0,01$]; [Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt = $3.105 + 0,076x(\text{Etik iklim})$]; * $p < 0,01$

Tablo 2.23'e göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.01$). Bağımsız değişken (etik iklim) ile bağımlı değişken (hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt) arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bağımsız değişken bağımlı değişkeni %0,4 oranında etkilemektedir. Başka bir ifade ile bağımsız değişken bağımlı değişkendeki değişimlerin %0,4'nün kaynağıdır.

Tablo 2.24. Etik İklimin Hata Hakkında Geri Bildirime Etkisi

Ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri						Regresyon değerleri			
Model	Değişkenler	Ort.	Ss	Bağımsız	Bağımlı	B	SH	B	P
5	Etik iklim	3,43	0,99	-	0,458	0,533	0,056	0,458	0.000
	Hata hakkında geri bildirim	3,28	0.85	0,458	-				
	Sabit					1,458	,197		0.000

[ad. $r^2 = 0,208$; $F_{(1,344)} = 91,466$; $p < 0,01$]; [Hata hakkında geri bildirim = $1.458 + 0,533x(\text{Etik iklim})$]; *

$p < 0,01$

Tablo 2.24' e göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.01$). Bağımsız değişken (etik iklim) ile bağımlı değişken (hata hakkında geri bildirim) arasında vasat ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bağımsız değişken bağımlı değişkeni %20,8 oranında etkilemektedir. Başka bir ifade ile bağımsız değişken bağımlı değişkendeki değişimlerin %20,8'nin kaynağıdır.

Tablo 2.25. Etik İklimin Personel Sağlamaya Etkisi

Ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri						Regresyon değerleri			
Model	Değişkenler	Ort.	Ss	Bağımsız	Bağımlı	B	SH	B	P
6	Etik iklim	3,43	0,67	-	0,272	0,214	0,041	0,272	0.000
	Personel sağlama	2,91	0,85	0,272	-				
	Sabit					2,173	0,144		0.000

[ad. $r^2 = 0,071$; $F_{(1,344)} = 27,458$; $p < 0,01$]; [Personel sağlama = $2,173 + 0,214x(\text{Etik iklim})$]; * $p < 0,01$

Tablo 2.25'e göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,01$). Bağımsız değişken (etik iklim) ile bağımlı değişken (personel sağlama) arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bağımsız değişken bağımlı değişkeni %7,1 oranında etkilemektedir. Başka bir ifade ile bağımsız değişken bağımlı değişkendeki değişimlerin %7,1'inin kaynağıdır.

Tablo 2.26. Etik İklimin Yönetimin Desteğine Etkisi

Ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri						Regresyon değerleri			
Model	Değişkenler	Ort.	Ss	Bağımsız	Bağımlı	B	SH	B	P
7	Etik iklim	3,43	0,70	-	0,320	0,265	0,042	0,320	0,00
	Yönetimin desteği	3,18	0,85	0,320	-				
	Sabit					2,274	,149		0,00

[ad. $r^2 = 0,100$; $F_{(1,344)} = 39,222$; $p < 0,01$]; [Yönetimin desteği = $2,274 + 0,265x(\text{Etik iklim})$]; * $p < 0,01$

Tablo 2.26'ya göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu görülmüştür. ($p < 0.01$) Bağımsız değişken (etik iklim) ile bağımlı değişken (yönetimin desteği) arasında pozitif yönde, vasat ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bağımsız değişken bağımlı değişkeni %10 oranında etkilemektedir. Başka bir ifade ile bağımsız değişken bağımlı değişkendeki değişimlerin %10'unun kaynağıdır.

Tablo 2.27. Etik İklimin Güvenlik Algısına Etkisi

Ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri						Regresyon değerleri			
Model	Değişkenler	Ort.	Ss	Bağımsız	Bağımlı	B	SH	B	P
8	Etik iklim	3,43	0,67	-	0,219	0,173	0,042	0,219	0,000
	Güvenlik algısı	2,87	0,85	0,219	-				
	Sabit					2,282	0,147		0,000

[ad. $r^2 = 0,045$; $F_{(1,344)} = 17,37$; $p < 0,01$]; [Güvenlik algısı = $2,282 + 0,173x(\text{Etik iklim})$]; * $p < 0,01$

Tablo 2.27' ye göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu görülmüştür($p < 0,01$). Bağımsız değişken (etik iklim) ile bağımlı değişken (güvenlik algısı) arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bağımsız değişken bağımlı değişkeni %4,5 oranında etkilemektedir. Başka bir ifade ile bağımsız değişken bağımlı değişkendeki değişimlerin %4,5'inin kaynağıdır.

Tablo 2.28. Etik İklimin Hata Raporlama Sıklığına Etkisi

Ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri						Regresyon değerleri			
Model	Değişkenler	Ort.	Ss	Bağımsız	Bağımlı	B	SH	B	P
9	Etik iklim	3,43	1,03	-	0,295	0,358	0,062	0,295	0,000
	Hata raporlama sıklığı	3,13	0,85	0,295	-				
	Sabit					1,903	0,220		0,000

[ad. $r^2 = 0,085$; $F_{(1,344)} = 32,911$; $p < 0,01$]; [Hata raporlama sıklığı = $1,903 + 0,358x(\text{Etik iklim})$]; * $p < 0,01$

Tablo 2.28' e göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,01$). Bağımsız değişken (etik iklim) ile bağımlı değişken (hata raporlama sıklığı) arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bağımsız değişken bağımlı değişkeni %8,5 oranında etkilemektedir. Başka bir ifade ile bağımsız değişken bağımlı değişkendeki değişimlerin %8,5'inin kaynağıdır.

Tablo 2.29. Etik İklimin Birimler Arası Ekip Çalışmasına Etkisi

Ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri						Regresyon değerleri			
Model	Değişkenler	Ort.	Ss	Bağımsız	Bağımlı	B	SH	B	P
10	Etik iklim	3,43	0,80	-	0,383	0,363	0,047	0,383	0,000
	Birimler arası ekip çalışması	3,30	0,85	0,383	-				
	Sabit					2,054	0,167		0,000

[ad. $r^2 = 0,144$; $F_{(1,344)} = 59,013$; $p < 0,01$]; [Birimler arası ekip çalışması = $2,054 + 0,363x(\text{Etik iklim})$]; * $p < 0,01$

Tablo 2.29'a göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,01$). Bağımsız değişken (etik iklim) ile bağımlı değişken (birimler arası ekip çalışması) arasında pozitif yönde vasat ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bağımsız değişken bağımlı değişkeni %14,4 oranında etkilemektedir. Başka bir ifade ile bağımsız değişken bağımlı değişkendeki değişimlerin %14,4'ünün kaynağıdır.

Tablo 2.30. Etik İklimin Müdahale ve Değişime Etkisi

Ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri						Regresyon değerleri			
Model	Değişkenler	Ort.	Ss	Bağımsız	Bağımlı	B	SH	B	P
11	Etik iklim	3,43	0,77	-	0,307	0,280	0,047	0,307	0,000
	Müdahale ve değişim	3,51	0,85	0,307	-				
	Sabit					2,556	,165		0,000

[ad. $r^2 = 0,092$; $F_{(1,344)} = 35,903$; $p < 0,01$]; [Müdahale ve değişim = $2,556 + 0,280x(\text{Etik iklim})$]; * $p < 0,01$

Tablo 2.30'a göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,01$). Bağımsız değişken (etik iklim) ile bağımlı değişken (müdahale ve değişim) arasında pozitif yönde vasat ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bağımsız değişken bağımlı değişkeni %9,2 oranında etkilemektedir. Başka bir ifade ile bağımsız değişken bağımlı değişkendeki değişimlerin %9,2'sinin kaynağıdır.

Tablo2.31. Etik İklimin Yöneticilerin Beklentileri Karşılıla Tutumlarına Etkisi

Ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri						Regresyon değerleri			
Model	Değişkenler	Ort.	Ss	Bağımsız	Bağımlı	B	SH	B	P
12	Etik iklim	3,43	1,00	-	0,492	0,582	0,055	0,492	0,000
	Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları	3,10	0,85	0,492	-				
	Sabit					1,105	0,196		0,000

[ad. $r^2 = 0,240$; $F_{(1,344)} = 109,936$; $p < 0,01$]; [Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları = $1,105 + 0,582x(\text{Etik iklim})$]; * $p < 0,01$

Tablo 2.31'e göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,01$). Bağımsız değişken (etik iklim) ile bağımlı değişken (yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları) arasında pozitif yönde vasat ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit

edilmiştir. Bağımsız değişken bağımlı değişkeni %24 oranında etkilemektedir. Başka bir ifade ile bağımsız değişken bağımlı değişkendeki değişimlerin %24'ünün kaynağıdır.

Tablo 2.32. Etik İklimin Örgütsel Öğrenme ve Gelişmeye Etkisi

Ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri						Regresyon değerleri			
Model	Değişkenler	Ort.	Ss	Bağımsız	Bağımlı	B	SH	B	P
13	Etik iklim	3,43	0,79	-	0,443	0,414	0,045	0,443	0,000
	Örgütsel öğrenme ve gelişme	3,15	0,85	0,443	-				
	Sabit					1,733	,159		0,000

[ad. $r^2 = 0,194$; $F_{(1,344)} = 83,953$; $p < 0,01$]; [Örgütsel öğrenme ve gelişme = $1,733 + 0,414x(\text{Etik iklim})$]; * $p < 0,01$

Tablo 2.32' ye göre modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,01$), Bağımsız değişken (etik iklim) ile bağımlı değişken (örgütsel öğrenme ve gelişme) arasında pozitif yönde vasat ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bağımsız değişken bağımlı değişkeni %19,4 oranında etkilemektedir. Başka bir ifade ile bağımsız değişken bağımlı değişkendeki değişimlerin %19,4'ünün kaynağıdır.

Regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, etik iklimin hasta güvenliği kültürü üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilecek düzeyde belirleyici etkisinin olduğu kanısına varılmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

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 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 çelişki ortadan kaldırılır.

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 çağrışımlara 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 alması gerekmektedir.

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

Araştırmayı yapabilmek için Elazığ Merkez’de yer alan tüm hastanelerin çalışanları evren olarak belirlenmiştir. Mayıs- Haziran 2017 tarihinde yapılan veri toplama işleminde katılımcılardan etik iklim, hasta güvenliği kültürü ve demografik özellikler ile ilgili veriler toplanmıştır. Elde edilen ham veriler, regresyon analizi, t ve f analizleri yapılarak yorumlanmıştır.

Analiz sonuçları, etik iklim algısının hasta güvenliği kültürünün belirleyicisi olduğu, pozitif yönlü bu belirleyici etkinin istatistiksel olarak anlamlı ve vasat düzeyde olduğu yönünde bilgiler üretmiştir. Bu sonuçlar, yazına ilişkin kıyaslamalardan yola çıkılarak oluşan araştırma beklentilerini desteklemektedir. Dolayısıyla gerek metin içerisinde gerekse az önce kısım başında değinilen özgün katkının gerçekleştiği ve “etik

iklim – hasta güvenliği kültürü” ilişkisini farklı açılardan ele alacak yeni çalışmalara esin kaynağı olunabileceği ifade edilebilir.

Çalışmada yer alan katılımcıların 92 si hekim, 182 hemşire ve diğer geri kalanlar ise ebe, sağlık memuru, teknisyen, idari personel ve diğer çalışanlar olmak üzere (eczacı, diyetisyen vb.) toplam 346 kişiden oluşmaktadır. Farklı meslek gruplarını içeren çalışmalardakine benzer olarak çalışmamızda da hemşirelerin sayısının daha fazla olduğu saptanmıştır (Pronovost vd., (2003), Handler vd., (2006), Hellings vd., (2007), Filiz (2009)).

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%76) 21 ile 40 yaş aralığındadır. Katılımcıların %65’ini kadınlar, %35’ini ise erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların, %62’sini evli ve %38’i bekâr kişiler oluşturmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu %42 oranı ile dahili bilimlerde çalışan katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcıların %47’sinin lisans düzeyinde öğrenim gördüğü belirlenmiştir. Katılımcıların meslekte geçirilen süre bakımından en fazla oranla %30’nun 5- 10 yıl arası olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %61’nin mevcut iş yerinde geçirilen süresi 5 yıl ve altıdır. Katılımcıların, %46’ının 40-45 saat arası iş yüküne sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %51’nin gelirinin 2800-4200 TL seviyesinde olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların %87’inin kamu kurumunda çalışan katılımcılar, %13’lük kısmının ise özel kurumda çalışan katılımcılar olduğu saptanmıştır.

Etik iklim ölçeğine ait ortalama puanı 3,43 olarak belirlenmiş ve bu puan vasat düzeyin biraz üzerindedir. Bu bulgu kurumlarda etik iklim algısının var istenilen düzeye ulaşmadığını ortaya koymaktadır. Hasta güvenliği kültürü ölçeğine ait ortalama puanı 3,18 olarak belirlenmiş ve bu puan vasat düzeyde olduğu saptanmıştır.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin açık iletişim boyutunun ortalama puanı 3,03 vasat düzeyde olarak saptanmıştır. Filiz’in (2009) çalışmasında da katılımcıların (%36) çalışma ortamlarında açık ve samimi bir iletişim olduğunu düşünmedikleri ifade edilmiştir. Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin personel sağlama boyutunun ortalama puanı 2,91 vasat düzeyde olarak saptanmıştır. Filiz’in (2009) çalışmasında da sağlık çalışanların kurumlarında personel yetersizliği olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin yönetimin desteği boyutunun ortalama puanı 3,18 vasat düzeyde olarak saptanmıştır. Filiz’in (2009) çalışmasında katılımcılar hasta güvenliğini geliştirmede yönetimin desteğinin yetersiz olduğunu düşündüğü ifade

edilmiştir. Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin güvenlik algısı boyutunun ortalama puanı 2,87 vasat düzeyde olarak saptanmıştır.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin hata raporlama sıklığı boyutunun ortalama puanı 3,13 vasat düzeyde 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 vasat düzeyde olarak saptanmıştır. Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin ekip çalışması boyutunun ortalama puanı 3,31 vasat düzeyde 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 yüksek düzeyde olarak saptanmıştır. Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları boyutunun ortalama puanı 3,10 vasat düzeyde olarak saptanmıştır. Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutunun ortalama puanı 3,36 vasat düzeyde olarak saptanmıştır. Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin hata hakkında geri bildirim boyutunun ortalama puanı 3,28 vasat düzeyde olarak saptanmıştır.

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin örgütsel öğrenme ve değişim boyutunun ortalama puanı 3,15 vasat düzeyde olarak saptanmıştır. Filiz'in (2009) çalışmasında sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı “organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” konusunda da olumsuz cevaplar verdiğini, katılımcıların, kurumlarında hasta güvenliği çalışmalarına personelin katılımını, yapılan hatalardan öğrenme ve gerekli değişiklikleri yaparak bunların etkililiğini değerlendirmenin yetersiz olduğunu düşündüklerini ifade etmiştir.

Hastane hasta güvenliği durumuna ait; “Hasta güvenliği uygulamaları konusunda sizce hastanenin durumu nedir” şeklindeki hasta güvenliği ölçeğinin bu sorusuna katılımcıların %73,3'ü de olumsuz görüş bildirmiştir. Hasta güvenliği ölçeğinin bu sorusunun ortalama puanı 3,10 vasat düzeyde olup; bu ortalama “kabul edilebilir” seçeneğine denk gelmektedir. Bu da kurumlarda hasta güvenliği olgusunun tam olarak sağlanmadığını göstermektedir. Hasta güvenliği boyutlarının genel olarak puanlarının düşük düzeyde olması kurumlardaki hasta güvenliğinin neden sağlanamadığı sorusuna cevap niteliği taşımaktadır.

Korkmazer ve ark. (2016) yaptığı sağlık personeli hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma, bu çalışmaya benzer olarak sağlık personelinin hastanedeki hasta güvenliği derecesini %5,3'ünün mükemmel, %10,6'sının çok iyi, %25'inin kabul edilebilir bulduğu; %35,5'inin zayıf, %23,6'sının da başarısız bulduğu görülmektedir. Ayrıca çoğu araştırmada bu çalışmanın aksine katılımcıların çoğunun olumlu yanıt verdiği gözlemlenmiştir. Teleş (2011)'in yapmış olduğu çalışmada hasta güvenliği derecesini sağlık personelinin %33,9'unun mükemmel ve çok iyi, %47,6'sının kabul edilebilir, %18,5'nin de zayıf ya da başarısız bulduğu görülmektedir.

Araştırma ölçeklerinin iş yükü değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre ; “etik iklim”, “ekip çalışması”, “açık iletişim”, “hata hakkımda geri bildirim”, “yönetimin desteği”, “hata raporlama sıklığı”, “birimler arası ekip çalışması”, “müdahale ve değişim”, “yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları”, “örgütsel öğrenme ve gelişme”, “hasta güvenliği (genel)”, hastane hasta güvenliği durumu” puanlarında anlamlı fark saptanmıştır.

Araştırma ölçeklerinin görev değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre; “açık

iletişim”, “hata hakkında geri bildirim”, “yönetimin desteği”, “güvenlik algısı”, “birimler arası ekip çalışması”, “örgütsel öğrenme ve gelişme”, “hasta güvenliği (genel)”, “hastane hasta güvenliği durumu” puanlarında anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Araştırma ölçeklerinin birim değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre; “açık iletişim”, “yönetimin desteği”, “güvenlik algısı”, “birimler arası ekip çalışması”, “personel sağlama”, “hastane hasta güvenliği durumu”, “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Araştırma ölçeklerinin yaş değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre; “Açık iletişim”, “etik iklim”, “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt”, “hata hakkında geri bildirim”, “güvenlik algısı”, “birimler arası ekip çalışması”, “müdahale ve değişim”, “yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları”, “hasta güvenliği (genel)”, “hastane hasta güvenliği durumu” puanlarında anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Araştırma ölçeklerinin gelir değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre; “müdahale ve değişim”, “örgütsel öğrenme ve gelişme” puanlarında anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Araştırma ölçeklerinin meslekte geçirilen süre değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre; “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt”, “yönetimin desteği”, “hastane hasta güvenliği durumu” puanlarında anlamlı fark saptanmıştır.

Araştırma ölçeklerinin mevcut iş yerinde geçirilen süre değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre; bütün ölçek puan türlerinde anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırma ölçeklerinin eğitim değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre; “güvenlik algısı” puanlarında anlamlı fark saptanmıştır.

Araştırma ölçeklerinin cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonuçlarına göre “ekip çalışması”, “açık iletişim”, “birimler arası ekip çalışması”, “yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları” puanlarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Ekip çalışması puanında fark

erkeklerin olumlu görüşlerinden kaynaklanmaktadır. Açık iletişim puanında farka neden olan erkek katılımcıların olumsuz görüş bildirmeleridir. Yöneticilerin beklentilerini karşılama tutumları puanında farkın kaynağı erkeklerin olumlu görüşleri olduğu saptanmıştır.

Araştırma ölçeklerinin medeni durum değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonuçlarına göre “açık iletişim” boyutunda anlamlı fark olduğunu göstermektedir. Farkın kaynağı evli katılımcıların olumsuz görüşleri olduğu saptanmıştır.

Araştırma ölçeklerinin iş yeri statüsü değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonuçlarına göre “personel sağlama” ve “birimler arası ekip çalışması” ortalamaları anlamlı fark olduğunu göstermektedir. Personel sağlama puanının yüksek olması özel kurumda çalışanlarından kaynaklanmaktadır. Personel sağlama konusunda özel kurumların yetersiz kaldığı katılımcıların olumsuz görüşlerinden saptanmaktadır. Birimler arası ekip çalışması puanlarının farka neden olan özel kurumlarda çalışanların olumlu görüşleri ile kamu kurumlarına göre daha fazla ekip çalışmasına önem verdikleri saptanmaktadır.

Regresyon analizi ile bağımlı değişken (hasta güvenliği kültürü) ve bu bağımlı değişken üzerinde etkisi olduğu düşünülen bağımsız değişken (etik iklim) arasında ki neden- sonuç ilişkisini açıklamak için modeller kurulmuştur.

Tablo 2.33. Temel Hipotez ve Regresyon Testleri

Model	Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	r	r ²	p	Düzyey
1	Etik iklim	Hasta güvenliği kültürü	0,528	0,279	0,000	Vasat
12		Yöneticilerin beklentileri karşılama tutumları	0,492	0,240	0,000	Vasat
5		Hata hakkında geri bildirim	0,458	0,208	0,000	Vasat
13		Örgütsel öğrenme gelişme	0,443	0,194	0,000	Vasat
3		Açık iletişim	0,427	0,180	0,000	Vasat
10		Birimler arası ekip çalışması	0,383	0,144	0,000	Vasat
2		Ekip çalışması	0,339	0,112	0,000	Vasat
7		Yönetimin desteği	0,320	0,100	0,000	Vasat
11		Müdahale ve değişim	0,307	0,092	0,000	Vasat
9		Hata raporlama sıklığı	0,295	0,085	0,000	Vasat
6		Personel sağlama	0,272	0,071	0,000	Vasat
8		Güvenlik algısı	0,219	0,045	0,000	Vasat
4		Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	0,082	0,004	0,000	Vasat

Tablo 2.33’ e göre regresyon analizin de bağımsız değişken (etik iklim) ile bağımlı değişkenin (hasta güvenliği kültürü) on iki boyutu arasında modeller kurulmuştur. Burada bağımsız değişkenin en büyük etki büyüklüğü bağımlı değişken

olan “hasta güvenliği” üzerine %28 oranındadır. Hasta güvenliği boyutları üzerindeki etkisi ise en yüksek %24 oranıyla yöneticilerin beklentilerini karşılama tutumları, %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” olduğu saptanmıştır.

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. Araştırma sonuçlarını, kurumlarda hasta güvenliği kültürünün gerekli düzeyde benimsenmemiş ve desteklenmemiş olmasına, bunun yanı sıra kurumlarda etik iklim algısını var olup gerekli düzeyde tutulmadığı olgusuna bağlayabiliriz.

Araştırma sonuçlarından genel itibariyle bahsettikten sonra kurum yöneticileri ve çalışanlarına bazı önerilerde bulunulabilir. Şöyle ki;

- ✓ Sağlık kurumların da hasta güvenliği komiteleri kurulmalıdır.
- ✓ 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.

Daha sonra yapılabilecek çalışmalarla ilgili öneriler ise şöyle sıralanabilir:

- ✓ 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 etik liderlik vb. farklı değişkenler de analize eklenebilir.
- ✓ Hasta güvenliği kültürünün yanı sıra çalışan güvenliğinin de dahil edildiği çalışmalar yapılabilir.
- ✓ Araştırma hem kamu sektöründen hem de özel sektörden toplanan veriler ile sağlanmıştır. Özel sektör ile kamu sektörüne ait veriler ayrı ayrı analiz edilip karşılaştırılabilir.

KAYNAKÇA

- Akalın, H. E. ,” (2005) Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği ” *Yoğun Bakım Dergisi* 2005;5(3):141-146
- Akalp, G. & Yamankaradeniz, N. (2013). “İşletmelerde Güvenlik Kültürünün Oluşumunda Yönetimin Rolü ve Önemi”. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 3(2), 96-109.
- Akıncı, Z. (1998). Kurum Kültürü ve Örgütsel İletişim. 1.Baskı, İstanbul: İletişim Yayıncılık
- Akpınar, F. (2016) “Etik Liderlik Ve Etik İklimin Mobbing (Yıldırma Davranışları) Üzerindeki Etkisi: Ampirik Bir Çalışma”, Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Alcan, Z. , Tekin, D. E. , Civil, S. Ö. (2012), “Hasta Güvenliği: Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü. “, Cilt 1, Baskı 1, Nobel Kitap Evleri. İstanbul.
- Alfredsdottir, H. ve Bjornsdottir, K. (2007). “Nursing and patient safety in the operatingroom”. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37.
- Anderson, J. G. , Ramanujam, R., Hensel, D., Anderson, M.M., Sirio, C. A., (2006) “The Need for Organizational Change in Patient Safety Initiatives”, *International Journal of Medical Informatics*. 75, 809- 817.
- Aştı T, Acaroğlu R. (2000) “Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar.” *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4: 22-27.
- Aştı, T., Kıvanç, M. M. (2003) “Ağız Yolu İle İlaç Verilmesine İlişkin Hemşirelerin Bilgi Ve Uygulamaları” *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt:6, Sayı: 3,1-9
- Atuntop, S. (2015). (Editör). Suçla Mücadele ve Güvenlik: Klasik ve Çağdaş Metinler. İçinde: Altuntop, S. Kırık Camlar. 231-245. Ankara: Siyasal Kitabevi
- Avcı, K., Aktan, T., (2015) “Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği” *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 5(2): 48-54
- Avşar, G., Armutçu, A. E., Özlü, K. Z. (2016) “Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilim Düzeyleri Ve Tıbbi Hata Türleri: Bir Hastane Örneği”, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, DOI:10.17681/Hsp.86420 HSP;3(2):115-122
- Awbrey, S.M. (2005). General education reform as organizational change: Integrating cultural and structural change. *The Journal of General Education*, 54(1), 1-21.

- Aydemir, A.(2015)” Acil Serviste Çalışan Hemşirelerde Hasta güvenliği Kültürü Ve Tutumunu Etkileyen Faktörler” ,Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- Aydın, Ş. (2010) “Bir Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hekim Ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Algılamaları” Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Aydınlı, M.T., (2008) “Örgüt Kültürünün Oluşturulmasında Öğretmen Davranışlarının Etkisi”, Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Balık, H., (2014) “Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları “Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Barnett, T., Schubert, E. (2002) “ Perceptions of the Ethical Work Climate and Covenantal Relationshipd” Journal of Business Ethical March, Volume 36, Issue 3, pp 279-290
- Baş, T. (2008). Anket. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Batlis, C. N. (1980). The Effects Of Organizational Climate On Job Satisfaction, Anxiety, And Propensity To Leave. Journal of Psychology, 104(2), 233-240.
- Bektaş, Ç. (2008). “Etik kodların otel endüstrisine katkıları ve bir alan araştırması”. *Ticaret Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 1- 17.
- 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 Pencereler Teorisi Bağlamında Kentsel Yaşamda Suç ve Güvenlik. Polis Bilimleri Dergisi. 8(1), 1-24.
- Bıçer, M. (2005). “Satış Elemanlarının İş Tatmini, Örgüt Bağlılığı Ve İşten Ayrılma Niyetinin Etik İklim İle İlişkisi: Sigorta ve İlaç Sektörlerinde Bir Araştırma”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Bilgen, A., (2014) “Çalışanların Etik Liderlik ve Etik İklim Algılamalarının Örgütsel Bağlılıklarına Etkisi: Özel ve Kamu Sektöründe Karşılaştırmalı Bir Uygulama” Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Bilgin, L. (2004). “Uluslararası İşletmelerde Etik” İ. Özalp (Ed.), Uluslararası İşletmecilik (1. Baskı) içinde (111-121). Eskişehir.
- Bozkurt, G. E. (2012) “Sağlık Çalışanlarının Hastane, Hasta, Kalite, Hasta Güvenliği ve Riske Bakış Açılarının Metafor Analizi İle Değerlendirilmesi” Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Budak, M., (2008) “Hasta güvenliği kültürü”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 7. Sayı (Haz-Tem-Ağu 2008); 54-57
- Bulut, H. (2012). “Etik Liderliğin Ve Etik İklimin Çalışanların Örgütsel Bağlılığına Ve İş Performanslarına Etkileri”. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gebze.
- Bulut, M. (2012), “Örgüt İkliminin Örgütsel Vatandaşlık Davranışlarına Etkisi Ve Bir Askeri Kurumda Uygulama” Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Bulutlar, F. ve Öz, E.Ü. (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*, Cilt: 25, Sayı: 1, sayfa 171
- Can, Ö. İ., Özkara, E., Can M. (2011) “Yargıtay da karara bağlanan tıbbi uygulama hatası dosyalarının değerlendirilmesi”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*;25: 69-76
- Cengiz, C. (2014) “Hasta Güvenliğinde Kimlik Doğrulama, Hastaların Doğru Tanımlanmasının Önemi, Karşılaşılan Sorunlar Ve Çözüm Önerileri Ve Bir Üniversite Hastanesi Uygulaması” Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Cohen, D.V. (1995), “Creating Ethical Work Climates: A Socioeconomic Perspective”, *The Journal of Socio-Economics*, Volume 24, Number 2, pages 317-343
- Conine, C., Rowden T. Jr.ve Robert W. (2006). “Ethical Climate and Job Satisfaction In Small Businesses”. *Journal of Business and Entrepreneurship*. October
- Cooper, M.D. (2000). Towards A Model Of Safety Culture, *Safety Science*, 36, 111-136
- Cullen, J.B., Parboteeah, K.P., & 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 ilişkinin analizi. “Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Çakır, A., Tütüncü, Ö. (2009). “İzmir ili hastanelerinde hasta güvenliği algısı”. I. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Kitabı. 2009; 2: 189-204
- Çavuş, M.F., Develi A., (2015). “Etik İklim ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı”, 14. Ulusal İşletmecilik Kongresi Bildiriler Kitabı, Aksaray, 679-682.
- Çelen, Ö. (2011) “Ekip Çalışması Etkinliğinin İş Tatmini Ve Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama” Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ankara.
- Çırpı, F., Merih, D. Y., Kocabey, Y. M. (2009) “Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi” *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi*, Cilt:2, Sayı:3 , 26-34
- Çiçek, A. (2012) “Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Görüş Ve Tutumlarının İncelenmesi” Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Çiçek, B₁.(2016) “Değer Merkezli Liderliğin Etik İklim Ve Çalışan Sesi Üzerindeki Etkisi” Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya.
- Çiçek, B₂.(2016) “Hastanelerde Kurum Ev İdaresi Personeli Perspektifinden İş Sağlığı Ve Güvenliği Uygulamalarının Ve Güvenlik Kültürüne İlişkin Algı Düzeylerinin Belirlenmesi” Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Daly, S.P. and Mattila, M.M. (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>
- Demirbilek, T. (2005). İş Güvenliği Kültürü. İzmir: Legal
- Derin, N., Demirel, E. T., (2011), “Hastanelerde Verimlilik Artışı İçin Hasta Güvenliği Uygulamaları Ve Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Dönüşümcü Liderliğin Etkisi “*Verimlilik Dergisi*, S3.: 51-82.
- Deshpande, S. P. (1996). The Impact of Ethical Climate Types on Facets of Job Satisfaction: An Emprical Investigation. *Journal of Business Ethics*. 15; 655–660.

- Dickson, M. W, Smith, D. B., Grojen, M. W., 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, H.İ. ve Sevinç, B. (2011). “Suç Teorileri ve Şehir Güvenliği: Bitlis İliyle İlgili Genel Bir Değerlendirme.” *Polis Bilimleri Dergisi*.13 (4), 27-53.
- Dönertaş, F.C. (2008) “Etik İklimin Kuruma Güven Üzerindeki Etkisi” Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Duran, E. B. (2015) “Yönetim, Hemşirelik Hizmetleri Ve Etik” Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Durmaz A. (2007) “Hastaların Hastaneye Yatmadan Önce Kullandıkları İlaçların Kliniğe Kabul Edildikten Sonra Kullanımı İle İlgili İlaç Hatalarının İncelenmesi” Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Durmaz, G. (2016) “Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Dursun, İ. (2013).” Örgüt Kültürü ve Strateji İlişkisi: Hofstede’nin Boyutları Açısından Bir Değerlendirme.” *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*.1(4). 43-56
- Dursun, S., Bayram, N., Aytaç, S. (2010) “Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama” Celal Bayar Üniversitesi S.B.E Cilt :8 Sayı (:1). 1-14
- Dündar T., (2010) “Sağlık Çalışanlarının Yıldırıma Maruz Kalmalarında Hastane Etik İklimi İle Sosyo demografik Özelliklerinin Rolü; Bolu İli Hastanelerinde Bir Araştırma “Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Ekiztepe, B., (2011) “Konaklama İşletmelerinde Etik İklimi, Örgütsel Adalet Ve Örgütsel Bağlılık İlişkisi” Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Muğla
- Elçi, M. Etik İklim. (22.10.2017). İnternet erişimi:<http://slidegur.com/doc/228743/etik-iklim>
- Elçi,M., Alpan, L.(2006) “Etik İklimin Örgütsel Vatandaşlık Davranışlarına Etkileri” *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 24(1), (141-170)

- Elenkov, Detelin, S., & Manev, Ivan, M., (2009),” Senior Expatriate Leadership’s Effects on Innovation and The Role of Cultural Intelligence”, *Journal of World Business*, 44,357-369
- Eltan,C., (2013) “Etik, İş Etiği Ve Sağlık Hizmetlerinde Etik (Çivril Devlet Hastanesi Sağlık Personelinde İş Etiği Algısı)” Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Eren, S. S., Hayatoğlu, Ö. (2011). “Etik İklimin Satış Elemanlarının İş Tutumlarına Ve İş Performanslarına Etkisi: İlaç Sektöründe Bir Uygulama”. *Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(14), 110-128.
- Erkul, M., Bilişli, Y., Tüm, Ö. N., (2015) “Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algısı: Üniversite Hastanesi Örneği” *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Yıl: 3, Sayı: 12, Haziran 2015, S. 330-337
- Eroğlu, E.K., (2011) “Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisi “Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Eser, G. (2007) “Etik İklim Ve Yöneticiye Güvenin Örgüte Bağlılığa Etkisi” Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Filiz, E., (2009) “Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi” Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Fleming, M., Wentzell N. Patient safety culture improvement tool: development and guidelines for use. *Healthc Q*. 2008;11(special issue):10-15.
- Gallagher, T.H., Waterman, A. D., Garbutt J. B., Kapp, J. M., Chan, D. K., Dunagan, C. W., Fraser, V. J., Levinson, W. (2006) Us and Canadian Physicans Attiudes and Experiences Regarding Disclosing Errors to Patients. *Arch Intern Med*, 166:1609.
- Göçmen, S., (2010) “Sağlık Kurumlarında Hizmet Kalite Standartları: Sivas Numune Hastanesi Örneği” Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Göktaş, S. (2007), “Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi.” Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Gözlü, K. (2011), "Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi" Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Gül, A. (2015), "Sağlık Çalışanlarında Örgüt Güvenlik İklimi Ve Çalışan Güvenliği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bir Alan Çalışması" Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Gül, H. (2006), "Etik Dışı Davranışlar ve Ussallaştırılması: Devlet Hastanelerinde Bir Uygulama", *Selçuk Üniversitesi Karaman İ.İ.B.F. Dergisi* 10, 65-79
- Gül, İ. (2010), "Kalite Yönetim Sistemi Çerçevesinde Hasta Güvenliği Kültürünün Çalışma Ortamı Açısından Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma" Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Gülkaya E., (2009) "Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde Yapılan Akreditasyon Çalışmaları Sürecinde, Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi Düzeyleri "Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Gündoğdu, K. S. (2010) "Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi" Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Gündoğdu, S., Bahçecik, N. (2012) "Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi". *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15(2), 119-128
- Günel, D. (2016) "İşletmelerde Etik Liderliğin Etik İklim Üzerindeki Etkisi Ve Bir Uygulama" Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2016). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Güven, R. (2007) Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı, 5.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Bildirileri, Antalya, , 411-422
- Hancı, Ş.Hamit; (2002) "Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza Ve Tazminat Sorumluluğu", I. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara
- Hansen, M.M., Durbin. J., Sinkowitz-Cochran. R., Vaughn, A. ve Langowski, G.S(2003). "Do No Harm. Provider Perceptions of Patient Safety." *Journal of Nursing Administration*, 33 (10), s.507-508.

- Hart S.E. (2005). "Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions". *Journal of NursingScholarship*. 37: 2 173-177.
- Hasta Güvenliği (15.01.2017). Erişim adresi:https://tr.wikipedia.org/wiki/Primum_non_nocere
- 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* Vol. 2, No. 1(391-410)
- ISO 9001-2008 Kalite Yönetimi Sistemi (17.01.2016) Erişim adresi:<http://www.memorial.com.tr/kurumsal/kalite-yonetim-sistemimiz>
- İntepeler, Ş.S., D, M. (2012) "Tıbbi Hatalar Ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri" *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15: 2: 129-135
- İşcan, Ö. ve Timuroğlu, M. (2007). 'Örgüt Kültürünün İş Tatmini Üzerindeki Etkisi ve Bir Uygulama.' *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 21(1), 119-135.
- İşlek, E. (2009) "Bir Özel Dal Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların Ve Olası Nedenlerinin Tanımlanması" Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- James Engel F., Roger Blackwell D., ve Paul Miniard W., (1995) "Consumer Behavior, The Dryden Press", s.914.
- JCI (Joint Commission International) Standartları. (22.10.2017). Erişim adresi: <http://www.bilkalite.com/sayfalar.633.jci-joint-commission-international-nedir.html>
- Kalite standart belgeleri (16.01.2017). Erişim adresi:<https://www.anadolusaglik.org/anadolu-saglik-merkezi-hizmet-kalite-belgeleri>
- Kaplan, M. (2010). "Otel işletmelerinde etiksel iklim ve örgütsel destek algılamalarının örgütsel bağlılık üzerindeki etkisi: Kapadokya örneği," Yayınlanmamış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Kaplan, M., Ögüt, A., Karayel, S., & 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., Arslan, H. (2014) “Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma” *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi Araştırma*, Sayı 1 Cilt: 1 sayfa 9-18
- Karagözoğlu, F., Özden, D., Yıldırım, G. (2014) “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastane Etik İklim Algısı” *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*; 16(1): 34-45.
- Karahan, A. (2008). Çalışanların Örgüt Kültürünü Algılamalarına Yönelik Ampirik Bir Çalışma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 20, 157-178.
- Karataş, M., Yakıncı, C., (2010) “Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları” *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 17 (3) 233-236
- Karayurt, Ö., Damar, T. H., Bilik, Ö., Özdöker, S. , Duran, M. , “Ameliyathanede Hasta Güvenliği Kültürünün ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının İncelenmesi” *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bil Dergisi* 2017(1):16-23
- Kaya, Ş.D., Yağcı, M. (2015). “Relationship of Inertia Statuses of Healthcare Professionals with Patient Safety”. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 1 (2), 553-564.
- 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/>
- Kılıç, S. (2013) “Algılanan Örgütsel Etik İklim İle Üretkenlik Karşısı İş Davranışları Arasındaki İlişkiler”, Doktora Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde.
- 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>
- Kohlberg, L., Hersh R.H., (1997) “Moral development: A review of the theory”, *Theory into Practice*, 16, 2, (53-59).

- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. ; (2000) Errors in healthcare: A leading cause of death and injury. In: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: Institute of Medicine National Academy Press p.26-48.
- Korkmazer, F. Yıldız, A. Ekingen, E. (2016). "Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma." *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2).
- Kroeber, A. L. & Kluckhohn, C. (1952). *Culture: A critical review of concepts and definitions*. Cambridge, MA: Peabody Museum, Vol. 47, No. 1.
- Lehmann, C.U., Kım, G.R. (2005). "Prevention of Medication Errors." *Clin Perinatol*, 32 (1): 107- 23.
- Litwin, G. H. and Stringer, R. A. (1968). *Motivation And Organizational Climate*. Boston: Harvard University Press.
- Martin, K. D. ,and Cullen, J. B. (2006). "Continuities and extensions of ethical climate theory: A meta-analytic review". *Journal of Business Ethics*, 69,175- 194.
- Mcfadden, Kathleen, L. , Henagan, Stephanie C. ,& Gowen, Charles R. , (2009) "The Patient Safety Chain: Transformational Leadership's Effect on Patient Safety Culture", Initiatives, and Outcomes, *Journal of Operations Management*, 27, 390- 404.
- Mert, N. (2017). "Yönetici ve Yönetici Olmayan Hemşirelerin Etik İklim Algılarının Karşılaştırılması", Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Mumcu , A.(2014). "Etik iklim ve algılanan örgütsel adalet ilişkisi: Tokat ili bankacılık sektörü üzerine bir araştırma." Yüksek Lisans tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Tokat.
- Mumcu, A. ve Döven, M. S. (2016). "Etik İklim ve algılanan örgütsel adalet ilişkisi: Tokat ili bankacılık sektöründe bir araştırma". *İş Ahlakı Dergisi*, 9(1), 113-152.
- Murray,W.Bosseau,& Foster, Patrick A. , (2000), "Crisis Resource Management Among Strangers:Principles of Organizing a Multidisciplinary Group for Crisis Resource Management", *Journal of Clinical Anesthesia*,12,633-638
- Neubaum, D. O., Mitchell, M. S. And Schminke, M. (2004). "Firm newness, entrepreneurial orientation, and ethical climate." *Journal of Business Ethics*,52 (4). 335- 347.

- Nieva, V.F., Sora, J. (2003): Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations, *Quality and Safe Health Care* , 12 (Suppl): ii17-ii23.
- O'Toole, J. (29.01.2012). Advice from Aristotle. Erişim adresi: <http://www.scu.edu/ethics/practicing/decision/framework.html>
- Oğuzhan, T. (2015) “Algılanan Etik İklim Boyutları, Lider Üye Etkileşimi Ve Öz Kendilik Değerlendirmesinin İzlenim Yönetimi Taktikleri Kullanımı Üzerindeki Etkileri” Doktora Tezi, Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Onganer, E., Bozkurt, B., Kılıç, M. (2014) “Hastalar İçin Hasta Güvenliği” *J Kartal Tr* ;25 (2):171-174 Doi: 10.5505/Jkartaltr.2014.49389
- Ovalı, F. (2010) “Hasta Güvenliği Yaklaşımları”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*(S.).1, s.34
- Öge, H.S., (1996) “Örgüt İklimi” Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Öğün, B. (2008) “Ameliyathanede Hasta Güvenliğinin İncelenmesi” Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul.
- Önler, E. (2010) “Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi” Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Örücü, E. ve Özafşarlıoğlu, S. (2013). “Örgütsel adaletin çalışanın işten ayrılma niyetine etkisi: Güney Afrika Cumhuriyetinde bir uygulama”. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(23), 335–358.
- Özata, M., Altunka, H. (2010) “Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği” *Tıp Araştırmaları*
- Özçelik, K. (2011). “Kişi örgüt uyumu ve etik iklimin hastaneye bağlılığa etkisi: Hemşireler üzerinde bir araştırma” Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özdemir, H. (2014). Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar’da Bir Uygulama. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Özdemir, K. F., Şahin, A. Z. (2015) “Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları: Kars İli Örneği” *Odu Tıp Dergisi* (2015) 2: 139-144

- Özden, D., Karagözlü, Ş., Kurukız, S. (2012) “Hastaların İki Ölçeğe Göre Düşme Riskinin Belirlenmesi Ve Bu Ölçeklerin Düşmeyi Belirlemedeki Duyarlılığı: Pilot Çalışma” *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 15: 1, 80-88
- Özdil, N. (2010) “JCI Akreditasyonu Olan Özel Hastanelerde Personel Temini Ve Uygulaması” Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özgüner, M. (2016) “Örgüt Kültürü İle Tükenmişlik İlişkisi Üzerine Bir Araştırma: Bozok Üniversitesi Örneği” *Yönetim Ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*-Cilt:14 Sayı:2: 92-110
- Özkan, A. (2012) “Hasta Güvenliği Önlemlerinin Perinatal Kliniklere Uygulanması ve Uygulama Rehberinin Geliştirilmesi.” Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Özmen S., Başol O.O. (2010) “Hasta Güvenliği Kültürü: Bursa’da Özel Bir Hastane Uygulama Örneği.” II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, II. Cilt, Ankara
- Öztürk, U. (2015). “Örgüt Kültürü Algısında Cinsiyet Faktörünün Etkisi ve Bir Uygulama”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 6(12), 62-86.
- Pedreira, M. L.G., & Marın, H. F., (2004), “Patient Safety Initiatives in Brazil: A Nursing Perspective”, *International Journal of Medical Informatics*, 73,563-567.
- Pehlivan, İ. (1999)., Yönetmel Mesleki ve Örgütsel Etik. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Peterson, D. K. (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.
- Polat, O. (2005). Tıbbi Uygulama Hataları (1. Baskı). Seçkin Yayıncılık. Ankara
- Pregener T.V, (2005)” The Swiss Cheese Model of Safety Incidents: Are There Holes in the Metaphor?”, *BMC Health Services Research*, 71.
- 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, W.J., & Puto, C.P. (1989). Organizational Climate and Decision Framing: An Integrated Approach to Analyzing Industrial Buying Decisions. *Journal of Marketing Research*, 26, 179-192
- Reason, J. (2000). "Human error: Models and management". *British Medical Journal*, 320: 768- 770.
- 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.
- Saylı, H., Kızıldağ, D. (2007) "Yönetmelik Etik Ve Yönetmelik Etik Oluşmasında İnsan Kaynakları Yönetiminin Rolünü Belirlemeye Yönelik Bir Analiz" *Sosyal Bilimler Dergisi* cilt9 s(1) 232-251.
- Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., Henderson, A. (2008). "Nurses' Moral Sensitivity and Hospital Ethical Climate: A Literature Review." *Nursing Ethics* 15 (3) 304-321.
- Schminke, M., M.L. Ambrose ve D.O. Neubaum. (2005). The Effect Of Leader Moral Development On Ethical Climate And Employee Attitudes. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 97, 135-151.
- Schwepker, J.C.H. (2001), 'Ethical Climate's Relationship to Job Satisfaction, Organizational Commitment and Turnover in the Sales Force', *Journal of Business Research*, 54(1):39–52.
- Schwepker, Jr., C.H., Ferrel, O.C. Ve Ingram, T.N. (1997), "The Influence Of Ethical Climate And Ethical Conflict On Role Stress In The Sales Force", *Journal Of The Academy Of Marketing Science*, Vol:25, No:2,pp. 99-108.
- Serbest, Ş. (2011), "Hasta Güvenliği için Hemşirelik Uygulamaları", 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi Sunumu.
- Seren Ş. (2009) "Hemşirelikte Hasta Güvenliği Uygulamaları. Sağlık Hizmetlerinde Kalite", *Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, 1 (4).
- Sezgin,M., Bulut, B.(2013) "Örgüt Kültürü ve Halkla İlişkiler" *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 3 (2), , 182-194
- Singer, S., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D., Falwell, A., Rosen A.: (2007) Work force perceptions of hospital safety culture: Development and validation of the

- patient safety climate in healthcare organizationssurvey, *HSR: Health Services Research*, 42 (5): 1999-2021.
- Sonakın, C. (2010) “Hemşirelerin İş Doyumları İle Çalıştıkları Kurumların Etik İklimi Arasındaki İlişki” Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Sulıman, Abubakır ve ILES, Paul, (2000), Is continuance commitment benefical to organizations? Commitment-performance relationship: a new look, *Journal of Managerial Psychology*, Vol.15.
- Sune, A. (2016) “Okul Yöneticilerinin Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri İle Örgüt Kültürü Arasındaki İlişki” Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş.
- Svara, J. H. (2007). *The Ethics Primer for Public Administrators in Government and Nonprofit Organization*, Arizona, Jones and Bartlett Publishers.
- Şahin, B., Dünder, T. (2012) “Sağlık Sektöründe Etik İklim Ve Yıldırma (Mobbing) Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi* Cilt 66-Sayı1.
- Şerifoğlu, U.K., Sungur, E. (2007) “İşletmelerde Sağlık Ve Güvenlik Kültürünün Oluşturulması; Tepe Yönetimin Rolü Ve Kurum İçi İletişim Olanaklarının Kullanımı” *Yönetim Dergisi* sayı : 58,1-17
- Tansüyer, T. (2010) “Hasta Güvenliği Ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması” Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Tel, H., Karadağ, M., Tel, H., Aydın, Ş. (2003) “Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantılarıyla Başetme Durumlarının Belirlenmesi”. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2: 13-22.
- Teleş, M. (2011) “Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları İle Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Algıları Arasındaki İlişkinin Analizi” Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Tengilimlioğlu, D., Akbolat, M., Işık, O. (2015) *Sağlık İşletmeleri Yönetimi* (7. Baskı). Ankara: Nobel yayıncılık
- Terzi, A.R. (2000). *Örgüt Kültürü*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım

- The Health Care Standards Unit, Department of Health.(2004) Medication errors: definitions ,incidenceandcauses. Building a Safer NHS for Patients: Improving Medication Safety, The Stationary Office, London.
- Top, M., Gider, Ö., Taş, Y., Çimen, S. (2008) “Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması” Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:11, Sayı:2
- Topdal, B. (2012) “Yönetici Hemşirelerde Etik Davranışlar” Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Torun, M. K. (2013)” Turizm Alanında Lisans Ve Önlisans Eğitimi Veren Kurumlarda Etik İklimin Kuruma Güven Üzerindeki Etkisi” Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Düzce.
- Trevino, Linda K., (1986), “Etichal Decision Making In Organizations: A PersonSituation Interactionist Model”, The Academy of Management Review, 11(3), s. 601-617.
- TS ISO / IEC 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi. (16.01.2017). Erişim adresi:<http://www.yeditepehastanesi.com.tr/ts-iso-iec-27001-bilgi-guvenligi-yonetim-sistemi>
- Turasan, A. B. (2010) “Bir Psikiyatri Hastanesinde Hasta Güvenliği Kültürü Düzeyi Ve Güvenlik Raporlamanın İncelenmesi” Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- 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., Küçükusta, D. (2006). “Hasta güvenliği kültürü ve hemşirelere yönelik bir uygulama.” *Hastane Yönetimi Dergisi*, 10(2): 61-68.
- Tütüncü, Ö., Küçükusta, D., 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
- Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi. (15.01.2017). Erişim adresi: <http://grs.saglik.gov.tr/BM/UGRS.aspx>
- Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI) (2002). Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları Kitabı. Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, Oakbrook Terrace, ABD.

- Us,Ç.N., Yardan, D. E.,(2016) “Hastane Çalışanlarına Göre Hastane Cerrahi Ve Dahili Polikliniklerinin JCI Akreditasyon Standartlarına Uygunluğunun Değerlendirilmesi” *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 7 (16):100-129.
- Usta, A. (2011). “Kuramdan Uygulamaya Kamu Yönetiminde Etik ve Ahlak” *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 1, Sayı 2, 39-49.
- Victor, B. And Cullen, J. B. (1988), "Organizational Bases of Ethical Work Climates", *Administrative Science Quarterly* 33, 101-125
- Weber, J., J.E. Seger (2002), “Influences upon Organizational Ethical Climate Subclimates: A Replication Study of a Single Firm at Two Points in Time”, *Journal of Business Ethics*, (41): 69-84.
- White, S.V. (2004). Patient Safety Issues. In: Byers, J.F. White, S.V. Patient Safety: Principles and Practices. New York: Springer Publishing Company.
- Wimbush, J.C. ve J.M. Shepard. , (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 (2008-2009) World Alliance for Patient Safety Forward Programme , France.
- World Health Organization (WHO), (2006) Information for action-reporting and learning. Forward Programme 2006-2007. 1st ed. Geneva: p.23-7.
- World Health Organization, (2007), European Regional Patients for Patient Safety Workshop Report. Dublin.
- Wu, T. C. Lin, C.H ve Shiau, S.Y. (2010). “Predicting Safety Culture: The Roles of Employer, Operations Manager and Safety Professional”, *Journal of SafetyResearch*, 41, 423–431.
- Yağmur, A. (2013) “Etik Liderliğin Ve Etik İklimin Etik Dışı Davranışlara Etkisi: Ampirik Bir Çalışma” Yüksek Lisans Tezi, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Gebze.
- Yalçın Ş., Acar A. (2010) “Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği Ve Güvenli Hastane İlişkisi, 2.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi”, Cilt 1, Ankara, (12–26).

- Yalçinkaya A, (2010), “Ameliyathane Tutum Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması”, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Yardımcı, F., Başbakkal Z., (2012), “Tıp Bilimlerinde Ekip Kaynak Yönetimi” *Nobel Medicus*, 8(3), 12-17.
- Yardımcı, F., Başbakkal, Z., Beytut, D., Muslu, G., Ersun, A., (2014) “Bir Devlet Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algısının İncelenmesi”, *Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi*, 8(4):173-179
- Yeşiltaş, M. (2012) “Örgütsel Özdeşleşmenin Oluşmasında Belirleyiciler Olarak Etik Liderlik Ve Etik İklim: Otel İşletmelerine Yönelik Bir Uygulama” Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Yetkinlioğlu, Ö., (2009) “Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite Ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara ilindeki iki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama” Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Yıldırım, G. (2008) “Sağlık Profesyonellerinin Etik Kavramından Anladıkları Ve Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri” Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Yıldırım, G., Kadioğlu, S. (2007) “Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları” *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 29 (2): 7-12.
- Yıldırım, Ö. (2008) “Sağlık Kuruluşlarında İnsan Faktörü Mühendisliğinin Önemi Ve Hasta Güvenliği Alanında Uygulama Örnekleri” Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yıldız T, Eriten G, Erdem İ, Gökay N. S, Kulaç M, Alp R. (2012) “Mezuniyetin ve Profesyonel Sağlık Personeli Olarak Çalışmanın Hasta Güvenliği Bilinci Üzerine Etkileri” *Kafkas J MedSci*; 2(3):94–98
- Yıldız, E. (2010) “Hasta Güvenliği İle Değişime Direnç Arasındaki İlişkinin Analizi: Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Algılarının Değerlendirilmesi” Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yonguç, M., (2007) “Ra Danışmanlık Seminer Notu I-II.” Ankara.

EKLER

Ek 1. Orjinallik Raporu



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
Adı-Soyadı	Eda EMÜL
Öğrenci Numarası	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Enstitü Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi
Programı	Tezli yüksek lisans
Danışmanın Unvanı, Adı-Soyadı	Doç. Dr. Erkan Turan DEMİREL
Tez Başlığı (Türkçe)	Etik İklim Algısının Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi: Elazığ Örneği

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 170 sayfalık kısmına ilişkin, 23.10.2017 tarihinde Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 17 'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

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

Yukarıda bilgileri verilen öğrencinin yüksek lisans tezi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığını ve tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Doç. Dr. Erkan Turan DEMİREL
Danışman

Doç. Dr. Erkan Turan DEMİREL
Anabilim Dalı Başkanı

F.U.LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ÖĞRETİM YÖNETMELİĞİ

Madde 41- Lisansüstü tezleri ile birlikte teslim edilmesi gereken belgeler şunlardır:

- a) Lisansüstü tezler, savunma öncesinde intihal programı raporu ve ilgili makale şartını sağladığına dair belgeleri ile birlikte enstitüye teslim edilir.
- b) İntihal raporu ile ilgili olarak etik kurallar dâhilindeki benzerlik oranları ilgili Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenir. (Enstitü Yönetim Kurulu tarafından tezin, intihal kapsamı dışında değerlendirilmesi için TURNITIN'den alınan raporda "benzerlik oranı"nın, "alıntılar hariç" en fazla %10, "alıntılar dâhil" % 30'u geçmemesi şeklinde kabul edilmiştir).

Ek 2. Anket Formu

ETİK İKLİM ALGISININ HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNE ETKİSİ

Sayın Katılımcı;

Bu anket formu, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan bir yüksek lisans tezine veri toplamak için hazırlanmıştır. Anket formunun içeriğinde “etik iklim”, “hasta güvenliği kültürü” ve “demografik bazı özellikler” ile ilgili ifadeler/sorular yer almaktadır. Söz konusu çalışma için etik kurul onayı ve yasal izin alınmıştır. Hoşgörünüze sığınarak, anketimize cevap vermenizi ve dolayısıyla bilimsel bir araştırmanın tamamlanmasına destek olmanızı rica ediyoruz. Sorularımıza, anketi cevapladığınız an itibarıyla sahip olduğunuz görüşleri düşünerek cevap vermeniz bizim için yeterli olacak ve çalışmamızın başarıya ulaşmasını sağlayacaktır. Anket formunda isim ve adres gibi kişisel bilgileriniz istenmemektedir. Formdan elde edilecek veriler kesinlikle gizli tutulacak ve bilimsel amacının dışında kullanılmayacaktır. Kıymetli zamanınızdan yaklaşık 15 dk. ayırarak sağlayacağınız destek için şimdiden teşekkür ederiz.

Saygılarımızla...

Tez danışmanı:

Doç. Dr. Erkan Turan DEMİREL

Fırat Üniversitesi

demirelerkan@gmail.com

Yüksek lisans öğrencisi:

Eda EMÜL

Fırat Üniversitesi

edaemul@hotmail.com

Etik iklim ölçeği:

Madde no	Aşağıda gördüğünüz ifadelere, kurumunuz (iş yeriniz) açısından ne ölçüde katıldığınızı belirtiniz. 1: kesinlikle katılmıyorum 2: katılmıyorum 3: ne katılıyorum ne de katılmıyorum 4: katılıyorum 5: kesinlikle katılıyorum	1	2	3	4	5
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 ölçeği:

Madde no	Aşağıdaki durumların kurumunuzda ne sıklıkla yaşandığını işaretlemeniz gerekmektedir. 1: Hiçbir Zaman 2: Nadiren 3: Ara Sıra 4: Sıklıkla 5: Her Zaman	1	2	3	4	5
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?					
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.					

Madde no	Aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı işaretlemeniz gerekmektedir. 1: kesinlikle katılmıyorum 2: katılmıyorum 3: ne katılıyorum ne de katılmıyorum 4: katılıyorum 5: kesinlikle katılıyorum	1	2	3	4	5
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.					
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 sağlamaktadırlar.					
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.					

Hasta güvenliği uygulamaları konusunda sizce hastanenin durumu nedir?

Mükemmel

Çok iyi

**Kabul
edilebilir**

Zayıf

Başarısız

☐
☐
☐
☐
☐

Demografik bilgiler:

Yaşınız:

☐

21 ve altı

☐

21 – 30 arası

☐

30 – 40 arası

☐

40 – 50 arası

☐

50 ve üzeri

Cinsiyetiniz:

☐

Kadın

☐

Erkek

Medeni durumunuz:

☐

Bekâr

☐

Evli

Göreviniz:

☐

Hekim

☐

Hemşire

☐

Ebe

☐

Sağlık memuru

☐

Teknisyen

☐

İdari personel

☐

Diğer

Biriminiz:

- ☐ Temel Bilimler
 ☐ Dahili Bilimler
 ☐ Cerrahi Bilimler
 ☐ İdari işler
- ☐ Diğer

Eğitim durumunuz:

- ☐ Lise
 ☐ Ön lisans
 ☐ Lisans
 ☐ Lisansüstü

Meslekte geçirdiğiniz toplam süre:

- ☐ 5 yıl ve altı
 ☐ 5 – 10 yıl arası
 ☐ 10 – 15 yıl arası
 ☐ 15 – 20 yıl arası
 ☐ 20 yıl ve üzeri

Şu anki işyerinizde geçirdiğiniz toplam süre:

- ☐ 5 yıl ve altı
 ☐ 5 – 10 yıl arası
 ☐ 10 – 15 yıl arası
 ☐ 15 – 20 yıl arası
 ☐ 20 yıl ve üzeri

Geliriniz:

- ☐ 2800 TL ve altı
 ☐ 2800 – 4200 TL arası
 ☐ 4200 – 5600 TL arası
 ☐ 5600 – 7000 TL arası
 ☐ 7000 TL ve üzeri

İş yerinizin statüsü:

- ☐ Kamu
 ☐ Özel

Haftalık iş yükünüz:

- ☐ 40 saat ve altı
 ☐ 40 – 45 saat arası
 ☐ 45 – 50 saat arası
 ☐ 50 – 55 saat arası
 ☐ 55 saat ve üzeri

Anketimiz, tamamlanmıştır. Paylaşmak istediğiniz görüşleriniz ya da istekleriniz varsa, lütfen aşağıda ayrılan alana yazınız. Desteyiniz için tekrar teşekkür ederiz. Saygılarımızla...

ÖZGEÇMİŞ

Eda EMÜL, 1990 yılında Elazığ'da doğdu. Lise eğitimini Mehmet Akif Ersoy Lisesi 2007 yılında tamamladı. 2009-2011 yılları arasında Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu İşletme Yönetimi Bölümü önlisans eğitimini ardından lisans eğitimini 2011-2014 yılları arasında İnönü Üniversitesi İşletme Bölümünde tamamladı. 2017 yılında Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans eğitimini tamamladı.

