

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Sağlık Kurumları Yöneticiliği Tezli Yüksek Lisans Programı

**SAĞLIK İŞLETMELERİNDE  
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ VE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ  
DEĞİŞKENLERİNİN İNCELENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

Bahriye Topaloğlu

*Yüksek Lisans Tezi*



İstanbul,2017



SAĞLIK İŞLETMELERİNDE  
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ VE HASTA GÜVENLİĞİ  
KÜLTÜRÜ DEĞİŞKENLERİNİN İNCELENMESİNE  
YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Bahriye TOPALOĞLU

İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sağlık Kurumları Yöneticiliği  
Tezli Yüksek Lisans Programı

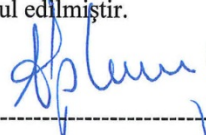
Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Çiğdem Dikmen

Yüksek Lisans Tezi

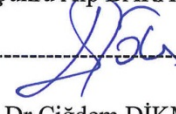
İstanbul, 2017

## KABUL VE ONAY


Bahriye Topaloğlu tarafından hazırlanan ‘Sağlık İşletmelerinde Kalite Yönetim Sistemi ve Hasta Güvenliği Kültürü Değişkenlerinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma’ başlıklı bu çalışma, 02.10.2017 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof.Dr.Şükrü Alp BARAY (Başkan)



Yrd.Doç.Dr.Çiğdem DİKMEN (Danışman)



Yrd.Doç.Dr.Neşe ÇAPRAZ (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Yrd.Doç.Dr.İrem ANLI

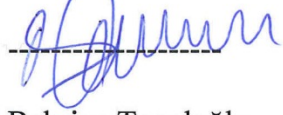
Enstitü Müdürü

## BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kağıt ve elektronik kopyaları İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağı belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi bildiririm:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezimin tamamı İstanbul Bilim Üniversitesi'nden erişime açılabilir.
- Tezimin 1 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamam her yerden erişime açılabilir.

03.10.2017



Bahriye Topaloğlu

## ÖZET

TOPALOĞLU, Bahriye. Sağlık İşletmelerinde Kalite Yönetim Sistemi ve Hasta Güvenliği Kültürü Değişkenlerinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,2017.

Çalışmamızda sağlık hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemi ve Hasta Güvenliği Kültürü kavramı incelenmektedir. Birinci bölümde Toplam Kalite Yönetim Sistemi ,ikinci bölümde ise Hasta Güvenliği Kültürü ile ilgili literatürde yer alan kurumsal tespitler ve ampirik bulgulardan bahsedilmiştir.

Kalite ve güvenlik konularında Türkçe literatürde kısıtlı olan çalışmalara değinilmiştir.

Çalışmamızda Kalite ve Güvenlik kültürünü ölçmeye yönelik Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından hazırlanan anket kullanılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin ana bileşeni olan hasta güvenliğine hangi değişkenler ne kadarlık bir yükte etki ettikleri incelenmiştir. Bu amaçla İstanbul'da faaliyet gösteren, grup hastanelerine bağlı ve kalite sistemlerini uygulayan iki hastane personelinin *Kalite Yönetim Sistemi* ve *Hasta Güvenliği Kültürü*'ne yönelik tutumlarının belirlenerek, *Kalite Yönetim Sistemleri* ile *Hasta Güvenliği Kültürü* arasındaki ilişkiyi belirleyen değişkenlerden “hangilerinin, ne kadar değişken olduğu” analiz edilmiştir.

Çalışmamızda Çok Değişkenli bir İstatistik Analiz (ÇDİA) yöntemi olan Kanonik Korelasyon analizi kullanılmıştır. İki değişken seti arasında 30 Kanonik Korelasyon bulunmuş ve bunların 21'i anlamlı bulunarak değerlendirilmeye alınmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Toplam Kalite Yönetimi, Kalite Yönetim Sistemi, Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Kanonik Korelasyon

## ABSTARCT

TOPALOĞLU, Bahriye. A Study on the Investigation of the Quality Management System and Patient Safety Culture Variables in Healthcare Establishments, Master's Thesis, Istanbul,2017.

In this thesis the concepts of Quality Management System (QMS) and Patient Security Culture (PSC) were analyzed within the scope of health services. From this perspective on empirical datas and institutional assesments were examined in the first chapter (Total Quality Management) and also in the second chapter (Patient Security Culture) of the thesis.

Some limited data collected from domestic research about Quality and Security were also examined.

During the organization phase of the paper surveys from Agency for Health Research and Quality (AHRQ) were used as supportive material to the topic.

Specific variables and their implementations on Patient Security, as the main indicator that affects the quality of healthcare services, were scrutinized. In this context staff members of two different hospitals in which Quality Management System was utilized were observed and their inclination towards Patient Security Culture were compared. Hence the efficiency of variables that affect the relation between Quality Management System and Patient Security Culture was analyzed.

Canonical Correlation Method from the Multivariate Statistical Analyses Techniques was used as research method. Thus 30 Canonical Correlation between two main variables were identified. 21 of them were found as statistically significant and hence examined.

**Keywords:** Total Quality Management, Quality Management System, Patient Security, Patient Security Culture, Canonical Correlation

<b>KABUL ONAY</b> .....	<b>i</b>
<b>BİLDİRİM</b> .....	<b>ii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTARCT</b> .....	<b>iv</b>
<b>Şekiller Dizini</b> .....	<b>vii</b>
<b>Tablolar Dizini</b> .....	<b>viii</b>
<b>Grafikler Dizini</b> .....	<b>ix</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>3</b>
<b>1. KALİTE YÖNETİMİ</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1.KALİTE KAVRAMI</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1.2.Kalitenin Özellikleri</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1.3.Hizmet Kalitesi Kavramı</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1.4.Hizmet Kalitesinin Bileşenleri</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1.5.Toplam Kalite Yönetimi</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1.6.Toplam Kalite Yönetiminin Prensipleri Ve Temel Kavramlar</b> .....	<b>9</b>
<b>1.1.7.Toplam Kalite Yönetiminin Amaçları</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1.8.Akreditasyon</b> .....	<b>11</b>
<b>1.2.SAĞLIK İŞLETMELERİ</b> .....	<b>12</b>
<b>1.2.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihsel Gelişimi</b> .....	<b>12</b>
<b>1.2.2.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı</b> .....	<b>13</b>
<b>1.2.3.Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon Kavramı</b> .....	<b>15</b>
<b>1.2.4.Hastanelerde Kalite Sistemleri</b> .....	<b>15</b>
<b>1.2.5.Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi</b> .....	<b>21</b>
<b>1.2.6.Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamasının Sağlayacağı Yararlar</b> ....	<b>23</b>
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>25</b>
<b>2.GÜVENLİK KÜLTÜRÜ</b> .....	<b>25</b>
<b>2.1.GÜVENLİK KÜLTÜRÜNÜN ÖZELLİKLERİ</b> .....	<b>26</b>
<b>2.2.GÜVENLİK KÜLTÜRÜNÜN YAPISI VE BOYUTLARI</b> .....	<b>27</b>
<b>2.3.GÜVENLİK KÜLTÜRÜ MODELLERİ</b> .....	<b>29</b>
<b>2.3.1. Güvenlik Kültürü Olgunlaşma Modeli</b> .....	<b>30</b>
<b>2.3.2. Karşılıklı Güvenlik Kültürü Modeli</b> .....	<b>31</b>
<b>2.3.3. Güvenliğe Yönelik Tutumların Tasarım Modeli</b> .....	<b>33</b>
<b>2.3.4. Toplam Güvenlik Kültürü Modeli</b> .....	<b>34</b>
<b>2.3.5. Güvenlik Kültürü Modeli</b> .....	<b>35</b>
<b>2.4.POZİTİF GÜVENLİK KÜLTÜRÜ</b> .....	<b>36</b>



2.5.NEGATİF GÜVENLİK KÜLTÜRÜ.....	37
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	41
3.HASTA GÜVENLİĞİ ve HASTA GÜVENLİK KÜLTÜRÜ .....	41
3.1.HASTA GÜVENLİĞİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ.....	42
3.2.HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ.....	43
3.3.HASTA GÜVENLİĞİ YAKLAŞIMLARI.....	43
3.4.HASTA GÜVENLİĞİNDE HATA TÜRLERİ .....	45
3.5.HASTA GÜVENLİĞİNİN ÖNEMİ .....	47
3.6.HASTA GÜVENLİĞİ İHLALLERİNE NEDEN OLABİLECEK FAKTÖRLER .....	48
3.7.HASTA GÜVENLİĞİNDE HATA MODELLERİ.....	49
3.8.HASTA GÜVENLİĞİNDE HATALARIN RAPORLANDIRILMASI .....	54
3.9.HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN OLUŞMASINA ENGEL OLAN FAKTÖRLER .....	56
3.10.HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN ÖLÇÜLEBİLİR HALE GETİRİLMESİ .....	58
3.11.HASTA GÜVENLİĞİNİ SAĞLAMADA SAĞLIK YÖNETİCİLERİ VE ÇALIŞANLARIN ROLÜ .....	63
3.12.KÜRESEL HASTA GÜVENLİĞİ MÜCADELESİ.....	64
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	65
4.1.ARAŞTIRMANIN AMACI.....	65
4.2.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	65
4.3.ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI.....	66
4.4.GEREÇ VE YÖNTEM.....	67
4.5. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	68
BULGULAR.....	71
TARTIŞMA.....	98
SONUÇ .....	101
KAYNAKÇA.....	106
EKLER .....	115

## Şekiller Dizini

Şekil:2.1:Güvenlik Kültürü Piramidi .....	27
Şekil :2.2:Güvenlik Kültürü Olgunlaşma Modeli .....	30
Şekil:2.3:Karşılıklı Güvenlik Kültürü Modeli .....	32
Şekil:2.4:Güvenliğe Yönelik Tutumların Tasarımı Modeli .....	33
Şekil:2.5:Toplam Güvenlik Kültürü Modeli .....	34
Şekil:2.6:Güvenlik Kültürü Modeli .....	35
Şekil:3.1:Hastanelerde Hata Gelişim Modeli .....	51
Şekil: 3.2: James REASON “İsviçre Peyniri Modeli.....	51



## Tablolar Dizini

Tablo:3.1:Tıbbi Hataların Yapıldığına İnananlar.....	43
Tablo :3.2:Sağlık Sisteminde Bariyerler ve Hatalara Neden Olan Şartlara Örnekler.....	51
Tablo:4.1:Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri .....	70
Tablo:4.2:Tanımlayıcı İstatistiki Bilgiler.....	71
Tablo:4.3:Tanımlayıcı İstatistiki Bilgiler.....	72
Tablo:4.4:Kanonik Korelasyonlar ve Anlamlılık Düzeyleri.....	74
Tablo:4.5:İlkinci Kanonik Korelasyon Değerleri ve Bağımlı-Bağımsız Değişken Yükleri.....	75
Tablo:4.6:İlkinci Kanonik Ağırlığı olan Bağımsız Değişkenler Seti Analiz Kodları ve Kanonik Yükleri .....	76
Tablo :4.7:İlkinci Kanonikte Ağırlığı Olan Bağımlı Değişkenler Seti Analiz Kodları ve Kanonik Yükleri.....	77
Tablo:4.8:İkinci Kanonik Korelasyon Değerleri ve Bağımsız Değişken Yükleri .....	81
Tablo:4.9:İkinci Kanonik Ağırlığı olan Bağımsız Değişkenler Seti Analiz Kodları ve Kanonik Yükleri .....	82
Tablo:4.10:İkinci Kanonikte Ağırlığı olan Bağımlı Değişkenler Seti Analiz Kodları ve Kanonik Yükleri .....	83
Tablo:4.11:Bağımsız Değişkenlerin Kanonik Korelasyon İçinde Tekrar Sayıları .....	86
Tablo:4.12:Bağımlı Değişkenlerin Kanonik Korelasyon İçinde Tekrar Sayıları.....	89
Tablo:4.13:Kanonik Yüklerin Kalite Yönetim Sistemi Faktörlerine Göre Dağılımı.....	91
Tablo:4.14:Bağımsız Değişkenlerin Aldığı Yükler ve Ortalama Frekansların Faktörlere Dağılımı .....	93
Tablo:4.15:KanonikYüklerin Hasta Güvenliği Kültürü Faktörlerine Göre Dağılımı .....	97
Tablo:4.16:Bağımlı Değişkenlerin AldığıYükler ve Ortalama Frekansların Faktörlere Dağılımı .....	99

## **Grafikler Dizini**

Grafik: 1: Amerika Birleşik Devletleri Hasta Ölüm Nedenleri .....	61
---	----



## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık hizmetlerini, “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir” şeklinde tanımlamaktadır.

Hastanelerde sunulan sağlık hizmetleri farklı uzmanlık alanlarını gerektirdiği için çok karmaşık yapıdadır. Bu karmaşık yapının düzgün koordine edilmesi ve hastaların tedavilerine cevap vermesi zorlu bir uğraşı gerektirmektedir.

Günümüzde sağlık hizmetleri her geçen gün gelişen teknolojiye tanı ve tedavi aşamasında büyük ölçüde yararlanmaktadır. Bu da ciddi maliyet artışını gerektirmektedir. Bu konuda gerek devletler gerekse özel sigorta şirketleri maliyetleri düşürebilmek için büyük kaynaklar ayırmaktadır.

Hastane yönetim sisteminde kurum kültürü, kalite kültürü ve hasta güvenliği kültürünün oluşması birbirini tamamlayan unsurlardır. Sistemlerin hasta güvenliği odaklı olarak geliştirilmesi için hastanenin kurum kültürü, organizasyon yapısı ve yönetim anlayışının hasta güvenliği çerçevesinde oluşturulması gerekmektedir. Hasta güvenliği çalışmalarını ancak güvenlik kültürünün kurum kültürü ve kalite kültürünün parçası olması durumunda başarıya ulaşabilecektir.

Kalite kavramı Sağlık hizmetleri sunumunda, “uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam anlamıyla karşılanması” olarak tanımlanmaktadır.

Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinde kalitenin en önemli konusu, aynı zamanda nitelikli ve kaliteli hizmetin en önemli göstergelerinden bir tanesi olarak kabul edilmektedir.

Son yıllarda sağlık hizmetlerinin verimli ve kaliteli bir şekilde sunulabilmesine yönelik kalite yönetim çalışmalarının sayısı hızla artmıştır. Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde meydana gelebilecek hatalar nedeniyle kişilerin uğrayacağı zararları önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerdir.

Çalışmamızın birinci bölümde; toplam kalite yönetimi, sağlıkta kalite yönetimi, ikinci bölümde; güvenlik kültürü, üçüncü bölümde ise hasta güvenliği ve hasta güvenlik kültürü konularına ağırlık verilmiştir. Son bölümde ise kalite ve güvenlik kültürünü ölçmeye yönelik Sağlık

Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından hazırlanan anket kullanılmıştır. Hasta güvenliğinin dört önemli aktörü doktorlar, hemşireler, teknisyenler ve hasta bakıcılar anket formunu cevaplamışlardır.

Bu doğrultuda İstanbul'da faaliyet gösteren, *Kalite Yönetim Sistemi* uygulayan grup hastanelerde çalışan personelin *Hasta Güvenliği Kültürü*'ne yönelik tutumları belirlenerek, Kalite Yönetim Sistemleri ile Hasta Güvenliği Kültürü arasındaki ilişkiye çok değişkenli bir analiz yöntemi olan Kanonik Korelasyon uygulanmıştır. Kalite Yönetimi Sistemi veri setini ***bağımsız değişken***, Hasta Güvenliği Kültürü veri setini ise ***bağımlı değişken*** olarak kabul ettik. Yani "Hasta Güvenliği Kültürü Kalite Yönetim Sistemi'nin sonucudur ifadesi kabul edilmiş ve bu çerçevede etkin değişkenlerin hangileri olduğu belirlenmeye çalışılmıştır.



# BİRİNCİ BÖLÜM

## 1. KALİTE YÖNETİMİ

Son zamanlarda gündelik yaşantımızda sık sık kullandığımız “kalite” ve “kaliteli” kavramları pozitif bir anlamla yüklü olsa da her zaman için “en pahalı” olma özelliği taşımamaktadır. Kalite, en genel ifade ile istenen hedefe ya da gerçekleştirilmesi arzulan amaçlara uygunluk derecesidir. Bu noktadan hareketle, amaçların tanımının çeşitliliği göz önünde tutulduğunda, tek ve standart bir kalite tanımına ulaşmak mümkün olmamaktadır<sup>1</sup>.

Kalite ile ilgili tanımlara baktığımızda; tanımın odak noktasının zamana göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Önceleri “ürün kalitesi” odaklı kalite tanımları, zaman içerisinde “sistem kalitesi” odaklı hale gelmiştir. Günümüz bakış açısında kalite, ürünü ya da hizmeti kullanacak bireyin ihtiyacını karşılamaya yönelik amaçlara ulaşmak için uygulanan teknikler ve faaliyetler olarak görülmektedir<sup>2</sup>.

### 1.1.KALİTE KAVRAMI

Kalite her bireyin farklı algıladığı subjektif bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Geçmişte bireylerin hizmetlerden memnun olması ve beklediği hizmetlere kolay ulaşabilmesi hizmetlerin kaliteli olarak sunulmasının başlıca göstergesi iken, günümüzde hizmetin kalitesinin değerlendirilmesinde başka öğelerden söz edilmektedir. Uluslararası Standartlar Örgütü(ISO) kalite kavramını; bir malın ya da hizmetin belirlenen, olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerinin toplamı olarak tanımlamaktadır<sup>3</sup>.

Türk Standartları Enstitüsü(TSE) kaliteyi, bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamı olarak tanımlamaktadır<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Curković, S., Vickery, S., Droge, C. (2000). *An Empirical Analysis of the Competitive Dimensions of Quality Performance in the Automotive Supply Industry*, International Journal of Operations & Production Management, s:127-144.

<sup>2</sup> Yetginöglü, Ö. (2009). *Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama* Yüksek Lisans Tezi, T.C. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yönetim Organizasyon Bilim Dalı, Konya. s:59-61.

<sup>3</sup> Peşkirioğlu, N. (1994). *Toplam Kalite Yönetimi Sistemi, ISO 9000 Standartlar*, Verimlilik Dergisi, 1994 s: 96.

<sup>4</sup> Peşkirioğlu, N. a.g.e. s: 97.

## 1.1.2.Kalitenin Özellikleri

Kalite kavramının özellikleri;

- ❖ Kalite bir önlemdir: Sorunlar ortaya çıkmadan önce çözümlerini oluşturur. Ürün ve hizmetlerin yapısına, tasarım yoluyla üstünlük ve kusursuzluk arayışını katar.
- ❖ Kalite, müşterinin tatminidir. Ürün ve hizmetin ne kadar iyi olduğu konusunda son kararın verdiği memnundur.
- ❖ Kalite verimliliklidir. İşlerini yapabilmek için gerekli eğitimden geçen, ihtiyaç duyduğu araç-gereç ve talimatlarla desteklenen personelden elde edilir.
- ❖ Kalite esnekliktir. Talepleri karşılamak için değişmeyi göze almak ve bu konuda istekli olmaktır.
- ❖ Kalite etkili olmaktır. İşleri çabuk ve doğru olarak yapmaktır.
- ❖ Kalite; bir programa uymak, işleri zamanında yapmaktır.
- ❖ Kalite bir süreçtir, süregelen bir gelişmeyi kapsar.
- ❖ Kalite bir yatırımdır. Uzun dönemde bir işi ilk defada doğru olarak yapmak, hatayı sonradan düzeltmekten daha ucuzdur.
- ❖ Kalite, kusursuzluk arayışına sistemli bir yaklaşımdır şeklinde sıralanmaktadır <sup>5</sup>.

Kalitenin belirtilen bu özelliklerine paralel olarak, Garvin'in kalite için sıraladığı boyutların verilmesi, kavramın netleştirilmesi açısından önem taşımaktadır ;

- ❖ **Performans Boyutu:** Ürün ya da hizmette bulunması gereken birincil özelliklerdir.
- ❖ **Uygunluk Boyutu:** Spesifikasyonlara, standartlara uygunluktur.
- ❖ **Güvenilirlik Boyutu:** Ürünün kullanım ömrü içindeki performans özelliklerinin sürekliliğidir.
- ❖ **Dayanıklılık Boyutu:** Ürünün kullanılabilirlik özelliğidir.
- ❖ **Hizmet Görürlük Boyutu:** Ürüne ilişkin sorun ve şikâyetlerin kolayca çözülebilirliğidir.
- ❖ **Estetik Boyutu:** Ürünün albenisi ve duylara seslenebilme yeteneğidir.
- ❖ **İtibar Boyutu:** Ürünün ya da diğer üretim konularının geçmiş performansıdır.
- ❖ **Diğer Unsurlar:** Ürünün çekiciliğini sağlayan ikincil karakteristikler olarak belirtilmektedir <sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Tütüncü, Özkan. K. Yağcı. D. Küçükusta. (2006). *Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi*, İzmir, DEU Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C.8, Sayı 4.s:28-32.

<sup>6</sup> Tütüncü Ö. ve Doğan Ö.(2003). *Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO 9001:2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama*. DEU Matbaası, İzmir, s:35-40.



### 1.1.3.Hizmet Kalitesi Kavramı

Kurumlarda sunulan hizmetlerin soyut olması hizmet kalitesinin de soyut olmasını beraberinde getirmektedir. Bu yüzden hizmet kalitesi ile ilgili literatürde hizmet kalitesi kavramı yerine çoğunlukla algılanan hizmet kalitesi kavramı kullanılmaktadır<sup>7</sup>.

Kalite kavramının olduğu gibi hizmet kalitesi kavramının da çok boyutlu olduğu belirtilmektedir. Bu yüzden hizmet kalitesinin de kesin ve net bir tanımı olmadığı, ancak genel olarak hizmet kalitesi, gerçek ve algılanan hizmet kalitesi arasındaki fark olarak tanımlandığı görülmektedir.

Zeitham algılanan hizmet kalitesini, “müşterinin, bir ürün ya da hizmetin üstünlüğü veya mükemmelliği ile ilgili genel bir yargısı olarak tanımlamaktadır. Ghobadian’a göre ise algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmet kalitesine yönelik sezgilerdir ve müşterilerin tatmin derecesini büyük ölçüde belirlemektedir<sup>8</sup>.

Hizmet kalitesi hizmet, pazarlamasında üzerinde en fazla araştırma yapılan konulardan biri olduğu belirtilmektedir. Yapılan araştırmalar hizmet kalitesinin firmanın performansı, müşteri tatminiyle ve satın alma niyetiyle ilişkili olduğunu göstermektedir<sup>9</sup>.

Christian Gronroos, hizmet kalitesini teknik kalite ve işlevsel kalite olarak tanımlamaktadır.<sup>10</sup>

- ❖ **Teknik kalite;** kurumun kaliteyi güvence altına alacak sistemleri, prosedürleri ve teknikleri uygulamasıdır. Teknik kalite kurumun müşterilere sunulacak hizmetlerden elde ettiği verimi ifade etmektedir. İşlevsel kalitenin, yani müşteriye nasıl hizmet edildiğinin objektif olarak ölçülmesi, standartlaştırılması ve sistematikleştirilmesi daha zordur.
- ❖ **İşlevsel kalite;** hizmetin müşteriye nasıl ulaştırıldığı anlamına gelmektedir. Müşterinin ön yargılarından, algılamalarından daha çok etkilendiği belirtilmektedir. Yapılan araştırmalar, işlevsel kalitenin yüksek olmasının teknik kalitedeki performans düşüklüğünü telafi edebileceğini belirtmektedirler.

Jormo Lehtinen hizmet kalitesini<sup>11</sup> ;

<sup>7</sup>Uyguç, N.( 1998), *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi*, İzmir: Dokuz Eylül Yayınları, s: 27.

<sup>8</sup>Devebakan, N.(2003). *Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması*, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 5,Sayı 1,s:40 .

<sup>9</sup>Dursun, Y., Çerçi, M.(2004) *Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini Ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma*, Kayseri: Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı: 23, s:1-16.

<sup>10</sup> Dursun, Y., Çerçi, M.,a.g.e.,s:17-18.

- ❖ **Süreç kalitesi;** müşteri tarafından hizmetin elde edilişi esnasında değerlendirilen kalite,
- ❖ **Çıktı kalitesi;** hizmet yerine getirildikten sonra müşteri tarafından değerlendirilme olarak ele almaktadır.

Lehtinen 'e göre hizmet kalitesi hizmet örgütünün elemanları ve müşteri arasındaki etkileşiminden meydana gelmektedir. Kalite boyutunu<sup>12</sup>;

- ❖ **Fiziksel kalite;** sunulan hizmetin fiziksel yönünü (malzeme, ekipman, bina, teçhizat gibi) ,
- ❖ **Kurum kalitesi;** kurumun çizdiği profili ya da kurumun imajını,
- ❖ **Etkileşimci kalite;** müşteri ile sürekli etkileşim halinde bulunan çalışanlar ve diğer tüm müşterilerin birbirleriyle olan etkileşimlerinden oluşan kalite boyutu olarak tanımlanmaktadır.

Yapılan tüketici ve müşteri tatmini araştırmalarında tüketicilerin bir ürünü veya bir hizmeti tercih etme nedenlerinin başında “kalite” gelmektedir. Ancak bu kaliteyi ortaya koyan bileşenlerin değerlendirilmemesi “kalite” olgusunun havada kalmasına neden olmaktadır<sup>13</sup>.

#### 1.1.4.Hizmet Kalitesinin Bileşenleri

Hizmet kalitesi aşağıdaki bileşenlerden meydana gelmektedir <sup>14</sup>;

- ❖ **Güvenilirlik:** Hizmetin güvenilir ve doğru biçimde, verilen sözler doğrultusunda yapılması anlamına gelmekte ve performansın tutarlılığını içermektedir.
- ❖ **Duyarlılık-Karşılık Vermek:** Çalışanların, müşterilere anında hizmet verme, yardım etmek için istekli olmalarını ifade etmekte ve hizmetin zamanında olmasını içermektedir.
- ❖ **Yeterlilik:** Hizmet sunmak için gerek kurumun gerek çalışanların gerekli bilgi ve beceriye sahip olmaları anlamına gelmektedir.
- ❖ **Erişebilirlik:** Yaklaşılabilir olma, ilişki kurma kolaylığı, hizmete kolay ulaşmayı, bekleme zamanının kısa olmasını, faaliyet saatlerinin uygun olmasını ifade etmektedir.
- ❖ **Nezakat:** Müşteriyle ilişkide bulunan personelin kibarlığı, saygınlığı ve dostluğunu içermektedir.

---

<sup>11</sup> Dursun, Y., Çerçi, M.,a.g.e.,s:17-18.

<sup>12</sup> Zengin, Eyüp, Erdal, A. (2000). Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Journal of Qafqaz University Volume III Number I, <http://www.pydem.com/Images/uploads/Uygulamalar/makaleler/hizmet-sektorunde-kalite/hizmet-sektorunde-kalite.pdf>, erişim tarihi:15.Nisan.2015.

<sup>13</sup> Erkut, H.(1995), *Hizmet Kalitesi*, Toplam Kalite Yönetimi Dizisi, İstanbul: İnterbank Yayınları, No.2, s:38 .

<sup>14</sup> Akal, Z. (1995), *Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçme Değerlendirme Sistemleri*, Verimlilik Dergisi, Toplam Kalite Özel Sayısı, Ankara: MPM Yayınları, s: 85.

- ❖ **İletişim:** Müşterileri anlayabilecekleri dilde bilgilendirmek ve onların dinlemek anlamına gelmekte, kurum farklı müşteriler için dilini uydurabilmeli ve farklılaştırabilmelidir.
- ❖ **İtibar:** Firmanın; inanılabilirliği, güvenilirliği, dürüstlüğü ve müşteri çıkarlarını kalben hissetmeyi içermektedir. Kurumun ismi, ünü, çalışanlarının kişisel özellikleri itibarı oluşturan unsurlardır.
- ❖ **Güvenlik:** Şüpheli, tehlike ve riskten uzak olma. Fiziksel ve finansal güvenlik ile mahremiyet güvenliği oluşturan unsurlardır.
- ❖ **Müşteriyi Bilmek ve Anlamak:** Müşteriyi ve müşteriye ilişkin ihtiyaçları bilmek için çaba sarf etmeyi içerir.
- ❖ **Fiziksel Varlıklar:** Hizmetin fiziksel yanının içermektedir. Fiziksel tesisler, personelin, görünüşü, hizmet sunmak için kullanılan araç ve ekipmanlar fiziksel unsurları oluşturmaktadır.

### 1.1.5. Toplam Kalite Yönetimi

Kalite kavramının çok boyutluluğu ve buna bağlı olarak kalite sağlama görevinin basit bir ayıklamanın ötesinde bir anlam kazanması, uluslararası rekabet koşullarının zorlaşması ve tüketim hareketinin evrenselleşmesi ile birlikte kalitenin bütünsel bir anlayışla ele alınması gereğini doğurmuştur. Bu anlayış pazardaki müşterilerin sürekli olarak artan ve gelişen talep ve beklentilerine paralel bir şekilde kaliteli ürün ve süreçlerin geliştirilip tasarlanmasından başlayarak üretim ve üretim sonrası aşamalarda ekonomiklik kalite ve müşteri tatminini en üst düzeyde sağlayabilecek bir kalite sağlama uygulamasını da gerekli kılmıştır<sup>15</sup>. Globalleşme ve rekabet yönetim yaklaşımının değişmesinde en önemli etkiyi yaptığı görülmektedir. II. Dünya Savaşı sonrasında dünyadaki talep açığının Avrupa ve Japonya'nın yeniden sanayi ve ticaret yapılanması sonucu 1970'li yılların sonuna doğru yerini bir dengeye bırakması ve sonrasında arz fazlasının oluşmasıyla kaliteye ve onun sağlandığı sürece bütünsellik içinde bakma gereği 1980'li yılların başından itibaren 'toplam kalite' kavramının tüm dünyada yaygınlaşmasına neden olduğu belirtilmektedir<sup>16</sup>.

Toplam Kalite Yönetim Sistemi, Tütüncü tarafından "toplam kalite yönetimi; müşteri memnuniyetine yönelik olarak örgüt içi kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını hedefleyen, çok boyutlu bir yönetim şekli olarak tanımlanmaktadır. Toplam Kalite Yönetim

<sup>15</sup> Peşkirioğlu, N. (1999). Kalite Yönetiminde ISO 9000 Uygulamaları, Ankara: MPM Yayınları, No: 620. <https://www.tse.org.tr/upload/tr/dosya/icerikyonetimi/548/16102014144352-1.pdf>, erişim tarihi:20. Aralık.2015.

<sup>16</sup> İTÜ İşletme Mühendisleri Toplam Kalite Yönetimi Araştırma Komitesi, (1994). s:11-12.

Sistemi, müşteri beklentilerini her şeyin üzerinde tutan ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi, tüm faaliyetlerin yürütülmesi sırasında ürün ve hizmet bünyesinde oluşturan bir yönetim biçimidir” şeklinde ifade edilmektedir<sup>17</sup>.

Toplam Kalite Yönetim Sistemi, tedarikçisinden müşterisine, bütün organizasyonu kuşatan bir kalite vurgusuna değinmektedir. İnsana verilen önemi sistemin her adımında ve kalite adı altında vurgulayan Toplam Kalite Yönetim Sistemi, iş yaşamını üretim ve sayısal değerler üzerine kurulu olmaktan uzaklaştırmış, insana yönelik faktörlerin üzerinde durulduğu yönetim tarzlarının bir sentezi olarak geliştirilmiş hali ile gündeme gelmektedir. Toplam Kalite Yönetiminin en önemli özelliği, başarısının tüm personelin hatta müşterilerin çabalarına ve katkılarına bağlı olarak artmasıdır. Toplam Kalite Yönetim Sistemi, birkaç kişinin ya da bir grubun desteği ile kuruma yarar sağlayacak bir yönetim sistemi olmadığı, herkesin gönüllü çabası ile gelişecek ve üretimde artışın yanı sıra sistemin içinde olan herkese katkı sağlayabilen katılımcı yönetim anlayışı olduğu belirtilmektedir<sup>18</sup>.

Toplam Kalite Yönetim Sistemi, müşteri isteklerini ön plana alırken, kalite olgusu üzerinde özellikle durmakta, işletmenin müşterilerine kaliteli ve rakiplerine göre daha ucuz mal ve hizmet sunmayı öngörmektedir<sup>19</sup>.

Toplam Kalite Yönetim Sistemi, yüksek kaliteli sonuçlar elde etmek için, sürekli gelişimi ve müşteri beklentilerini karşılamak için herkesin katılımını zorunlu kılan bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır<sup>20</sup>.

Toplam Kalite Yönetim Sistemi, bir işletme ya da kurum içinde, üst yönetimden en alt kademedeki çalışanlara kadar tüm çalışanların iş süreçlerine katılımını temel almaktadır. Toplam Kalite Yönetim Sistemi modeli ancak bütün unsurlarıyla benimsenip uygulandığı takdirde tutarlı, başarılı ve kalıcı olacağı belirtilmektedir. Bu unsurlar, yönetim anlayışı ve felsefesini, organizasyonu, yöntemleri, sistemleri, iş süreçlerini ve “müşteriye” yani insana değer vermeyi kapsamaktadır<sup>21</sup>.

Bu itibarla, Toplam Kalite Yönetim Sistemi'nin temeli müşteri memnuniyetini gerçekleştirmek için çalışanları yetkilendirme ve katılımını sağlamaktır. Bu amacı başarmak; müşteri ve müşteri ihtiyaçlarını belirlemeyi, beklentileri karşılamak için organizasyon planlarının nasıl ele alındığı

---

<sup>17</sup> Tütüncü, Ö., Küçükusta,D.,Yağcı, K.(2007), *Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı*, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt 9, Sayı: 1, s:520.

<sup>18</sup> Güney, S.(2001), *Yönetim ve Organizasyon*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, s:488.

<sup>19</sup> Güney, S.,a.g.e., s:488.

<sup>20</sup> Tütüncü, Ö., Küçükusta,D.,Yağcı, K.a.g.e.,s:521.

<sup>21</sup> Tütüncü, Ö., Küçükusta,D.,Yağcı, K.a.g.e.,s:523.

konusunda açık bir fikre sahip olmayı ve organizasyondaki herkesin müşteri adına hareket etmek üzere yetkili olduğunu ve müşteri ihtiyaçlarını anladığına emin olmayı gerekli kılmaktadır<sup>22</sup>.

Felsefe olarak çok güzel bir yaklaşım olan Toplam Kalite Yönetim Sistemi uygulamalarının pratiğe dökülebilmesi bir takım faktörlere bağlıdır. Üst yönetimin liderliği, desteği ve konuya tam anlamıyla hakim olması Toplam Kalite Yönetim Sistemi'nin gerçekleştirilmesi çalışmalarının hemen hepsinde hayati önem taşıyan faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir örgütün Toplam Kalite Yönetim Sistemi'nde gerçekten başarılı olabilmesi için, her bir parçanın, her departmanın, her aktivitenin ve her kademedeki her çalışanın birlikte ve işin gerektirdiği şekilde çalışması gereklidir çünkü her bir birey ve her bir aktivite sırasıyla birbirini etkileyecektir<sup>23</sup>.

Toplam Kalite Yönetim Sistemi, farklı yazar ve kültürel yönelimlerin bir araya getirdiği belli kavramlar, inançlar ve çalışma pratiklerinin bir paradigma bütünlüğü içinde ele alındığı genel bir felsefe ve fikirler seti olarak da tanımlanmaktadır. Toplam Kalite Yönetim Sistemi'nin üzerinde anlaşılmış tek bir formülasyonu olmamakla birlikte, bu paradigma belirli varsayımlara, kavramlara ve inançlara dayanmaktadır. Varsayımlar aşağıdaki gibi sıralanmaktadır<sup>24</sup>;

- ❖ Toplam kalite yönetimi kullanıcı odaklıdır,
- ❖ Kurum içerisinde kaliteyi sürekli geliştirmek için müşteri- tedarikçi ilişkilerinin sistemli bir biçimde yönetilmesi için atıfta bulunur,
- ❖ Sürekli gelişme kültürü ve felsefesiyle müşterinin memnuniyetini sağlar<sup>25,26</sup>.

### **1.1.6. Toplam Kalite Yönetiminin Prensipleri Ve Temel Kavramlar**

Toplam kalite yönetimi; tüm kurum çalışanlarının sürece dâhil edildiği, kaliteli hizmet sunumu gerçekleştirerek müşteri memnuniyeti ve müşteri beklentilerinin yerine getirildiği sistem olarak tanımlanmaktadır.

Toplam kalite yönetimi; Mevcut yapı içerisindeki tüm çalışanların dahil edildiği ve yönetimin kaliteli üretim yapmak adına gereklilikleri sağladığı böylece kaliteli hizmet ya da ürün

---

<sup>22</sup>Şahin, Ü., Hastane İşletmeciliğinde Toplam Kalite Yönetimi <http://www.merih.net/m1/wusah04.htm> erişim tarihi: 15. Haziran. 2015.

<sup>23</sup>Slack, N., Chambers, Stuart and Johnston, R., (2001). *Operations Management, London: Prentice Hall*, s: 678.

<sup>24</sup>Slack, N., Chambers, Stuart and Johnston, R., a.g.e.s: 680.

<sup>25</sup>Morgan, C., Murgatroyd, S., (1994), *Total Quality Management in the Public Sector*, Open University Press, Philadelphia, s: 5-7.

<sup>26</sup>Uz, M. Hulki, Hastanelerde Kalite Yönetimi, <http://www.merih.net/m1/whulkuz24.htm>, erişim tarihi: 12 Kasım 2015.

sunularak müşteri memnuniyeti ve müşteri taleplerinin gerçekleştirildiği yönetim sistemidir. Toplam kalite yönetiminde beceri ve özellikleri göz önüne alınan çalışanlar aktif rol oynarlar. Toplam kalite yönetiminin en önemli özelliği bir ayıklama değil bir önleme sistemi olmasıdır. Yani elde edilecek sonuç içerisinde meydana gelebilecek olumsuzlukları baştan önleme anlayışı mevcuttur <sup>27</sup> .

Toplam kalite yönetiminin prensipleri <sup>28</sup> ;

- ❖ Müşteri Memnuniyeti
- ❖ Olgu Bazlı Yönetim
- ❖ İnsan Odaklı Yönetim
- ❖ Sürekli Gelişme olarak belirtilmiştir.

Toplam kalite yönetiminin temel kavramları <sup>29</sup>;

- ❖ Müşteri Tatmini
- ❖ İç Müşteri Gerçektir
- ❖ Bütün İş Süreçlerden Oluşur
- ❖ Performans Ölçümü
- ❖ Takım Çalışması
- ❖ Kaliteyi Çalışanlar Üretir
- ❖ Süreçleri Sürekli Geliştirme
- ❖ Hatayı Önleme olarak sıralanmaktadır.

### **1.1.7.Toplam Kalite Yönetiminin Amaçları**

Toplam kalite yönetimi kurumda gerçekleştirilen faaliyetlerin tüm aşamalarında kaliteyi hedeflemektedir. Toplam kalite yönetimi müşterilerin tüm isteklerinin karşılanmasını amaçlamaktadır <sup>30</sup> .

Toplam kalite yönetim sisteminin diğer amaçları ise <sup>31</sup>;

- ❖ Kendi pazarlarının ihtiyaçlarına daha etkin ve sağlıklı bir biçimde yönelebilmek,

---

<sup>27</sup> Karabulut, a.g.e. s:15- 16.

<sup>28</sup> Gedikli, a.g.e.,s: 23.

<sup>29</sup> Gedikli,a.g.e.s:23.

<sup>30</sup> Bektaş, F. (2013). *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon Uygulamaları* Yüksek Lisans Tezi, T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.,s:8.

<sup>31</sup> Şimşek, M.Ş. (2002). *Yönetim ve Organizasyon*, Konya:Günay Ofset, s:375.

- ❖ Ürün ve hizmet kalitesinin de ötesinde bütün alanlarda en yüksek kalite performansına erişme,
- ❖ Üretici olmayan faaliyetleri ve bozuk ürün oranını azaltmak için bütün süreçleri sürekli olarak inceleme,
- ❖ Rakipleri tam ve detaylı olarak anlamak suretiyle etkili bir rekabet stratejisi oluşturma,
- ❖ Gerekli gelişmeleri saptamak ve performans kriterleri getirme,
- ❖ Sorun çözümlemede bir ekip yaklaşımı belirleme,
- ❖ Hiç sona ermeyen bir ürün geliştirme stratejisi kapsamında üretim süreçlerini devamlı olarak gözden geçirme olarak belirtilmektedir.

### 1.1.8.Akreditasyon

Akreditasyon; belgelendirme kuruluşlarının, laboratuvarlar gibi merkezlerin ulusal ve uluslararası düzeyde kabul edilen ölçütlere göre kar amacı gütmeyen kurumlar tarafından denetlenmesi ve yeterliliklerinin belirlenmesi olarak tanımlanmaktadır.<sup>32</sup>

Dünyada akreditasyon, sağlık hizmetlerinin kalitesinde meydana gelen gelişmelerin diğer kurumlara örnek olmalarını sağlayacak en ideal yöntem olarak görülmektedir.<sup>33</sup>

Akreditasyonun amacı, bağımsız kuruluşlar tarafından sağlık kurumlarının denetlenmesi ve böylelikle<sup>34</sup>,

- ❖ Kurumdaki maliyetlerin düşürülmesi,
- ❖ Verilen sağlık hizmet kalitesinin artırılması ve geliştirilmesi,
- ❖ Hasta ve çalışan memnuniyetinin artırılması,
- ❖ Verilen hizmetlerin etkinliğinin artırılması amaçlanmaktadır.

Diğer bir görüşe göre; akreditasyon kurumunun kuruluş amacının, sağlık kurumlarının yüksek kaliteye ulaşabilmesi için sunulan akreditasyon hizmetlerinin kalitelerinin sürekli geliştirilip, akredite etme süreçlerinin daha iyiye gitmesi şeklinde belirtilmektedir.<sup>35</sup>

Akreditasyon süreci her geçen gün sağlık kurumları ve sağlık hizmet alıcıları tarafından büyük önem taşımaktadır. Akreditasyon<sup>36</sup>,

<sup>32</sup> Karabulut, F. (2009). *Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Akreditasyon ISO/IEC 15189:2003 Uygulaması* Yüksek Lisans Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, İzmir,s:112.

<sup>33</sup> Shaw, C. (2004). *Developing Hospital Accreditation in Europe*, WHO Regional Office for Europe, s:5.

<sup>34</sup> Yetginoğlu, a.g.e.s:84.

<sup>35</sup> Timmons, K. (2003). *Delivering Quality Care Through Accreditation*, Hospital Management Asia Makati Philippines.s:16.

- ❖ Sağlık kurumlarının performanslarının artırılması,
- ❖ Hasta bakım kalitesinin artırılmasını,
- ❖ Güvenlik kavramının kurum içerisinde yaygınlaştırılması,
- ❖ Tüm sağlık kurumlarında standart bakım ilkelerinin oluşturulması,
- ❖ Sağlık hizmet alıcılarının sağlık kurumlarını karşılaştırma imkânı bulmalarını sağlamaktadır.

## 1.2.SAĞLIK İŞLETMELERİ

Sağlık işletmeleri; hasta ya da yaralıların, sağlıklarını gözden geçirmek isteyenlerin, ayaktan ya da yatarak muayene, teşhis, rehabilite ve tedavi edilebildikleri işletmeler olarak tanımlanmaktadır<sup>37</sup>.

Sağlık işletmeleri ile ilgili yapılan diğer tanımlara bakıldığında; insanların ihtiyaç/beklentilerini karşılamak üzere üretim faaliyetlerinin uyumlu bir biçimde etrafında toplayarak, ekonomik hizmet ortaya çıkarmak ya da pazarlamak olan işletmeler olarak tanımlanmaktadır<sup>38</sup>.

Hastane kavramı; başvurularında bulunan hasta ya da yaralılara sunulan teşhis, tedavi, hemşirelik bakımı, otelcilik hizmetlerini sunan işletmeler olarak tanımlanmaktadır<sup>39</sup>.

### 1.2.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Sağlık bakım kalitesine olan ilgi ve bu konuda öne sürülen görüşler, sağlık bakımının kendisi kadar eski bir tarihsel geçmişe sahip olduğu görülmektedir. Eski Mısır, Asur, Çin, Japonya ve Meksika’da sistematik tıp okulları ve iyi uygulama gelenekleri vardır. Yunan ve Roma dönemlerinde hekimler için yazılı mesleki davranış kurallarına rastlanmakta ve bunların bazıları (Hipokrat Yemini gibi) hizmet sağlayıcılar için bugün dahi referans olmayı sürdürmektedir<sup>40</sup>.

Milattan önce 1700 yılında Mezopotamya kralı Hammurabi, cerrahi yetersizlik için özel cezalar içeren bir yasayı yürürlüğe konulduğu ve 16.yüzyılda da İspanyol Juan Duarte, zihinsel özürlüler için bakım standartları oluşturulduğu belirtilmektedir. 20.yy başlarında çok sayıda

<sup>36</sup> Yıldız, A. (2010). *Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Akreditasyonun Hizmet Kalitesine Etkisi Hakkındaki Algıları Sağlık Kurumları Yönetimi* Yüksek Lisans Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara,s:48.

<sup>37</sup> YTKİY, Madde 4 akt. Tengilimoğlu vd,(2012),s: 175.

<sup>38</sup> Kavuncubaşı, Ş. ,Yıldırım,S. (2015). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi,s:26.

<sup>39</sup>Devebakan, a.g.e.,s:55.

<sup>40</sup> Devebakan, a.g.e.,s:58.



Amerikalı hekim sağlık bakımında kalitenin değerlendirilmesine ilişkin çalışmaların olduğu belirtilmektedir.1915 yılında Amerikan Cerrahi Birliği (The American College of Surgeons) hastane standardizasyon programı geliştirmek üzere harekete geçmiş ve bu program akredite edilmek isteyen hastanelere kontrol edilmesi için kayıt sistemlerini birliğe sunmaları sorumluluğunun yüklendiği görülmektedir. Bu gelişmenin ardından hastanelerin daha fazla hasta çekmek ve dolayısıyla karlarını arttırmak amacıyla bu tür oluşumlara yönelmekte oldukları görülmektedir <sup>41</sup>.

1952’de aynı birlik diğer bazı meslek birlikleri (Amerikan Cerrahlar Birliği- American College of Surgeons), Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospitals Association), Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) ve Amerikan Hekimler Birliği (American College of Physicians) ile birleşerek Sağlık Kurumları Akreditasyonu Ortak Komisyonu’nu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations-JCAHO) oluşturmuşlardır. Artık ABD’de kamu fonlarından sağlık hizmeti alanların Sağlık Kurumları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (JCAHO) tarafından kabul edilmiş kurumlara başvurmaları zorunludur. Ayrıca kamu fonlarından yararlanmayanları çekebilmek için de akreditasyon, sağlık kurumları için önemli bir rekabet ölçütü olmuştur. Benzer akreditasyon sistemleri Kanada, Yeni Zelanda ve Avustralya’da da uygulanmaktadır.

1980’lerin başında sağlık hizmetlerinde kalite güvencesine bir alternatif olarak Toplam Kalite Yönetimi modeli gündemde olup 1990’lı yıllarda ise bir yandan Toplam Kalite Yönetim Sistemi felsefesinin bu alana neler kazandırabileceği tartışmaları sürerken diğer yandan uygulamaların hızla yaygınlaştığı görülmektedir <sup>42</sup>.

Kaliteli sağlık hizmetlerinin hedefi, toplumu oluşturan bireylerin sağlıklarını korumalarını ve sürdürmelerini sağlamak, hastalık halinde en kısa sürede kaliteli ve uygun sağlık hizmetini ve doğru bir şekilde sunarak, onların eski sağlıklarına kavuşturmak olarak ifade edilmektedir <sup>43</sup>.

### **1.2.2.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı**

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı; kişilerin sağlıklarını koruması, sürdürülebilmesi ve sağlıklarını kaybetmeleri halinde kısa bir süre içerisinde eski sağlıklarını yeniden elde etme sürecinde yapılan iyileştirici faaliyetler olarak tanımlanmaktadır <sup>44</sup>.

---

<sup>41</sup> Devebakan, a.g.e.,s:61.

<sup>42</sup> Ersoy, K., (1995), *Sağlık Bakımında, Hizmetlerinde Kalitenin Gelişimine Kısa Bir Bakış, Önce Kalite*, Ankara: Sağlık Bakanlığı, s: 5.

<sup>43</sup> Çakır, A.(2007). *Hasta Güvenliği Kültürü İle Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi*, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi,s:34.

<sup>44</sup> Karabulut, a.g.e.s: 61.

Sağlık hizmetlerinde öne sürülen kalite belirleyicileri;

- ❖ **Fiziksel yapı;** Sağlık kurumlarının bina ve teçhizat durumu, teknolojik açıdan yeterli bir düzeyde olmalarını,
- ❖ **Etkinlik;** Sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin teknolojik yenilik ve yöntemlere uygunluğu, hasta ve çalışanların etkin iletişimi,
- ❖ **Sonuçların değerlendirilmesi;** Sağlık hizmeti sunumu sonucunda ortaya çıkan verilerin analiz edilmesi ile iyileştirme süreçlerinin başlatılması olarak belirtilmektedir

<sup>45</sup>

Sağlık kurumlarında kalite uygulamalarının çıktıları farklılık gösterebilmektedir. Bu farklılığın en büyük nedeni hizmet alan hasta /hasta yakınlarının tercihleri, kullanılan cihazlar, çalışanların yeterlilikleri ve tıbbi uygulamalardaki farklılıklar olarak gösterilmektedir <sup>46</sup>.

Sağlık hizmet kalitesinin belirlenebilmesi için; hizmet sunumu sonucundaki çıktıların standart ölçütlerle karşılaştırılması ile anlamlı uygulamalar ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. Kalite ölçütleri olarak <sup>47</sup>;

- ❖ Ölçülebilir değerler olan zaman, ücretler ve çalışan performans ölçümleri,
- ❖ Gözlenebilir değerler ise verilen hizmetin etkinliği, hastalıkları tedavi edilmesi, kullanılan ilaç ya da malzemelerin etkinliği gibi ölçütler sıralanmaktadır .

---

<sup>45</sup> Özdil, N. (2010). *JCI Akreditasyonu Olan Özel Hastanelerde Personel Temini ve Uygulaması* Yüksek Lisans Tezi, T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul,s:18.

<sup>46</sup> Özdil, a.g.e.s:18.

<sup>47</sup> Karabulut,a.g.e.s:63.

### 1.2.3.Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon Kavramı

Sağlık hizmetlerinde akreditasyon; sağlık kurumlarında sağlık bakım faaliyetlerini geliştirmek, iyileştirmek adına yapılan tüm faaliyetleri ve yapılan faaliyetlerin denetlenme süreci olarak ifade edilmektedir <sup>48</sup>.

Amerikan Cerrahlar Birliği'ne göre; sağlık kurumlarının akreditasyon ile birlikte standardizasyona olan gereksinimini "En iyi iş yapanları cesaretlendirmek ve daha aşağıdaki standartlara sahip olanları uyarmak "olarak tanımlanmaktadır <sup>49</sup>.

### 1.2.4.Hastanelerde Kalite Sistemleri

Sağlık hizmetlerinde örgütsel ve klinik uygulamaların performansının artırılabilmesi için belli standartlara uyulması gerekmektedir. Standartlar örgütsel ve klinik fonksiyonların yapı ve süreç aşamalarını tanımlamaktadır. Buna göre sağlık hizmetlerinde kalite yönetim uygulamaları, standartların ve standartlaştırılmış performans göstergelerinin ölçülmesini destekleyerek örgütsel performansın değerlendirilmesini sağlamaktadır <sup>50</sup>.

Sağlık kurumlarında iyi performans, müşteri, çalışan ve hizmet sunucularının değişen istek ve gereksinimlerine göre mevcut kaynakların esneklik ve adaptasyonunun sağlanabilmesi olarak tanımlanmaktadır <sup>51</sup>.

Kaynakların etkin kullanımının artırılması için içsel değerlendirmenin yanında dışsal bağımsız bir kurum tarafından belirlenen standartlara, sistemlere ve değerlendirmelere de ihtiyaç olduğu belirtilmektedir <sup>52</sup>.

Kalitenin bir yönetim felsefesi ve yönetim yaklaşımı haline gelmesi ile birlikte, uygulamada işletmelere bu konuda rehberlik yapmak üzere bazı kalite yönetim sistemleri geliştirilmiş ve işletmelerin bu standartlara ulaşip ulaşmadıkları bağımsız kuruluşlar tarafından verilen sertifikalarla belirlenmeye çalışılmaktadır <sup>53</sup>.

Avrupa'da European Foundation for Quality Management (EFQM), European Organization for Quality (EOQ) ve Amerika'da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

---

<sup>48</sup> Yıldız,a.g.e.s: 46-47.

<sup>49</sup> Yıldız,a.g.e.s: 46-47.

<sup>50</sup> Aktaş, Y. (2014). *Akreditasyonun Performansa Etkisi: Kızılay Kan Merkezi JCI Akreditasyonu Örneği* Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara,s:35.

<sup>51</sup> Aktaş,a.g.e.s:37-38.

<sup>52</sup> Aktaş,a.g.e.s:38-39

<sup>53</sup> Toprak, Duygu Kırgın, Şahin, B.,(2013), *ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemlerinin Kamu Hastanelerinin Performansı Üzerine Etkisi* Amme İdaresi Dergisi, Cilt 46, Sayı 3, Eylül, s:113 - 140.

ve bununun uluslararası kullanılabilen Uluslararası Akreditasyon Ortak Komisyonu gibi organizasyonların görevi hastalara kaliteli hizmet sağlamak için tasarlanan standartlara uyulup uyulmadığını değerlendiren kuruluştur. Sağlık hizmetleri sektöründe kalite ölçümü ve değerlendirmesinin Uluslararası Akreditasyon Ortak Komisyonu (JCIA)'nın şemsiyesi dışında da mevcut olduğu görülmektedir<sup>54</sup>.

#### ❖ Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO) 9001 - 2000 Kalite Yönetim Sistemi

Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO), ulusal standart kuruluşlarının üye olduğu, 1947 yılında kurulmuş bir federasyondur. Ülkemizin ulusal standardizasyon kurumu olan Türk Standartları Enstitüsü(TSE) , 1955 yılında Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO) üye olmuştur. Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO) 9000 standart serisi Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO) tarafından ilk olarak 1987 yılında yayınlanmıştır<sup>55</sup>.

Söz konusu standartlar belli bir sektöre yönelik olmayıp, işletmeler tarafından yorumlanarak kendi ihtiyaçlarına uygun bir sistemin kurulmasını gerektirmektedir. Daha çok üretim sektörü için geliştirilmiş olan bu standartların sağlık sektörüne, özellikle de tıbbi süreçlere uygulanması oldukça zor olmasına rağmen, sağlık sektöründe mevcut ihtiyaç nedeni ile hastaneler tarafından da yaygın olarak kullanılmaktadır<sup>56</sup>.

Uluslararası Standardizasyon Örgütü tarafından, standartlar her beş yılda bir gözden geçirilerek revize edilmektedir. 1987 yılında yayınlanan standartlar, 1994, 2000 ve 2008 yıllarında gözden geçirilerek yenilediği ve 2000 yılında yapılan revizyon ile Uluslararası Standardizasyon Örgütü 9001, Uluslararası Standardizasyon Örgütü 9002 ve Uluslararası Standardizasyon Örgütü 9003 standartları birleştirilerek tek bir standart olarak Uluslararası Standardizasyon Örgütü 9001:2000 yayınlandığı görülmektedir. Bu revizyon ile standart, sağlık hizmetlerine daha kolay uygulanabilir hale getirildiği savunulmaktadır. Uluslararası Standardizasyon Örgütü 9001 standardının bütünleştiği 8 kalite yönetim prensibi;

1. Müşteri Odaklılık
2. Liderlik
3. Çalışanların Katılımı
4. Proses Yaklaşımı
5. Yönetimde Sistem Yaklaşımı
6. Sürekli Gelişme

<sup>54</sup> Kömürcü, N., A. Durmaz, N. Bayram, R.G. Koyuncu, Ö.E. Karaman, E. Toker, (2014), *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları Ve Modelleri*, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Ankara: Sağlıkta Kalite Ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sayı 7.

<sup>55</sup> Aktaş,a.g.e.s:37-38.

<sup>56</sup> Aktaş,a.g.e.s:44-45.

7. Gerçeklere Dayanan Karar Mekanizması

8. Tedarikçilerle Karşılıklı Faydaya Dayalı İlişkiler olarak sıralanmaktadır<sup>57</sup>.

Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO) 9000 kalite güvence sisteminin gerekliliklerine uygun bir sistemin kurulması ile yönetimi, daha sistematik ve denetlenebilir tarzda iş görme olanağını tanır. Kuruma, dünyada en çok tanınan standarda sahip olması nedeniyle saygınlık kazandırır

Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO) 9000 kalite güvence mantığı, bir organizasyonu oluşturan değişik birimlerin iş prosedürlerini önceden belirlenen kontrollü şartlar altında yürütmesi, izlemesi, çıkacak sorunları tanımlaması ve bu sorunları düzeltme ve iyileştirme faaliyetlerini içermektedir. Birim çalışanları, yürütülen fonksiyonların iyileştirilmesi için belirli aralıklarla toplanarak sorunlara çözüm yolları aramakta ve öneriler üretmektedirler. Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO) 9000 standartları üretim veya hizmet sunumu kalitesini elde etmek ve devamlılığını sağlamak amacıyla prensipler ve yaklaşım yolları içermekte, bir kurum veya kuruluşun özellik gösteren fonksiyonlarına odaklanmamaktadır.

Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO) 9000 sistemi tıbbi süreçleri tam olarak içermediğinden sağlık personeli özellikle doktorlar tarafından tam olarak benimsenmemiştir. Bu bağlamda özellikle tıbbi hizmetlerde dünyada olduğu gibi ülkemizde de “Akreditasyon Standartları”nın benimsenmesi gereği ortaya çıkmaktadır<sup>58</sup>.

#### ❖ Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI) Standartları

Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI), JCAHO'nun (Sağlık Bakım Organizasyonlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu) kar amacı gütmeyen, uluslararası alanda faaliyet gösteren bir bağlı kuruluştur. Misyonu, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanması ve uluslararası akreditasyon aracılığıyla, uluslararası toplumda bakımın güvenlik ve kalitesini sürekli olarak iyileştirmek olan bu kuruluş bu gün 20.000 civarında sağlık kuruluşunun kalite programlarını denetlemektedir<sup>59</sup>.

Ancak akredite olan kuruluşlar incelendiğinde genelde 3. dünya ülkeleri olarak tanımlanan ülkelerde akredite olan hastanelerin sayılarının fazla olduğu göze çarpmaktadır.<sup>60</sup>

<sup>57</sup> Gül, İ., (2010), *Kalite Yönetim Sistemi Çerçevesinde Hasta Güvenliği Kültürünün Çalışma Ortamı Açısından Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, s: 5-9.

<sup>58</sup> Çetin, C. vd, (2001), *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemi*, İstanbul: Beta Yayınları.s:59.

<sup>59</sup> Halis, M., Şimşir, İ.,(2010), *Kamu Hastanelerinde, Kurumsal Performans Uygulamaları Bağlamında Yönetici ve Diğer Personel Tutumlarının İncelenmesi*, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara: Bildiriler Cilt 2, s: 413- 435.

<sup>60</sup>Sağlıkta Kalite Ve Akreditasyon Hakkında Genel Bilgiler, [http://www.standartkalite.com/saglikta\\_kalite\\_akreditasyonu.htm](http://www.standartkalite.com/saglikta_kalite_akreditasyonu.htm) erişim Tarihi: 20. Haziran.2016.

Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI) hastaneler için hizmetleri fiziki ve teknik açıdan değerlendirmek amacıyla “*hasta odaklı*” ve “*kurum odaklı*” olarak kendi standartlarını oluşturmuş ve oluşturulan 383 standart sunulan hizmetin kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır.

Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI) standartlarının genel olarak;

- **Hasta odaklı standartlar;** Hizmete Erişim ve Hizmetin Sürekliliği, Hasta Değerlendirmesi, Hasta Bakımı, Hasta ve Ailesinin Hakları, Hasta ve Ailesinin Eğitimi gibi konuları,
- **Kurum odaklı standartlar;** “Yönetim, Liderlik ve İdare, Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği, Bilgi Yönetimi, Tesis Yönetimi ve Güvenlik, Personel Nitelikleri ve Eğitimi, Enfeksiyon Kontrolü ve Korunma” gibi faktörleri içermekte olduğu görülmektedir <sup>61</sup>.

Standartların geliştirilmesinde temel amaç, hastaya en iyi hizmeti verirken personelin güvenliğini sağlamaktır. <sup>62</sup>

#### ❖ EFQM Mükemmellik Modeli

EFQM mükemmellik modeli, işletmelerin rekabet gücünü arttırabilmek için toplam kalite yönetimi felsefesi esas alınarak tasarlanan bir modeldir. EFQM mükemmellik modeli; liderlik, müşteri odaklılık, süreç yönetimi, eğitim ve gelişim kriterlerine göre geliştirilmiştir <sup>63</sup>.

Bu model 1992 yılında Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (EFQM) tarafından mükemmellik ödülü için işletmelerin değerlendirilmesi amacıyla ortaya atılmıştır. EFQM mükemmellik modeli Avrupa ‘da çok kullanılmaktadır. EFQM mükemmellik modeli müşteri odaklılık, liderlik, süreç yönetimi, amaç birliği, sosyal sorumluluk gibi temel kavramları bulundurmaktadır <sup>64</sup>.

---

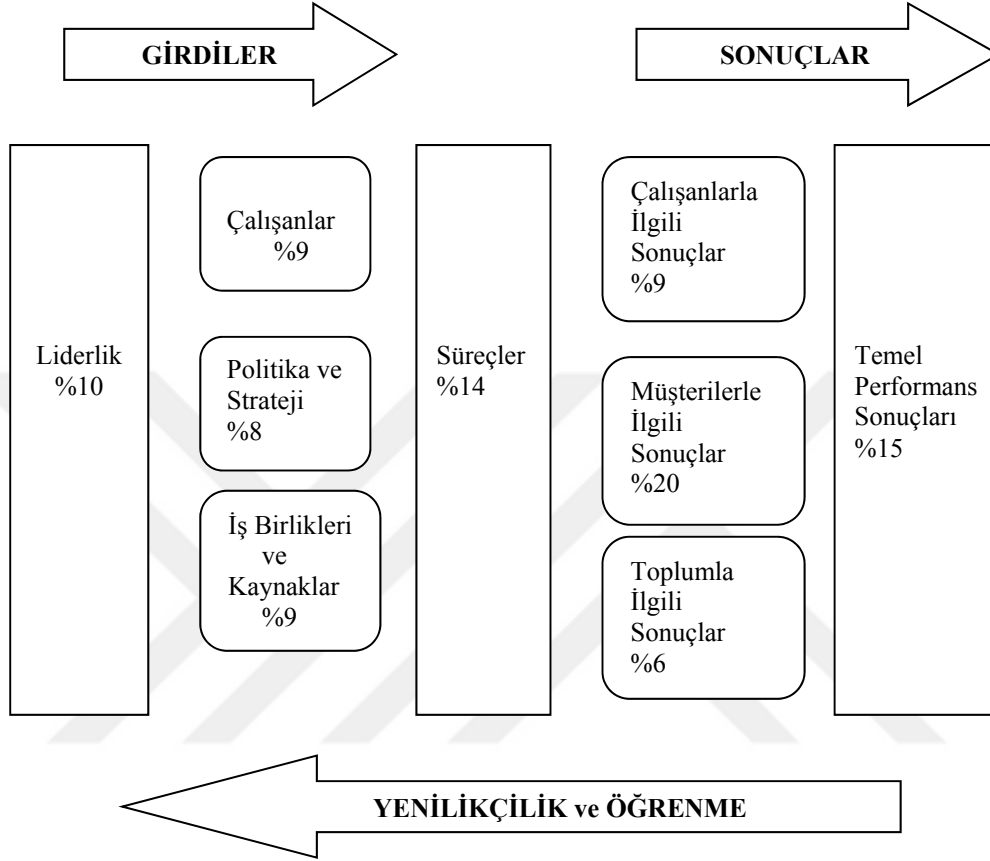
<sup>61</sup> Gürcü, M., Baştürk,F., Yıldız,Ö. (2011), *Yozgat İli Hizmet Kalite Standartlarının Etkinliği Ve Kalite Çalışmalarıyla İlgili Hastane Yöneticilerinin Değerlendirmeleri*, III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara: Bildiriler, s: 145- 160.

<sup>62</sup> Gürcü, M., Baştürk,F., Yıldız,Ö. a.g.e. s: 145- 160.

<sup>63</sup>McCabe, S. (2001). *Benchmarking in Construction*, 1st Edition. Great Britain: Wiley- Blackwell. s:145-146.

<sup>64</sup>Rozemeijer, E. (2007). *Frameworks for IT Management: A Pocket Guide*, 1st Edition. Zaltbommel, NL:Van Haren Publishing.s:39-40.

EFQM mükemmellik modeli Şekil 1.2’de gösterilmektedir.



Şekil 1.2: EFQM Mükemmellik Modeli

Kaynak: Steven McCabe (2001); *Benchmarking in Construction*, 1th Edition, Wiley-Blackwell, Great Britain, 2001, s. 146.

EFQM mükemmellik modeli, dokuz ana birim, otuz iki alt birimden meydana gelmektedir. EFQM mükemmellik modeli bu yapısı ile işletmeye bütüncül bakış açısı kazandırmaktadır. Modele bakıldığında şekilde de anlatıldığı gibi ana birimler arasında kuvvetli bir neden-sonuç ilişkisi bulunmaktadır. Ana birimlerden beşinin “girdi” kalan dört birimin ise “sonuç” kriterlerini oluşturduğu kabul edilmektedir. Girdi kriterleri işletmenin yapmakta olduğu faaliyetleri göstermektedir. Sonuç kriterleri işletmenin neleri ortaya çıkardığını gösteren parametredir <sup>65</sup>.

<sup>65</sup> Rozemeijer, a.g.e.s:39-40.

Ülkemizde sağlıkta kalite sistemine yönelik çalışmalar 27.06.2015 tarihli ve 29399 sayılı “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” kapsamında yürütülmektedir. Geliştirilen Kalite Yönetim Sistemi <sup>66</sup>;

- ❖ Kurumsal Yapı
- ❖ Sağlıkta Kalite Standartları
- ❖ Sağlıkta Kalite Göstergeleri
- ❖ Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri yapı taşlarını içermektedir.

Ülkemize özgü olarak geliştirilen sağlıkta kalite yapılanması; sağlıkta kalite değerlendirmeleri ve sağlıkta akreditasyon sistemleri olarak iki bölümden meydana gelmektedir.

Sağlıkta kalite değerlendirmeleri sağlık kurum ve kuruluşlarında yapı, süreç ve çıktı bazlı kalite seviyelerinin puanlandırılmasıdır. Değerlendirmeler periyodik olarak raporlandırma yapılarak yürütülmektedir. Süreç tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsar ve zorunluluk esastır.

Sağlık kurum ve kuruluşlarının gönüllük esaslı ile başvuracakları, başarılı olmaları halinde belgelendirilecekleri bir sistemdir. Uluslararası alanda onaylanmış belge olması sebebiyle yurt içi ve yurt dışı sağlık turizminin desteklenmesi amaçlanmıştır. Ülkemizde sağlık sistemi, sürekli geliştirilen ve sürdürülebilir bir hizmet anlayışı temelleri üzerine kurulmuştur.<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html>, erişim tarihi: 10.05.2017

<sup>67</sup> [http://tuseb.gov.tr/tuska/yuklemeler/saglikta\\_akreditasyon\\_standartlari\\_hastane.pdf](http://tuseb.gov.tr/tuska/yuklemeler/saglikta_akreditasyon_standartlari_hastane.pdf), erişim tarihi: 10.05.2017



### 1.2.5.Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

Bir kuruluşun, kalite politikasının gereklerini yerine getirebilmesi için kalite yönetim sistemi oluşturması zorunlu hale gelmektedir. Kalite yönetiminde bir kurumun kaliteyi geliştirmek amacıyla örgütlenmesinde, birbiri ile yakın ilişkili birçok faktör rol oynar; kurumun üretim alanı, büyüklüğü, genel yönetim anlayışı bu faktörler arasında gösterilmektedir. Dolayısıyla her kurumun örgütlenme biçiminde kendine özgü noktalar ortaya çıkabilecektir. Buna karşın kalite anlayışının sistemleşebilmesi için, her kurumda ;

- ❖ Çok iyi tanımlanmış sorumluluk alanları ,
- ❖ Çok iyi tanımlanmış yetki sınırları,
- ❖ Kalite sisteminden birinci derece sorumlu olanlara, kusurlu üretimin nedenlerine yönelmek ve bunları incelemekte bağımsız hareket edebilmelerine olanak sağlanması,
- ❖ Kalite sisteminden birinci derecede sorumlu olanlara, çözüm yolu önermek, bunları uygulamaya koymak ve izlemekte yetki tanınması süreçlerinin oluşturulması gerekmektedir<sup>68</sup>.

Günümüzde bir hastanenin veya sağlık kuruluşunun rekabet avantajı sağlaması, iç ve dış müşterileri olarak adlandırdığımız hastaları, personeli, sigorta şirketleri v.b. kişi ve kuruluşlarla daha iyi ilişkiler kurabilmesi, rakiplerine göre bir adım daha öne çıkabilmesi için faaliyetlerine daha dikkat etmesini zorunlu hale getirmektedir. İzlenen süreç verilen hizmetlerde kaliteyi ön plana çıkarılması ile mümkün olabileceği düşünülmektedir. Toplam kalite yönetimi felsefesinin sağlık kurumlarında benimsetilmesi, sürekli iyileştirmeye önem vermesi varlığını sürdürebilmesi için de gerekli adımların atılması gerekmektedir<sup>69</sup>.

Gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerine büyük değişiklikler getiren kalite iyileştirme ve performans ölçümü gibi sistemlerin ortak noktası, hizmetin gereğinin yapılması ve hizmeti alanın sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan tatmini konularına odaklanmaktadır. Sağlıkta Toplam Kalite Yönetim Sistemi'nin de amacı, sağlık sisteminin yararlarını ve maliyet etkililiğini arttırmaktır. Burada unutulmaması gereken önemli bir nokta da, maliyet etkililiği sağlarken, hizmet çıktısının kalite düzeyini düşürmemektir<sup>70</sup>.

Sağlık hizmetlerinin genel amacı, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek, temel hedefi ise: sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığını, ulaşılabilirliğini, hakkaniyetini, etkililiğini, verimliliğini

<sup>68</sup> Çakır,a.g.e.s:32.

<sup>69</sup> Çatalca, H. (2003), *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, İstanbul: Beta Yayınları, s: 21

<sup>70</sup> Çakır,a.g.e.s:35.

yükselterek, ihtiyacı olana kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamaktadır. Bu hedeflerin gerçekleşmesinde en önemli etken uygulama sonuçlarıyla başarısı kanıtlanmış bir yönetim anlayışı olan Toplam Kalite Yönetimi olacaktır<sup>71</sup>.

Toplam Kalite Yönetimi'nin son yıllarda sağlık sektöründe önemi giderek yaygınlaşmaktadır. Bu doğrultuda sağlık sektöründe hizmetin bir bütün olarak iyileştirilmesi temel amaç olmalıdır. Günümüzde sağlık sektöründeki mevcut kalite sistemi gözden geçirilerek bu yapının Toplam Kalite Yönetimi anlayışıyla bütünleştirilmesi gerekmektedir. Çünkü Toplam Kalite Yönetimi, bir kuruluştaki faaliyetleri sürekli iyileştiren kurum çalışanlarının gönüllü katılımını sağlayan, hasta memnuniyetini esas alan, şikâyetleri en aza indiren çağdaş bir yönetim stratejisidir.

Bu stratejinin sağlık sektöründe başarıyla uygulanabilmesi için gerekli iyileştirme çalışmaları yapılması gerekmektedir.

Toplam kalite yönetimi yaklaşımına göre müşterilerin tatmin edilmesi, en önemli başarı kriteridir. Teknik anlamda kaliteli hizmet sunumunun zorunlu olduğunu ancak bunun müşterileri tatmin etme de yeterli olmayacağını varsaymaktadır. Yalnızca dış müşteri olarak adlandırılan ve sağlık kurumundan kişilerin tatmini üzerinde odaklanmamakta, aynı zamanda iç müşteri olarak adlandırılan kurum personelinin de tatminini ön planda tutmaktadır<sup>72</sup>.

Hastanelerin temel müşterileri olan hastaların memnuniyeti, diğer hizmet işletmelerine göre farklılık göstermektedir. Hastaların çeşitli tatmin düzeylerinin olması nedeniyle, sürekli iyileştirmeye tabi tutulacak konuların değerlendirilmesi de zor olmaktadır. Yapılan çalışmalarda, hastaların tatmin düzeyleri ile ilgili bazı boyutlar bulunduğu ortaya konulmuştur.

---

<sup>71</sup> Çavuş, M. F., E. Gemici. (2013). *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi*. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi The Journal of Academic Social Science Yıl: 1. Sayı: 1. Aralık.s:238-257.

<sup>72</sup> Çavuş ve Gemici,a.g.e.s:262.

Bu boyutlar <sup>73</sup>;

- ❖ **İnsani boyut:** Hastalar hassas, incinebilir durumdadır ve fiziki duygusal ve ekonomik durumları ile ilgili kaygıları bulunmaktadır.
- ❖ **Etkinlik boyutu:** Memnun olan hastanın davranışları ile memnun olmayan hastanın davranışları farklı olmaktadır. Memnun olmayan hasta hizmeti veren iç müşteriye yardımcı olmamaktadır. Tatmin olana hizmet vermek daha kolaydır, çünkü hasta uyumu sağlanabilmektedir <sup>74</sup>.
- ❖ **Ekonomik boyut:** Gelişen kalite ile birlikte rekabetin doğması sonucunda, alternatif hizmet bulma imkanı olan hastayla birlikte yakınlarını da memnun etmek gerekmektedir. Bu en düşük maliyetle, en iyi kalitede hizmet sunmayı zorunlu kılmaktadır.
- ❖ **Pazarlama boyutu:** Hizmeti alan hastalar ve yakınları, deneyimlerini başkalarına aktarmaktadır. İletişimin hızla gelişmesiyle, sağlık hizmeti konusundaki gelişmeler herkes tarafından duyulmaktadır. Gelişmeleri takip ederek müşterilerine daha kaliteli hizmeti sunan kuruluşlar kısa sürede ön plana çıkmaktadır.

### 1.2.6.Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamasının Sağlayacağı Yararlar

Sağlık hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetim Sistemi uygulamasının sağlayacağı yararlar aşağıdaki gibi gösterilebilmektedir. Müşteri (hasta) ihtiyaçlarının dikkate alınmadığı anlayış, müşteri (hasta) istek ve beklentilerine önem verilen “müşteri (hasta) odaklı yönetim” anlayışına dönüşmektedir <sup>75</sup>.

- ❖ Yönetimdeki “kriz yönetimi” anlayışı, “sürekli gelişme (Kaizen)” ye dönüşür. Kaizen Japoncada Kai (değişim), Zen (daha iyi) kelimelerinin birleşimiyle Kaizen (daha iyi) olarak kalite literatürüne yerleştirilmesi,
- ❖ Bir işten bir kişinin sorumlu tutulması yerine, “ekip çalışması”, “toplam kalite ve sinerjik yönetim”, “uzlaşmaya dayalı karar verme” yaklaşımları önem kazanması,

---

<sup>73</sup> Dağ, C. (2000), *Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi ve Mükemmellik Yaklaşımı*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.s:77.

<sup>74</sup> Teleş, M. (2011), *Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Alguları İle Hastaların Sağlık Hizmeti Kalitesi Alguları Arasındaki İlişkinin Analizi*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Tezi.s:62-68.

<sup>75</sup>Sarp,N.,*Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, <http://www.nilgunsarp.com/download/>, erişim tarihi:12.Ekim.2015.

- ❖ Problemler ortaya çıktıktan sonra çözüm aranması yerine önceden tedbir alma, hataları kaynağında bulup önleyen en az hatalı üretim anlayışının geçerli olması,
- ❖ İş için asgari eğitim ve bilgiyle yetinilen personelin yerine eğitimin kurumsallaştığı ve sürekli eğitime önem verilen kurumlarda eğitilmiş personel istihdam edilmesi,
- ❖ İnsan kaynaklarının sürekli geliştirilmesine önem verilmesi,
- ❖ Sürekli teftiş ve kontrollerin yerini, toplam süreç kontrolü alması ve çalışan kendisini denetlemesi,
- ❖ Sağlık yöneticileri, istek ve arzuları doğrultusunda karar vermek yerine, Toplam Kalite Yönetim Sistemi tekniklerini ve araçlarını (benchmarking, beyin fırtınası gibi) kullanarak, verilere dayanarak karar verilmesi,
- ❖ Otorite, disiplin, emir ve talimatlara dayalı bir sistemden, ayrıca itaat beklentisi olan bir yönetim anlayışından, yönetici ve çalışanlarla işbirliği, destek ve yardım sağlayan liderlik anlayışına dönüşüm olması,
- ❖ Hiyerarşiden kaynaklanan biçimsel yetkiden çok profesyonel uzmanlığa önem verilmesi,
- ❖ Örgütlenme tarzında, dikey örgütlenmeden vazgeçilir, yatay örgütlenme uygulanır ve sorumluluklar çeşitli birimlerdeki ekipler arasında dağıtılması,
- ❖ Kamu yararı önceliğinin yerini, önce kalite alınması,
- ❖ Kayırmacılığın hâkim olduğu, kıdem ve sicil esasına dayalı yükselme anlayışı yerine, liyakat sisteminin geçerli olduğu, işe giriş ve yükselme kriterlerinin açık ve adil olduğu bir anlayış hâkim olunması,
- ❖ Açık ve belirli olmayan değerler ve ilkeler, açık ve tutarlı, vizyon, misyon ve değerler haline dönüşmesi ve dolayısıyla kurum çalışanlarının, kurumun vizyonu, misyonu ve değerlerini paylaşması,
- ❖ Eşit işe eşit ücret, pozisyon veya kıdeme göre belirlenen ücret politikaları yerine, kişinin özellikleri ve performansına dayalı ücret politikası uygulanması,
- ❖ Maaş ve fazla mesai ücreti dışında ödüllendirmenin olmadığı yönetim anlayışından, başarı ve yüksek performansın ödüllendirildiği bir anlayışa yönelmesi olarak gösterilmektedir <sup>76</sup>.

---

<sup>76</sup> Çakır,a.g.e.s:26.

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2.GÜVENLİK KÜLTÜRÜ

Kültür; “tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmeye kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü”<sup>77</sup> olarak tanımlanmıştır.

Güvenlik kültürü kavramı ilk kez Çernobil nükleer santralindeki kazadan sonra oluşturulan raporlarda ortaya çıkan bir kavram olarak belirtilmektedir <sup>78</sup>. Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara bakıldığında; güvenlik kültürü kavramının iş kazalarının önlemesi ile oluşturulan güvenli ortam olarak belirtilmektedir. Güvenlik kültürü kavramı ile güvenlik iklimi kavramlarının birbirlerine karıştırıldığı belirtilmektedir. Güvenlik iklimi kavramı; kişilerin çalıştıkları ya da buldukları ortamdaki güvenlik düzeyini algılama ve algılanan güvenliğe yönelik gösterdikleri tutumu ifade etmektedir. Güvenlik kültürü kavramı ise güvenlik iklimi kavramını içine alan oldukça kapsamlı bir bütünü ifade etmektedir <sup>79</sup>.

Güvenlik kültürü ile ilgili yapılan çalışmalar sonucunda; güvenlik kültürü kavramının yalnızca kurum yöneticisinin güvenliği garanti altına alması, kurum içerisinde meydana gelen olayların/hataların raporlandırılması, kurum içindeki iletişim şekli gibi faktörlerin yanı sıra çalışanların olayları/hataları algılama şekilleri, motivasyon düzeyleri, meydana gelen olay/hatalara karşı tutumları da önemli ölçüde etkilediği belirtilmektedir <sup>80</sup>.

Güvenlik kültürü ile ilgili yapılan tanımlara bakıldığında <sup>81</sup>;

- ❖ Güvenlik kültürü; kurum çalışanlarının davranışlarını etkilemektedir,
- ❖ Güvenlik kültürü; kurum üst düzey yöneticilerinden başlayarak kurumun tüm düzeylerinde çalışan bireyleri aynı düzeyde kapsayan önemli bir süreçtir,

<sup>77</sup> www.tdk.gov.tr, erişim tarihi: 12.Nisan 2015.

<sup>78</sup> Özkan, T. Lajunen, T. (2003), *Güvenlik Kültürü ve İklimi*, Pivolka,s:3–4.

<sup>79</sup> Demirbilek, T.(2013). İşletmelerde İş Güvenliği Kültürünün Geliştirilmesi, Çalışma Ortamı, Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt 3, Sayı 2, s: 61-75.

<sup>80</sup> Antonsen, S. (2009). *Safety Culture: Theory, Method and Improvement*, Ashgate Publishing Limited, England.s:32.

<sup>81</sup> Mosher, G.A. Keren, N., Freeman, S. A. Hurburgh Jr, C.R. (2013). *Measurement of Worker Perceptions of Trust and Safety Climate In Managers and Supervisors At Commercial Grain Elevators*, Journal of Agricultural Safety and Health, s: 125.

- ❖ Güvenlik kültürü; kurumdaki ödüllendirme mekanizması ve kurumun güvenlik performansı arasındaki ilişkiyi göstermektedir,
- ❖ Güvenlik kültürü; kurum içindeki formal güvenlik sorunları ile ilişkilidir,
- ❖ Güvenlik kültürü; kurumda meydana gelen olaylar/hatalardan öğrenme kültürünü benimser,
- ❖ Güvenlik kültürü; tüm kurum çalışanlarının katılımı ile gerçekleştirilen bir süreçtir,

Güvenlik kültürü kurumlarda çalışanların davranış kurallarını belirlemek amacıyla kurumsal yapı ile denetim mekanizmasının entegrasyonundan meydana geldiği belirtilmektedir <sup>82</sup>. Güvenlik kültürü; kurum içerisinde önemli faktörler ve bu faktörler karşısında nasıl davranılması gerektiğini belirten tüm değer yargılarını kapsayan süreç olarak tanımlanmaktadır. Sağlık kurumlarında güvenlik kültürü; kurumda sağlık ve güvenlik yönetimindeki yetkinliği, yönetim şekli, kurum çalışanlarının algıları, tutumları ve yeteneklerin tümünü kapsadığı belirtilmektedir. Kurumdaki karşılıklı güven ilişkisi, etkin iletişim, çalışanların güvenlik kültürüne özgü olumlu algılama, tutum ve davranışları söz konusu kurumda olumlu güvenlik kültürünün oluştuğunu göstermektedir <sup>83</sup>.

Güvenlik kültürü; potansiyel olarak hata yapılma ihtimali bulunan iş ya da işler hakkında sürekli farkındalık olarak tanımlanmaktadır. Güvenlik kültürünün oluşturulması çalışanların adil olması ve hataların açık bir biçimde konuşulmasına teşvik edilmesiyle mümkün olabilmektedir <sup>84</sup>.

## 2.1.GÜVENLİK KÜLTÜRÜNÜN ÖZELLİKLERİ

Güvenlik kültürünü oluşturan bileşenler arasında kurallar, süreçler, istatistiklerin yanı sıra büyük bir çoğunluğunu davranışlar ve inançların olduğu belirtilmektedir <sup>85</sup>.

İş güvenliği kültürünün özellikleri <sup>86</sup>;

- ❖ Kurum içinde açık bir iletişim olması,
- ❖ Kurumun tüm çalışanlarını kapsaması,
- ❖ Kurum çalışanları arasında birlik ve dayanışma duygusunun sağlanması,
- ❖ Çalışanların motivasyonlarının yüksek olması,
- ❖ Yöneticiler ve çalışanlar arasında uyumlu bir çalışma sisteminin oluşturulması,

<sup>82</sup> Tak, 2010;s:73-104.

<sup>83</sup> Tütüncü ,a.g.e.s:519-533.

<sup>84</sup> Tak, a.g.e.s:73-104.

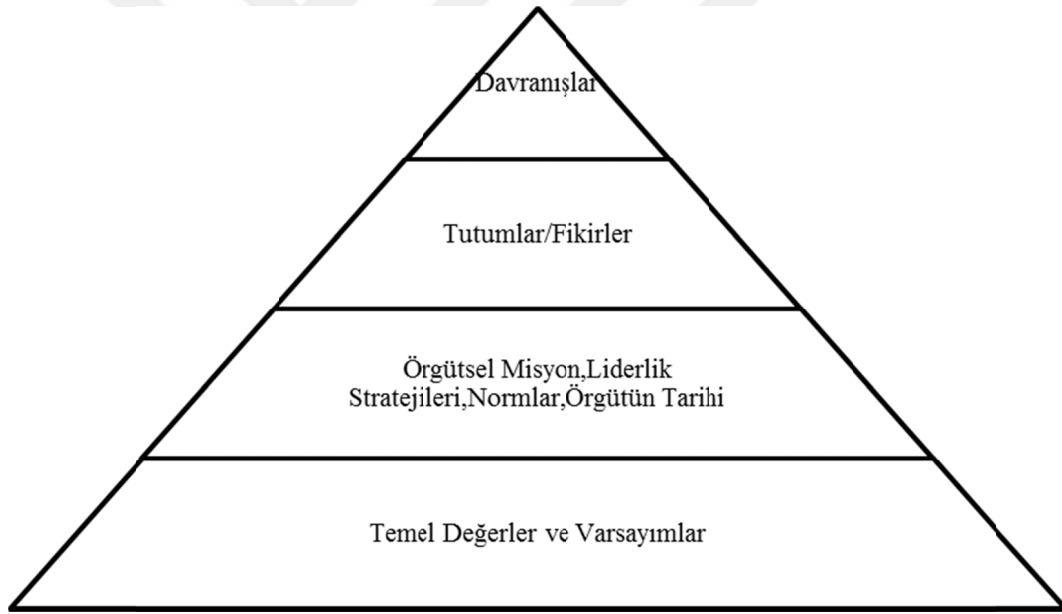
<sup>85</sup> Aytaç, S. ve Bayram, N. (2000). *Marmara Depremi Sonrası Bireylerdeki Stres Tepkilerinin Analizi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi .s: 42-61.

<sup>86</sup> Tütüncü ,a.g.e.s:535-537.

- ❖ Ekip çalışmasına uyum sağlanması,
- ❖ Kurumda sürekli öğrenme ve öğrenen organizasyon oluşturma bilincinin geliştirilmesi,
- ❖ Kaynakların etkin dağılımı,
- ❖ Tüm kurum çalışanlarının sorumluluk bilincinin oluşturulması,
- ❖ Güvenlik kültürü değerlendirilirken kurum iç ve dış süreçlerinin göz önünde tutulması,
- ❖ Olaylara/hatalara yönelik düzeltici ve önleyici faaliyetler oluşturulması olarak belirtilmektedir.

## 2.2.GÜVENLİK KÜLTÜRÜNÜN YAPISI VE BOYUTLARI

Patankar ve Sabin yapmış oldukları çalışma sonucunda bir kurumda olması gereken güvenlik kültürü yapısını piramit şeklinde açıklamışlardır. Güvenlik kültürü piramidi Şekil 2.1 'de gösterilmektedir <sup>87</sup>.



**Şekil:2.1:Güvenlik Kültürü Piramidi**

**Kaynak: Manaj S.Patankar ,Jeffrey P.Brown,Edwards J.Sabin,Safety Culture 1 th Edition,USA,2010,s:100.**

<sup>87</sup> Patankar vd.a.g.e. s: 99–101.

Güvenlik kültürü piramidinin en alt basamağında; temel değerler ve varsayımlar yer almakta, devam eden basamakta ise kurum misyon, vizyon, liderlik, kurumun tarihi yapısı gibi faktörler yer almaktadır. Güvenlik kültürü piramidinin en üst basamağında ise davranış faktörünün yer aldığı görülmektedir.

Güvenlik değeri; kurumun güvenlik sisteminin yanında çalışanlarının güvenliğini de bir değer olarak algıladığı belirtilmektedir. Güvenlik liderliği stratejileri, kurumun misyon, vizyon, işleyiş süreçleri, politikaları, çalışanları, performans yönetim süreçlerini ve diğer liderlik uygulamalarını içermektedir. Güvenlik iklimi; çalışanların güvenlik tutumları, güvenlik politikaları, liderlik hakkındaki algıları, tutumları ile ortaya çıkan anlık görüntü olarak belirtilmektedir. Tutumsal ölçümler ise kurum içindeki güvenlik kültürü algısını çalışan ve çalışma grupları düzeyinde belirleyen ölçümler olarak tanımlanmaktadır.

Evrensel olarak kabul gören güvenlik kültürü boyutları aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır<sup>88</sup>;

1. **Yönetimin Katılımı:** Kurumun üst ve orta düzey yöneticilerinin gerçekleştirilen güvenlik faaliyetlerinde yer almalarını ifade etmektedir. Üst ve orta düzey yöneticilerin gerçekleştirilen eğitim ve seminerlere aktif katılım sağlaması, katkıda bulunması kurum içerisinde güvenlik konusunda etkin bir iletişim kurulduğunu ve kurumun güvenlik kültürüne olan bağlılığını göstermektedir.
2. **Örgütsel Bağlılık:** Örgütsel bağlılık ilkesinde kurumun güvenliği temel prensip olarak esas alması ile sağlanabilmektedir. Kurum güvenliğe olan bağlılığını finansal problemlerinin bulunduğu süreçlerde devam ettirmesi güvenlik kültürüne olan bağlılığını gösteren ölçütlerdendir. Kurumun sürekli prosedür, politika ve diğer kaynaklarında olumlu yönde yaptığı iyileştirmelerin de güvenliğe olan bağlılığı gösterdiği belirtilmektedir.
3. **Ödüllendirme Sistemleri:** Çalışanların kurum içerisinde davranışlarını değerlendirmek amacıyla var olan ödüllendirme sistemleri güvenlik kültürünün oluşturulmasında önemli bir yer tutmaktadır. Kurumda çalışanların olumlu ve olumsuz davranışlarının değerlendirilmesine yönelik sistemlerin bulunması ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda ödüllendirme ve ceza yöntemlerini kullanması güvenlik kültürünün önemli noktalarındandır. Kurumdaki

---

<sup>88</sup> Wiegmann, Douglas A.; Zhang, H.; von Thaden, T., Sharma, G. ve Mitchell, A. (2002) “A Synthesis of Safety Culture and Safety Climate Research”, Technical Report ARL-02-3/FAA-02-2, Aviation Research Lab Institute of Aviation, <http://www.humanfactors.illinois.edu/Reports&PapersPDFs/TechReport/02-03.pdf>, erişim tarihi: 12.03.2017.



ödüllendirme sistemlerinin belgelenmesi ve tüm çalışanlar tarafından bilinmesi gerekmektedir.

4. **Çalışanı Yetkilendirme:** Güvenlik kültürü sürecinde çalışanların yetkilendirmesi ile kültürün oluşmasında önemli bir yer tutan çalışanların bilgilendirilmesi sağlanmakta, güvenlik kültürünün geliştirilmesi için yapılan iyileştirilme faaliyetlerinde aktif rol almalarının sağlanması oldukça önemlidir. Süreç içerisinde çalışanların güvenlik konularında bilgi sahibi olması ve iyileştirme süreçlerinde ön planda olmaları kurum için oldukça önemli olmaktadır.
5. **Raporlandırma Sistemleri:** Kurumda oluşturulmuş iyi bir raporlama sistemi ve çalışanların raporlama sistemini kolay bir biçimde kullanması ile iyi bir güvenlik kültürü oluşturulabilmektedir. Raporlandırma sistemine erişimin kolay olması ile birlikte çalışanların güvenlik sorunlarını bildirilmesini mümkün kılmakta ve olay raporlandırmaya teşvik etmektedir.

### 2.3.GÜVENLİK KÜLTÜRÜ MODELLERİ

Güvenlik kültürü ile ilgili birden fazla model önerisi geliştirildiği görülmektedir. Geliştirilen model önerilerinde net bir fikir birliğine varılmadığı belirtilmektedir. Güvenlik kültürü ile ilgili en yaygın modeller ;

- ❖ Güvenlik Kültürü Olgunlaşma Modeli
- ❖ Karşılıklı Güvenlik Kültürü Modeli
- ❖ Güvenliğe Yönelik Tutumların Tasarım Modeli
- ❖ Toplam Güvenlik Kültürü Modeli
- ❖ Güvenlik Kültürü Modeli olarak tanımlanmaktadır.

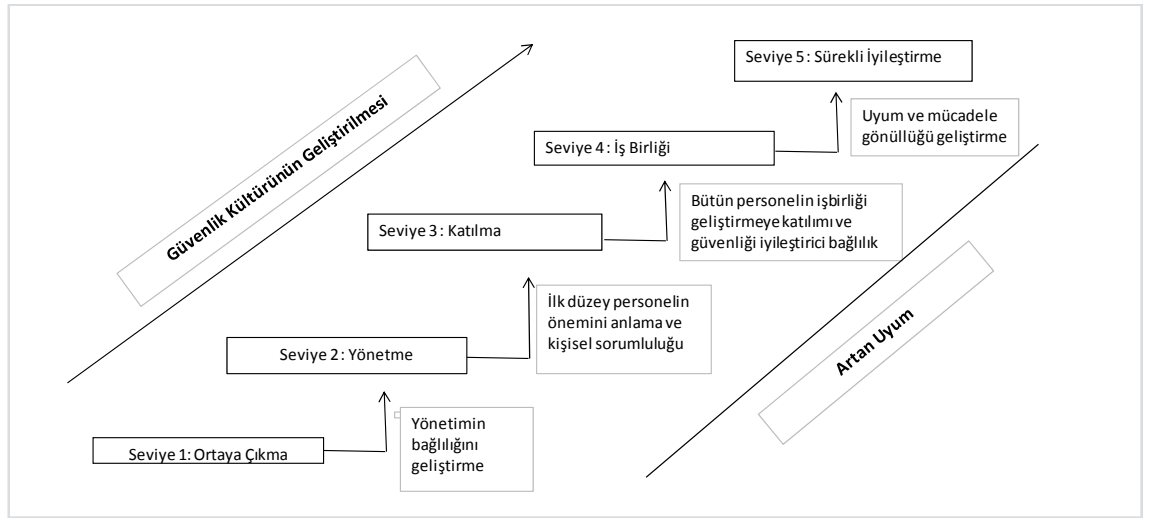
### 2.3.1. Güvenlik Kültürü Olgunlaşma Modeli

Güvenlik kültürü olgunlaşma modeli Fleming tarafından geliştirilen model olarak literatürde yer almaktadır. Model beş aşamadan oluşan süreci kapsamakta ve güvenlik kültürü ölçüm ve teoriğe dayalı parametrelerden meydana gelmektedir.

Parametreler <sup>89</sup>;

1. Öğrenen organizasyon
2. Güven
3. Eğitim
4. İletişim
5. Yönetimin bağlılığı
6. Güvenlik kaynakları
7. Üretime duyulan güvenlik
8. Katılım sağlanması
9. Güvenlik ile ilgili algılar
10. İş tatmini olarak belirtilmektedir.

Güvenlik kültürü olgunlaşma modeli Şekil 2.2’de gösterilmektedir.



Şekil :2.2:Güvenlik Kültürü Olgunlaşma Modeli

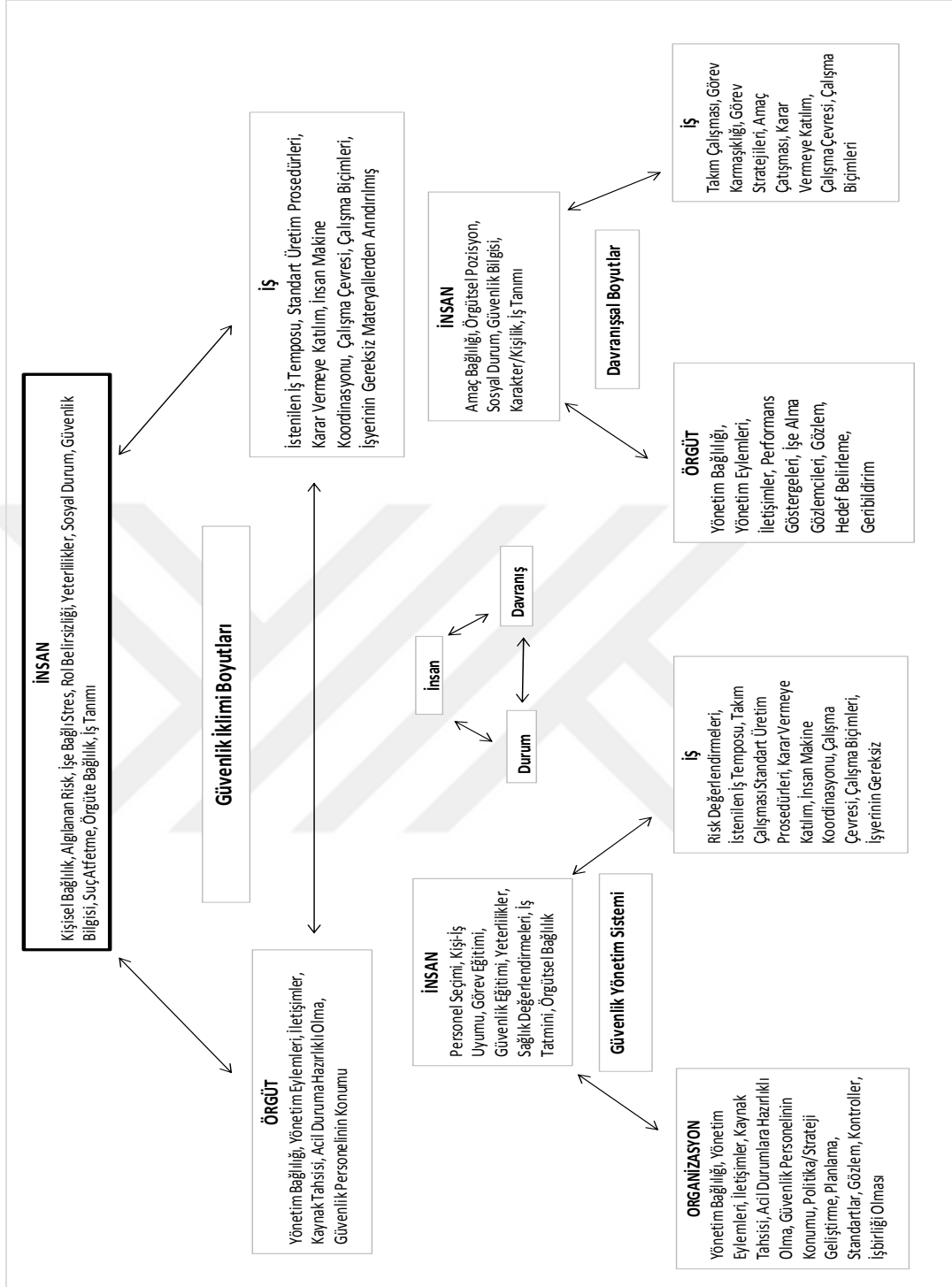
**Kaynak: Fleming M. and Wentzell N.,Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines for Use,Healthcare Quarterly, 11(Sp) March 2008,s: 10-15.**

<sup>89</sup>Fleming M. and Wentzell N.,Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines for Use,Healthcare Quarterly, 11(Sp) March 2008,s: 10-15.

- ❖ **Ortaya Çıkma:** Bu evrede güvenlik sadece kurum prosedürleri ve teknik açıdan iyileştirmelere uygunluğu açısından değerlendirilmektedir. Çalışanlar güvenliği risk olarak görmemekte ve güvenlik birimini konu ile ilgili sorumlu tutmaktadır. İlk aşamada çalışanların güvenlik konusuna ilgisiz oldukları belirtilmektedir.
- ❖ **Yönetme:** Bu evrede güvenlik iş riski olarak görülmekte ve yönetimin iş riskin azaltması yönünde çalışmalarının olduğu belirtilmektedir. Yönetme evresinde oluşabilecek kazalar için önlemler alındığı ve yönetim tarafından büyük kazaların oluş sebebi ilk düzey çalışanların davranışlarından dolayı olduğu savunulmaktadır.
- ❖ **Katılma:** Bu evrede kurumda yapılacak olan tüm iyileştirme süreçlerinde çalışanların yer alması ve çalışanların sürece olan bağlılıklarının çok önemli olduğu savunulmaktadır. Çalışanların kurumdaki iyileştirme süreçlerine istekli oldukları ve konuyu bireysel sorumluluk olarak algıladıkları belirtilmektedir.
- ❖ **İş Birliği:** Kurum çalışanlarının büyük çoğunluğu sağlık ve güvenlik konularının ekonomik açıdan önemli olduğunun farkında ve bu doğrultuda iyileştirme süreçlerine katılım sağladıkları belirtilmektedir. Kurumda tüm çalışanlara değer verilmesi ve adil davranılmasının önemli bir ölçüt olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda kazaların önlenmesi için proaktif süreçlerin önemli bir adım olduğu verilerin kullanılarak bu süreçlere aktif olarak kullanılmasının önemli olduğu bilinmektedir.
- ❖ **Sürekli iyileştirme:** Kurumda sürekli risklerin belirlenmesi ve toplanan verilerle birlikte iyileştirme süreçlerinin geliştirilmesi ön planda tutulmaktadır. Tüm çalışanların güvenlik kavramının farkında olarak çalışması ve bu durumu iş dışı faaliyetlerine de yansıttığı evre olarak belirtilmektedir.

### 2.3.2. Karşılıklı Güvenlik Kültürü Modeli

Cooper tarafından geliştirilen modelde; gözlemlenebilir güvenlik davranışları, iç psikolojik faktörleri, objektif durumsal özellikler olarak üç boyutta incelenmektedir. Karşılıklı güven modeli Şekil 2.3'de gösterilmektedir.



**Şekil:2.3:Karşılıklı Güvenlik Kültürü Modeli**

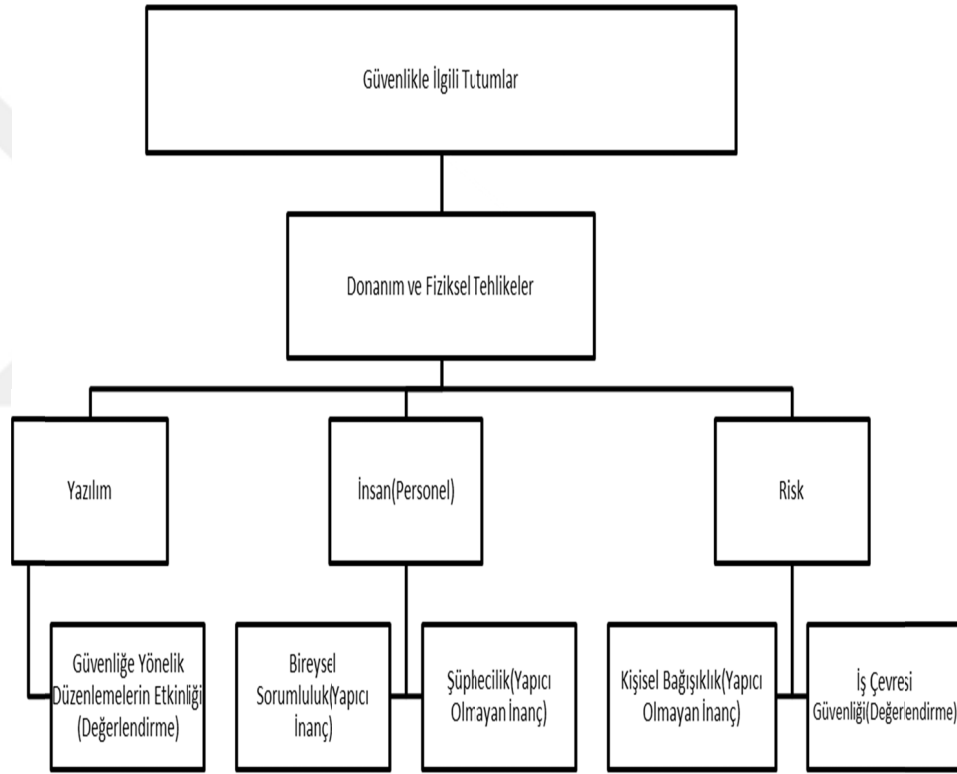
**Kaynak: Cooper, Dominic M. (2000), "Towards A Model of Safety Culture", Safety Science, 36,s:130.**

### 2.3.3. Güvenliğe Yönelik Tutumların Tasarım Modeli

Cox ve arkadaşları tarafından geliştirilen model dört boyuttan oluşmaktadır<sup>90</sup>;

- ❖ **Donanım:** Güvenlik donanımı ve diğer fiziki riskler,
- ❖ **Yazılım:** Kurum içinde oluşturulan politika, güvenlik yönetimi ve diğer prosedürler,
- ❖ **İnsan:** Yönetim kurulu, denetleyen kurum/kişiler, uzmanlar, çalışanlar ve diğer tüm gruplar,
- ❖ **Riskler:** Kurumdaki riskli davranışlar olarak boyutlandırılmıştır.

Güvenliğe Yönelik Tutumların tasarım modeli Şekil 2.4'de gösterildiği gibidir;



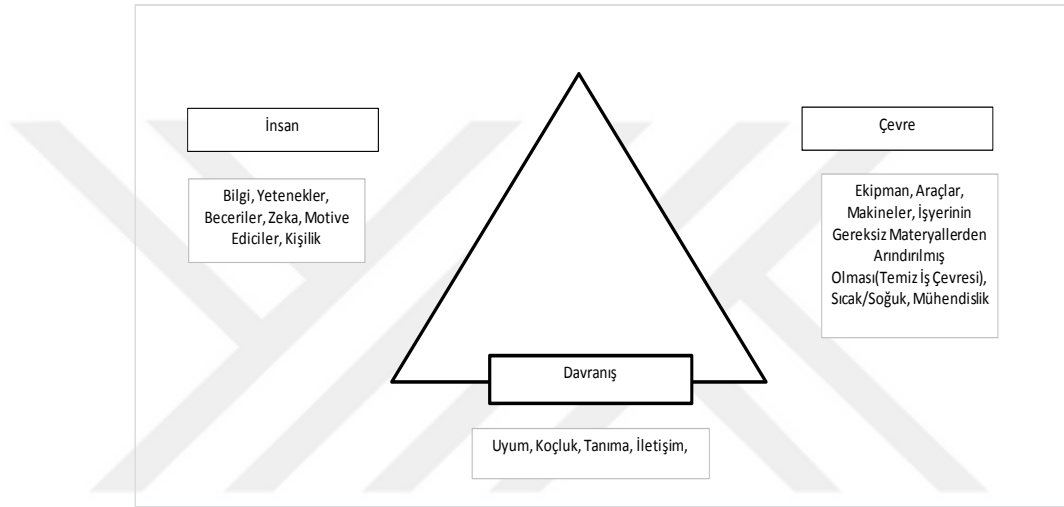
Şekil:2.4:Güvenliğe Yönelik Tutumların Tasarımı Modeli

**Kaynak:** Guldenmund, F.W. ( 2000 ) .*The Nature of Safety Culture: A Review of Theory and Research*, Safety Science, 34(3),s: 215-225.

<sup>90</sup> Guldenmund, F.W. ( 2000 ) .*The Nature of Safety Culture: A Review of Theory and Research*, Safety Science, 34(3),s: 215-25.

### 2.3.4. Toplam Güvenlik Kültürü Modeli

Geller tarafından oluşturulan modelde insan, çevre ve davranış arasında dinamik bir güvenli üçgeni olduğu varsayılmaktadır. Model Şekil 2.5'te gösterilmektedir.



Şekil:2.5:Toplam Güvenlik Kültürü Modeli

**Kaynak: Geller E.S. (1994). *Ten Principles for Achieving a Total Safety Culture, Professional Safety*, s:18-24.**

Toplam güvenlik kültürü modeli; kişisel faktörler(algular, inanç gibi),davranışsal faktörler(uyum, işe duyulan ilgi gibi) ve çevresel faktörleri (araç gereçler, sıcaklık gibi) içermektedir. Faktörler arasındaki inter aktif uyum ile birlikte bir faktörde meydana gelen farklılık diğer faktörleri de etkilemektedir.

Geller çalışmasında modelin uygulanmasında on ölçütten söz etmektedir. Bu ölçütler <sup>91</sup>;

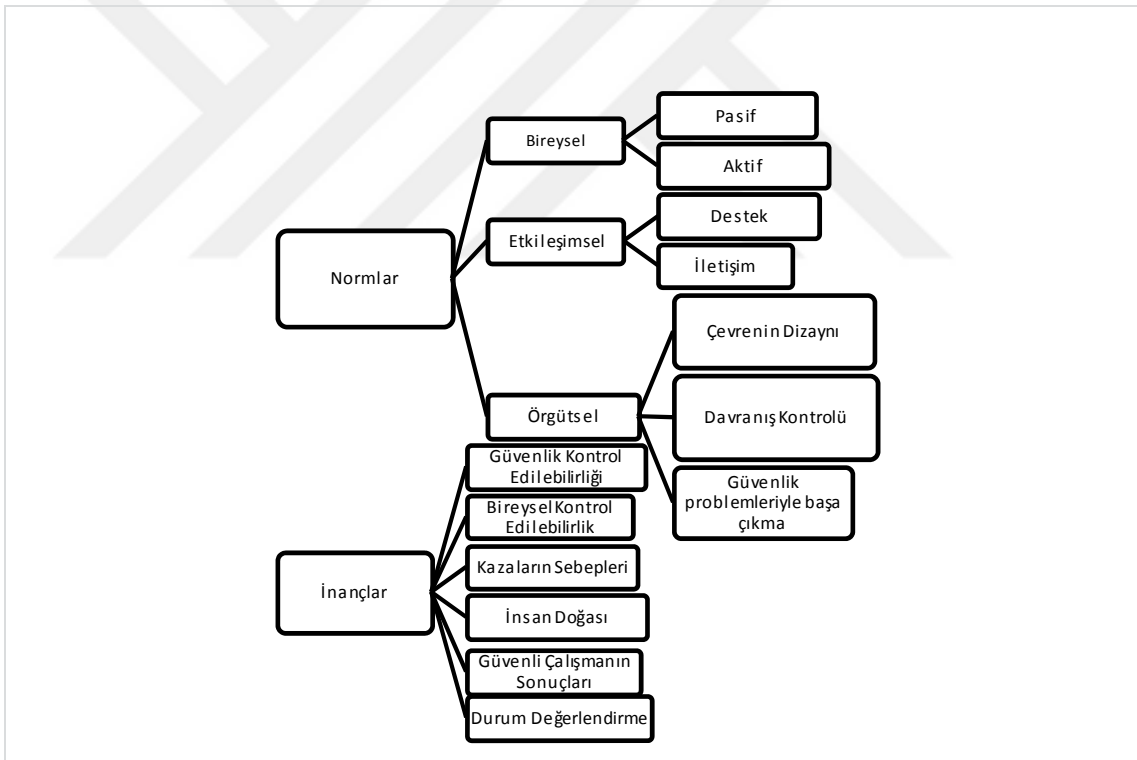
1. Süreç başarısına odaklanma,
2. Gözlem ve koçluk yapma süreç için önemli adımlar,
3. Kültür güvenlik sürecini yönetmeli,
4. Süreç davranış odaklı ve kişi bazlı başarıyı belirlemeli,
5. Çıktılar yerine sürece odaklanılmalı,

<sup>91</sup> Geller E.S. (1994). *Ten Principles for Achieving a Total Safety Culture, Professional Safety*, s:18-24.

6. Kurumdaki güvenli davranışlar için yol gösterici olmalı,
7. Benlik algısı, ait olma ve güvenliğe yönelik yetkilendirme bulunmalı,
8. Sonuç odaklı davranışlar ön plandadır,
9. Vardiya güvenliği kişisel öncelikten her zaman önemli bir değerdir,
10. Davranış ve kişi odaklı koçluk yöntemi ile etkin geri bildirim sağlanmalı olarak belirtilmektedir.

### 2.3.5. Güvenlik Kültürü Modeli

Güvenlik kültürü ile ilgili geliştirilen diğer model önerisi ise Berends tarafından geliştirilen Güvenlik Kültürü Modeli' dir. Modelde; kültür ile ilgili tüm kavramlar, norm, değer yargıları olarak iki başlıkta incelenmektedir. Model Şekil 2.6'da gösterilmektedir.



**Şekil:2.6:Güvenlik Kültürü Modeli**

**Kaynak: Kaynak: Guldenmund, F.W. ( 2000 ) .The Nature of Safety Culture: A Review of Theory and Research, Safety Science, 34(3),s: 215-225.**

Berend's Güvenlik Kültürü modelinin amacı; kurum çalışanlarının güvenlik kültürüne yönelik tutumlarının ölçülmesi olarak belirtilmiştir. Berend's Güvenlik Kültürü Modelinin hedefleri <sup>92</sup>;

- ❖ Kurum içinde güvenlik performansı ile ilgili alternatif önlemler alınması,
- ❖ Kurumun güçlü ve zayıf yönlerinin belirlenmesi,
- ❖ Yeni güvenlik araçları oluşturmak amacıyla kurumdaki fırsat ve tehditlerin belirlenmesi,
- ❖ Oluşturulan güvenlik programlarının etkilerinin değerlendirilmesi,
- ❖ Yönetim ve tüm çalışanlar arasında algı farklılıklarının ortaya çıkarılması olarak belirtilmiştir.

## 2.4. POZİTİF GÜVENLİK KÜLTÜRÜ

Pozitif güvenlik kültürü; kurum çalışanlarının güvenlik kültürüne yönelik algıları, tutumları, gösterdikleri davranışlar bütünü olarak ifade edilmektedir. Pozitif güvenlik kültürü ile birlikte çalışanlarda iş kazalarının oluşmaması için uğraşılan bir ortam yarattıkları belirtilmektedir <sup>93</sup>.

Hughes ve Ferrett yaptıkları çalışmalarda güvenlik kültürünü <sup>94</sup>;

- ❖ Sağlık ve güvenlik faktörlerine yönelik geliştirilen tutumları kurumun uzun dönemdeki stratejilerini başarmada kullanmak,
- ❖ Güvenlik risklerini belirleyip, detaylandırarak çalışanlarda farkındalık yaratmak,
- ❖ Kurum çalışanlarına güvenlik kültürü ile ilgili eğitimler düzenlemek ve etkili iletişim yöntemleri benimsemek,
- ❖ Meydana gelen tüm olay/hata/kazaların sebeplerine yönelik ayrıntılı analizler yaparak iyileştirme süreci belirlemek,
- ❖ Güvenlik kültürüne yönetimin bağlılığını oluşturmak ve liderlik olarak tanımlamaktadır.

---

<sup>92</sup> Dursun, a.g.e.s:47.

<sup>93</sup> Muniz, B. F. Peon, J.M.M. ve Ordas, C.J.V. (2007). *Safety Culture: Analysis of The Causal Relationships Between Its Key Dimensions*, Journal of Safety Research, 38, s:627–641.

<sup>94</sup> Hughes, P. ve Ferrett, E.(2008). *Introduction to Health and Safety in Construction*, Third Edition, Elsevier, UK.s:52.



Kurum içinde pozitif güvenlik kültürünün oluşturulması ve çalışanların dahil edilmesi için <sup>95</sup>;

- ❖ **Yönetimin bağlılığı:** Kurumda güvenlik kültürünün oluşturulmasında yönetim önemli rol oynamaktadır. Yönetimin bu süreçte; güvenlik kültürünün oluşturulması için toplantılar düzenleme, kaynak desteği sağlama ve risk değerlendirme konularında da öncü olması gerektiği belirtilmektedir.
- ❖ **Çalışanların ilgisi:** Güvenlik kültürüne yönelik uygulamaların gerçekleştirilmesi çalışanların güvenlik kültürünü benimsemesi ve konu ile ilgili sorumluluk alma süreçlerini kapsamaktadır.
- ❖ **Tutum ve davranışlardaki değişim:** Kurumda güvenli davranış geliştirmeye yönelik faaliyetlerin oluşturulması (prosedür, kurallar, eğitim gibi) faaliyetlerinin tümü olarak belirtilmektedir.
- ❖ Güvenlik ile ilgili oluşturulan logo ve mottolar,
- ❖ Kütüphane, intranet gibi ortamlarda güvenlik kültürü ile ilgili yayınlar yapılması,
- ❖ Kurumda verilen eğitimler ve seminerler,
- ❖ Oluşturulan poster, broşür gibi yazılı yayınlar kullanılarak pozitif güvenlik kültürünün oluşturulabileceği belirtilmektedir.

Pozitif güvenlik kültürünü oluşturan bileşenler <sup>96</sup>;

- ❖ Yönetimin çalışanlara olan ilgisi,
- ❖ Yönetimin güvenlik kültürüne olan bağlılığı,
- ❖ Yönetim ve çalışanlar arasındaki güven,
- ❖ Çalışanları yetkilendirme,
- ❖ Kurum içerisinde sürekli gözlemler yaparak, sistemi gözden geçirme ve iyileştirmeler yapma olarak belirtmiştir.

## 2.5.NEGATİF GÜVENLİK KÜLTÜRÜ

Negatif güvenlik kültürü; kurum çalışanlarının risklere karşı kendilerine aşırı güven duymaları, riskleri görmezden gelmeleri ya da oluşabilecek riskleri görmezden gelme durumu olarak ifade edilmektedir. Negatif güvenlik kültürünün özellikleri <sup>97</sup>;

<sup>95</sup> Choudry, R.M. Fang, D. and Mohamed, S.( 2007) The Nature of Safety Culture: A Survey of the State-of-the-Art, Safety Science, 45(10), 993-1012.

<sup>96</sup> Choudry, Fang, Mohamed, a.g.e.s:1003-1004.

<sup>97</sup> Aktay, N. ( 2012). *İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi İle İş Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişki*, İş Müfettiş Yardımcılığı Etüdü, İstanbul.s:39.

- ❖ Meydana gelen olay/hata/kazaların değerlendirilmesinde çalışanlara haber verilmemesi,
- ❖ Olaylar karşında sistem odaklı olmak yerine kişi odaklı faaliyetler gösterilmesi, kişilerin suçlanması,
- ❖ Çalışanların riskleri görmezden gelmeleri ve kendilerine aşırı güven duymaları,
- ❖ Kurumda iş güvenliği konularında kimsenin sorumluluk almak istememesi,
- ❖ Çalışanların karamsar tutumları,
- ❖ Çalışanların iş güvenliğini önemsiz bulması,
- ❖ Aynı hataların sürekli yaşanması olarak açıklamaktadır.

Hughes ve Ferrett yaptıkları çalışmalar sonucunda negatif güvenlik kültürünün göstergeleri olarak<sup>98</sup> ;

- ❖ Çalışan devir hızı oranı,
- ❖ Çalışanların suçlama kültürü algıları,
- ❖ Çalışanların işe devamsızlığı ve yaşadıkları hastalıklar,
- ❖ İletişim zayıflığı, kontrol etme ve iş birliği süreçlerinde meydana gelen aksaklıklar,
- ❖ Yasa, yönetmelik ve kurum süreçlerine uymama,
- ❖ Yönetimin yeterli kaynakları sunmaması(iş gücü, tesis gibi) şeklinde belirtmektedirler.

## 2.6.GÜVENLİK KÜLTÜRÜNÜN ÖLÇÜMÜ

Güvenlik kültürü ya da güvenlik ikliminin ölçülmesinde kullanılan iki farklı yöntemden söz edilmektedir. Niteliksel yöntem; çalışanlar ile gruplar halinde görüşmeler yapma, çalışanları gözlemleme, kurum içerisinde meydana gelen olayların izlenmesi ve raporlandırılması ile gerçekleştirilmektedir. Kurumda niteliksel yöntem kullanılarak ayrıntılı ve geniş bilgi havuzu sağlanmaktadır<sup>99</sup>.

Diğer bir yöntem olan niceliksel yöntemin ise; anketler yoluyla standart haline getirilmiş sayısal ölçümlere yönelik çalışmalar bütünü olduğu belirtilmektedir. Niceliksel yöntemin uygulanma ve analiz aşamasının daha kolay olduğu, maliyet açısından daha uygun olduğu belirtilmektedir<sup>100</sup>.

<sup>98</sup> Hughes ve Ferrett, 2008.s: 52–53.

<sup>99</sup> Wiegmann,a.g.e.s:13.

<sup>100</sup> Wiegmann,a.g.e.s:13.

Standartlaştırılmış yöntem olan niceliksel yöntem ile daha fazla katılımcıya ulaşıldığı ve verilerin daha hızlı analiz edildiği belirtilmektedir<sup>101</sup>.

Choudhry, Fang ve Mohamed yaptıkları çalışmalar sonucunda güvenlik kültürünü<sup>102</sup>;

- ❖ **Durumsal yönü:** Kurum prosedürleri, yönetim bilgi sistemleri ve çalışma sistemleri esas alınarak değerlendirilmektedir.
- ❖ **Psikolojik yönü:** Çalışanların güvenlik iklimine yönelik algılarını ve farkındalıklarını ölçmek için oluşturulan anket sonuçları ile değerlendirilmektedir.
- ❖ **Davranışsal yönü:** Çalışanların gözlemlenmesi, gözlem sonuçlarına yönelik raporlandırılma yapılmasıyla gerçekleşen değerlendirme yöntemi olarak tanımlamaktadırlar.

Güvenlik kültürünün ölçülmesi ile ilgili yapılan diğer çalışmalara göre ölçüm yöntemleri<sup>103</sup>;

- ❖ **Karşılaştırmalı Çalışmalar:** Kurum içinde meydana gelen olay/hata/kaza sayılarının esas alınarak oluşturulan, tüm bölümlerin yer aldığı karşılaştırmalı raporlar olarak belirtilmektedir.
- ❖ **Psikometrik Çalışmalar:** Güvenlik kültürünü kapsamlı bir biçimde ele alan anket yöntemi kullanılarak oluşturulan çalışmalar bütünüdür. Oluşturulan anketler için standart bir şablon olmadığı, kullanacak kurumların kendi süreçleri doğrultusunda oluşturulacak anketlerin farklılık gösterebildiği şeklinde belirtilmektedir.
- ❖ **Olay Çalışmaları:** Kurumlarda güvenlik kültürünün bileşenlerinin belirlenmesi için oluşturulan çalışmalardır. Bu çalışmalar;
  - *Değişim yaşayan kurumlar:* Kurum içerisinde mükemmel güvelige yönelik oluşturulan bariyerlerin belirlenmesi ve çözümlenmesi yönünde geliştirilen çalışmalar olarak nitelendirilmiştir. Kurumdaki iletişim, çalışanların farkındalığı, yönetimin bağlılığı ve güvenlik önceliği gibi konuların güvenlik kültürünü doğrudan etkilediği belirtilmektedir.
  - *Büyük kazaların meydana geldiği kurumlar:* Kriz oluşabilecek kurumlarda yönetim zayıf bir güvenlik kültürü politikası izlemesi ve bu durumun sürekli meydana gelmesi olarak tanımlanmaktadır.
  - *Yüksek güvenilirli kurumlar:* Büyük kazaların oluşabileceği bir alanda hizmet veren kurumda kaza sayılarının az olması bu tür kurumlara

<sup>101</sup> Wiegmann,a.g.e.s:13.

<sup>102</sup> Choudry, Fang, Mohamed, a.g.e.s:1001.

<sup>103</sup> Guldenmund,a.g.e.s:194-196.

örnek olarak verilebilmektedir. Çalışan görüşmeleri, gözlem ve yapılan anketler ile bu tür kurumlar için çalışmalar yapılmaktadır.



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3.HASTA GÜVENLİĞİ ve HASTA GÜVENLİK KÜLTÜRÜ

Hasta güvenliği kavramı ile ilgili çeşitli somut ve soyut tanımlarla ile karşılaşılmaktadır. Hasta güvenliği kavramı Ulusal Tıp Enstitüsü(IOM) tarafından hastalara zarar verilmesinin önüne geçilmesi olarak tanımlanmaktadır<sup>104</sup>.

Hasta güvenliği kavramı başka bir kaynakta ise; sağlık hizmet sunumundaki hatalara bağlı olarak hastalarda meydana getirdiği zararların en aza indirilmesi ya da engellenmesi olarak tanımlanmaktadır<sup>105</sup>.

Naveh ve arkadaşları hasta güvenliğini “tedavi hatalarının olmaması, sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanan yaralanma ve advers olay <sup>106</sup> sonuçlardan sakınılması ve önlenmesi” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu kapsamda hasta güvenliğini riske eden olaylar ya da hatalar, normal prosedür ve tedaviden sapmalar, hastalığa ilişkin komplikasyonlar dışında kalan bakım yönetiminden kaynaklanan yaralanmalar, ekipman arızalarından kaynaklanan olaylar, cerrahi girişim gibi planlanan bir faaliyetin istenen şekilde sonuçlanmaması, bir tedavi hedefine ulaşmak için uygun faaliyetin planlanmamış olması, planlanan tedavi planının uygulanmaması gibi olaylar hasta güvenliğini tehdit eden olaylar olarak sıralanmaktadır<sup>107</sup>.

Hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden unsurların ve tıbbi hataların rapor edilmesi, hastaya zarar vermeden tanı-tedavi ve bakım hizmetlerinin yerine getirilmesi için, kurumun çalışma felsefesi ve dinamikleri çerçevesinde tüm sağlık çalışanlarının hasta güvenlik kültürü sorumluluğuna sahip olması gerekmektedir <sup>108</sup>.

---

<sup>104</sup> Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, et al., editors. (2004)Patient safety: Achieving a New Standard for Care. Washington, DC: National Academies Press; s:38.

<sup>105</sup> Güllkaya, E.,Hacattepe Üniversitesi(HÜ) Erişkin Hastanesinde Yapılan Akreditasyon Çalışmaları Sürecinde, Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi Düzeyleri, HÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü(SABE), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), Ankara, s:12.

<sup>106</sup> İstenmeyen Olay ( Adverse Event):Hastalığa ilişkin komplikasyonlar dışında, sunulan tıbbi hizmet yönetimi ile ilişkili yaralanmaları (zarar görmeleri) ifade eder.

<sup>107</sup> Tak, a.g.e.s: 76.

<sup>108</sup> Vural, F.,Çiftçi, Ş. Fil, A. Aydın, B. Vural, (2014), *Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Alguları ve Tıbbi Hataların Raporlanmasını*, İstanbul: Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 5, Nisan Sayı: 2.,s:23-25.

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya azaltılması olarak tanımlanmaktadır <sup>109</sup>.

Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulması olarak belirtilmektedir <sup>110</sup>.

### **3.1.HASTA GÜVENLİĞİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ**

Kırım Savaşı sırasında Florance Nightingale'in savaş yaralıları bakımı sırasında askerlerin sadece altıda birinin savaşa bağlı yaralanmalar nedeni ile öldüğünü saptaması, diğer ölümlerin tifo, tifüs, dizanteri gibi kötü yaşam koşullarına bağlı enfeksiyonlar nedeni ile olduğunu savunması ve bunu hasta sonuçlarını kayıt ederek kendine özgü istatistiksel yöntemler ile izah etmesi 1850 li yıllara denk gelmektedir. Ernst Codman adlı ortopedi uzmanı 1910 yılında; hastaların yapılan tedaviden fayda görüp görmediğini anlayabilmek için izlenmesi ve hasta kayıtlarının bu açıdan karşılaştırılması gerektiğini ifade etmektedir. Tüm bu tarihsel gelişimi göz önünde tutulursa, sağlık bakımı alanında risk yönetimi, kalite ve hasta güvenliği gibi kavramların köklerinin çok eskilere dayandığı görülmektedir. Ancak günümüzdeki anlamı ile hasta güvenliği, hem kavramsal olarak hem de bilimsel disiplin bağlamında göreceli olarak yeni olduğu ileri sürülmektedir <sup>111</sup>.

---

<sup>109</sup> Sayek ,F. TTB Raporları, s:17.

<sup>110</sup> Güven, Rabia (2007), “Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı”, 5.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 4-8 Nisan, Antalya, s:411-422.

<sup>111</sup> Sözer, Elif, (2012), *Hasta Güvenliği Kültürü Ve Ölçüm Yöntemleri*, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, s: 59.

### 3.2.HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Hasta; kaza veya yaralanma dolayısıyla fizik veya ruh sağlığı bozulmuş ve tedavi edilmesi gereken kimse, rahatsız olan kişi olarak tanımlanmaktadır <sup>112</sup>.

Hasta Güvenliği Kültürü, “güvenliği veya emniyeti tehdit edebilecek davranış veya uygulamalarla bunların yer aldığı “*ortak kullanım ya da etki alanında*” bulunan canlıların veya nesnelerin (teçhizat, araç vb.) zararını en aza indirmeyi amaçlayan, güvenlik veya emniyete öncelik veren algılar, inançlar, tutumlar, kurallar, roller, sosyal, teknik ve politik uygulamalarla, yetkinlikler ve sorumluluk hislerinin bütünü olarak tanımlanmaktadır <sup>113</sup>.

Hasta Güvenlik Kültürü bir başka kaynakta “tüm çalışanların potansiyel olarak yanlış yapıma olasılığı olan iş ve işlemler konusunda sürekli ve aktif bir farkındalığa sahip olduğu” kültür olarak tanımlanmaktadır. Bu kültür içinde bireylerin açık ve adil olması ön plana çıkartılmakta ve hataların açıkça konuşulması konusunda bireyler teşvik edilmektedir. Dolayısıyla güvenlik kültürü bireylerin, yapılan yanlışlardan öğrenme ve yanlışın yerine doğrusunu koymalarını sağlayan bir ortamı tasvir etmektedir. Yüksek güvenilirliğe sahip organizasyonlar konusunda literatürde çok atıf alan Karleine Roberts, güvenilir organizasyon olmanın önkoşullarını değişime isteklilik ve güçlü bir öğrenme isteği, güçlü bir örgüt kültürü, çalışanların güvenlik konusunu sahiplenmesi ve güvenliği sağlamak için çaba göstermesi ve güvenlik konusunun çok sık şekilde telaffuz edilmesi olarak sıralamaktadır <sup>114</sup>.

### 3.3.HASTA GÜVENLİĞİ YAKLAŞIMLARI

Ulusal Tıp Enstitüsü(IOM)'nun raporuna göre her yıl 44000 ila 98000 kişi önlenebilir istenmeyen olaylar nedeniyle hayatını kaybetmekte olduğu görülmektedir. Benzer bir şekilde İngiltere’de yürütülen bir araştırmada hastanelere 2002 yılında başvuran 900 bin hastanın %10’unun hasta güvenliğini tehdit eden bir olaya maruz kaldığını ve bu olayların yaklaşık yarısının önlenebilir nitelikte olduğunu göstermektedir. Söz konusu çalışma kapsamında ayrıca hasta güvenliğini tehdit eden olayların 72 bin hastanın ölümünde etkili olmuş olabileceği, ancak ne kadarının doğrudan ölüme sebep olduğunun bilinemediği yorumu yapılmaktadır.2009 yılında yayınlanan bir diğer araştırma da konunun ne ölçüde önemli olduğunu bir kez daha vurgulamaktadır. Mayo Clinic Rochester Hastanesi’nde 2005 yılında taburcu edilen tüm

<sup>112</sup>[http://tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.55d61514728a56.97546448](http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.55d61514728a56.97546448), erişim tarihi: 15.Nisan 2017.

<sup>113</sup> Özkan, Türker ve Lajunen, Timo, a.g.e.s:65-67.

<sup>114</sup> Tak, a.g.e.s: 80.

hastaları kapsayan ve hastaların herhangi bir şekilde hasta güvenliğini tehdit eden olaylarla karşılaşp- karşılaşmadığını inceleyen bir araştırma yürütülmüştür<sup>115</sup>.

Araştırma bulguları toplam 60599 hastanın %4'ünün (2401 kişi) bu nitelikte bir olaya maruz kaldığını göstermektedir<sup>116</sup>.

Dünyada her yıl yatarak tedavi gören her on hastadan birinin aldığı sağlık hizmetine bağlı olarak zarar gördüğü tahmin edilmektedir. Her yıl on milyonlarca hastanın zarar görmesine yol açan tıbbi hatalar ve istenmeyen olaylar aynı zamanda milyar dolarlarla ifade edilen ekonomik zararlara da yol açmaktadır. Hasta güvenliğini tehdit eden uygulamalara ilişkin alınabilecek önlemlerle ilgili sağlık sistemine, sağlık kuruluşlarına, başta hekimler ve hemşireler olmak üzere sektörün tüm çalışanlarına ve hastalara düşen görevler bulunmaktadır<sup>117</sup>

Hasta güvenliğine yönelik yapılan araştırmalarda genellikle tıbbi hatalara yönelik istatistiksel sonuçlar verilmektedir, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik oluşturulan programlarda da bu tıbbi hataları önlemek için çözümler aranmaktadır.

Ülke	%
ABD	34
Kanada	30
Avusturalya	27
Yeni Zelanda	25
Almanya	23
İngiltere	22

**Tablo:3.1:Tıbbi Hata Yapıldığına İnanlar**

**Kaynak: Sayek ,F.TTB Raporları , s:33 – 42.**

Yapılan bir araştırmada tıbbi hata yapıldığına inananların oranının Amerika Birleşik Devletleri'nde %34, Kanada'da %30, Avustralya'da %27, Almanya'da %23, İngiltere'de %22 olduğu saptanmıştır<sup>118</sup>.

Amerika Birleşik Devletleri'nde dördüncüsü yayınlanan Hasta Güvenliği Çalışmasına göre 5000 hastanedeki 40 milyondan fazla kaydın incelenmesiyle yapılan çalışmada üç yıllık sürede 1.16 milyon hasta güvenliği olayı (%2,86) meydana gelmiştir. Bu tıbbi hatalardan 247.662'si

<sup>115</sup> Tak, a.g.e.s: 73.

<sup>116</sup> Tak, a.g.e.s: 73.

<sup>117</sup> Sayek,F.a.g.e.,s:33-42.

<sup>118</sup> Alp, F.Y., (2011), *Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi*, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s:15.



ölümle sonuçlanmıştır. Buna göre hasta güvenliği ile ilgili bir olaya maruz kalan hastalardan yaklaşık %25'inin ölme riski bulunmaktadır. Bu dönemde yaşanan olayların maliyeti ise 8.6 milyar doları bulmaktadır. Araştırmaya göre, eğer bütün hastaneler üst düzey hastaneler gibi hizmet verebilmiş olsalar, hasta güvenliği ile ilgili 206.286 olay, 34393 ölümün önlenilebileceği ve sağlık harcamalarında yaklaşık 1.74 milyar dolar tasarruf sağlanacağı belirtilmektedir<sup>119</sup>.

Ulusal Tıp Enstitüsü(IOM) 21. yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konuları;

- ❖ **Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği):** Hastalara yardım ederken zarar vermeden kaçınma,
- ❖ **Etkili bir sağlık hizmeti:** Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi,
- ❖ **Hasta-odaklı sağlık hizmeti:** Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti,
- ❖ **Zamanında verilen sağlık hizmeti:** Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlendiği bir sistem (sağlığa ulaşılabilirlik)
- ❖ **Verimli sunulan sağlık hizmeti:** İsrafin önlendiği, maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumu
- ❖ **Eşit dağılım:** Sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olması şeklinde sıralamaktadır<sup>120</sup>.

### 3.4.HASTA GÜVENLİĞİNDE HATA TÜRLERİ

Sağlık hizmetlerinin sunumunda insan faktörü büyük ölçüde önem taşımaktadır. Sağlık bakım süreçlerinin süreklilik arz etmesi ve ikame edilememesi dolayısıyla sağlık çalışanlarının yorgun bir şekilde hizmet sunması, stresli çalışması gibi faktörleri de beraberinde getirmektedir.<sup>121</sup>

Hasta güvenliğinde hata türleri incelendiğinde tıbbi hataların kaynaklarına göre;

1. İşleme bağlı hatalar,
2. İhmale bağlı hatalar,
3. Uygulamaya bağlı hatalar olarak ayrılmaktadır<sup>122</sup>.

<sup>119</sup> Çakır,a.g.e.s: 119.

<sup>120</sup> Akalın, H. E.,(2004), *Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?* ANKEM Dergisi, s:12-13.

<sup>121</sup> Akman,A.B.,(2010). *Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü İle İlgili Algılarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırması*, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tez,İstanbul,s:51-52.

- ❖ **Tanı aşamasında** (yanlış tanı veya tanı koymakta gecikme, uygun ve gerekli tetkiklerin yapılmaması, güncel olmayan yöntemlerin kullanılması ya da tetkik sonuçlarına uygun önlemlerin alınmaması gibi),
- ❖ **Tedavi aşamasında** (cerrahi bir girişim, işlem veya tedavinin yanlış yapılması, ilaç doz veya verilmiş şeklinde hata yapılması, tedavinin uygulanmasında gecikme ya da uygun olmayan tedavinin planlanması gibi),
- ❖ **Diğer basamaklarda** (profilaktik tedavi uygulamada hata, tedaviden sonra yetersiz takip, kullanılan aletlerde yetersizlik/eksiklik gibi), yani tıbbi uygulamaların tüm spektrumunda görülebilir. Ama en sık ve genellikle en ağır sonuçlu hatalar ile tedavi sürecinde karşılaşılır<sup>123</sup>.

Aşağıdaki tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilmektedir.

- ❖ **İlaç hataları:** Çoğu önlenemez olan bu hatalar verilen ilaçların hastaya yanlış uygulanması ile ilgilidir. Yanlış ilaç seçimi, yanlış doz, verilmiş şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, allerjisi olan hastaya bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu tip hatalardır.

İlaç uygulama hatalarına bakıldığında, ilacın order edilme aşamasından uygulandıktan sonraki etkilerin takibini de içine alan, çok geniş bir süreç içinde gerçekleştiği görülmektedir. Cornish ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, hastaların % 54'ünün hastaneye yatmadan önce düzenli olarak kullandığı ilaçlarında hata olduğu ve bu hataların %46'sının ilacın atlanması, % 25'inin farklı doz, % 17'sinin farklı sıklık ve % 11'inin yanlış ilaç olduğu belirtilmiştir<sup>124</sup>.

- ❖ **Cerrahi hatalar:** Çalışmalar cerrahi hataların, hastaneye yatan her 50 hastanın birinde görüldüğünü ortaya koymuştur.
- ❖ **Tanı koymada hatalar:** Yanlış tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye ve gereksiz tetkiklerin yapılmasına neden olabilmektedir. Laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması sık rastlanılan tıbbi hatalar arasında yer almaktadır.
- ❖ **Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar:** Sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır (defibrilatör, intra venöz sıvı pompaları, anestezi aletleri, v.b.)
- ❖ **Diğer hatalar:** Hastane infeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu, hastanın düşürülmesi vb. gibi sorunlar önemli tıbbi hatalar arasında yer almaktadır<sup>125</sup>.

---

<sup>122</sup> Güven,a.g.e.s:412.

<sup>123</sup> Sayek,F. a.g.e., s: 14.

<sup>124</sup> Güven,a.g.e.s:413.

<sup>125</sup> Güven, a.g.e.s:413.

### 3.5.HASTA GÜVENLİĞİNİN ÖNEMİ

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kurumları ve bu kurumlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı olarak belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilere verilebilecek zararı önlemek amacıyla sağlık kurumlarının aldığı önlemlerin tamamı olarak tanımlayabileceğimiz hasta güvenliği, nitelikli sağlık hizmetinin birincil ve vazgeçilmez koşulunu oluşturmaktadır <sup>126</sup>.

Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulması olarak belirtilmektedir <sup>127</sup>.

Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI) hasta güvenliği hedeflerini dönem dönem güncelleyerek yayınlamaktadır, belirlenen hedefler temel olarak;

- ❖ **Hasta Kimliğinin Doğru Belirlenmesi:** Hasta kimliğinin doğru tanımlanması/en az iki kimlik bilgisi: ilaç, kan ve kan ürünleri, örnek alma ve laboratuvar tetkikleri, herhangi bir tedavi uygulama öncesi (oda numarası kesinlikle kullanılmamalıdır),
- ❖ **Etkin İletişimin İyileştirilmesi :** Sözlü istem alma yönetimi, geri okuma ve doğrulama,
- ❖ **Yüksek Riskli Medikasyonların Güvenliğinin İyileştirilmesi:** Konsantre elektrolit solüsyonları gibi ilaçların hasta bakım ünitelerinde bulundurulmaması,
- ❖ **Doğru Taraf, Doğru İşlem, Doğru Hasta Cerrahisinin Güvence Altına Alınması :** Sağlık kurumu; doğru taraf, doğru işlem ve doğru hasta cerrahisini sağlamak üzere ameliyattan hemen önce ameliyathanede gerçekleştirilen mola (son kontrol; time-out) için bir süreç geliştirmiştir ve uygulamaktadır.
- ❖ **Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar Riskinin Azaltılması:** Sağlık hizmetine bağlı enfeksiyonları azaltma, uygun el yıkama uygulamaları,

<sup>126</sup> Mitchell PH, Lang NM.(2004). *Framing The Problem of Measuring and Improving Healthcare Quality: Has the Quality Health Outcomes Model Been Useful*. Med Care. s:114-121.

<sup>127</sup> Şen, S. S. Er. ve S. Ümran. (2009). Hasta Güvenliği Ve Tıbbi Hatalar. I Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2.s:26.

- ❖ **Hastaların Düşme Olayları Sonucu Zarar Görme Riskinin Azaltılması:**  
Hastaların düşmelerine bağlı kaza ve yaralanmaları engelleme: risk belirlenmesi şeklinde tanımlanmaktadır <sup>128</sup>.

Ulusal Tıp Enstitüsü (IOM), hasta güvenliği konusunu 21. Yüzyıl Sağlık Sunumu öncelikleri arasında sağlık sisteminde iyileştirilmesinde amaçlanan konuları <sup>129</sup>;

1. Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği): Hastalara yardım ederken zarar vermektten kaçınma,
2. Etkili bir sağlık hizmeti: Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi
3. Hasta-odaklı sağlık hizmeti: Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti
4. Zamanında verilen sağlık hizmeti: Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlenildiği bir sistem (sağlığa ulaşılabilirlik)
5. Verimli sunulan sağlık hizmeti: İsrafın önlenildiği, maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumu şeklinde sıralamaktadır <sup>130</sup>.

### **3.6.HASTA GÜVENLİĞİ İHLALLERİNE NEDEN OLABİLECEK FAKTÖRLER**

Hasta güvenliği ihlaline sebep olabilecek faktörler aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır <sup>131</sup>;

- ❖ Hastaya ait faktörler;
- Hastanın içinde bulunduğu durum (hastalığın ciddiyeti, v.b.)
  - İletişim sorunları
  - Kişilik yapısı ve sosyal faktörler
- ❖ İşlemlerle ilgili faktörler;
- Protokollerin olması
  - Laboratuvar sonuçlarının olması

<sup>128</sup> Güven,a.g.e.s:415.

<sup>129</sup> Akalın, H. E. , (2005), *Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği*, Yoğun Bakım Dergisi, s:141-146.

<sup>130</sup> Tourangeau AE, Cranley LA, Jeffs L. (2006).Impact of Nursing on Hospital Patient Mortality: a Focused Review and Related Policy Implications. Quality Safety Health Care. 15(1)s:4–8.

<sup>131</sup> Erlen JA. (2001)Medication Errors: Ethical Implications. Ortho Nurse, 20(4)s:82–5.

- Bu sonuçların güvenilirliği ve doğruluğu
- ❖ Hizmet sunana (sağlık çalışanı) bağlı faktörler;
  - Yorgunluk
  - Motivasyon
  - Fiziksel veya mental sağlık
- ❖ Takım ile ilgili faktörler;
  - Hasta devri sırasında yazılı veya sözlü iletişim
  - Hasta bakımı sırasında yazılı veya sözlü iletişim
  - Kriz sırasında yazılı veya sözlü iletişim
  - Takım yapısı ve liderlik
- ❖ Eğitim ve deneyim;
  - Bilgi, yetenek ve yeterlilik
  - Denetim ve yardım isteme
  - Kabul edilmiş protokollerin izlenmesi
- ❖ Kurumsal çevre;
  - Kaynaklar (özellikle finansal)
  - Zaman baskısı

### **3.7.HASTA GÜVENLİĞİNDE HATA MODELLERİ**

Hasta güvenliği yazınında önemli bir yeri olan Perrow kazaların %60 ila 80'inin insan hatasından kaynaklandığını ve tedbirli yaklaşımda bile bu oranın %30-40'ın altına inmeyeceğini öngörmektedir. Sağlık alanında insan hatalarının payı konusunda doğrudan bir veri bulunmamaktadır. Ancak, Ulusal Tıp Enstitüsü(IOM) raporunda (IOM:2000) atıf yapılan bir araştırma sonucunda anestezi ile ilişkili advers olayların %82'sinin insan kaynaklı olduğu gösterilmektedir. Yakın tarihli bir çalışmanın bulguları da insan kaynaklı hataların payını vurgulamaktadır. Ross ve Ranum (2009) tarafından yürütülen söz konusu araştırma, hasta güvenliğini riske eden vakaların Anestezi sonrası bakım ünitesi için %39; gününbirlik cerrahi girişim birimleri için ise % 25'nin birincil sorumlusunun hemşireler olduğunu göstermiştir<sup>132</sup>.

Perrow'un izleyicisi olarak kabul edilen ve Human Error (İnsan hatası) adlı kitabı ile ilgili yazını geliştiren Psikoloji Profesörü James Reason (1990) bu durumu "hata, olayın nedeni değil

---

<sup>132</sup> Tak, a.g.e.s: 78.

sonucudur. Bu nedenle bir advers olay olduğunda kim sorusu yerine sistemin nasıl ve niçin etkisiz kaldığı sorusu sorulmalı.” demektedir.

Reason (1990), tıp dünyasında hatalardan dolayı kişilerin suçlanmasının yaygın bir gelenek olduğunu vurgulayarak, insanı değiştiremeyiz ama insanın çalıştığı koşulları değiştirebiliriz demektedir. Bu kapsamda sistemi esas alan yaklaşımın benimsenmesini ve insanın değil "sistemin iyileştirilmesinin" önemini vurgulamaktadır. Hataların sebebi olarak çalışanların görülmesi ve çalışanı suçlama eğiliminin kuruluşlarda bir suçlama tuzağına dönüştüğüne ve hataların gerçek nedenlerinin araştırılarak önlem alınmasını engellediğine dikkat çekmektedir <sup>133</sup>.

Kazalar çoğunlukla, insan ögesi ve teknik yetersizlik ile açıklanır. Ancak teknik konularda insandan bağımsız bir olgu olmadığından, kurulum, bakım veya işletme sırasında ortaya çıkan çoğu teknik sorun yine insan ihmalinden ya da hatasından oluşmaktadır. Hatanın meydana geliş nedenleri farklı hata teorileriyle açıklanmıştır. Bunlardan Göktaş'ın alıntı yaptığı Reason'e göre hatalar <sup>134</sup>;

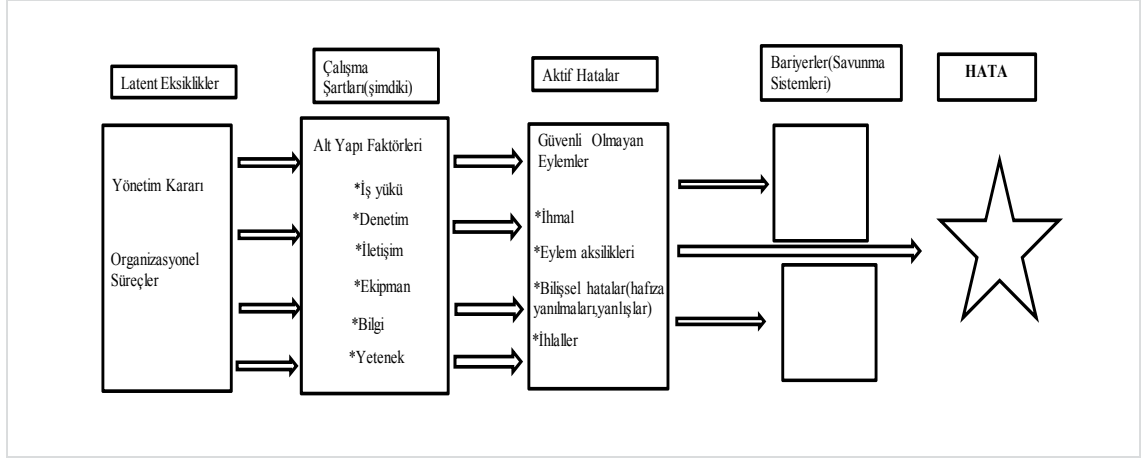
- ❖ **Birey modeli:** hataya neden olan davranışlar insana özgüdür. Unutkanlık, dikkatsizlik, dikkat dağınılımları hataya neden olur.
- ❖ **Yasal model:** sorumluluk sahibi kişiler hata yapmazlar, ihmaller ve umursamaz davranışlar hataya neden olur.
- ❖ **Sistem modeli:** sistem içindeki “latent” (gizli) patolojiler insanı hataya düşürebilir. İstenmeyen olaylara neden olabilir şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

Bir başka model olan Reason'nun hastanelerde meydana gelen hata nedenleri modelinden uyarlanmış hastanelerde hata gelişim modelinde ise; hataya neden olan organizasyonel durumların ya da gizli eksikliklerin organizasyonun ya da organizasyon süreçlerinin daha üst kademelerdeki hatalı olabilen yönetim kararları ve uygulamalarının sonucu olarak ortaya çıktığı gösterilmektedir. Model Şekil 3.1'de gösterilmektedir.

---

<sup>133</sup> Tak, a.g.e.s: 79.

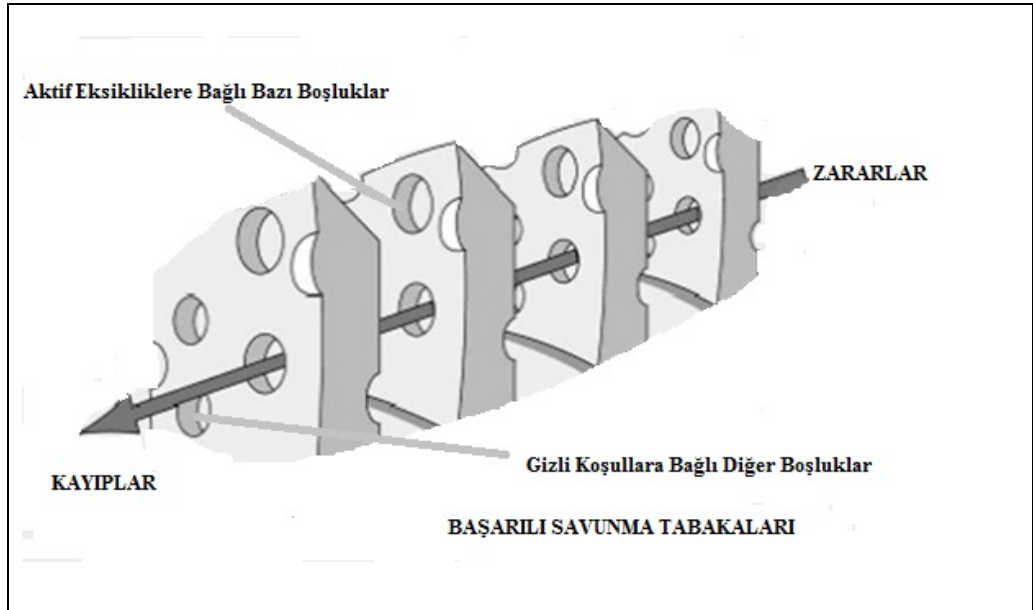
<sup>134</sup> Altındış, S., (2009), *Bilgi Yönetimi Uygulamalarının Hasta Güvenliğine Etkilerine İlişkin Bir Araştırma* Afyon: Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tez'inden özetlenmiştir, s: 10 – 15.



**Şekil:3.1:Hastanelerde Hata Gelişim Modeli**

**Kaynak: James Reason, Human Error: Models and Management, BMJ, Mart, 2000.**

Şekil 3.1’de gösterilen bu gizli eksiklikler, organizasyonel uygulamalara aktarılmıyca kadar, sonuçlar pasif olarak kalmaktadır. Bu eksiklikler kurumun diğer yetersizlikleri ile birleştiğinde ise güvenli olmayan eylemlere ya da farklı birçok aktif hataya neden olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte Şekil 3.2’de değiştirilmiş İsviçre Peynir modelinde de (Swiss Cheese Model) gösterildiği gibi aktif hatalar, savunma sistemlerini ya da bariyerleri geçinceye kadar bir zarara neden olmayacağı aktarılmaktadır.



**Şekil: 3.2: James REASON “İsviçre Peyniri Modeli**

**Kaynak: James REASON Beyond The Organizational Accident: The Need For "Error Wisdom " On The Frontline, Quality and Safety in Health Care , 2004 .**

Bu savunma tabakaları ya da bariyerler, konusunda uzman kişileri, alarmları, yazılı prosedürleri ve kontroller gibi sistem içindeki unsurları kapsar. Bu bariyerler çoğu zaman hata oluşmasını önler fakat bazen zarar görebilir ya da bazı zayıflıklar oluşabilir. Bariyerler üzerinde bulunan bu zayıflıklar İsviçre peyniri dilimlerindeki boşluklar (delikler) olarak gösterilmektedir.<sup>135</sup>

Yukarıdaki şekilde bir bariyerdeki eksiklik ya da zayıflık, problemin bir boşluktan geçmesine izin verebilmekte ancak organizasyon sonraki basamakta onu durdurma fırsatına sahip olabilmektedir. Ancak kusurlu olması gayet doğal olan bir sistemin (özellikle de sağlık hizmeti veren sistemlerin) her bir basamağındaki mevcut kusurlar ya da zayıflıklar üst üste geldiğinde istenmeyen bir olay ya da hata ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla İsviçre Peynir Modeli olumsuz şartların ya da birtakım eksikliklerin hastalarda nasıl hasara yol açtığını açıklamaktadır.<sup>136</sup>

Yukarıda anlatılan hata bariyerleri ya da organizasyonel savunma noktaları için örneklere Tablo 3.2’de yer verilmektedir.

<b>Bariyerler (Savunma)</b>	<b>Hatalara Neden Olan Şartlara Örnek</b>
Sağlık Hizmetleri Sistemi	Ekonomik konular, yönetim konuları
Organizasyon	Yetersiz personel alımı, cezalandırıcı politikalar, prosedür yokluğu, güvenlik ve bilgi paylaşım kültürü
Hizmet çevresi	Kötü tesis dizaynı, dikkat dağıtıcı çevre unsurları,
Araçlar ve Ekipman	Hantal teknoloji, gecikmiş bakım,
Hizmet verenler	Karışık mesajlar, baskı altında hizmet, iş yükü,
Hasta	Dil ve iletişim engelleri

**Tablo:3.2: Sağlık Sisteminde Bariyerler ve Hatalara Neden Olan Şartlara Örnekler**

Hatalara neden olan savunma tabakalarında bulunan boşluklar, aktif eksikler ve gizli (*latent*) şartlar olmak üzere iki şekilde ortaya çıkmaktadır. Aktif eksiklikler hata ile doğrudan temas halinde olan kişilerden kaynaklanmakta ve dikkatsizlik, beceriksizlik, unutkanlıklar olarak sıralanmaktadır. Gizli şartlar ise sistem içinde var olan hata provokatörleri olup zaman baskısı, yetersiz istihdam, çalışmayan prosedürler, güven vermeyen ölçüm araçları, uygun olmayan ekipman ve savunma tabakalarındaki diğer zayıflıklar örnek olarak gösterilmektedir. Aktif hatalar, her bir duruma özel ve önceden görülmesi zor olan hatalar olarak sıralanmaktadır. Gizli

<sup>135</sup> Gökteş, a.g.e.s:16-18.

<sup>136</sup> Gökteş, a.g.e.s:18-20.



şartları önceden görmek ve önlem almak ise mümkün olabilmektedir. Sağlık kurumundaki bu deliklerin ya da eksikliklerin büyüklüğünü ve sayılarını azaltma ve daha fazla koruyucu bariyer geliştirme, hataları önlemede yardımcı olabilmektedir<sup>137</sup>.

Tıbbi hataların önlenmesine yönelik klasik yaklaşım ise “suçlayıcı-cezalandırıcı model” olarak adlandırılan uygulamalar olarak gösterilmektedir. Tıbbi hatalarla yoğun olarak ilgilenen ülkelerde, bu hataların önlenmesine yönelik ilk uygulamalar, hata yapanı belirlemek ve cezalandırmak şeklinde olmaktadır. Yıldırmanın amaç olarak, hataları önlemenin önüne geçtiği bu sistemlerde, sağlık hizmetlerinin sunumunda doğrudan görev alan çalışanlar kendilerini savunmak için çeşitli stratejiler geliştirmektedir. Tıbbi hataları gizlemek, bu amaçla meslek içi dayanışma sağlamak, herhangi bir hata ortaya çıktığında yasal olarak suçsuz kabul edilebilmek için gerekli-gereksiz tıbbi işlemler yapmak ve bunların kaydını tutmak gibi pek çok tutum, sağlık çalışanlarının yaygın tutumları haline gelmiştir.

Hataların önlenmesine yönelik suçlayıcı-cezalandırıcı modeli yetkin biçimde kullanan ülkeler, bu uygulamaların sağladıkları yarardan çok, birtakım olumsuzluklara yol açtığını saptamışlar ve yeni bir yaklaşımla “bildirici model” olarak tanımlanan uygulama biçimine geçme çabası göstermektedirler. Hasta güvenliğini arttıran ve tıbbi hataları en aza indirmeyi amaçlayan sistemler, riski azaltarak tıbbi hataları önlemeye yönelik önemli bir işlev yüklenmektedirler. Bildirici modelin temel görüşü, hataların bir kişi tarafından gerçekleştirilse de aslında problemi oluşturan bir sürecin sonucunda ortaya çıktığıdır. Buna bağlı olarak temelde hataların sistemin sorunlu olduğunu görünür kılması, buzdağının altını yansıtmaları nedeniyle yararlıdır. Bu nedenle bildirici modeli savunanların önerisi tıbbi hata meydana geldikten sonra yapılan yargılamanın yerine, hatayı ortaya çıkaran sürece odaklanan, hatayı yapanın onu bildirmesini destekleyen bir sistemin getirilmesidir. Amaç hata nedenlerini yöntemlerle ortadan kaldırmak ve söz konusu hatanın bir daha meydana gelmesini engellemektir<sup>138</sup>.

Dolayısıyla Sağlık hizmeti veren organizasyonlar, bireylere suç isnat etmek ve suçlamalar yöneltmekten ziyade, sistemlere yönelmesi gerekmektedir. Çünkü Ulusal Tıp Enstitüsü(IOM) raporunda alıntı yaptığı Cook’a göre; “güvenlik, sistemlerin gelişen bir özelliğidir, sistemin parçası değil. Hataları azaltmak üzere gösterilen çabalar için böyle bir güvenlik kültürü geliştirme gereklidir ve güvenlik kültürü oluşturmak oldukça güçtür. Hasta güvenliğini geliştirmenin en önemli engeli, sağlık hizmeti veren kuruluş ve organizasyonlarda, günlük

---

<sup>137</sup> Gökteş, a.g.e.s:10-15.

<sup>138</sup> Çakır, a.g.e.s:130-131.

olarak görülen hataların boyutunun farkında olunmamasıdır. Bu boyutlardan haberdar olmama durumu, hataların raporlanmaması sebebi ile ilişkilendirilmektedir <sup>139</sup>.

Çünkü hatalar, raporlandığı zaman personel cezalandırılacağı korkusunu taşır. Başka bir deyişle, cezalandırılma korkusuna sahip personel, hataları raporlamaz. Dolayısıyla sağlık hizmeti veren organizasyonlar, kazaları ve hataları raporlamak için gerekli cezalandırıcı olmayan çevre ve sistemleri kurmalıdır. Kurulan bu sistemler, gelişmekte olan bir yöntemi, ortaya çıkarma, açıklama, güvenilir tasarımlar ve planlar yapmak için yeniliği (inovasyonu) desteklemeli ve geliştirmelidir. Tüm bunların gerçekleşmesi için ayrıca sağlık hizmeti veren organizasyonların hataları değerlendirmesi, denetimi ve hataları azaltmak üzere gerekli metot ve yöntemleri uygulamak için ihtiyaç duyulan kaynakları da sağlaması gerekir. İhtiyaç duyulan en önemli kaynaklardan biri de sağlık hizmeti bilgisidir. Sağlık hizmetleri bilgisi organizasyon içinde birçok alanda ve bireyde yoğun bir şekilde üretilir. Üretilen bilgilerin organizasyon hedefleri doğrultusunda kullanımı için etkin bir bilgi yönetimi uygulaması gereklidir <sup>140</sup>.

### **3.8.HASTA GÜVENLİĞİNDE HATALARIN RAPORLANDIRILMASI**

Hasta güvenliği uygulamaları, sağlık bakımının karmaşık ortamındaki hatalara katkıda bulunan sistemle ilgili hataları ortaya çıkarmayı hedeflemektedir. Hataların büyük çoğunluğunun gönüllü olarak bildirilmemesi iyileştirme çabalarının başarısız olmalarına sebep olmaktadır <sup>141</sup>.

Hasta güvenliğinde meydana gelen hataların raporlandırılma süreci önemli bir yer tutmaktadır. Hataları bildirmek, hata önlemenin temelini oluşturmaktadır. Bununla birlikte, hastaya zarar vermeden önce fark edilen potansiyel hatalar, zarar vermeyen hatalar ve ramak kala hataları, hastalara zarar veren hataları raporlandırmak kadar önemli olduğu belirtilmektedir <sup>142 143</sup>.

Çok sık görülen ramak kala olayların ya da hastaya zarar vermeyen olayların raporlandırılması, hataların proaktif olarak önlenmesinde büyük bilgiler sağlayabilmektedir. Hataların analiz sürecindeki esas noktanın; çalışan performans ölçümü olarak değerlendirilmemesi aslında sistemin güvenlik açıklarına dikkat çektiği belirtilmiştir <sup>144</sup>.

---

<sup>139</sup> Çakır, a.g.e.s:132–133.

<sup>140</sup> Henry LL.(2005) Disclosure of Medical Errors: Ethical Considerations for The Development of a Facility Policy and Organizational Culture Change. Policy Politics & Nurs Pract. s:127–134.

<sup>141</sup> Henry LL.a.g.e. s:127–134.

<sup>142</sup> Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, et al. (2003).Patients' and Physician's Attitudes Regarding Disclosure of Medical Errors. JAMA. s:1001–1007.

<sup>143</sup> Evans SM, Berry JG, Smith BJ, et al. (2004)Anonymity or Transparency in Reporting of Medical Error: a Community-Based Survey in South Australia. Med J, s:577–580.

<sup>144</sup> Mick MJ, Wood GL, Massey RL.(2007) The Good Catch Pilot Program: Increasing Potential Error Reporting. JONA. s:499–503.

Oluşan hata sonucunun ciddi olmaması bunun hata olduğu gerçeğini ortadan kaldırmadığı, oluşan hata ve ramak kala olayların raporlandırılmasının kurum içerisinde güvenliği arttırmak için kilit önem taşıdığı için özellikle sağlık kurumlarında raporlama sistemlerinin etkin bir biçimde kullanılmasının gerekli olduğu belirtilmektedir<sup>145</sup>. Bu süreçlerin aktif ve etkin bir biçimde yürütülmesi, raporlandırma sürecini geliştirmek için çalışanlara eğitimler verilmesi, çalışan tavsiyeleri doğrultusunda kurum içerisinde stratejiler oluşturulması gerektiği belirtilmektedir<sup>146</sup>.

Hastanın zarar görmesine neden olan hataların sonuçları, gelecekteki hastalara zarar vermektен kaynaklı benzer hataların önlenmesi için ilkelerin ve prosedürlerin değiştirilmesini veya oluşturulmasını sağlamak için kritik bilgiler sağlayabilmektedir.<sup>147</sup>

Uluslararası Birleşik Komisyona (JCI) göre; hatalar tespit edildikten ve altta yatan faktör / problem veya "kök neden" tespit edildiğinde benzer hataların azaltılabileceği ve hasta güvenliği artırılabilir yönündedir. Hatalar ve ramak kala hatalar raporlandığında, bu bilgiler organizasyonların tam olarak neler olduğunu daha iyi anlamalarına, hataya neden olan faktörlerin / hataların yapılmasına neden olan faktörlerin kombinasyonunu belirlemesine, sıklığını belirlemelerine ve tekrar olabileceğinin öngörülmesine olanak sağlayabileceği belirtilmektedir<sup>148</sup>.

#### ❖ Hata Raporlandırma Mekanizmaları

Geleneksel hata raporlandırma mekanizmalarının, klinik olarak önemli tıbbi hataları saptamak ve belgelemek için sözel raporlar ve kağıt temelli olay raporları olduğu görülmektedir. Ancak bu raporların faydaları; sistemin tasarımına, elde edilen bilgilerin ne ve nasıl bilgiler olduğuna bağlı kalabilmektedir. Bunun yanı sıra raporlandırma; resmi raporlama mekanizmaları ya da hasta kayıtlarındaki dokümantasyon yoluyla, klinisyenin bir hatayı tanıma ve rapor etme konusundaki istekliliğini göstermektedir<sup>149</sup>.

Yeni yaklaşımlar hata raporlamayı artırmaya ve basitleştirmeye yönelik olarak geliştirildiğini göstermektedir. Hataları belirleme amacıyla web tabanlı formlar veya uyarlanmış standart e-tablolar oluşturma da dahil olmak üzere hataların tespit edilmesini

<sup>145</sup> Mick MJ, Wood GL, Massey RL. a.g.e.s:499–503.

<sup>146</sup> Mick MJ, Wood GL, Massey RL. a.g.e.s:499–503.

<sup>147</sup> Hobgood C, Weiner B, Tamayo-Sarver JH.(2006) *Medical Error Identification, Disclosure, and Reporting: Do Emergency Medicine Provider Groups Differ*. Academic Emergency Medicine. s:443–51.

<sup>148</sup> Hobgood C, Weiner B, Tamayo-Sarver JH. a.g.e.s: 443–51.

<sup>149</sup> Cullen CJ, Bates DW, Small SD, et al.(1995). *The Incident Reporting System Does Not Detect Adverse Drug Events: A Problem For Quality Improvement*. Jt Comm J Qual Improv.s:541–52.

otomatikleştirmeye odaklanıldığı görülmektedir <sup>150</sup>. Bu çabaların birçoğu çalışan katılımını arttırmaya odaklanmış gönüllü ve gizli raporlamayı vurgulanmaktadır. Hata ve ramak kala hataların bildirilmesi, hata etkilerinin azaltılmasını ve potansiyel hataların riskleri hakkında bilgiler sunmaktadır. Raporlama gelecekteki hataların sayısını azaltmakta, ve finansal maliyetleri düşürmektedir <sup>151</sup>.

### **3.9.HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN OLUŞMASINA ENGEL OLAN FAKTÖRLER**

Hasta güvenliğini esas alan bir çalışma sistemine geçiş sürecinin teknik ve kültürel olmak üzere iki boyutlu bir değişim programı olarak düzenlenmesi gerekmektedir. Teknik değişim anlamında yapı, politika ve prosedürlerden oluşan işleyiş sisteminin yeniden yapılandırılması göreceli olarak daha kolay biçimde gerçekleşebilmektedir <sup>152</sup>.

Kültürel anlamda değişim gerçekleşmediği sürece değişim çabaları başarısızlıkla sonuçlanmaktadır, kültürel değişim teknik değişime göre çok daha fazla zaman ve emek gerektirmektedir <sup>153</sup>.

Özellikle örgütün yapısal düzeni ve yönetsel işleyişinde değişim söz konusu olduğunda sistemde rol alan aktörlerin tutum ve davranışlarının yeni düzene uyumlaştırılması önem kazanmaktadır. Ancak bireylerin davranışlarını değiştirmeleri için gerekli mekanizmaların ve ortamın kurgulanması daha zor olmaktadır <sup>154</sup>.

Hasta güvenliği ile ilgili prosedür ve talimatlar yayınlayarak, istenmeyen olay bildirim formlarını dağıtıp çalışanlara hangi durumlarda doldurulup nereye göndereceklerini söyleyerek ve son olarak da birkaç kişiyi bu konuyu takip ile görevlendirerek bir hastanede hasta güvenliğini esas alan bir çalışma sisteminin kurulmayacağı bilinmektedir <sup>155</sup>.

Yönetsel kontrolün nasıl sağlanacağı sorusu, örgüt kuramının öteden beri temel tartışma alanlarından birini oluşturmaktadır. Bu bağlamda kültür bir sosyal kontrol aracı olarak devreye girmekte ve değişen bir sisteme birey davranışlarının uyumlu hale getirilmesini sağlamaktadır. Çünkü kültürü oluşturan normlar ve değerler, moral ve sosyal uyumlaştırma işlevini

---

<sup>150</sup> Davis MA, Rake GW.(2005). *Implementation Of a Data-Based Medical Event Reporting System in U.S. Department of Defense. In: AHRQ Publication* ,s:244-253.

<sup>151</sup> Arroyo DA. A(2007) Nonpunitive, Computerized System For Improved Reporting of Medical Occurrences,AHRQ Publication ,s:71-80.

<sup>152</sup> Hobgood C, Weiner B, Tamayo-Sarver JH. a.g.e.s: 455-457.

<sup>153</sup> Hobgood C, Weiner B, Tamayo-Sarver JH. a.g.e.s: 458-460.

<sup>154</sup> Arroyo DA. A.a.g.e.s:84-87.

<sup>155</sup> Arroyo DA. A.a.g.e.s:89-91.

üstlenmekte ve benzer şekilde programlanmış bireyler yaratmaktadır. Dolayısıyla hasta güvenliğini önceleyen bir çalışma anlayışının bir norm haline gelmesi gerekmektedir<sup>156</sup>.

Çünkü bir kurumun güvenlik kültürü; söz konusu kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür. Güvenlik kültürü, bir kurumda nelerin önemli olduğunu ve hasta güvenliği ile ilgili nasıl davranılacağını kapsayan değer yargılarını, inançları ve kuralları kapsamaktadır. Olumlu bir güvenlik kültürüne sahip olan kurumlarda; karşılıklı güvene dayanan iletişim, güvenliğin önemi konusundaki ortak algılamalar ve önleyici tedbirlerin yararlı olacağına duyulan inanç ön plana çıkmaktadır” .

Bir kuruluşta kültürel değişimin sağlanması için dört mekanizmadan yararlanılabileceğini belirtmektedir. Bunlar<sup>157</sup>;

1. Çalışanların karar alma süreçlerine katılımının ve kuruluşa aidiyet geliştirmelerinin sağlanması,
2. Liderlerin kuruluşta neyin önemli olduğuna dair öncelikler oluşturulması ve bu öncelemeyi yöneticilerin eylem ve söylemleri ile çalışanlara hissettirmeleri,
3. Semboller ve ritüeller yaratılarak öncelikli konunun çalışanlar tarafından net bir şekilde algılanmasının sağlanması,
4. Enformasyon sistemi kullanılarak beklenen davranışın ne olduğunun, özellikle yeni işe başlayanlara “oyunun kuralının ne olduğunun” aktarılması, ödüllendirme ve takdir etme sistemlerini kullanarak konunun vurgulanması olarak belirtilmektedir.

Dolayısıyla hasta güvenliği sistemi kurulmasında yeniden yapılandırılması gereken süreçler de *liderlik, katılım, iletişim ve insan kaynakları yönetim* süreçleridir.

İlk aşamada kurumsal analiz yapılarak mevcut durumun fotoğrafının çekilmesi, sorunların veya hasta güvenliği sistemi açısından yeniden düzenlenmesi gereken alanların neler olduğunun belirlenmesi gerekmektedir. İkinci aşamada ise belirlenen alanların yeniden yapılandırılması için hangi müdahale stratejilerinin kullanılacağına karar verilmesi ve uygulamaya konması

---

<sup>156</sup> Mick MJ, Wood GL, Massey RL. a.g.e.s:499–503.

<sup>157</sup> Hobgood C, Weiner B, Tamayo-Sarver JH. a.g.e.s: 462-464.

gelmektedir. Son aşamada ise başlangıç noktasına göre kat edilen gelişimin ölçümü ve yeni düzenin devamlılığını sağlayacak düzenlemelerin yapılmasını içermektedir<sup>158 159</sup>.

### **3.10.HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN ÖLÇÜLEBİLİR HALE GETİRİLMESİ**

Hasta güvenliğini tehdit eden unsurları, hastaya verilen hizmet süreçlerinin tamamında uygulanan, tedavinin başarısını etkileyebilecek her türlü olumsuzluk olarak tanımlamak mümkün olabilmektedir. Bu süreç, hastanın sağlık kurumu ile ilk temasından, tedavisinin sonlanacağı ana kadar devam eden zaman dilimini kapsmalıdır. Yapılan araştırmalarda hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların büyük kısmının kişilere değil, sisteme bağlı olduğu anlaşılmaktadır .Hasta güvenliği kültürünün ölçülebilir hale getirilmesi<sup>160</sup>;

1. Hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunun ilan edilmesi,
2. Hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimin teşvik edilmesi,
3. Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devri,
4. Hasta güvenliği için kaynak ayrılması,
5. Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitiminin sağlanması ile oluşturulabilmektedir<sup>161</sup>.

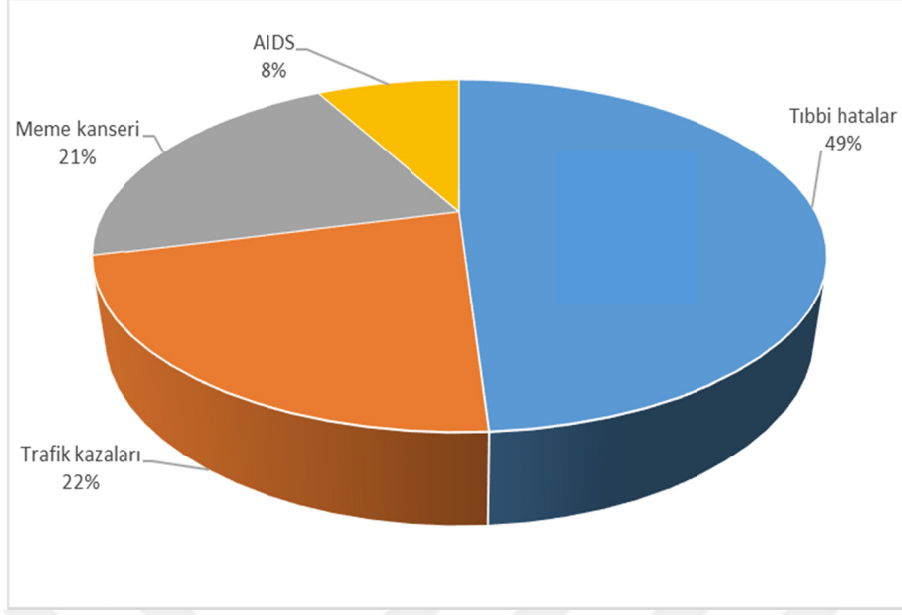
---

<sup>158</sup> Tütüncü, a.g.e.s:72-75.

<sup>159</sup> Tak, a.g.e.s:38-42.

<sup>160</sup> Şen, a.g.e.s: 30.

<sup>161</sup> Sayek ,F.TTB Raporları, s:19.



**Grafik:3.1: Amerika Birleşik Devletleri'nde hasta ölüm nedenleri**

**Kaynak: Institute of Medicine, U.S.A., 1999**

Tıbbi hatalar ve sonuçlarıyla ilgili aşağıda verilen bazı çalışmalar konunun önemini göstermektedir.

1964 yılında Schimmel Amerika'da bir üniversite hastanesine başvuran 240 hastanın %20'sinin hastanede yaralandıklarını, yaralanmaların %20'sinin ciddi ve ölümcül şekilde olduğunu saptamıştır <sup>162</sup>.

Bu alanda ilk büyük çalışma 1974 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nin California eyaletinde hastaneye yatırılan yaklaşık 20000 hastanın kayıtlarının incelenmesine dayanan çalışmadır. Bu araştırmada, hastaların %4,5'inin basına bir istenmeyen olay geldiği, %1'inin basına gelen olayların Hata, ihmal nedeniyle olduğu gibi çarpıcı sonuçlar elde edilmiştir.

1981'de Steel'in bir eğitim hastanesinde yaptığı çalışmada, başvuran hastaların %36'sının yaralandığını, yaralananların %25'inin ölüm tehlikesi taşıdığını, bu ciddi vakaların %50'sinin de ilaç uygulaması kapsamında gerçekleştiği belirtilmektedir.

<sup>162</sup> Gülkaya, Esin, (2009), *Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde Yapılan Akreditasyon Çalışmaları Sürecinde, Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi Düzeyleri*, Ankara, Sağlık Yönetimi Programı .

1985-2006 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde, Gıda ve İlaç Yönetimi (Food and Drug Administration -FDA) tarafından kabul edilen hasta kısıtlamayla ilgili yaklaşık 691 hata raporundan 413'ünün ölümle, 120'sinin yaralanmayla sonuçlandığı belirlenmiştir.

1989'da Gopher her hasta için ortalama her gün 1,7 hatanın yapıldığını belirlemiştir.

1991 yılında "Harvard Practice Study" adlı çalışmada, New York Eyaleti'nde hastane başvurularının %4'ünün yaralanma ile sonuçlandığı, bunların %69'unun önlenebilir olduğu, yaklaşık %0,5'inin ölümle sonuçlandığı tespit edilmiştir. Bu verilerin Amerika Birleşik Devletleri'nin tamamına genellediğinde ise yılda yaklaşık 180000 ölümün meydana geldiği tahmin edilmiştir.

New York'ta 51 eyalet hastanesinin 31000 hasta kaydı incelenmiş ve tıbbi hata düzeyi %3,7 olarak bulunmuştur. Bu tıbbi hataların %70'i kısa dönem sakatlıkla (6 ay ve daha az süreli), %3'ü kalıcı sakatlık ve yaralanmayla, yaklaşık %14'ü ise ölümle sonuçlanmıştır.

1997'de Lori Andrews ve arkadaşları yatarak tedavi gören 1000 hasta arasında, uygun olmayan tedavi almış ve ciddi sonuçlara neden olan istenmeyen olay yaşamış 177 kişi tespit etmişlerdir. Aynı çalışmada başka bir istenmeyen olay ile karşılaşma boyutunu hastanede yatılan her gün için %6 olduğu bulunmuştur.

Tıbbi hatalar hastanede kalış süresini ve tedavi maliyetini arttırmaktadır. Zhan ve miller (2003) ameliyat sonrası kan enfeksiyonlarının (sepsis), hastanede kalış süresini yaklaşık 11 gün uzattığını, maliyetlerin her kalış günü için ek olarak 57.727 dolar arttığı ve cerrahi sonrası ölüm riskinin %21,9 artmasıyla sonuçlandığını tespit etmişlerdir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde hasta kontrollü analjeziyi içeren tıbbi hatalarla ilgili retrospektif bir çalışma Medmarx tarafından 2000-2005 yılları arasında yapılmıştır. Medmarx ulusal gönüllü tıbbi hata raporlama veri bankasıdır. Bu süreçte 919.241 tıbbi hata Medmarx'a bildirilmiştir. Bu raporların 9.571'i hasta kontrollü analjezi ile ilişkili olup 624'ünde zarar bildirilmiştir, bu da hastaların %6,5'inde hata yapıldığını göstermektedir.

Hekimler ve toplumun sağlık hizmeti aldıkları sırada tıbbi hatalarla karşılaşarak karşılaşmadıklarını araştıran bir çalışmada, tıbbi hata ile karşılaşma boyutu hekimlerde %35, toplumda ise %42 olarak bulunmuştur.

Amerika Birleşik Devletleri'nde tıbbi uygulamalara yön veren en etkili kuruluş olarak Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) 1995'lerde kalite çalışmaları serisine başlamıştır.



Ulusal Tıp Enstitüsü (IOM) temel ilke olarak kalitenin kesintisiz ölçülmesi ve geliştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bir dizi çalışmanın sonucunda Ulusal Tıp Enstitüsü (IOM) Kasım 1999'da "hata insana özgüdür" (To Err is Human) adlı raporunu yayınlamıştır. Bu rapor bugüne kadar hasta güvenliği ve sağlık alanında risk yönetimi ile ilgili en çok atıf yapılmış yayındır. Raporda iki önemli saha çalışmasının sonuçları açıklanmıştır. 1997 yılına ait 33 milyon başvurunun incelendiği çalışmalardan ilki Colorado ve Utah'da yapılmıştır ve meydana gelen tıbbi hataların Amerika Birleşik Devletleri'nin tamamına genellemesi durumunda tıbbi hataya bağlı ölüm sayısının 44000 olduğu tahmin edilmiştir.

İkinci çalışma ise New York'ta yapılmıştır ve genellediğinde tıbbi hata ölümleri sayısını Amerika Birleşik Devletleri genelinde 98000 olarak vermektedir. Tıbbi hataların maliyetinin 37,6 milyar ile 50 milyar dolar arasında olabileceği tahmin edilmektedir. Önlenbilir hataların maliyeti ise 17-29 milyar dolar arasındadır. 98000 ölüm esas alındığında tıbbi hatalar nedeniyle ölümlerin; ABD'de bir yıl içinde ölüm nedenleri arasında kalp hastalıkları (727 bin), kanserler (540 bin), serebrovasküler hastalıklar (160 bin), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığından (109 bin) sonra besinci sıraya yerleştiği bildirilmiştir.

İngiltere'de her yıl 40000 hastanın tıbbi hatalar sonucunda öldüğü tahmin edilmektedir. Tıbbi hatalar, kanser ve kalp hastalıklarından sonra en sık karşılaşılan ölüm nedeni olduğu belirtilmektedir. Tıbbi hataların maliyeti ise toplam sağlık bütçesinin %20'si (7-9 milyar sterlin) olduğu vurgulanmaktadır.

Avustralya'da istenmeyen olay gelişmiş hastaların yıllık maliyetinin yaklaşık 2 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Uluslararası istenmeyen olaylar için düzey aralığı tüm hasta kabullerinin %4,8-%3,7 olup, Avustralya için ise bu değer %16 olarak bulunmuştur ve bunların yarısının önlenbilir olduğu belirlenmiştir.

Kanada'da her yıl 5000 ila 10000 arasında hastanın tıbbi hatalar sonucunda öldüğü tahmin edilmektedir. Yıllık hastaneye kabul edilen yaklaşık 2,5 milyon hastadan, yaklaşık 185.000'i istenmeyen olay yasadığı ve bunlarında 70.000'ne yakınının önlenbilir olduğu belirlenmiştir.

Almanya'da her sene, 25.000 kişi yanlış uygulamalar nedeniyle ölmektedir. Genel Hasta Derneği'nin yapmış olduğu, 2006 yılında yayımlanan, "tıbbi meslek hataları" üzerine yapılan araştırma sonuçlarına göre; 10 000 kişi servislerdeki hijyen eksikliğinden, 6000 kişi yanlış ilaç verilmesinden ve/veya hiç ilaç verilmemesinden, 2000 kişi gereksiz ya da ilgisiz radyoloji istemlerinin yarattığı zararlı etkilerden, 7000 kişi ise sıklıkla, anestezi, kadın doğum, cerrahi ve ortopedi uzmanlık alanlarında gerçekleşen tıbbi yanlış uygulama hatalarından dolayı ölmektedir.

Bu konu sadece söz edilen ülkeler için değil, dünyadaki diğer ülkelerde de önemlidir.

Tıbbi hatalar sağlık bakım kalitesinde önemli bir ölçüttür. Bunun nedeni sağlık hizmetlerinin yanlış, eksik ya da fazla kullanımını göstermesidir. Özellikle sağlık hizmetlerinin yanlış kullanılması sonucunda tedaviden kaynaklanan önlenemez hatalar hasta güvenliğini etkilemekte, yaralanma ve ölüme neden olabilmektedir. Sonuç olarak tıbbi hatalar sağlık hizmetinin potansiyel faydalarının ortaya çıkmasını engellemektedir.

Aşağıdaki çalışmalarda tıbbi hatalar ve nedenlerine yönelik bazı örnekler verilmiştir.

Amerika Birleşik Devletlerinde 2002 yılında yapılan çalışmaya göre; en yaygın hata tipleri, ihmal (%25,6) ve uygunsuz dozda ilaç verilmesidir (%25,5). Hataların en yaygın nedenleri ise, sağlık personelinin performans yetersizliği (%46,6), protokol ve prosedürün izlenmemesi (%29,3), iletişim (%17,7) ve bilgi eksikliği olarak tespit edilmiştir (%17,6).

İngiltere’de 1999 yılında yapılan çalışmada 88 potansiyel ciddi reçete hatası tanımlanmıştır. Bu hataların çoğunun dikkat eksikliği ya da geçerli kuralları uygulamama nedeniyle olduğu belirlenmiştir. Yetersiz eğitim, hatalarda bireysel farkındalığın yokluğu ve tedavinin reçete edilmesine az önem verilmesi gibi kurumsal faktörler tıbbi hataların oluşma riskini arttırdığı tespit edilmiştir.

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi’nde 2007-2008 yıllarında tıp fakültesi öğrencilerinin tıbbi hatalar konusunda bilgi düzeylerini belirlemek için yapılan çalışmada; tıbbi hata tanımı ile ilgili sorularda birinci sınıf öğrencilerinin (11,24±4,64) bilgi düzeyi ortalama puanı, ikinci sınıf öğrencilerinden (9,34±5,38) daha yüksek bulunmuş ve eğitimin gerekliliği vurgulanmıştır.

Kocaeli’de tıbbi hatalar konusunda hekimlerin görüşleri alınarak yapılan bir araştırmada, tıbbi hataların nedenleri iş yükü, tükenmişlik, stres, personel yetersizliği, yanlış teşhis ve mevzuat boşluğu olarak bulunmuştur.

Bu tespitlerden yola çıkarak hasta güvenliğini tehdit eden olayların ortaya çıkmasında insan faktörünün önemli rol üstlendiği sonucuna varmak mümkündür <sup>163</sup>.

Tıbbi hatalarla ilgili çalışmaların sayısı ve örnekleri gün geçtikçe artmaktadır. Ancak literatür çalışmalarında; sağlıklı ve güvenilir uygulamalara olanak sağlayan sistemlerin bulunmamasıyla birlikte; eğitim eksikliği, personel yetersizliği, mevcut personelin yeteri ölçüde motive edilmemesi ve teknik becerilerinin yetersizliği nedeniyle istenen performansı gösterememesi;

---

<sup>163</sup> Tak, a.g.e.s:78.

ayrıca hastanelerin fiziki ortamları, ekipman eksikliği ve iletişim sorunlarının hasta güvenliğini etkileyen önemli belirleyici hususlar olduğu gözlenmiştir.

“Tıbbi hatalar neden geliyor?” sorusunun cevabını verebilmek ve hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapabilmek için Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) eski Direktörü JM Eisenberg’in belirttiği gibi öncelikli olarak sistemik bir yaklaşım içine girmek gerekir. Bu yaklaşım içinde kanıt toplama ve araştırma, sistemdeki sorunlara cevap verecek stratejilerin geliştirilmesi ve kurumda korkmadan, çekinmeden hataların bildirilebildiği bir hasta güvenliği kültürünün yaratılması yer almalıdır<sup>164</sup>.

Human Error (İnsan hatası) adlı kitabı ile ilgili yazını geliştiren Psikoloji Profesörü James Reason bu durumu “hata, olayın nedeni değil sonucudur. Bu nedenle bir istenmeyen olay olduğunda kim sorusu yerine sistemin nasıl ve niçin etkisiz kaldığı sorusu sorulmalı.” demektedir. Tıp dünyasında hatalardan dolayı kişilerin suçlanması yaygın bir gelenek olduğunu vurgulayarak, insanı değiştiremeyiz ama insanın çalıştığı koşulları değiştirebiliriz demektedir<sup>165</sup>.

### **3.11.HASTA GÜVENLİĞİNİ SAĞLAMADA SAĞLIK YÖNETİCİLERİ VE ÇALIŞANLARIN ROLÜ**

Hasta güvenliği meselesinin, bir insan hatası meselesi olduğu tespitini yapmak mümkündür. Dolayısıyla hasta güvenliği sağlama konusunun insan özgü bir bağlamda; bir diğer ifade ile algı, tutum ve davranışlar bağlamında incelenmesi kaçınılmazdır. Bu amaçla hasta güvenliği sistemi kurmanın bir kültürel dönüşümü gerektirdiği sonucuna varılmaktadır<sup>166</sup>.

Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesinde öncelikle doğru bir ölçüm aracına dayalı, doğru kişi ve grupları kapsayan, doğru bir veri toplama yönteminin kullanıldığı bir çalışma yürütülmesi önem taşımaktadır. Hasta güvenlik kültürü değerlendirme yöntemleri konusunda akademisyenler ve hasta güvenliğini misyon edinen kuruluşların geliştirmiş olduğu farklı metotlar mevcuttur. Bu metotların bir kısmı, mevcut ortamı belirli tipolojiler altında sınıflandırmaktadır<sup>167</sup>.

Hasta güvenliğini sağlamada yöneticilerin rolleri;

---

<sup>164</sup> Akalın, H. E. (2004). *Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?* ANKEM Dergisi,s:12-13.

<sup>165</sup> Tak, a.g.e.s:78.

<sup>166</sup> Tak, a.g.e.s:78.

<sup>167</sup> Tak, a.g.e.s:79.

- ❖ Çalışanları algı, tutum ve davranış kuralları hakkında bilgilendirmesi, anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği amacıyla belirli dönemlerde eğitimler verilmesi,
  - ❖ Bildirimlerin zamanında, adil, tutarlı bir şekilde araştırılması ve soruna göre aksiyon kararlarının alınması,
  - ❖ Bildirimlerin gizliliğinin garanti altına alınması ve bireylerin bildirim sonrasında korunmasının sağlanması,
  - ❖ Bildirimlerin iletilmesi konusunda çalışanların sürekli desteklemesi ve teşvik edilmesi,
  - ❖ Güvenlik kültürü anket analiz sonuçları sonucunda ihtiyaç duyulan iyileştirmelerin yapılması, çalışanlara aktarılması sürecine katkı sağlaması olarak tanımlanmaktadır.
- Çalışanlar ise;
- ❖ Çalışanların kendilerinin ya da başkalarının ramak kala ya da gerçekleşen kaza/hata/ihlallerini bildirmesi,
  - ❖ Davranış kurallarını bütünüyle kavranması,
  - ❖ Etik standartlar, kurum politikaları ve dürüstlük değerlerine uygun hareket ederek rol almaktadırlar.

### 3.12.KÜRESEL HASTA GÜVENLİĞİ MÜCADELESİ

Amerika Birleşik Devletlerin’de etkinlik gösteren Ulusal Tıp Enstitüsü(IOM) adlı kuruluş, 1999 yılı sonunda raporunu yayınladığı çalışmasında, Amerika Birleşik Devletlerin’de yılda 98.000 hastanın tıbbi hatalara bağlı kaybedildiğini bildirilerek tehlikenin boyutlarını net bir biçimde gözler önüne sermektedir. Bu rakamın aynı ülke için trafik kazası, meme kanseri veya AIDS’e bağlı ölümlerin çok üzerinde olduğu belirtilmektedir<sup>168, 169</sup>.

Hasta güvenliği küresel bir sağlık konusu olmakla birlikte gelişmiş ülkelerde on hastadan birinin bakım aldığı sırada istenmeyen etkilere ya da hataya maruz kaldığı tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bu oranın daha da yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların gelişmiş ülkelere en az on kat daha fazla olduğu düşünülmektedir. Dünya çapında 1.4 milyon kişinin hastanelerde enfeksiyona yakalandığı bilinmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde kullanılan tıbbi ekipmanın %50’si kullanılamaz ya da kısmen kullanılabilir durumdadır. Araç-gereç eksikliğinin yanında gelişmekte olan ülkelere araçları kullanma becerisi eksikliği de söz konusu olmaktadır<sup>170</sup>.

<sup>168</sup> Akalın, H. Erdal,(2005),*Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği*. Yoğun Bakım Dergisi.s:141-146.

<sup>169</sup> Şen,a.g.e.s:30.

<sup>170</sup> Şen,a.g.e.s:31.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### 4.1.ARAŞTIRMANIN AMACI

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, her aşamada birçok riskin bulunabilmesi nedeniyle, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi, sağlık hizmeti sunan işletmelerin başarısında oldukça önemli hale gelmiştir. Bu nedenle hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi ve değerlendirilmesi, sağlık kurumlarında daha sağlıklı sonuçların elde edilmesini sağlayacaktır. Araştırmanın amacı, hasta güvenlik kültürünün oluşumunda ve gelişiminde rol oynayan faktörlerin önem düzeylerinin belirlenmesi, hastane yöneticilerinin hasta güvenlik kültürü politikalarını belirlerken dikkat etmesi gereken konuların saptamasıdır.

İlk üç bölümde *Kalite Yönetim Sistemi, Güvenlik Kültürü , Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliği Kültürü* konularına yönelik tanımlamalar yapılmış, sağlık kurumlarında uygulamalarına değinilmiştir. Kalite ve Güvenlik kültürünü ölçmeye yönelik Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından hazırlanan anket kullanılmıştır.

Çalışmamızda İstanbul'da faaliyet gösteren, *Kalite Yönetim Sistemi* uygulayan grup hastanelerde çalışan personelin *Hasta Güvenliği Kültürü*'ne yönelik tutumları belirlenerek, Kalite Yönetim Sistemleri ile Hasta Güvenliği Kültürü arasındaki ilişkiye Çok değişkenli bir analiz yöntemi olan Kanonik Korelasyon uygulanmıştır. Kalite Yönetimi Sistemi veri seti *bağımsız değişken*, Hasta Güvenliği Kültürü veri seti ise *bağımlı değişken* olarak kabul edilmiştir. Yani "Hasta Güvenliği Kültürü Kalite Yönetim Sistemi'nin sonucudur ifadesi kabul edilmiş ve bu çerçevede etkin değişkenlerin hangileri olduğu belirlenmeye çalışılmıştır.

### 4.2.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Sağlık sektöründe sunulan hizmet yüksek güvenilirliğe sahip olmalıdır. Günümüzün en karmaşık yapıdaki işletmeleri olan hastanelerde sunulan sağlık hizmetleri, bir yandan tüm çağdaş toplumlarda bireylerin doğuştan elde ettikleri bir hak olması yanında diğer yandan da o ülkenin gelişmişlik ve kalkınma düzeyini yansıtan bir ölçüt durumundadır. Sanayi işletmelerinde yönetimdeki yanlış kararlar, en kötü ihtimalle üretimde azalma veya maddi zarar ile sonuçlanırken, sağlık kuruluşları yönetimindeki kararlar toplumun sağlık düzeyinde bozulma ve insan hayatının kalitesinde azalma ile neticelenebilmektedir.

Türkiye'de yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda henüz güvenlik kültürü algısının yerleşmediği ve henüz yapılandırılmış bir hasta güvenlik sisteminin olmadığı anlaşılmaktadır. Oysa

hekiminden hemşiresine, sekreterinden güvenlik görevlisine varana kadar hasta güvenliği bilincini yaymak, sağlık alanında kaliteyi geliştirmek adına üzerinde önemle durulması gereken konulardan biridir. Hastanın ve çalışanların güvenliğini tehdit eden olayları izlemek, raporlamak, analiz etmek ve iyileştirmek, hastaya zarar vermeden tanı, tedavi, bakım ve diğer hizmetleri sunmak sadece hekim ve hemşirelerin değil tüm personelin temel sorumlulukları arasındadır<sup>171</sup>.

Bu sektörde sunulan hizmetin diğer hizmetlere oranla daha yüksek kalite olması gerekmektedir. Çalışanlar tarafından yapılacak küçük bir hata, bazen öldürücü olabilen sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle bu sektörde hedeflenen başarı düzeyi “en az hata” olmalıdır.

Hasta güvenliği ve kalite ilgili çalışmalarda güvenliğin kalitenin bir sonucu olarak değerlendirmişler ve çalışma yöntemleri de o yönde olmuştur. Çalışmada Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından hazırlanan anketin hangi bileşenlerinin ölçmede ne kadar etkin olduğunu ve etkinlik derecelerini bulmaya çalıştık.

### **4.3.ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI**

Araştırma İstanbul’da bulunan bir özel hastane gurubunun iki hastanesinde yapılmıştır. Bu hastaneler Uluslararası Standartlar Örgütü(ISO) 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Uygunluk Belgesine ve JCI (Uluslararası Birleşik Komisyon), İngiltere Hastane Standartları ve Yeşil Hastane Standartları belgelerine sahiptir.

Amacımız uluslararası kalite belgeli hastanede Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından hazırlanan anketin *Hasta Güvenliği Kültürü, Kalite Yönetim Sistemleri*’nin bileşenlerinin hangilerinin ölçmede etkin olduğunu belirlemektir.

---

<sup>171</sup> Tütüncü,a.g.e.s:75-85.

Örneklem büyüklüğü ;

$$n = \frac{N.t^2.p.q}{d^2(N-1) + t^2.p.q}$$
 formülü ile elde edilir. Formülde;

N= Evrendeki birey sayısı (1531)

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p = İncelenecek olayın görülüş sıklığı (p= olasılığı )( bilinmiyorsa bu oran 0,5 alınmalı).

q= İncelenecek olayın görülmemiş sıklığı (1-p:olasılığı)( bilinmiyorsa bu oran 0,5 alınmalı)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer( $\alpha=0,05$  için bu değer 1,96 dır).

Örneklem büyüklüğünü % 50 prevalans ve % 10 hata payı ile kurumda görev yapan A Hastanesinde çalışan 656, B Hastanesinde çalışan 875 doktor, hemşire, sağlık teknisyeni ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere toplam 1531 kişiden % 95 güven aralığında 173 çalışanın oluşturması planlanmışken evreni daha iyi temsil etmesi açısından 400 anket dağıtılmış geriye 350 anket dönmüş, 8 tanesi de eksik doldurulduğu için çıkartılmış, değerlendirmeye toplam 342 çalışan örneklem kapsamına alınmıştır.

#### 4.4.GEREÇ VE YÖNTEM

Alan araştırmasında, yazından elde edilen bilgiler ışığında oluşturulan yapılandırılmış anket tekniği kullanılmıştır. Anket, katılımcıların yanıtlarını belirlenmiş seçenekler arasından seçerek daha önceden hazırlanmış bir forma kaydetmeleridir. Anket tekniği, ulaşılmak istenen bilgilere mümkün olan en kısa sürede ulaşmak ve gerekli açıklamaların yapılabilmesine olanak tanıdığından en etkili ve en çok kullanılan tekniklerden biridir.

3 bölümden oluşan ankette toplam 84 soru bulunmaktadır. İlk bölümde *Kalite Yönetim Sistemine* yönelik 39 soru yer almaktadır. İkinci bölümdeki *Hasta Güvenliği Kültürüne* yönelik hazırlanan 38 sorunun ardından, üçüncü bölümde *Demografik Değerlendirmelerin* yer aldığı 7 soru bulunmaktadır.

## 4.5. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Kanonik korelasyon analizi bağımsız değişkenlerle oluşturulan küme ile bağımlı değişkenlerin oluşturduğu küme arasındaki ilişkinin derecesini (korelasyonunu) ortaya koyan Çok Değişkenli İstatistik Analizlerden(ÇDİA) biridir. Bu analiz diğer birçok ÇDİA tekniklerinin özelliklerini alır.

Çok değişkenli istatistik tekniklerin çoğu bazı yönlerden birbirlerine benzemekle beraber bazı yönlerden de birbirlerinden ayrılmaktadırlar. Çalışmamız olan kanonik korelasyonda; çoklu regresyon analizi (Multiple Regression Analysis), çoklu ayırma analizi (Multiple Diskriminant Analysis), temel bileşenler analizi (Principal Component analysis) ve diğer çok değişkenli istatistik analizlerle bazı yönlerden benzemekte bazı yönlerden ise ayrılmaktadır.

En gelişmiş ve en karmaşık ilişki analizi olan Kanonik korelasyon analizi ise çok boyutlu kitleden çekilmiş iki ya da daha çok değişken kümesi arasındaki ilişki ile ilgilenir. Rastlantı değişkenler kümesinin doğrusal fonksiyonları arasındaki maksimum korelasyonları bulmaya çalışan Kanonik korelasyon analizinde tüm formülasyonlar iki rastlantı değişken kümesi için geliştirilmiş olup küme sayısının ikiden çok olması durumlarında bu formüller geliştirilerek kullanılmaktadır<sup>172</sup>.

Kanonik korelasyon analizi  $p > 1$   $q > 1$  sayıda değişken içeren iki veri seti (X ve Y) arasındaki değişkenler arası ilişkileri ortaya koymak amacıyla yararlanılan bir yöntemdir. Kanonik korelasyon analizi iki veri seti arasında ilişkiyi doğrusal bileşenler aracılığıyla değerlendiren çok değişkenli bir yöntemdir. Kanonik korelasyon analizinde p sayıda değişken içeren X veri matrisi ile q sayıda faktör içeren veri matrisi Y arasındaki ilişkinin büyüklüğü, yönü ve önemliliğini belirlemek için X ve Y matrislerinin doğrusal bileşenleri (kanonik değişkenler) bulunur ve bu değişkenler aracılığıyla iki değişken grubu arasındaki korelasyon hesaplanır. Teorik olarak iki değişken seti arasında bağımlı bağımsız değişken ayrımı yapılabiliyorsa, bu durumda Kanonik Korelasyon analizinin amacı bağımsız değişken setinin bağımlı değişken setini etkileyip etkilemediğini belirlemeye yöneliktir<sup>173</sup>.

Kanonik Korelasyon katsayılarının basit korelasyon katsayılarının çoğu özelliklerine sahip olduğunu söyleyebiliriz. Kanonik Korelasyon da basit korelasyon gibi ölçü birimlerindeki değişikliklerden etkilenmez basit korelasyonun değeri -1 ile 1 arasında değişirken kanonik

<sup>172</sup> Tatlidil, H, (1992)Uygulamalı Çok değişkenli İstatistiksel Analiz, Engin Yayınları, Ankara, s: 173.

<sup>173</sup> Hamarat, Bahattin, (2015), Türkiye’de Tasarruf Tercihlerini Etkileyen Değişkenlerin Kanonik Korelasyon Analizi İle Belirlenmesi, Journal Of Life Economics, <http://www.jlecon.com/DergiTamDetay.aspx?ID=58> ,erişim tarihi:20 Mart.2016.



korelasyon 0 ile 1 arasında değişir. Bu durum ilk bakışta çelişki gibi görünse de kanonik korelasyonunun problemin tanımına göre negatif olarak alınabileceği göz önüne alınırsa aralarında bir fark olmadığı görülür.

Burada Kanonik korelasyonun matematiksel olarak ne olduğunu izah edelim <sup>174</sup>;

Birinci kümeye ait p sayıdaki tahmin değişkenlerini (bağımsız değişkenler kümesi) x ve ikinci kümeye ait q sayıdaki kriter değişkenlerini (bağımlı değişkenler kümesi) y ile gösterelim. Bu durumda n adet bireye ait iki kümedeki değerler;

Birinci kısım	İkinci kısım	
$\hat{X}_1 = a_1x_{11} + a_2x_{12} + \dots + a_px_{1p}$	$\hat{Y}_1 = b_1y_{11} + b_2y_{12} + \dots + b_py_{1p}$	Ola cakt ır bu iki
$\hat{X}_2 = a_1x_{21} + a_2x_{22} + \dots + a_px_{2p}$	$\hat{Y}_2 = b_1y_{21} + b_2y_{22} + \dots + b_py_{2p}$	
.....	.....	
$\hat{X}_n = a_1x_{n1} + a_2x_{n2} + \dots + a_px_{np}$	$\hat{Y}_n = b_1y_{n1} + b_2y_{n2} + \dots + b_py_{np}$	

değişken kümesine ait verilerinden birinci kısımdaki, n tane tahmin değişkeninin (bağımsız değişkenlerin) lineer kombinasyonlarını ikinci kısımdaki ise n tane kriter değişkeninin (bağımlı değişkenlerin) lineer kombinasyonlarını göstermektedir. Bu lineer kombinasyonlardaki a ve b katsayılarına Kanonik ağırlıklar ya da Kanonik katsayılar denir. Buradaki x ve y'ler de ağırlıklı toplamları veya Kanonikal değerleri, diğer bir deyişle Kanonik denklemleri göstermektedir.

Bu katsayılar toplumdan rastgele alınan örnek üzerindeki x ve y ölçülerine dayanarak ve  $\hat{X}$  ve  $\hat{Y}$  değerleri arasındaki kanonik korelasyon katsayısı maksimum olacak şekilde saptanacaktır.

Bu analizde a ve b kanonik ağırlıklar kümelerinin birden fazla sayıda doğrusal kombinasyonunu geliştirmek mümkündür. Ancak a ve b Kanonik ağırlıklara sahip birden çok kombinasyon içinde bir çift, aralarında maksimum korelasyona sahip olacaktır, işte, bu lineer kombinasyonlar arasında hesaplanan maksimum korelasyona kanonik korelasyon adı verilmektedir.

Özdamar, veri matrisindeki değerler kullanılarak  $\hat{X}_i$  ve  $\hat{Y}_i$  kanonik değişkenleri tüm birimlerin gözlenen değişkenlerine göre hesaplanarak birimlerin Kanonik değişken skorları hesaplanır. Bu Kanonik skorlar kullanılarak  $\hat{X}_i$  ve  $\hat{Y}_i$  ile Xi ve Yi gözlem değerleri arasında hesaplanan korelasyonlara Kanonik yükler (canonical weights) ya da Kanonik yapı (canonical structure) adı

<sup>174</sup> Tekin, M.(1993) *Kanonik Korelasyon Ve Bir Uygulama*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İstatistik Ana Bilim Dalı İstanbul, 1993, Yayınlanmamış Doktora Tezi.s: 69.

verilir. Kanonik yükler, hangi değişkenin hangi Kanonik değişken üzerinde önemli rol oynadığını belirlemede kullanılır. Böylece her bir değişkenin varyansının yüksek oranda hangi Kanonik Korelasyon ile temsil edilebileceğini ya da hangi değişkenin ağırlıklı olarak hangi Kanonik değişken ile temsil edildiğini belirleme olanağı sağlar <sup>175</sup>, olarak tanımlamaktadır.

Kanonik Korelasyonun amacı şu şekilde belirtilir;

- a) Aynı bireyden elde edilen iki değişkenler kümesinin birbirinden bağımsız olup olmadığının test edilmesi.
- b) kümeler arası ilgiye (korelasyona) en fazla katkıda bulunan her iki kümedeki değişkenlerin saptanması.
- c) bağımsız değişken ve bağımlı değişkenlere ait kümeler arasındaki korelasyonu maksimum yapan lineer kombinasyonların belirlenmesi.
- d) bireyin bir değişkenler kümesindeki lineer kombinasyonuna bakarak diğer kümedeki değişkenler kümesine ait değerlerin tahmin edilmesi <sup>176</sup>.

---

<sup>175</sup> Özdamar, K.(2010), *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi* 2.Basım,Kaan Kitabevi, Eskişehir,s:419.

<sup>176</sup> Tekin, a.g.e. s:70.

## BULGULAR

### Demografik Özellikler

Anketler sonucunda elde edilen demografik özellikler Tablo 4.1’de gösterilmektedir.

		Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	232	68
	Erkek	110	32
Yaş	18 - 25	177	51,8
	26 - 33	73	21,3
	34 - 41	73	21,3
	42 - 49	16	4,7
	50 yaş ve üzeri	3	0,9
Eğitim	Lise	130	38
	Ön lisans	67	19,6
	Lisans	100	29,2
	Lisansüstü	45	13,2

**Tablo:4.1:Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri**

Çalışanların %68’inin kadın,%32’sinin erkek olduğu görülmektedir. Yaş aralıkları incelendiğinde ise %51,8’inin 18-25 yaş aralığında olduğu,%42,6’sının 26-41 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyleri incelendiğinde ise ;%38’inin lise,%29,2’sinin lisans mezunu,%13,3’ünün lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

		Frekans	Yüzde
<b>Meslek Grupları</b>	Hemşire	223	65,2
	Hekim	41	12,0
	Teknisyen	36	10,5
	Diğer	42	12,5
<b>Hastane</b>	A hastanesi	100	29,2
	B hastanesi	242	70,8
<b>Kıdem</b>	1 yıldan az	99	28,9
	1- 5 yıl	135	39,5
	6-10 yıl	28	8,2
	11-15 yıl	59	17,3
	16-20 yıl	19	5,6
	21 yıl ve üzeri	2	0,6

**Tablo:4.2: Tanımlayıcı İstatistik Bilgiler**

Meslek grupları incelendiğinde; katılımcıların %65,2'sinin hemşire,%12'sinin hekim,%10,5'inin teknisyen,%12,3'ünün ise diğer kapsamında bulunan meslek grubunda olduğu görülmektedir. A Hastanesinden % 29,2,B Hastanesinden ise %70,8'inin anket çalışmasına katıldığı görülmektedir.

Katılımcıların kurumlarda çalışma süreleri incelendiğinde %28,9'unun 1 yıldan az bir süredir ,%39,5'inin 1-5 yıl aralığında,%17,6'sının 11-15 yıl,%5,6'sının ise 16-20 yıl aralığında kıdeme sahip oldukları görülmektedir.

		Frekans	Yüzde
<b>Haftalık Çalışma Saati</b>	20 - 39 saat	50	14,6
	40 - 59 saat	218	63,8
	60 - 79 saat	74	21,6
<b>Son 1 yıl içinde tutulan olay raporu</b>	0 Olay Raporu	149	43,6
	1 – 2 olay raporu	64	18,7
	3 – 5 olay raporu	68	19,9
	6 – 10 olay raporu	48	14
	11 – 20 olay raporu	13	3,8

**Tablo:4.3: Tanımlayıcı İstatistik Bilgiler**

Ankete katılanların %14,6'sı haftada 40 saatten az çalıştıklarını, %63,8'i 40-59 saat, %21,6'sı 60 saatten fazla çalıştıklarını belirtmişlerdir. Bu sektörde haftalık çalışma saati 45 saat olarak belirlenmiştir. Ancak sağlık sektöründe uygulanan nöbet sistemi ve icap sistemi nedeniyle, bu süre bazı kurumlarda mevzuatta belirtilen süreleri aşabilmektedir.

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu %43,6, herhangi bir olay raporu doldurmadıklarını ifade etmişlerdir. 1-2 olay raporu dolduranların oranı % 18,7, 3-5 adet olay raporu dolduranların oranı %19,9, 6 ve 10 sayıda olay raporu doldurduğunu ifade edenlerin oranı %14, 11 den fazla olay raporu doldurduğunu söyleyenlerin oranı ise %3,8 olarak bulunmuştur.

### **Kanonik Korelasyon Analizi**

Araştırmada iki veri seti kullanılmıştır. Kalite Yönetimi sistemi 39 ( $X_i$ ) değişken, Hasta Güvenliği Kültürü setinde ise 35 değişken ( $Y_i$ ) ele alınmıştır.

Analiz sonucunda iki veri seti arasında yüksek derecede ilişki bulunmuştur (Canonical R=0.995, Chi-Square=15309.5, p=0.0000). Dolayısıyla Kalite Yönetimi sistemi veri seti X ile Hasta Güvenliği Kültürü veri seti Y arasında önemli bir ilişki vardır.

Kanonik Korelasyon analizinde, Kanonik değişkenler ve Kanonik korelasyonlar yorumlanmadan önce Kanonik korelasyonların istatistiksel olarak anlamlılığına bakılmalıdır. Kanonik korelasyonların anlamlılığının sınanmasında Wilk's Lambda yaklaşımı kullanılmıştır. Bu yaklaşımla tüm Kanonik korelasyonların sıfıra eşit olduğu, sıfır hipotezi alternatif hipoteze karşı test edilmiştir.<sup>177</sup>

Hipotezler aşağıdaki gibi kurulabilir.

$$H_0: r_1 = r_2 = \dots = r_n = 0$$

$$H_1: r_1 \neq r_2 \neq \dots \neq r_n \neq 0$$

Elde edilen Kanonik Korelasyonlar Ki-Kare değeri ve anlam düzeyleri Tablo 4.4'de verilmiştir. Buna göre 21 tane Kanonik korelasyon anlamlı bulunmuştur (P<0.05).

---

<sup>177</sup> Özdamar, a.g.e.s:429.

Kanonik Korelasyon	Canonicl R	Canonicl R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
0	0,995	0,990	15309,500	1365	0	1,24E-22
1	0,991	0,982	13926,555	1292	0	1,18E-20
2	0,988	0,977	12714,972	1221	0	6,39E-19
3	0,987	0,974	11571,196	1152	0	2,77E-17
4	0,982	0,965	10467,019	1085	0	1,05E-15
5	0,979	0,959	9453,076	1020	0	2,97E-14
6	0,968	0,936	8484,472	957	0	7,23E-13
7	0,956	0,914	7648,277	896	0	1,14E-11
8	0,953	0,908	6905,230	837	0	1,32E-10
9	0,943	0,890	6181,371	780	0	1,43E-09
10	0,930	0,865	5511,788	725	0	1,3E-08
11	0,918	0,843	4904,380	672	0	9,6E-08
12	0,906	0,821	4342,085	621	0	6,12E-07
13	0,905	0,818	3819,280	572	0	3,43E-06
14	0,872	0,761	3301,758	525	0	1,89E-05
15	0,868	0,754	2867,918	480	0	7,87E-05
16	0,832	0,692	2442,577	437	0	0,00032
17	0,804	0,646	2084,891	396	0	0,001039
18	0,768	0,590	1770,018	357	0	0,002932
19	0,754	0,569	1499,339	320	0	0,007153
20	0,726	0,527	1244,152	285	0	0,016583
21	0,698	0,487	1017,139	252	0	0,035036

**Tablo: 4.4: Kanonik Korelasyonlar ve Anlamlılık Düzeyleri**

Birinci kümeye ait *Kalite Yönetim Sistemine* yönelik 39 sayıdaki tahmin değişkenlerini (bağımsız değişkenler kümesi) x ve ikinci kümeye ait *Hasta Güvenliği Kültürüne* yönelik hazırlanan 35 sayıdaki kriter değişkenlerini (bağımlı değişkenler kümesi) y ile gösterelim.

Bu durumda 342 adet bireye ait iki kümedeki değerler; değişken kümesine ait verilerinden birinci kısımdaki, 39 tane tahmin değişkeninin (bağımsız değişkenlerin) lineer kombinasyonlarını ikinci kısımdaki ise 35 tane kriter değişkeninin (bağımlı değişkenlerin) lineer kombinasyonlarını göstermektedir.

Kanonik korelasyon sayısı en az veri setindeki değişken sayısı kadardır. Bu katsayılara Kanonik ağırlıklar da denilmektedir. X ve Y veri setlerine *birinci Kanonik korelasyona* ait Kanonik ağırlıklar aşağıdaki tabloda Tablo 4.5 de verilmiştir.

	Canonicl R	Canonicl R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
0	0,995	0,990	15309,5	1365	0	1,238E-22
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımsız Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y26	0,976	0,976		X07	-0,824	0,824
Y31	-0,920	0,920		X28	0,772	0,772
Y33	0,691	0,691		X17	-0,713	0,713
Y09	-0,662	0,662		X25	0,713	0,713
Y10	-0,631	0,631		X38	0,621	0,621
Y27	-0,525	0,525		X12	0,603	0,603
Y18	0,511	0,511		X33	-0,539	0,539
Y20	-0,508	0,508		X30	-0,485	0,485
Y34	-0,501	0,501		X09	0,480	0,480
Y11	0,460	0,460		X15	-0,453	0,453
Y29	0,433	0,433		X22	-0,414	0,414
Y19	0,313	0,313		X08	-0,396	0,396
Y17	-0,300	0,300		X39	-0,374	0,374
Y05	-0,297	0,297		X16	0,338	0,338
Y22	0,295	0,295		X18	0,326	0,326
Y15	-0,278	0,278		X01	-0,289	0,289
Y14	0,274	0,274		X03	0,283	0,283
Y12	0,271	0,271		X05	-0,262	0,262
Y08	0,262	0,262		X04	0,255	0,255
Y30	0,259	0,259		X27	0,244	0,244
Y06	-0,249	0,249		X24	0,190	0,190
Y28	-0,249	0,249		X34	0,179	0,179
Y21	-0,226	0,226		X19	0,169	0,169
Y02	0,212	0,212		X14	-0,167	0,167
Y35	0,182	0,182		X29	-0,164	0,164
Y13	-0,147	0,147		X32	0,157	0,157
Y24	-0,141	0,141		X06	0,156	0,156
Y01	0,115	0,115		X36	0,143	0,143
Y25	0,094	0,094		X37	-0,128	0,128
Y03	-0,092	0,092		X02	0,125	0,125
Y04	0,080	0,080		X11	0,110	0,110
Y07	-0,073	0,073		X35	-0,088	0,088
Y32	-0,071	0,071		X20	-0,067	0,067
Y16	-0,012	0,012		X26	-0,058	0,058
Y23	-0,008	0,008		X23	-0,053	0,053
				X31	0,027	0,027
				X10	-0,024	0,024
				X21	0,022	0,022
				X13	0,006	0,006

Tablo: 4.5 Birinci Kanonik Korelasyon Değerleri Ve Bağımlı – Bağımsız Değişken Yükleri



Birinci kanoniği etkileyen lineer bileşenler grupları Tablo 4.5 deki gibidir. Bağımlı değişkenler diye adlandırdığımız Hasta Güvenliği Kültürü ve Bağımsız Değişkenler diye adlandırdığımız Kalite Yönetim Sistemi bileşenlerinin aldığı değerler işaretlerine bakılmaksızın büyükten küçüğe doğru sırlanmıştır.

Değişken No	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)	Değişken tanımı
X07	-0,824	0,824	Yönetimin müşteri (hasta, hemşire, doktor vb) odaklılık seviyesi,
X28	0,772	0,772	Çalışanların yetkinliği, bilinç seviyeleri ve eğitimleri,
X17	-0,713	0,713	Hizmet verilen hasta ve birimlerle işbirliği ve iletişim,
X25	0,713	0,713	Kullanılan araçların kalibrasyonları ve kontrollerinin yapılması,
X38	0,621	0,621	Uygunsuzlukların çıkması durumunda yapılan düzeltici faaliyetler,
X12	0,603	0,603	İletişim sistemi (telefon, pano, intranet vb.),
X33	-0,539	0,539	Süreçlerin performanslarının ölçümü,
X30	-0,485	0,485	Çalışma ortamının kalitesi,
X09	0,480	0,480	Kalite hedeflerimiz,
X15	-0,453	0,453	Hizmetle ilgili tüm yasal ve diğer gerekliliklerin yerine getirilmesi,
X22	-0,414	0,414	Verilen hizmetin izlenilebilirliği(kod numarası vb.) için kullanılan yöntemler,
X08	-0,396	0,396	Kalite politikamız,
X39	-0,374	0,374	Uygunsuzlukların oluşmasını engellemek için yapılan önleyici faaliyetler,
X16	0,338	0,338	Sağlanan hizmetlerin gözden geçirilmesi ve kayıtların tutulması
X18	0,326	0,326	Satın alma işlemlerinin şartlara uygunluğu,

**Tablo: 4.6. Birinci Kanonikte Ağırlığı Olan Bağımsız Değişkenler Seti Analiz Kodları Ve Kanonik Yükleri**

Birinci kanonik yükü etkileyen ve mutlak değer ağırlığı >0.30 dan büyük olan bağımsız değişkenler **KY1\*** Tablo 4.6 da verilmiştir. Burada en büyük yük 0.824 lük yükte **X07** - *Yönetimin müşteri (hasta, hemşire, doktor vb) odaklılık seviyesi* değişkeninde yüklenmiştir. En düşük değerde ise 0,326'lık değeriyle **X18** - *Satın alma işlemlerinin şartlara uygunluğu* değişkeninde yüklenmiştir. Bağımsız değişkenlerden on beş tanesinin kanonik yükünün ağırlığı 0,30'dan yukarıda olduğu bulunmuştur.

Değişken No	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)	Değişken tanımı
Y26	-0,976	0,976	Hastane yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır
Y31	-0,920	0,920	Hastane birimleri birbirleriyle eşgüdümlü (koordinasyonlu) çalışmamaktadır.
Y33	0,691	0,691	Hastanede sorunlar genellikle birimlerarası bilgi alışverişi sırasında, ortaya çıkmaktadır.
Y09	-0,662	0,662	Amirim hasta güvenliği ile ilgili personel önerilerini ciddiyetle ele alır.
Y10	-0,631	0,631	Daha çok işi yapabilmek uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez.
Y27	-0,525	0,525	Hastane yönetimi için, hasta güvenliği en öncelikli konudur.
Y18	0,511	0,511	İş yükü ağırlaştığında, işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız.
Y20	-0,508	0,508	Personel yaptığı hataların, kendi aleyhine kullanıldığını düşünür.
Y34	-0,501	0,501	Vardiya değişiklikleri bu hastanedeki hastalar için sorun yaratmaktadır.
Y11	0,460	0,460	Daha ciddi hataların olmaması tamamıyla şans eserdir.
Y29	0,433	0,433	Birlikte çalışması gereken birimler arasında, iyi düzeyde işbirliği bulunmaktadır.
Y19	0,313	0,313	Hastanemizde, herkes birbirine saygı göstermektedir.
Y17	-0,300	0,300	Hastanemizde, insanlar birbirini desteklemektedir.

**Tablo: 4.7 Birinci Kanonikte Ağırlığı Olan Bağımlı Değişkenler Seti Analiz Kodları Ve Kanonik Yükleri**

Birinci kanonik yükü etkileyen ve ağırlığı  $>0.30$  dan büyük olan bağımlı değişkenler **HG1\*** Tablo 4.7 da verilmiştir. Burada en büyük yük 0.976'lık yükü **Y26** - *Hastane yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır* değişkeninde yüklenmiştir. . En düşük değerde ise 0,300'luk değeriyle **Y17** - *Hastanemizde, insanlar birbirini desteklemektedir* değişkeninde yüklenmiştir. Bağımlı değişkenlerden *onüç* tanesinin kanonik yükünün ağırlığı 0,30'dan yukarıda olduğu görülmüştür.

Hasta Güvenliği (HG) ile Kalite Yönetimi (KY) arasında bulunan birinci korelasyona ait Kanonik değişkenler ve yükleri;

$$\mathbf{KY1^*} = (-0,824)*\mathbf{X07} + 0,772*\mathbf{X28} + (-0,713)*\mathbf{X17} + 0,713*\mathbf{X25} + 0,621*\mathbf{X38} + 0,603*\mathbf{X12} + (-0,539)*\mathbf{X33} + (-0,485)*\mathbf{X30} + 0,48*\mathbf{X09} + (-0,453)*\mathbf{X15} + (-0,414)*\mathbf{X22} + (-0,396)*\mathbf{X08} + (-0,374)*\mathbf{X39} + 0,338*\mathbf{X16} + 0,326*\mathbf{X18}$$

$$\mathbf{HG1^*} = (-0,976*\mathbf{Y26}) + (-0,920)*\mathbf{Y31} + 0,691*\mathbf{Y33} + (-0,662)*\mathbf{Y09} + (-0,631)*\mathbf{Y10} + (-0,525)*\mathbf{Y27} + 0,511*\mathbf{Y18} + (-0,508)*\mathbf{Y20} + (-0,501)*\mathbf{Y34} + 0,460*\mathbf{Y11} + 0,433*\mathbf{Y29} + 0,313*\mathbf{Y19} + (-0,300)*\mathbf{Y17}$$

şeklinde bulunmuştur.

**HG** ve **KY** olarak kodlanan bu iki değişken seti arasında yapılan Kanonik korelasyon analizi sonucunda **HG1\*** ile **KY1\*** aynı indisli iki lineer bileşenleri arasında *birinci kanonik korelasyon* katsayısı  $r_{c1} = 0.995$  ve bu korelasyon katsayısı %5 anlamlılık seviyesinde istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0.0000$ ) ve ( $p<0.05$ ).

**HG1\*** ile **KY1\*** lineer bileşenleri arasında  $r_{c1} = 0.995$  olarak bulunan *birinci kanonik korelasyona* en büyük katkı, ilk değişken setinde (bağımsız değişken seti) işaretine bakılmaksızın büyüklük sırasıyla;

-0,824 ile **X07**, 0,772 ile **X28**, -0,713 ile **X17**, 0,713 ile **X25**, 0,621 ile **X38**, 0,603 ile **X12**, -0,539 ile **X33**, -0,485 ile **X30**, 0,48 ile **X09**, -0,453 ile **X15**... değişkenleri iken,

İkinci değişken setinde (bağımlı değişken seti) ise yine işaretine bakılmaksızın büyüklük sırasıyla (-0,976) ile **Y26**, (-0,920) ile **Y31**, 0,691 ile **Y33**, (-0,662) ile **Y09**, (-0,631) ile **Y10**, (-0,525) ile **Y27**, 0,511 ile **Y18**, (-0,508) ile **Y20**, (-0,501) ile **Y34**... olmaktadır.

Bu durumda; bağımsız değişkenler için;

**X07**: Yönetimin Sorumluluğu “Yönetimin müşteri (hasta, hemşire, doktor vb) odaklılık seviyesi” tutumu ile **X17**, Hizmet verilen hasta ve birimlerle işbirliği ve iletişim, **X33**, Süreçlerin performanslarının ölçümü, **X30**, Çalışma ortamının kalitesi, **X15**, Hizmetle ilgili tüm yasal ve diğer gerekliliklerin yerine getirilmesi, **X22**, Verilen hizmetin izlenilebilirliği (kod numarası vb.) için kullanılan yöntemler, **X08**, Kalite politikamız, **X39**, Uygunsuzlukların oluşmasını engellemek için yapılan önleyici faaliyetler, ait bağımsız değişkenler birinci kanonik korelasyonu *negatif* yönde etkilediği görülmektedir.

**X28**, Çalışanların yetkinliği, bilinç seviyeleri ve eğitimleri, **X25**, Kullanılan araçların kalibrasyonları ve kontrollerinin yapılması, **X38**, Uygunsuzlukların çıkması durumunda yapılan düzeltici faaliyetler, **X12**, İletişim sistemi (tlf, pano, intranet vb.), **X09**, Kalite hedeflerimiz, **X16**, Sağlanan hizmetlerin gözden geçirilmesi ve kayıtların tutulması **X18**, Satın alma işlemlerinin şartlara uygunluğu, ait bağımsız değişkenler birinci kanonik korelasyonu *pozitif* yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Aynı şekilde bağımlı değişkenler için;

**Y26**, Hastane yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır, **Y33** Hastanede sorunlar genellikle birimler arası bilgi alışverişi sırasında, ortaya çıkmaktadır, **Y18**, İş yükü ağırlaştığında, işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız, **Y11**, Daha ciddi hataların olmaması tamamıyla şans eserdir, **Y29**, Birlikte çalışması gereken birimler arasında, iyi düzeyde işbirliği bulunmaktadır, **Y19**, Hastanemizde, herkes birbirine saygı göstermektedir, ait bağımlı değişkenler birinci kanonik korelasyonu *pozitif* yönde etkilediği görülmektedir.

**Y31**, Hastane birimleri birbirleriyle eşgüdümlü (koordinasyonlu) çalışmamaktadır, **Y09**, Amirim hasta güvenliği ile ilgili personel önerilerini ciddiyetle ele alır, **Y10**, Daha çok işi yapabilmek uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez, **Y27**, Hastane yönetimi için, hasta güvenliği en öncelikli konudur, **Y20**, Personel yaptığı hataların, kendi aleyhine kullanıldığını düşünür, **Y34**, Vardiya değişiklikleri bu hastanedeki hastalar için sorun yaratmaktadır, **Y17**, Hastanemizde, insanlar birbirini desteklemektedir, ait bağımlı değişkenler birinci kanonik korelasyonunu *negatif* yönde etkilemektedirler.

X veri setinde “Yönetimin müşteri odaklılık seviyesinde, hizmet verilen hasta ve birimlerle işbirliği ve iletişim, süreçlerin performanslarının ölçümü, çalışma ortamının kalitesi, hizmetle ilgili tüm yasal ve diğer gerekliliklerin yerine getirilmesi, verilen hizmetin izlenilebilirliği(kod numarası vb.) için kullanılan yöntemler, kalite politikamız, uygunsuzlukların oluşmasını engellemek için yapılan önleyici faaliyetler,” değişkenlerinde meydana gelecek pozitif yönlü bir değişim Y veri setinde “Hastane yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır., Hastanede sorunlar genellikle birimler arası bilgi alışverişi sırasında, ortaya çıkmaktadır, İş yükü ağırlaştığında, işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız, Daha ciddi hataların olmaması tamamıyla şans eserdir, Birlikte çalışması gereken birimler arasında, iyi düzeyde işbirliği bulunmaktadır, Hastanemizde, herkes birbirine saygı göstermektedir, değişkenlerinde de pozitif yönlü bir gelişmeye maruz kalacaktır” X veri setindeki değişimlerden Y veri setindeki bu değişkenler de aynı yönde değişeceği görülmektedir.

Yine Y veri setindeki; “Hastane birimleri birbirleriyle eşgüdümlü (koordinasyonlu) çalışmamaktadır”, “Amirim hasta güvenliği ile ilgili personel önerilerini ciddiyetle ele alır”, “Daha çok işi yapabilmek uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez”, “Hastane yönetimi için, hasta güvenliği en öncelikli konudur”, “Personel yaptığı hataların, kendi aleyhine kullanıldığını düşünür”, “Vardiya değişiklikleri bu hastanedeki hastalar için sorun

yaratmaktadır”, “Hastanemizde, insanlar birbirini desteklemektedir”, ait değişkenlerde *negatif* yönde kovaryans (değişim) görölmektedir.



	Canoniel R	Canoniel R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
1	0,991	0,982	13926,6	1292	0	1,17962E-20
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımsız Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y16	-0,625	0,625		X12	-0,926	0,926
Y18	-0,624	0,624		X19	-0,718	0,718
Y15	0,622	0,622		X27	-0,712	0,712
Y01	-0,402	0,402		X13	0,547	0,547
Y20	-0,352	0,352		X11	0,532	0,532
Y04	0,342	0,342		X32	0,488	0,488
Y12	0,335	0,335		X28	0,468	0,468
Y10	0,325	0,325		X15	-0,435	0,435
Y14	0,316	0,316		X04	-0,337	0,337
Y34	-0,316	0,316		X14	0,336	0,336
Y13	-0,305	0,305		X29	-0,323	0,323
Y06	0,265	0,265		X30	0,296	0,296
Y29	0,252	0,252		X07	-0,264	0,264
Y17	0,249	0,249		X33	-0,227	0,227
Y27	-0,230	0,230		X38	-0,222	0,222
Y03	-0,215	0,215		X06	0,211	0,211
Y31	0,213	0,213		X05	0,203	0,203
Y30	-0,210	0,210		X37	0,196	0,196
Y33	0,195	0,195		X24	0,168	0,168
Y08	-0,190	0,190		X03	0,149	0,149
Y35	0,177	0,177		X16	0,147	0,147
Y25	0,176	0,176		X36	0,145	0,145
Y24	0,174	0,174		X22	0,137	0,137
Y28	0,138	0,138		X09	-0,114	0,114
Y07	-0,130	0,130		X21	-0,110	0,110
Y11	-0,099	0,099		X26	-0,106	0,106
Y26	0,084	0,084		X10	-0,099	0,099
Y22	-0,081	0,081		X02	-0,093	0,093
Y32	0,071	0,071		X17	0,084	0,084
Y02	0,070	0,070		X35	-0,077	0,077
Y19	-0,067	0,067		X39	0,049	0,049
Y23	-0,061	0,061		X25	0,046	0,046
Y09	0,045	0,045		X31	0,046	0,046
Y05	-0,034	0,034		X18	-0,041	0,041
Y21	0,013	0,013		X34	0,039	0,039
				X08	-0,034	0,034
				X23	0,023	0,023
				X01	-0,018	0,018
				X20	-0,010	0,010

Tablo: 4.8 İkinci Kanonik Korelasyon Değerleri Ve Bağımlı Bağımsız Değişken Yükleri

İkinci (1) kanonik korelasyona ait değişkenler ve aldıkları kanonik yükleri Tablo 4.8 'de gösterilmektedir. Değerlendirmeye kanonik yüklerin mutlak değerleri  $\geq 0,30$  ve yukarısı olan değişkenler alınmıştır.

Değişken No	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)	Değişken tanımı
X12	-0,926	0,926	İletişim sistemi (tlf, pano, intranet vb.),
X19	-0,718	0,718	Satın alınan ürünün muayenesinin yapılması,
X27	-0,712	0,712	Çalışan sayısının yeterliliği,
X13	0,547	0,547	Yönetimin kalite sistemini belirli aralıklarla gözden geçirmesi,
X11	0,532	0,532	Yetki ve sorumluluklarımızın belirlilik seviyesi,
X32	0,488	0,488	Verilen hizmete ve kaliteye yönelik yapılan iç tetkikler (denetimler),
X28	0,468	0,468	Çalışanların yetkinliği, bilinç seviyeleri ve eğitimleri,
X15	-0,435	0,435	Hizmetle ilgili tüm yasal ve diğer gerekliliklerin yerine getirilmesi,
X04	-0,337	0,337	Hastanemizde dokümanların kontrolü,
X14	0,336	0,336	Hastane hizmetlerinin planlanması,
X29	-0,323	0,323	Altyapının (bina, donanım, yazılım vb) kalitesi,

**Tablo:4.9 İkinci Kanonikte Ağırlığı Olan Bağımsız Değişkenler Seti Analiz Kodları Ve Kanonik Yükleri**

İkinci kanonik yükü etkileyen ve ağırlığı  $>0.30$  dan büyük olan bağımsız değişkenler **KY2\*** Tablo 4.9 da verilmiştir. Burada en büyük yük 0.926'lık yükü **X12 - İletişim sistemi (tlf, pano, intranet vb.)** değişkeninde yüklenmiştir. En düşük değerde ise 0,323'lük değeriyle **X29 - Altyapının (bina, donanım, yazılım vb) kalitesi**, değişkeninde yüklenmiştir. Bağımsız değişkenlerden onbir tanesinin kanonik yükünün ağırlığı 0,30'dan yukarıda olduğu bulunmuştur.

Değişken No	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)	Değişken tanımı
Y16	-0,625	0,625	Hasta güvenliğini artırmak için bir değişiklik yaptığımızda, değişikliğin etkinliğini değerlendiririz.
Y18	-0,624	0,624	İş yükü ağırlaştığında, işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız.
Y15	0,622	0,622	Hatalarımızdan ders alırız.
Y01	-0,402	0,402	Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?
Y20	-0,352	0,352	Personel yaptığı hataların, kendi aleyhine kullanıldığını düşünür.
Y04	0,342	0,342	Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, personel özgürce fikirlerini iletir.
Y12	0,335	0,335	Hastanemizde hasta güvenliği ile ilgili sorunlarımız vardır.
Y10	0,325	0,325	Daha çok işi yapabilmek uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez.
Y14	0,316	0,316	Hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif olarak çalışmalar yapmaktayız.
Y34	-0,316	0,316	Vardiya değişiklikleri bu hastanedeki hastalar için sorun yaratmaktadır.
Y13	-0,305	0,305	Hataların oluşmasına engel olacak prosedürlerimiz ve sistemimiz mevcuttur.

**Tablo:4.10 İkinci Kanonikte Ağırlığı Olan Bağımlı Değişkenler Seti Analiz Kodları Ve Kanonik Yükleri**

İkinci kanonik yükü etkileyen ve ağırlığı >0.30 dan büyük olan bağımlı değişkenler **HG2\*** Tablo 4.10 da verilmiştir. Burada en büyük yük 0.625'lik yükü **Y16 - Hasta güvenliğini artırmak için bir değişiklik yaptığımızda, değişikliğin etkinliğini değerlendiririz** değişkeninde yüklenmiştir. En düşük değerde ise 0,305'lik değeriyle **Y13 - Hataların oluşmasına engel olacak prosedürlerimiz ve sistemimiz mevcuttur** değişkeninde yüklenmiştir. Bağımlı değişkenlerden *onbir* tanesinin kanonik yükünün ağırlığı 0,30'dan yukarıda olduğu görülmüştür.

Hasta Güvenliği (HG) ile Kalite Yönetimi (KY) arasında bulunan ikinci korelasyona ait Kanonik değişkenler ve yükleri;

$$KY2* = (-0,926)*X12 + (-0,718)*X19 + (-0,712)*X27 + 0,547*X13 + 0,532*X11 + 0,488*X32 + 0,468*X28 + (-0,435)*X15 + (-0,337)*X04 + 0,336*X14 + (-0,323)*X29$$



$HG2^* = (-0,625) * Y16 + (-0,624) * Y18 + 0,622 * Y15 + (-0,402) * Y01 + (-0,352) * Y20 + 0,342 * Y04 + 0,335 * Y12 + 0,325 * Y10 + 0,316 * Y14 + (-0,316) * Y34 + (-0,305) * Y13$  şeklinde bulunmuştur.

**HG** ve **KY** olarak kodlanan bu iki değişken seti arasında yapılan *İkinci Kanonik korelasyon* analizi sonucunda  $HG2^*$  ile  $KY2^*$  aynı indisli iki lineer bileşenleri arasında *ikinci kanonik korelasyon* katsayısı  $r_{c2} = 0,991$  ve bu korelasyon katsayısı %5 anlamlılık seviyesinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmaktadır ( $p=0.0000$ ) ve ( $p<0.05$ ).

$HG2^*$  ile  $KY2^*$  lineer bileşenleri arasında  $r_{c2} = 0,991$  olarak bulunan *ikinci kanonik korelasyona* en büyük katkı, ilk değişken setinde (bağımsız değişken seti) işaretine bakılmaksızın büyüklük sıra ile;

-0,926 ile **X12**, -0,718 ile **X19**, -0,712 ile **X27**, 0,547 ile **X13**, 0,532 ile **X11**, 0,488 ile **X32**, 0,468 ile **X28**, -0,435 ile **X15**, -0,337 ile **X04**, 0,336 ile **X14**, -0,323 ile **X29**,

İkinci değişken (bağımlı) seti işaretine bakılmaksızın büyüklük sırasıyla ;

-0,625 ile **Y16**, -0,624 ile **Y18**, 0,622 ile **Y15**, -0,402 ile **Y01**, -0,352 ile **Y20**, 0,342 ile **Y04**, 0,335 ile **Y12**, 0,325 ile **Y10**, 0,316 ile **Y14**, -0,316 ile **Y34**, -0,305 ile **Y13** olarak bulunmuştur.

Bu durumda; bağımsız değişkenler için;

**X12**:İletişim sistemi (tlf, pano, intranet vb.), **X19**:Satın alınan ürünün muayenesinin yapılması, **X27**:Çalışan sayısının yeterliliği, **X15**:Hizmetle ilgili tüm yasal ve diğer gerekliliklerin yerine getirilmesi, **X04**:Hastanemizde dokümanların kontrolü, **X29**:Altyapının (bina, donanım, yazılım vb) kalitesi, değişkenleri ikinci kanonik korelasyonu negatif yönde etkilediği,**X14**:Hastane hizmetlerinin planlanması, **X28**:Çalışanların yetkinliği, bilinç seviyeleri ve eğitimleri, **X32**:Verilen hizmete ve kaliteye yönelik yapılan iç tetkikler (denetimler), **X11**:Yetki ve sorumluluklarımızın belirlilik seviyesi, **X13**:Yönetimin kalite sistemini belirli aralıklarla gözden geçirmesi, değişkenleri ikici kanonik yükü pozitif yönde etkilediği görülmektedir.

Aynı şekilde bağımlı değişkenler için;**Y16**: Hasta güvenliğini artırmak için bir değişiklik yaptığımızda, değişikliğin etkinliğini değerlendiririz, **Y18**: İş yükü ağırlaştığında, işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız, **Y01**: Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır, **Y20**: Personel yaptığı hataların, kendi aleyhine kullanıldığını düşünür, **Y34**: Vardiya değişiklikleri bu hastanedeki hastalar için sorun yaratmaktadır, **Y13**: Hataların oluşmasına engel olacak

prosedürlerimiz ve sistemimiz mevcuttur, bağımlı değişkenler ikinci kanonik korelasyonu negatif yönde etkilediği, **Y14:**Hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif olarak çalışmalar yapmaktayız, **Y10:**Daha çok işi yapabilmek uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez, **Y12:**Hastanemizde hasta güvenliği ile ilgili sorunlarımız vardır, **Y04:**Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, personel özgürce fikirlerini iletir, **Y15:**Hatalarımızdan ders alırız, ait bağımsız değişkenler *ikinci kanonik korelasyonu* pozitif yönde etkilediği görülmektedir.

“İletişim sistemi (telefon, pano, intranet vb.), Satın alınan ürünün muayenesinin yapılması, Çalışan sayısının yeterliliği, Hizmetle ilgili tüm yasal ve diğer gerekliliklerin yerine getirilmesi, Hastanemizde dokümanların kontrolü, Altyapının (bina, donanım, yazılım vb) kalitesi,” olarak tanımlanan bağımsız değişkenlerinde bir birimlik pozitif yönlü değişme bağımlı değişken veri setindeki; “Hasta güvenliğini artırmak için bir değişiklik yaptığımızda, değişikliğin etkinliğini değerlendiririz, İş yükü ağırlaştığında, işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız, Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır, Personel yaptığı hataların, kendi aleyhine kullanıldığını düşünür, Vardiya değişiklikleri bu hastanedeki hastalar için sorun yaratmaktadır, Hataların oluşmasına engel olacak prosedürlerimiz ve sistemimiz mevcuttur”, değişkenlerinde bir birim pozitif yönlü artışa, “Hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif olarak çalışmalar yapmaktayız, Daha çok işi yapabilmek uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez, Hastanemizde hasta güvenliği ile ilgili sorunlarımız vardır, Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, personel özgürce fikirlerini iletir, Hatalarımızdan ders alırız,” olarak tanımlanan bağımlı değişkenlerde ise bir birim azalışa neden olacağı belirtilmektedir.

Aynı şekilde diğer 20 kanonik korelasyon analiz edildiğinde etkin olan bağımsız değişkenler ve tekrar sayıları Tablo 4.11’de bağımlı değişkenler ve tekrar sayıları Tablo 4.12’de verilmiştir.

Değişken No	Tekrar Sayısı	Bağımsız değişkenin Tanımı
X08	14	Kalite politikamız,
X13	14	Yönetimin kalite sistemini belirli aralıklarla gözden geçirmesi,
X07	13	Yönetimin müşteri (hasta, hemşire, doktor vb) odaklılık seviyesi,
X12	13	İletişim sistemi (telefon, pano, intranet vb.),
X14	13	Hastane hizmetlerinin planlanması,
X18	13	Satın alma işlemlerinin şartlara uygunluğu,
X05	12	Hastanemizde kayıtların kontrolü,
X32	12	Verilen hizmete ve kaliteye yönelik yapılan iç tetkikler (denetimler),
X16	11	Sağlanan hizmetlerin gözden geçirilmesi ve kayıtların tutulması
X28	11	Çalışanların yetkinliği, bilinç seviyeleri ve eğitimleri,
X29	11	Altyapının (bina, donanım, yazılım vb) kalitesi,
X30	11	Çalışma ortamının kalitesi,
X10	10	Kalite sisteminin planlanması,
X20	10	Hizmetlerin uygunluğunun kontrolü,
X25	10	Kullanılan araçların kalibrasyonları ve kontrollerinin yapılması,
X27	10	Çalışan sayısının yeterliliği,
X35	10	Uygun olmayan ürün veya hizmet kontrolü,
X38	10	Uygunsuzlukların çıkması durumunda yapılan düzeltici faaliyetler,
X04	9	Hastanemizde dokümanların kontrolü,
X06	9	Yönetimin kalite ile ilgili sorumluluklarını yerine getirmesi,
X09	9	Kalite hedeflerimiz,
X11	9	Yetki ve sorumluluklarımızın belirlilik seviyesi,
X15	9	Hizmetle ilgili tüm yasal ve diğer gerekliliklerin yerine getirilmesi,
X17	9	Hizmet verilen hasta ve birimlerle işbirliği ve iletişim,
X19	9	Satın alınan ürünün muayenesinin yapılması,
X21	9	Süreçlerin geçerliliğinin sağlanması,
X39	9	Uygunsuzlukların oluşmasını engellemek için yapılan önleyici faaliyetler,
X01	8	Hastanemizde tüm süreçlerin (prosesler) tanımlanması,
X02	8	Hastanemizde sistemin dokümantasyonu,
X31	8	Hasta memnuniyetlerinin düzenli ölçülmesi,
X34	8	Verilen hizmetin ve ürünün uygunluklarının ölçülmesi ve kayıtların tutulması,
X22	7	Verilen hizmetin izlenilebilirliği(kod numarası vb.) için kullanılan yöntemler,
X33	7	Süreçlerin performanslarının ölçümü,
X23	6	Ödünç alınan (kurum içi veya dışından) malzemelerin güvenliğinin sağlanması,
X36	6	Toplanan verilerin analiz edilmesi,
X24	5	İlaçların ve malzemelerin uygun depolanması,
X37	5	Sürekli iyileştirme faaliyetleri(eğitim vb) yapılması,
X03	2	Hastanemizde kaliteye yönelik bir el kitabı,
X26	1	Kaliteli bir sistem için gerekli kaynaklar sağlanması,

**Tablo :4.11 Bağımsız Değişkenlerin Kanonik Korelasyon İçinde Tekrar Sayıları**

“Kalite politikamız” ve “Yönetimin kalite sistemini belirli aralıklarla gözden geçirilmesi”, on dört defa “Yönetimin müşteri (hasta, hemşire, doktor vb) odaklılık seviyesi”, İletişim sistemi (telefon, pano, intranet vb.)”, “Hastane hizmetlerinin planlanması”, “Satın alma işlemlerinin şartlara uygunluğu” on üç defa; “Hastanemizde kayıtların kontrolü”, “Verilen hizmete ve kaliteye yönelik yapılan iç tetkikler (denetimler)”, on iki defa “Sağlanan hizmetlerin gözden geçirilmesi ve kayıtların tutulması”, “Çalışanların yetkinliği, bilinç seviyeleri ve eğitimleri”, “Altyapının (bina, donanım, yazılım vb) kalitesi”, ve “Çalışma ortamının kalitesi”, on bir defa “Kalite sisteminin planlanması”, “Hizmetlerin uygunluğunun kontrolü”, “Kullanılan araçların kalibrasyonları ve kontrollerinin yapılması”, “Çalışan sayısının yeterliliği”, “Uygun olmayan ürün veya hizmet kontrolü”, “Uygunsuzlukların çıkması durumunda yapılan düzeltici faaliyetler”, on defa ,“Hastanemizde dokümanların kontrolü”, “Yönetimin kalite ile ilgili sorumluluklarını yerine getirmesi”, “Kalite hedeflerimiz”, “Yetki ve sorumluluklarımızın belirlilik seviyesi”, “Hizmetle ilgili tüm yasal ve diğer gerekliliklerin yerine getirilmesi”, “Hizmet verilen hasta ve birimlerle işbirliği ve iletişim”, “Satın alınan ürünün muayenesinin yapılması”, “Süreçlerin geçerliliğinin sağlanması”, “Uygunsuzlukların oluşmasını engellemek için yapılan önleyici faaliyetler”, dokuz defa “Hastanemizde tüm süreçlerin (prosesler) tanımlanması”, “Hastanemizde sistemin dokümantasyonu”, “Hasta memnuniyetlerinin düzenli ölçülmesi”, “Verilen hizmetin ve ürünün uygunluklarının ölçülmesi ve kayıtların tutulması”, değişkenlerinin ise sekiz defa tekrar edildiği görülmektedir.

Değişken	Tekrar Sayısı	Bağımlı Değişkenin Tanımı
Y02	14	Bir hata gerçekleştiğinde, ancak bunun hasta açısından olası bir tehlikesi yoksa bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?
Y08	12	Hasta güvenliğine yönelik bir iş yapıldığında, amirim takdir eder.
Y18	12	İş yükü ağırlaştığında, işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız.
Y33	12	Hastanede sorunlar genellikle birimler arası bilgi alışverişi sırasında, ortaya çıkmaktadır.
Y09	11	Amirim hasta güvenliği ile ilgili personel önerilerini ciddiyetle ele alır.
Y15	11	Hatalarımızdan ders alırız.
Y01	10	Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?
Y07	10	Hastanemizde tekrarlanmaması için hataları önleme yollarını tartışırız.
Y16	10	Hasta güvenliğini artırmak için bir değişiklik yaptığımızda, değişikliğin etkinliğini değerlendiririz.
Y19	10	Hastanemizde, herkes birbirine saygı göstermektedir.
Y22	10	Personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar.
Y26	10	Hastane yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır
Y34	10	Vardiya değişiklikleri bu hastanedeki hastalar için sorun yaratmaktadır.
Y04	9	Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, personel özgürce fikirlerini iletir.
Y13	9	Hataların oluşmasına engel olacak prosedürlerimiz ve sistemimiz mevcuttur.
Y14	9	Hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif olarak çalışmalar yapmaktayız.
Y17	9	Hastanemizde, insanlar birbirini desteklemektedir.
Y20	9	Personel yaptığı hataların, kendi aleyhine kullanıldığını düşünür.
Y24	9	Hasta bakımı için fuzuli olarak, gereğinden fazla personel takviyesi alırız.
Y11	8	Daha ciddi hataların olmaması tamamıyla şans eserdir.
Y27	8	Hastane yönetimi için, hasta güvenliği en öncelikli konudur.
Y32	8	Önemli hasta bakım bilgileri vardiya değişikliğinde kaybolmaktadır.
Y05	7	Hastanemizde oluşan hatalarla ilgili bilgilendirilmekteyiz.
Y06	7	Personelin alınan karar ve uygulamaları sorgulama özgürlüğü vardır.
Y21	7	Herhangi bir olay rapor edildiğinde, olayın kendisi değil, hataya yol açan kişilerin rapor edileceği düşünülür.
Y35	7	Genel olarak, hastanemizin kalite yönetimi sistemi,
Y03	6	Bir hata gerçekleştiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmışsa, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?
Y31	6	Hastane birimleri birbirleriyle eşgüdümlü (koordinasyonlu) çalışmamaktadır.
Y10	5	Daha çok işi yapabilmek uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez.
Y12	5	Hastanemizde hasta güvenliği ile ilgili sorunlarımız vardır.
Y29	5	Birlikte çalışması gereken birimler arasında, iyi düzeyde işbirliği bulunmaktadır.
Y30	5	Hastane birimleri en iyi düzeyde hasta bakımı sağlamak için, birlikte uyum içinde çalışmaktadır.
Y23	4	İş yükünü paylaşacak yeterli personelimiz vardır.
Y25	4	Daha çok işi daha hızlı yapabilmek için, sürekli aşırı yoğun bir tempoda çalışmaktayız.
Y28	1	Hastane yönetimi, sadece ters bir olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgileniyor izlenimi vermektedir.

**Tablo: 4.12. Bağımlı Değişkenlerin Kanonik Korelasyon İçinde Tekrar Sayıları**

“Bir hata gerçekleştiğinde, ancak bunun hasta açısından olası bir tehlikesi yoksa bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?” on dört defa, “Hasta güvenliğine yönelik bir iş yapıldığında, amirim takdir eder”, “İş yükü ağırlaştığında, işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız”, “Hastanede sorunlar genellikle birimler arası bilgi alışverişi sırasında, ortaya

çıkılmaktadır”, on iki defa ,“Amirim hasta güvenliği ile ilgili personel önerilerini ciddiyetle ele alır”, “Hatalarımızdan ders alırız. on bir defa ,“Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?”, “Hastanemizde tekrarlanmaması için hataları önleme yollarını tartışırız”, “Hasta güvenliğini artırmak için bir değişiklik yaptığımızda, değişikliğin etkinliğini değerlendiririz”, “Hastanemizde, herkes birbirine saygı göstermektedir”, “Personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar”, “Hastane yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır”, “Vardiya değişiklikleri bu hastanedeki hastalar için sorun yaratmaktadır on defa,“Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, personel özgürce fikirlerini iletir”, “Hataların oluşmasına engel olacak prosedürlerimiz ve sistemimiz mevcuttur”, “Hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif olarak çalışmalar yapmaktayız”, “Hastanemizde, insanlar birbirini desteklemektedir”, “Personel yaptığı hataların, kendi aleyhine kullanıldığını düşünür”, “Hasta bakımı için fuzuli olarak, gereğinden fazla personel takviyesi alırız”, dokuz defa,“Daha ciddi hataların olmaması tamamıyla şans eseridir”, “Hastane yönetimi için, hasta güvenliği en öncelikli konudur”, “Önemli hasta bakım bilgileri vardiya değişikliğinde kaybolmaktadır”, sekiz defa “Hastanemizde oluşan hatalarla ilgili bilgilendirilmekteyiz”, “Personelin alınan karar ve uygulamaları sorgulama özgürlüğü vardır”, “Herhangi bir olay rapor edildiğinde, olayın kendisi değil, hataya yol açan kişilerin rapor edileceği düşünülür”, “Genel olarak, hastanemizin kalite yönetimi sistemi”, yedi defa tekrar eden bağımlı değişkenler olduğu tespit edilmiştir.

Anket sonuçlarını faktörlere göre değerlendirecek olursak;

**Kalite Yönetim Sistemini** (bağımsız değişkenler seti ) oluşturan değişkenlerin yirmi bir kanonik korelasyonda yer alış frekanslarına bakıldığında on dört defa tekrar eden “*Kalite politikamız*” ve “*Yönetimin kalite sistemini belirli aralıklarla gözden geçirilmesi*”, **Yönetimin sorumluluğu** faktöründe yer almaktadır. Aynı şekilde on üç defa tekrar eden “*Yönetimin müşteri odaklılık seviyesi*” ve “*İletişim sistemi*” de **Yönetimin sorumluluğu** faktöründe yer almaktadır.

Çalışanlar, kurum yöneticilerinin en önemli görevlerinin hasta beklentilerinin tam olarak karşılanması olduğunu belirtmişlerdir. Bu doğrultuda hastane yöneticilerinin, çalışanların görev tanımlarını iyi belirlemeleri, kaliteli hizmet sunumu için gerekli tüm sorumlulukları yerine getirmeleri gerekmektedir.

Kalite yönetim sisteminin bir diğer faktörü, **Hizmetin Gerçekleştirilmesi**, faktöründe yer alan “*Hastane hizmetlerinin planlanması*”, “*Satın alma işlemlerinin şartlara uygunluğu*” değişkenlerinin on üç defa tekrar edildiği görülmektedir.

	Değişken	Tekrar Sayısı	En Büyük Kanonik Yük	Ortalama Kanonik Yük *	En Küçük Kanonik Yük
<b>Genel Şartlar</b>	X01	8	1,012	0,545	0,301
	X02	8	0,849	0,508	0,355
	X03	2	0,815	0,651	0,487
	X04	9	1,076	0,598	0,337
	X05	12	1,158	0,667	0,321
<b>Yönetimin Sorumluluğu(Amirlerin Sorumluluğu)</b>	X06	9	1,743	0,827	0,345
	X07	13	1,349	0,759	0,339
	X08	14	0,819	0,439	0,303
	X09	9	0,996	0,490	0,333
	X10	10	1,122	0,514	0,354
	X11	9	0,867	0,577	0,334
	X12	13	0,947	0,600	0,318
	X13	14	1,446	0,572	0,313
<b>Hizmetin Gerçekleştirilmesi</b>	X14	13	0,841	0,561	0,336
	X15	9	0,895	0,524	0,380
	X16	11	0,803	0,520	0,338
	X17	9	1,145	0,758	0,355
	X18	13	0,857	0,497	0,317
	X19	9	0,718	0,458	0,317
	X20	10	1,975	0,651	0,347
	X21	9	0,935	0,583	0,309
	X22	7	0,868	0,524	0,360
	X23	6	1,176	0,545	0,308
	X24	5	1,082	0,609	0,379
	X25	10	1,188	0,613	0,337
<b>Kaynak Yönetimi</b>	X26	1	0,389	0,389	0,389
	X27	10	0,909	0,531	0,302
	X28	11	1,253	0,663	0,385
	X29	11	0,975	0,648	0,323
	X30	11	0,947	0,540	0,334
<b>Ölçme, Analiz Ve İyileştirme</b>	X31	8	0,825	0,473	0,322
	X32	12	1,074	0,617	0,321
	X33	7	0,542	0,439	0,303
	X34	8	0,812	0,483	0,314
	X35	10	1,059	0,578	0,303
	X36	6	0,532	0,423	0,333
	X37	5	0,921	0,563	0,313
	X38	10	0,662	0,471	0,318
	X39	9	0,848	0,512	0,374

**Tablo: 4.13 Kanonik Yüklerin Kalite Yönetim Sistemi Faktörlerine Göre Dağılımı**

Bir diğer faktör **Hizmetin Gerçekleştirilmesi**'ne ait değişken olan “Sağlanan hizmetlerin gözden geçirilmesi ve kayıtların tutulması” on bir defa tekrar ile sıralamada yerini almaktadır. Çalışanlar kurumlarını yönetenlerin en önemli sorumluluğunun hastaların beklentilerinin tam olarak karşılanması olduğunu belirtmişlerdir. Bunu sağlarken, yönetim, çalışanların görev tanımlarını iyi belirlemeli, kaliteli hizmet sunumu için sorumluluklarını yerine getirmelidir.

**Genel şartlar** faktörü olarak da “*Hastanemizde kayıtların kontrolü*” on iki defa tekrar eden frekans olarak önem kazanmaktadır. Çalışanlar kayıtların tutulmasının önemine işaret etmektedirler.

Kalite yönetim sisteminin bir diğer faktörü **Ölçme, Analiz ve İyileştirme**’nin alt değişkeni olan “*Verilen hizmete ve kaliteye yönelik yapılan iç tetkikler (denetimler)*” on iki defa tekrar eden frekans ile önemli bir değişken olarak sıralamada yerini almaktadır.

Kalite yönetim sisteminde bir diğer faktör **Kaynak Yönetimi**’ne ait üç değişken aynı frekansta ve farklı ağırlıklarda Korelasyona etki etmektedir. Bunlar “*Çalışanların yetkinliği, bilinç seviyeleri ve eğitimleri*” maksimum değeri 1.253, ortalaması 0.663, “*Altyapının (bina, donanım, yazılım vb) kalitesi*” maksimum değeri 0.975 ve ortalaması 0.648, “*Çalışma ortamının kalitesi*” maksimum değeri 0.947 ortalaması 0,540, değişkeni on bir defa tekrar etmiş ve Kalite Yönetim Sisteminin başarılı şekilde yürütülebilmesi için, mutlaka çalışanların katılımının sağlanması gerekmekte olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Eğer çalışanlar sayıca yetersiz ve uygun olmayan alt yapı ve çalışma ortamlarında görevlerini yürütmeye çalışıyorlarsa, kalite çalışmalarına karşı bir direnç oluşabilir.

Kalite yönetim sistemi içinde yer alan 39 değişkenden 21 kanonik korelasyon içinde yer alan ve en fazla tekrar eden değişkenlerin Kalite Yönetim Sistemi faktörlerine göre dağılımı Tablo 4.14 deki şekilde sıralanmaktadır.

	Tekrar Sayısı	En Büyük Kanonik Yük	Ortalama Kanonik Yük *	En Küçük Kanonik Yük
<b>Genel Şartlar</b>	8	1,158	0,594	0,301
<b>Yönetimin Sorumluluğu(Amirlerin Sorumluluğu)</b>	11	1,743	0,597	0,303
<b>Hizmetin Gerçekleştirilmesi</b>	9	1,975	0,570	0,308
<b>Kaynak Yönetimi</b>	9	1,253	0,554	0,302
<b>Ölçme, Analiz ve İyileştirme</b>	8	1,074	0,507	0,303

**Tablo: 4.14. Bağımsız Değişkenlerin Aldığı Yükler Ve Ortalama Frekansların Faktörlere Dağılımı**

Dikkat edilirse Yönetimin Sorumluluğu, Kaynak Yönetimi ve Hizmetin gerçekleştirilmesi faktörlerinin ağırlığı diğerlerinden daha fazladır. En büyük kanonik yükler bakıldığında maksimum yük bu faktörlerdeki değişkenlerdedir. Tabloya ana hatlarıyla bakacak olursak Yönetimin Sorumluluğu, Hizmetin Gerçekleştirilmesi ve Kaynak Yönetimi önem derecesine



göre sıralanmaktadır ve Yönetimin Sorumluluğu Faktörünün değişkenlerine ait frekans ortalaması 11 dir.

**Yönetimin(amir) sorumluluğu** faktörünün değişkenlerinin frekans ortalamasının en yüksek olması, yetki ve sorumluluk tanımlarının disiplinler arası ve takımlar arasında birbirini destekleyen ve ayrılan adımlarının netleşmesi ve kalite hedefleriyle sürekli güncellenmesi olarak alınmalıdır.

**Hizmetin gerçekleştirilmesi** faktöründeki değişkenlerin frekans dağılımında; hizmet sunumunda yasal adımları desteklemesi için departmanlar oluşturulmalı ve kalite yönetim sistemiyle ilişkilendirilmelidir. Tedarik zinciri yönetimi oluşturularak temin edilen ürünlerin uygunluğu, güvenilirliği ve muhafazasına yönelik süreçler tanımlanmalı ve sürekli iyileştirme uygulamalarında yer almalıdır.

**Kaynak yönetimi** faktöründe; kurumsal ve mesleki kriterlerini içine alan norm kadro ve yetkinlik modelleri oluşturulmalı, devir oranı azaltılmalı, çalışma ortamı hatalara sebep olmayacak şekilde olmalı ve kalite iyileştirme adımlarıyla sürekli takip edilmelidir.

**Ölçme, analiz ve iyileştirme** faktörü değişkeninde süreci ve hizmeti ölçmek daha doğrusu ölçülebilir halde yönetmek gerekir. Dolayısıyla hizmeti ve süreci ölçmek için kriterler belirlemek, bu doğrultuda değerlendirme yapmak, iyileştirme ve performans ölçümü yapmak gerekir.

**Genel şartlar** faktör değişkenleri için dokümantasyon sisteminde yer alan proses ve kayıtların takibine yönelik standart takip yöntemi belirlenmeli, tanımlanma, güncellenme, ulaşabilme adımlarıyla ilgili bilgi sistemleri yöntemleri oluşturulmalıdır.

Buna göre Kalite Yönetim Sistemi uygulamalarının hastanelerde güvenlik kültürünün oluşmasına katkı sağladığı söylenebilir. Kalite Yönetim Sistemi standartlarının sürekli iyileştirmesini yönetimin bu faaliyetleri sahiplenmesi ve kontrol etmesiyle Hasta Güvenliği Kültürü'nün gelişmesine pozitif yönde etki edeceği söylenebilir.

Kalite Yönetim Sisteminde en fazla tekrar eden değişken setleri dikkat edilirse yönetimle ilgili değişkenlerdir, Hasta Güvenliği Kültüründe de yine yönetimi ifade eden değişken setiyle etkileşmektedirler.

**Hasta Güvenlik Kültürü** sistemi içinde yer alan 35 değişkenden 21 Kanonik korelasyon içinde yer alan ve en fazla tekrar eden değişkenlerin Hasta Güvenlik Kültürü faktörlerine göre dağılımı Tablo 4.15 daki şekilde sıralanmaktadır.

	Değişken	Tekrar Sayısı	En Büyük Kanonik Yük	Ortalama Kanonik Yük	En Küçük Kanonik Yük
<b>Raporlanan Olayların Sıklığı</b>	Y01	10	1,174	0,606	0,306
	Y02	14	0,967	0,542	0,334
	Y03	6	0,808	0,560	0,300
<b>Yönetim Ve İletişim</b>	Y04	9	1,106	0,569	0,337
	Y05	7	0,786	0,435	0,307
	Y06	7	1,581	0,788	0,334
	Y07	10	1,061	0,604	0,356
	Y08	12	1,073	0,642	0,323
	Y09	11	0,809	0,503	0,300
<b>Genel Güvenlik Algısı</b>	Y10	5	0,631	0,431	0,325
	Y11	8	0,556	0,415	0,308
	Y12	5	0,408	0,366	0,335
	Y13	9	0,818	0,501	0,305
<b>Örgütsel Öğrenme</b>	Y14	9	0,570	0,411	0,316
	Y15	11	1,081	0,706	0,493
	Y16	10	0,714	0,506	0,311
<b>Takım Çalışması</b>	Y17	9	1,008	0,495	0,300
	Y18	12	1,129	0,565	0,318
	Y19	10	1,021	0,446	0,313
<b>Hataların Değerlendirilmesi</b>	Y20	9	0,679	0,423	0,308
	Y21	7	1,295	0,725	0,386
	Y22	10	1,036	0,602	0,335
<b>Personel</b>	Y23	4	0,713	0,563	0,456
	Y24	9	1,075	0,587	0,332
	Y25	4	0,678	0,544	0,449
<b>Hastane Yönetimi(Amirlerin Sorumluluğu)</b>	Y26	10	0,976	0,446	0,315
	Y27	8	0,579	0,449	0,310
	Y28	1	0,312	0,312	0,312
<b>Birimlerarası İlişkiler</b>	Y29	5	1,173	0,822	0,433
	Y30	5	1,287	0,692	0,313
<b>Görev Değişimi</b>	Y32	8	0,797	0,460	0,324
	Y33	12	1,034	0,625	0,319
	Y34	10	1,025	0,458	0,316
	Y35	7	0,852	0,496	0,328

**Tablo: 4.15 Kanonik yüklerin Hasta Güvenliği Kültürü Faktörlerine göre dağılımı**

**Hasta Güvenliği Kültürü** (bağımlı değişkenler seti ) oluşturan değişkenlerin yirmi bir Kanonik korelasyonda yer alış frekanslarına baktığımızda on dört defa tekrar eden “*Bir hata gerçekleştiğinde, ancak bunun hasta açısından olası bir tehlikesi yoksa bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?*” değişkeni **Raporlanan Olayların Sıklığı** faktöründe yer almaktadır. Bu

faktörde yer alan bir diğerk değişken “*Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?*” on defa tekrar eden değişken ve “*Bir hata gerçekleştiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmışsa, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?*” değişkeni ise altı defa tekrar ettiği görölmektedir.

**Raporlanan Olayların Sıklığı,** analiz sonuçlarına göre, hastaya zarar verme riski en yüksek olan değişkenler olarak öne çıkmaktadır. Eğer hata hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltilseyse, çalışanlar tarafından daha az önemsenmektedir. Bu bağlamda, ciddi zarar riski olan tıbbi hatalar, çalışanlar tarafından mutlaka raporlanması gereken hatalar olarak görölmektedir. Meydana gelen sistem ya da insan kaynaklı hataların raporlanması gerektiği, hatalardan ders alınarak, kurumsal öğrenme ile hasta güvenliğine yönelik önleyici çalışmaların daha kolay yürütölebileceği elde edilmiştir.

**Yönetim ve İletişim** faktöründe yer alan, “*Hasta güvenliğine yönelik bir iş yapıldığında, amirim takdir eder*” ifadesi on iki defa, aynı faktörde “*Amirim hasta güvenliği ile ilgili personel önerilerini ciddiyetle ele alır*” değişkeni ise on bir defa tekrar ettiği, “*Hastanemizde tekrarlanmaması için hataları önleme yollarını tartışırız.*” değişkeninin ise on defa tekrar ettiği görölmektedir.

*Hasta güvenliğine yönelik bir iş yapıldığında, amirim takdir eder,* bağımlı değişkeni ile *Kalite politikamız, Yönetimin kalite sistemini belirli aralıklarla gözden geçirmesi, Yönetimin müşteri (hasta, hemşire, doktor vb) odaklılık seviyesi, İletişim sistemi (tlf, pano,intranet vb.),* bağımsız değişkenleri ilişkisi incelendiğinde; çalışanların yönetime daha çok katılmak istedikleri, kurum içinde açık bir iletişim sistemi ile çalışanlar yönetim tarafından alınan hasta güvenliği ile ilgili kararları sorgulayabilmeyi ve kararlarda etkin rol üstlenmek üzere önerilerde bulunmak istedikleri sonuçlarına varılmaktadır. Bu nedenle hasta güvenliği kültürünün oluşması aşamasında, yönetim şeffaf bir iletişimi tercih etmelidir. Çalışanlar dinlenmeli, katılımları sağlanmalı ve iyi uygulamalar sonucunda ödöllandirilmelidir. Kültürel değişimi sağlamak için yönetim ile birimler arası ve kişilerarası iletişim ağlarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

**Takım alışması** faktöründe yer alan, “*İş yükü ağırlaştığında, işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız*” değişkeni on iki defa, “*Hastanemizde, herkes birbirine saygı göstermektedir*” değişkeni on defa “*Hastanemizde, insanlar birbirini desteklemektedir*” değişkeninin ise altı defa tekrar ettiği görölmektedir.

*İş yükü ağırlaştığında, işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız* bağımlı değişkeni ile *Yönetimin müşteri (hasta, hemşire, doktor vb) odaklılık seviyesi, İletişim sistemi (tlf, pano,intranet vb.), Hastane hizmetlerinin planlanması, Satın alma işlemlerinin şartlara*

*uygunluğu*, değişkenleri ilişkisi incelendiğinde; kurumsal iletişimi sağlamak için, öncelikle çalışanlar birbirlerine saygı göstermelidir. Birbirine saygı gösteren insanlar aynı zamanda birbirlerini destekler ve hasta bakımı için uyum içinde çalışırlarsa, hasta güvenliği ile ilgili iletişim eksikliği nedeniyle oluşabilecek hatalar en aza indirilebilir, hatta tamamen önlenebilir.

**Görev Değişimi** faktöründe yer alan, *“Hastanede sorunlar genellikle birimler arası bilgi alışverişi sırasında, ortaya çıkmaktadır”* değişkeni on iki defa, *“Vardiya değişiklikleri bu hastanede hastalar için sorun yaratmaktadır”* değişkeni on defa, *“Önemli hasta bakım bilgileri vardiya değişikliğinde kaybolmaktadır”* değişkeni sekiz defa tekrar etmiştir.

*İş yükü ağırlaştığında, işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız*, bağımlı değişkeni ile *Hastane hizmetlerinin planlanması, Satın alma işlemlerinin şartlara uygunluğu, Verilen hizmete ve kaliteye yönelik yapılan iç tetkikler (denetimler), Hastanemizde kayıtların kontrolü, Çalışanların yetkinliği, bilinç seviyeleri ve eğitimleri, Altyapının (bina, donanım, yazılım vb) kalitesi, Çalışma ortamının kalitesi*, bağımsız değişkenleri ilişkisi incelendiğinde; çalışanların vardiya değişikliklerinde bilgi paylaşımı ve iletişim eksikliği nedeniyle, hasta güvenliğini etkileyebilecek risklerin ortaya çıkabileceğinin belirtildiği görülmektedir. Hasta Güvenliği Kültürünün oluşması için, kurum içinde nöbet değişiklikleri ile ilgili bir standardizasyonun sağlanması gerekir.

**Örgütsel Öğrenme** faktöründe yer alan, *“Hatalarımızdan ders alırız”* değişkeni on bir defa tekrar ederek temel belirleyici olurken aynı faktörde yer alan *“Hasta güvenliğini artırmak için bir değişiklik yaptığımızda, değişikliğin etkinliğini değerlendiririz”* değişkeni on defa ve *“Hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif olarak çalışmalar yapmaktayız”* değişkeni, dokuz defa tekrar ettiği görülmektedir.

**Hataların değerlendirilmesi** faktöründe yer alan, *“Personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar”* değişkeni on defa , *“Personel yaptığı hataların, kendi aleyhine kullanıldığını düşünür”* değişkeninin dokuz defa tekrar ettiği görülmektedir.

	Tekrar Sayısı Ortalama	En Büyük Kanonik Yük	Ortalama Kanonik Yük	En Küçük Kanonik Yük
Raporlanan Olayların Sıklığı	10	1,174	0,569	0,300
Yönetim ve İletişim	9	1,581	0,590	0,300
Genel Güvenlik Algısı	7	0,818	0,428	0,305
Örgütsel Öğrenme	10	1,081	0,541	0,311
Takım Çalışması	10	1,129	0,502	0,300
Hataların Değerlendirilmesi	9	1,295	0,583	0,308
Personel	6	1,075	0,565	0,332
Hastane Yönetimi(Amirlerin Sorumluluğu)	6	0,976	0,402	0,310
Birimlerarası İlişkiler	5	1,287	0,679	0,313
Görev Değişimi	9	1,034	0,510	0,316

**Tablo: 4.16. Bağımlı Değişkenlerin Aldığı Yükler ve Ortalama Frekansların Faktörlere Dağılımı**

Raporlanan Olayların Sıklığı, Takım Çalışması, Örgütsel Öğrenme (her üç faktörün ortalama tekrar sayısı 10), Hataların Değerlendirilmesi, Yönetim ve İletişim, Görev Değişimi (her üç faktörün ortalama tekrar sayısı 9) faktörleri modelde en etkin faktörler olarak gözükmektedir. Çalışanların hatalardan ders alınarak, Takım çalışmasını geliştirerek Örgütsel öğrenme ile hasta güvenliğine yönelik önleyici çalışmaların daha kolay yürütülebileceği gözükmektedir.

Raporlanan olayların sıklığı, çalışanlar iş güvenlikleri olumsuz etkilenmemek kaydıyla raporlamanın gerekliliğini önemsemişlerdir. Çalışanlar dinlenmeli, gerçekleşen olaylara tam sorumlulukları çerçevesinde katılımları sağlanmalı olumlu uygulamalar ödüllendirilmelidir. Kültürel değişimi sağlamak için yönetim ile birimler arası ve kişilerarası iletişim ağlarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

Güvenlik kültürünün oluşturulmasında en önemli sorumluluğun yönetimde olduğu görülmektedir: Yönetim hasta güvenliğinin önemini benimserse ve bu konuda sürekli öğrenme yoluyla iyileştirme çalışmalarını yürütürse, çalışanların hasta güvenliğini bir kurum kültürü olarak görmeleri daha kolaylaşacaktır.

Çalışanlar beklenmedik olayların raporlanmasında, yönetim tarafından desteklenme konusunda endişelenmektedir. Hata raporlamanın hasta güvenliği kültürü için bir katma değer sağlaması için, kişiler üzerine değil, hatanın kök nedenleri üzerine yoğunlaşmalıdır.

## TARTIŞMA

Sağlık hizmetleri geliştikçe ve hastalar haklarını öğrendikçe sağlık hizmeti sunumunda çeşitlilik ve kalite unsuru giderek öne çıkmaktadır. Hasta güvenliği; sağlık bakım hizmetlerinin sunumu aşamasında, hastaya zarar verilmesini önlemek amacıyla kuruluş ve çalışanların aldığı önlemlerdir.<sup>178</sup>

Çalışmamızda hasta ile birebir ilişkide bulunan çalışanların Toplam Kalite Yönetimi ve Hasta Güvenliği Kültürü'ne yönelik algıları uluslararası düzeyde etkinliği kanıtlanmış anketle ölçülmüştür.

Bu ölçümde ÇDİA olan kanonik korelasyon analizi kullanılmıştır. Kanonik korelasyon analizi yapılırken; Kalite Yönetim Sistemi bağımsız değişken seti, Kalite Yönetim Sistemini'nin bir alt bileşeni olarak kabul edilen Hasta Güvenlik Kültürü'nü bağımlı değişken seti olarak alınmıştır.

Kanonik korelasyon analizinin amacı; iki değişken kümesi arasındaki ilişkileri söz konusu değişken kümesinin doğrusal fonksiyonları arasındaki maksimum korelasyonları bulmaya çalışarak analiz edilmesidir.<sup>179</sup>

Kanonik korelasyon analiz sonuçlarının yorumlanma aşamasında farklı yöntemler kullanılmaktadır. Kanonik fonksiyonlardaki katsayıların büyüklük ve işaretlerinin incelenmesinin yanı sıra her değişkenin kendi kanonik fonksiyonlar içerisindeki kanonik ağırlıklarının işareti ve büyüklüğü de ele alınabilmektedir. Değişkenlerin ağırlık düzeylerine göre katkıları hesaplanmaktadır. Ters işaretli ağırlıklara sahip değişkenler her biriyle ters bir ilişkiyi, aynı yönde işaretli ağırlıklar ise aynı yönde ilişkiyi göstermektedir.<sup>180</sup>

İlk iki kanonik korelasyona ait ilişkilere baktığımızda; birinci kanonik korelasyonda *kanonik korelasyon* katsayısı  $r_{c1} = 0.995$  ve bu korelasyon katsayısı %5 anlamlılık seviyesinde istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmektedir ( $p=0.0000$ ) ve ( $p<0.05$ ).

Kalite Yönetim Sistemi'nin kanonik ağırlığı en yüksek değişkeni, "Yönetimin müşteri (hasta, hemşire, doktor vb) odaklılık seviyesi" tutumu ile Hasta Güvenliği Kültürü'nün kanonik ağırlığı en büyük değişkeni "Hastane yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır" değişkenleri arasında doğru yönlü bir ilişki olduğu ve "Yönetimin müşteri

---

<sup>178</sup> Sayek, Füsün, age, s:36

<sup>179</sup> Ünlükaplan, İter, Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerde İktisadi Kalkınma, Rekabetçilik ve İnovasyon İlişkilerinin Kanonik Korelasyon Analizi ile Belirlenmesi, Maliye Dergisi, Sayı 157, Temmuz-Aralık 2009. s: 247.

<sup>180</sup> Ünlükaplan, İter, agm, s: 240.

(hasta, hemşire, doktor vb) odaklılık seviyesi” de bir biriminde meydana gelen bir artışın “Hastane yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır” da bir birimlik artmaya neden olacağı görülmektedir.

“Çalışanların yetkinliği, bilinç seviyeleri ve eğitimleri” değişkeni ile “Hastane yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır” değişkenleri aynı yönde değişim göstermektedir. Her ikisinin kanonik ağırlıkları (yükü) pozitif yönlü olduğu görülmektedir. Yani biri artarken diğeri de artacak, azalırken de azalacaktır.

Genel olarak hasta güvenliği bir insanlık aynı zamanda da insan sorunudur. Çünkü sahadaki çalışanlar hasta ile birebir ilişki kurmaktadır ve önlenbilir tıbbi hataların büyük çoğunluğu sağlık hizmetini üreten insanlar tarafından yapılmaktadır.

Genel olarak Hasta Güvenliği Kültürünü etkileyen faktörlere (veya değişkenlere) baktığımızda, Kalite Yönetim Sistemi faktörlerinin (veya değişkenlerinin) bu faktörleri güçlü oranda etkilediği görülmektedir. Kanonik korlasyon analizi sonucunda 21 kanonik arasında ilişkinin derecesi en büyük kanonikte korelasyon 0,995, en küçük kanonikteki korelasyon ise 0,698 olarak bulunmuştur. Bu da kalite yönetim sistemi ile hasta güvenliği sistemi arasında çok güçlü ilişki olduğunu gösterir.

Bu nedenle sistemin hasta güvenliği odaklı olarak sürekli iyileştirilmesi gerekmektedir. Sürekli iyileştirme de ulaşılması gereken en üst nokta “en az hatalı hizmet” olmalıdır. Bu doğrultuda oluşturulan kalite planlarına, hasta güvenliğinin de dâhil edilmesi uygun olacaktır. Bu amaçla sistemin zorunlu kıldığı kalite prosedürlerine ek olarak hasta güvenliği prosedürleri de oluşturulmalı ve çalışmalar standart hale getirilmelidir<sup>181</sup>.

Hasta güvenliği kurum kültürünün bir parçası olarak kalite kültürüyle beraber değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme bize “doğru işlemleri, doğru kişilere, doğru zamanda uygulama ve ilk defasında doğru yapma”<sup>182</sup> becerisini kazandıracaktır.

Hasta güvenlik kültürü ile ilgili veriler analiz edilmeli, hata raporlamaları ile hataların değerlendirilmesi yapılmalı ve değerlendirme sonuçlarının takımdaki çalışanlara yansıtılması sağlanmalıdır. Raporlanan olayların bir Yönetim ve İletişim süreciyle Örgütsel Öğrenmeleri sağlanmalıdır. Görev değişimi sırasında bilgi akışının önemine dikkat edilmelidir.

---

<sup>181</sup> Bruyneel L, Van den Heede K, Diya L, Aiken L, Sermeus W. Predictive Validity of the International Hospital Outcomes Study Questionnaire: an RN4CAST Pilot Study. J Nurs Scholarsh 2009;s:48-54.

<sup>182</sup> Akalın, Erdal, “Sağlık Hizmeti Sunumunda Kalite İyileştirme, Hasta Güvenliği ve Performans Değerlendirme”, Seminer Notları

Düzeltilici faaliyetlerin oluşturulmasıyla hasta güvenliğine yönelik hatalar süreçlerin izlenmesi ile hatalar ortaya çıkmadan önleyici faaliyetler ile engellenebilmelidir.

Yönetim, hasta güvenliği için gerekli kaynakları sağlamalı, hataya muhatap olan personeli direkt yargılamadan açık iletişim sistemi ve eğitimler ile kurumsal öğrenmeyi sağlayarak, hasta güvenliği kültürünün oluşumu için sorumluluklarını yerine getirmelidir.

Güvenlik kültürünün oluşturulmasında en önemli sorumluluğun yönetimde olduğu görülmektedir. Yönetim hasta güvenliğinin önemini benimserse ve bu konuda sürekli öğrenme yoluyla iyileştirme çalışmalarını yürütürse, çalışanların hasta güvenliğini bir kurum kültürü olarak görmeleri daha kolaylaşacaktır.

Çalışanlar olayların raporlanmasında, yönetim tarafından desteklenme konusunda endişeleri giderilmeli hasta güvenliği kültürünün benimsenmesi ve geliştirilmesi için, kişiler üzerine değil, hatanın nedenleri üzerine yoğunlaşmalıdır.

Kurumsal bir güvenlik kültürünün olmaması hasta güvenlik kültürünün başarısını olumsuz etkileyecektir. Sağlık sistemindeki hızlı çalışan değişimi, hastane yönetimlerinde sürekli görev değişikliklerini beraberinde getirmektedir. Eğer hasta güvenliği uygulamaları kurum kültürünün bir parçası olmayıp kişilere bağımlı olarak yürütülürse, her değişim döneminde farklı uygulamalar ortaya çıkacaktır. Hasta güvenliği kültürünün oluşmasında yönetim, çalışanlar ve hizmet alan hastaların yaklaşımları, birbirlerini tamamlayıcı olacaktır. Sadece yönetimin hasta güvenliği odaklı olması veya sadece çalışanların hasta güvenliğini önemsemeleri bu kültürün oluşması için yeterli olmayacaktır.

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesi için öncelikle üst yönetiminin hasta güvenliğini benimsemesi ve desteklemesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra çalışanlara yakın olan orta kademe yöneticilerin de hasta güvenliği konusunda yetki ve sorumluluklara sahip olması, hasta güvenliğinin çalışanlarca daha kolay benimseneceğini gözardı etmemelidir.

Hasta güvenliği Kültürü ve Kalite Yönetim Sistemi anketleri her bir hastanede ayrı ayrı hatta belli departmanlarda belli dönemlerde yapılmalı ve sonuçları karşılaştırılmalıdır.



## SONUÇ

Sağlık sektöründe kalite kavramı çok boyutlu hizmet kalitesi olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsan odaklı yönetim, müşteri memnuniyeti ile sürekli gelişmeyi destekleyen prensipler, inançlar, kavramlar ve fikirler seti olarak tanımlanmaktadır.

Günümüzde kalite yönetim anlayışı ile sağlık sektörünün bütünleştirilmesi gerekmektedir. Çünkü Toplam Kalite Yönetimi bir kuruluştaki faaliyetleri sürekli iyileştiren, çalışanların gönüllü katılımını sağlayan, hasta/çalışan memnuniyetini esas alan, şikâyetleri en aza indiren çağdaş bir yönetim stratejisi yani müşteri odaklı yönetim şekli olarak gösterilmektedir.

Çernobil Kazası sonucu hayatımıza giren güvenlik kültürü kavramı; potansiyel olarak hata yapılma ihtimali bulunan iş ya da işler hakkındaki farkındalık olarak tanımlanmaktadır. Güvenlik kültürünün oluşturulması için ise çalışanların adil olması, hataların açık bir biçimde konuşulmasına teşvik edilmesiyle mümkün olabileceğinin vurgusu yapılmaktadır.

Güvenlik kültürü, yönetimin katılımı, örgütsel bağlılık, ödüllendirme sistemleri, çalışan yetkilendirmeleri, raporlandırma sistemlerini kapsayan evrensel boyutları içerir. Temel değerler, örgütsel misyon, vizyon, tutum ve davranış faktörlerini de yapısında bulundurmaktadır. Kurum kültürünün de negatif güvenlik kültüründen uzak, pozitif güvenlik kültür yapısının oluşmasına yönelik algıları, tutumları, davranışları bir bütün olarak ele alması gerekmektedir. Çalışanlar ve yöneticiler bu süreçte yer almalıdırlar.

Bu süreçte çalışanlar ve yöneticilerin;

- ❖ Güvenli çalışma ortamı oluşturmak,
- ❖ Güvenlik riskleri belirlemek ve bu riskler hakkında çalışanlarda farkındalık yaratmak,
- ❖ Tutum ve davranış stratejilerinde başarı yaratmak,
- ❖ Güvenlik kültürü ile ilgili eğitimler düzenlemek,

- ❖ Etkili iletişim yöntemleri benimsemek,
- ❖ Meydana gelen, ramak kala tüm olay/hata/kazaların bildirimini yaparak ayrıntılı analizler ile iyileştirme sürecini belirlemek,
- ❖ Güvenlik kültürüne yönetimin bağlılığını ve liderliğini sağlamak,
- ❖ Belirli aralıklarla güvenlik kültürünün niteliksel ya da niceliksel yöntemlerle ölçümünü yapmak,
- ❖ Elde edilen verilerin analizi sonucunda güvenlik kültürü algısının gelişmesi ve güçlendirilmesi sağlamalıdır.

Ulusal Tıp Enstitüsü (IOM) tarafından hasta güvenliği; hastalara zarar verilmesinin önüne geçilmesi olarak tanımlanmaktadır. Yani sağlık hizmeti sunumu esnasında; hatalara bağlı olarak hastalarda meydana gelen zararların en aza indirilmesi ya da hatalara engel olunması süreçlerini içermektedir.

Hasta güvenliğinin amacı; hasta/yakınlarına hastane çalışanlarına, güvenli bir ortam sağlamaktır. Dolayısıyla hata olasılığını ortadan kaldıracak, sağlık hizmeti sunumu sırasında oluşabilecek hatalar nedeniyle olası zararlardan koruyacak bir sistem kurulması olarak belirtilmektedir.

Dünyada her yıl yatarak tedavi gören on hastadan birinin aldığı sağlık hizmetinden zarar gördüğü tahmin edilmektedir. Milyonlarca hastanın zarar görmesine yol açan tıbbi hatalar aynı zamanda milyarlarca dolar zararlara da yol açmaktadır. Hasta güvenliğini tehdit eden uygulamalara yönelik alınabilecek önlemlerle ilgili sağlık sistemlerine, sağlık kuruluşlarının öncelikle hekim ve hemşireler olmak üzere sektörün tüm çalışanlarına ve hastalara görev düşmektedir. Hasta güvenliği ihlallerine neden olabilecek faktörlerin tespiti ve iyileştirme faaliyetlerine yönelik süreçlerin içinde aktif olarak yer almaları gerekmektedir. Hastaya, çalışana, ekibe ait faktörlerle birlikte çevre, eğitim ve yetkinlikler ile ilgili faktörlere de dikkat çekilmesi gerekmektedir.

Uluslararası araştırmalar ve çeşitli kuruluşlar hasta güvenliği hedefleri oluşturmakta, sağlık sistemlerinin iyileştirilmesini amaçlayan konular belirlemede, hasta güvenliğinin dűnyanın öncelikli konuları arasında yer almasına yönelik çalışmalarda bulunmaktadır.

Sağlık alanında insan hatalarının payı konusunda doğrudan veri bulunmamakla birlikte Perow kazaların %60 ile %80'inin insan hatasından kaynaklandığını ön görmektedir. Reason ise ;"Hata olayın nedeni değil sonucudur. Olay olduğunda; kişi yerine sistemin nasıl ve niçin etkisiz kaldığı, insanın değiştirilmeyeceğini fakat insanın bulunduğu çevrenin değiştirilmesine yönelik yaklaşımın benimsenmesine dikkat çekmektedir. Sağlık sisteminde yer alan hata türleri; tanı, tedavi, ilaç, cerrahi hatalar, sistem yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer basamaklardaki hata türleri olarak tanımlanmaktadır.

Tıbbi hataların önlenmesine yönelik çeşitli yaklaşım modellerinin öne çıktığı görűlmektedir. Hastanelerde hata gelişim modeli, İsviçre peynir modeli, suçlayıcı-cezalandırıcı model gibi klasik yaklaşımlar bulunmaktadır. Tıbbi hatalarla ilgilenen ülkelerin bu hataların önlenmesine yönelik ilk uygulamaları, hata yapanı belirlemek ve cezalandırmak şeklinde olmaktadır. Bu modelin yarardan çok bir takım olumsuzluklara yol açtığı saptanmıştır. Yeni yaklaşımda bildirici model olarak tanımlanan uygulama biçimine geçme çabalarının arttığı görűlmektedir. Bildirici modelin temel görüşü; hatalar bir kiři tarafından gerçekleştirilse de aslında problemi oluşturan sürecin sonucunda gerçekteştiğidir. Dolayısıyla sağlık hizmeti veren kurumların, bireyleri suçlamak yerine sistemlere yönelmeleri gerekmektedir. Personelin cezalandırılma korkusunu ortadan kaldırmak, cezalandırıcı olmayan çevre ve sistemler kurmak gerekmektedir.

Kurumsal çerçevede sağlık hizmet sunucuları ve diğer çalışanlar için sonuçlarından çekinmeden, sağlık veya işletme (operasyonel) kaynaklı konular ile ilgili hataların raporlandırabildiği ve etik kaygıların dile getirebildiği bir sistem oluşturulmalıdır. Kurum etik prensipleri ulusal ve uluslararası etik normlar ile desteklenmelidir.

Hasta güvenliğinde hataların büyük bölümünün gönüllü olarak bildirilmemesi, iyileştirme çabalarındaki başarıyı azaltmaktadır. Hastaya zarar vermeyen olaylar ve ramak kala olaylar da

zarar veren olaylar kadar önem taşımaktadır. Hataların proaktif bildirimler ile yapılan analizler sonucunda sistemin açıklarının varlığına dikkat çektiği görülmektedir.

Güvenlik raporlandırma sistemini desteklemek ve güçlendirmek için basit, kolay, erişilebilir, güvenilir yapılar oluşturmak gerekmektedir. Geleneksel, sözel ve kâğıt temelli raporlamalar yerine web tabanlı formlar, e-tablolar oluşturma gibi hataların tespit edilmesine yönelik uygulamalara gidilmelidir.

Hataların açıkça konuşulması teşvik edilmelidir. Yapılan yanlışlardan öğrenme ve yanlışın yerine doğrusunun yapılmasını sağlayan çalışma ortamlarında, güvenlik kültüründen bahsedilmektedir. Hasta güvenlik kültüründe ise tüm çalışanların potansiyel olarak yanlış yapma olasılığının sağlık sistemi içinde var olan farkındalığına sahip olduklarından bahsedilmektedir. Liderler, çalışanlar, hasta/yakınları, tüm paydaşlar arasında açık iletişim teşvik edilmeli, tüm kurum çalışanlarının hasta güvenliği kültürünü benimsemeleri ve sahip çıkmaları konusunda iş birliği içerisinde olmaları gerekmektedir.

Güvenlik kültürü kurumun sağlık ve güvenlik yönetiminin taahhüdünü, yapısını ve yeterliliğini belirleyen, kişisel ve /veya gruba ait değerler, inançlar, kurallar, yetkinlikler ve davranış şekillerinin bütünüdür.

Güvenlik ve kalite, çalışan pozisyonuna bakılmaksızın başkalarına saygıyı destekleyen bir ortamda gelişir. Hastane liderlerinin ve çalışanlarının güvenlik kültürüne olan bağlılığı, karşılıklı güvene dayalı iletişim, adil yaklaşım, raporlandırma ve etkin yorumlama, disiplinler arası iş birliği ile sağlıklı bilgi akışı, eğitim kaynak kullanımı ve sürekli iyileştirme başlıklarını içermektedir.

Kurumlar aynı zamanda hesap verilebilirliği ve şeffaflığı teşvik eden kurumsal bir güvenlik kültürü oluşturmalı ve desteklemelidirler. Kurumsal davranış kuralları tüzüğü geliştirmeli ve belgelendirmelidirler. Hazırlanan tüzüklerde kabul edilemez (dikkatsiz) davranışları belirtmeli ve gerektiğinde düzeltmeler yapmalıdırlar. Sürekli eğitim ve bilgilendirme yapılmalı, güvenlik

kültürünü teşvik eden kaynaklar sunmalıdır. Sürecin nasıl yönetileceği tanımlanmalıdır. Güvenlik kültürü algısı iç (resmi)denetimler, odak gruplar, personel görüşmeleri, veri analizleri, anket çalışmaları gibi farklı yöntemler kullanılarak belirli aralıklarla değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmelere sonucunda iyileştirme süreçleri uygulamaya konulmalı ve izlenmelidir.

Sağlığın odağında insan vardır ve olmaya devam edecektir. Sağlık hizmeti günümüzde olduğu gibi gelecekte de var olacaktır. Bu süreci sürdürülebilir sağlık hizmeti olarak ele almak doğru bir yaklaşım olacaktır. Hedef ise insan yaşam kalitesini arttırmaktır.

İnsan yaşam kalitesinin artırılması ve sürdürülebilir olmasında Kalite Yönetim Sisteminin ve Hasta Güvenlik Kültürünün katkıları vazgeçilmezdir.

## KAYNAKÇA

- Akal, Z. (1995). Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçme Değerlendirme Sistemleri. Ankara: Verimlilik Dergisi. Toplam Kalite Özel Sayısı. MPM Yayınları.
- Akalın, H. E. (2000). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme". ANKEM Dergisi. Sayı: 14. No: 3.
- Akalın, H. E. (2004). Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz? ANKEM Dergisi.
- Akalın, H. E. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi. 5(3)
- Akgün, S. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Uygulamaları Nasıl Olmalı? İstanbul: Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. Sayı 4.
- Akreditasyon Nedir Akredite ISO 9001 Belgesi Nedir. <http://www.iso9001-belgesi.net/> erişim tarihi:10. Nisan 2016.
- Aktay, N. ( 2012). *İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi İle İş Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişki*, İş Müfettiş Yardımcılığı Etüdü, İstanbul.
- Aktaş, Y. (2014). *Akreditasyonun Performansa Etkisi: Kızılay Kan Merkezi JCI Akreditasyonu Örneği* Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Alp, F. Y. (2011). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans Tezi.
- Altındış, S. (2009). Bilgi Yönetimi Uygulamalarının Hasta Güvenliğine Etkilerine İlişkin Bir Araştırma. Afyon: Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi.
- Antonsen, S. (2009). Safety Culture: Theory, Method and Improvement, Ashgate Publishing Limited, England.
- Arroyo DA. A Nonpunitive, Computerized System for Improved Reporting of Medical Occurrences. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al., editors. Advances in Patient Safety: from Research to Implementation: Vol. 4. Programs, Tools, and Products. Programs and Collaborations. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Feb, 2005. s: 71–80. AHRQ Publication No. 05-0021–4.
- Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, et al., Editors. (2004)Patient safety: Achieving a New Standard for Care. Washington, DC: National Academies Press.

- Aytaç, S. (2011). İş Kazalarını Önlemede Güvenlik Kültürünün Önemi. *Türkmetal Dergisi*. Ekim Sayı 147. ve Kasım Sayı 148. [http://www.turkmetaldergi.com/onlinedergi/2011\\_10/](http://www.turkmetaldergi.com/onlinedergi/2011_10/).  
[http://www.turkmetaldergi.com/onlinedergi/2011\\_11/](http://www.turkmetaldergi.com/onlinedergi/2011_11/) .
- Aytaç, S. ve Bayram, N. (2000). *Marmara Depremi Sonrası Bireylerdeki Stres Tepkilerinin Analizi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi .
- Bektaş, F. (2013). *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon Uygulamaları* Yüksek Lisans Tezi, T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Bodur, S. E. Filiz. (2009). A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health Care*. Sayı 21(5)
- Bozkurt, E. G. (2012). *Sağlık Çalışanlarının Hastane. Hasta. Kalite. Hasta Güvenliği Ve Risk Bakış Açılarının Metafor Analizi İle Değerlendirilmesi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bruyneel L, Van den Heede K, Diya L, Aiken L, Sermeus W.(2009) Predictive Validity of the International Hospital Outcomes Study Questionnaire: an RN4CAST Pilot Study. *J Nurs Scholarsh*.
- Curković, S., Vickery, S., Droge, C. (2000). An Empirical Analysis of the Competitive Dimensions of Quality Performance in the Automotive Supply Industry, *International Journal of Operations & Production Management*,
- Çakır, A.(2007). *Hasta Güvenliği Kültürü İle Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Çakır, A. Ö. Tütüncü.(2009). *İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı*. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongre Kitabı. Antalya: Turunç Matbaacılık.
- Çatalca, H. (2003). *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Çavuş, M. F.. E. Gemici. (2013). *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi*. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi The Journal of Academic Social Science* Yıl: 1. Sayı: 1. Aralık.
- Çetin, C. B. Akın ve V. Erol. (2001). *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemi*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Choudry, R.M. Fang, D. and Mohamed, S.( 2007) The nature of safety culture: A survey of the state-of-the-art, *Safety Science*, 45(10).

Çırpı, F. Y. D. Merih ve M. Y. Kocabey. (2009). Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. Cilt:2.Sayı:3.

Çoruh, Mithat. (1994). Sağlıkta Toplam Kalite Yönetiminin Yeri. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

Cullen CJ, Bates DW, Small SD, et al. The incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement. Jt Comm J Qual Improv. 1995;12.

Dağ, C. (2000).Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi ve Mükemmellik Yaklaşımı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Davis MA, Rake GW. Implementation of a data-based medical event reporting system in U.S. department of defense. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al., editors. Advances in patient safety: from research to implementation: Vol. 3. Implementation issues. Surveillance. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Feb, 2005.AHRQ Publication No. 05-0021-3.

Demirbilek, T.(2013). İşletmelerde İş Güvenliği Kültürünün Geliştirilmesi, Çalışma Ortamı, Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt 3, Sayı 2.

Devebakan, N. N. Aksaraylı. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. Cilt 5.Sayı 1.

Doğru, F. B. A. S. Sanin ve S. Turgut. (2010). Kamu Hastanelerinde Kalite Yönetim Çalışmalarının Hasta Güvenliğine Etkileri Ve Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi. Ankara: Bildiriler Cilt 1.

Dursun, Y. M. Çerçi. (2004). Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi. Algılanan Değer. Hasta Tatmini Ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma. Kayseri: Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. Sayı: 23. Temmuz-Aralık 2004

Erlen JA. (2001)Medication Errors: Ethical Implications. Ortho Nurse, 20(4).

Erkut, H. (1995). Hizmet Kalitesi, Toplam Kalite Yönetimi Dizisi. İstanbul: İnterbank Yayınları. No.2.

Ersoy, K. (1995). Sağlık Bakımında, Hizmetlerinde Kalitenin Gelişimine Kısa Bir Bakış. Önce Kalite. Ankara: Sağlık Bakanlığı.



- Etöz, S. D. (2008). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belgelendirme Sistemleri Ve Akreditasyon. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Evans SM, Berry JG, Smith BJ, et al. Anonymity or transparency in reporting of medical error: a community-based survey in South Australia. *Med J Aust.* 2004;180.
- Fleming M. and Wentzell N., *Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines for Use*, Healthcare Quarterly, 11(Sp) March 2008.
- Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, et al. Patients' and physicians' attitudes regarding disclosure of medical errors. *JAMA.* 2003;289.
- Geller E.S. (1994). *Ten Principles for Achieving a Total Safety Culture*, Professional Safety.
- Gedikli, B. (2001). Kamu Harcama Yönetiminde Kalite, Yolsuzlukla Mücadele İçin Bir Model Önerisi. Ankara: Yaklaşım Yayıncılık.
- Goetsch. David. S. B Davis. (2002). *Understanding and Implementing ISO 9000:2000*. 2nd ed.. New Jersey: Prentice Hall.
- Göktaş, S. (2007). Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Guldenmund, F.W. ( 2000 ) .*The Nature of Safety Culture: A Review of Theory and Research*, Safety Science, 34(3).
- Gül, İ. (2010). Kalite Yönetim Sistemi Çerçevesinde Hasta Güvenliği Kültürünün Çalışma Ortamı Açısından Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. İstanbul: İstanbul Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gülkaya, E. (2009). Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde Yapılan Akreditasyon Çalışmaları Sürecinde, Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi Düzeyleri. Ankara: Sağlık Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi.
- Güney, S. (2001). Yönetim ve Organizasyon. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Gürcü, M. F. Baştürk ve Ö. Yıldız. (2011). Yozgat İli Hizmet Kalite Standartlarının Etkinliği Ve Kalite Çalışmalarıyla İlgili Hastane Yöneticilerinin Değerlendirmeleri. III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi. Ankara: Bildiriler.
- Güven, R. (2007). Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. Antalya.: 5.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi. 4-8 Nisan.

Halis, M. İ. Şimşir. (2010). Kamu Hastanelerinde, Kurumsal Performans Uygulamaları Bağlamında Yönetici ve Diğer Personel Tutumlarının İncelenmesi. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi. Ankara: Bildiriler Cilt 2.

Hamarat, B. (2015). Türkiye'de Tasarruf Tercihlerini Etkileyen Değişkenlerin Kanonik Korelasyon Analizi İle Belirlenmesi. Journal Of Life Economics. <http://www.jlecon.com/DergiTamDetay.aspx?ID=58> .erişim tarihi:20 Mart.2016.

[http://tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.55d61514728a56.97546448](http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.55d61514728a56.97546448) . erişim tarihi15.Nisan .2015.

Henry LL. Disclosure of medical errors: ethical considerations for the development of a facility policy and organizational culture change. Policy Politics & Nurs Pract. 2005;6(2).

Hobgood C, Weiner B, Tamayo-Sarver JH. Medical error identification, disclosure, and reporting: do emergency medicine provider groups differ. Academic Emergency Medicine. 2006 April;13(4).

Hughes, P. ve Ferrett, E.(2008). *Introduction to Health and Safety in Construction*, Third Edition, Elsevier, UK.

İTÜ İşletme Mühendisleri Toplam Kalite Yönetimi Araştırma Komitesi. 1994

Karabulut, F. (2009). *Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Akreditasyon ISO/IEC 15189:2003 Uygulaması* Yüksek Lisans Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, İzmir.

Kavuncubaşı, Ş. S. Yıldırım. (2015). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kaya, S. G. Güven. (2005). Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği: Dâhiliye Servislerinde Bir Güvenlik Tutumları Araştırması. Sağlık ve Hastane Yönetimi Ankara: 2.Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı.

Kömürcü, N. A. Durmaz. N. Bayram. R.G. Koyuncu. Ö.E. Karaman ve E. Toker. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları Ve Modelleri. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. Ankara: Sağlıkta Kalite Ve Akreditasyon Daire Başkanlığı.

Mick MJ, Wood GL, Massey RL. The good catch pilot program: increasing potential error reporting. JONA. 2007;37(11).

- Mitchell PH, Lang NM.(2004). *Framing The Problem of Measuring and Improving Healthcare Quality: Has the Quality Health Outcomes Model Been Useful*. Med Care.
- McCabe, S. (2001). *Benchmarking in Construction*, 1st Edition. Great Britain: Wiley-Blackwell.
- Morgan, C. S. Murgatroyd. (1994). *Total Quality Management in the Public Sector*. Philadelphia: Open University Press.
- Mosher, G.A. Keren, N., Freeman, S. A. Hurburgh Jr, C.R. (2013). *Measurement of Worker Perceptions of Trust and Safety Climate In Managers and Supervisors At Commercial Grain Elevators*, Journal of Agricultural Safety and Health.
- Muluk, Z. E. Burcu ve N. Danacıoğlu. (2000). *Türkiye'de Kalite Olgusunun Gelişimi*. Ankara: Kalder Yayınları.
- Muniz, B. F. Peon, J.M.M. ve Ordas, C.J.V. (2007). *Safety Culture: Analysis of The Causal Relationships Between Its Key Dimensions*, Journal of Safety Research, 38.
- Özdamar, K. (2010). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi 2*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Özdil, N. (2010). *JCI Akreditasyonu Olan Özel Hastanelerde Personel Temini ve Uygulaması Yüksek Lisans Tezi*, T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Özkan, T. L. Timo. *Güvenlik Kültürü ve İklimi*. PIVOLKA. Yıl:2 Sayı: 10. Sayfa: 3 [http://psy.baskent.edu.tr/docs/pivolka/PiVOLKA\\_10.pdf](http://psy.baskent.edu.tr/docs/pivolka/PiVOLKA_10.pdf). erişim tarihi: 25.Kasım. 2015.
- Özlem Ş. (2009). *Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi*. Kalite Standartlarını Geliştirme Çalışmaları Sürdürülüyor. İstanbul. C&B Basımevi.
- Pakdil, F. (2004). *Kalite Kültürünü Etkileyen Faktörler Üzerine Bir Derleme*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. Cilt 6. Sayı:3
- Peşkircioğlu. N. (1994). *Toplam Kalite Yönetimi Sistemi*. ISO 9000 Standartlar. Verimlilik Dergisi.
- Peşkircioğlu. N. (1999). *Kalite Yönetiminde ISO 9000 Uygulamaları*. Ankara: MPM Yayınları. No: 620. <https://www.tse.org.tr/upload/tr/dosya/icerikyonetimi/548/16102014144352-1.pdf>. erişim tarihi:20. Aralık.2015.
- Rozemeijer, E. (2007). *Frameworks for IT Management: A Pocket Guide*, 1st Edition. Zaltbommel, NL:Van Haren Publishing.

Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve ISO Standartları. <http://www.merih.net/m1/whaskus02.htm>. erişim tarihi:12.Nisan 2016.

Sağlıkta Kalite Ve Akreditasyon Hakkında Genel Bilgiler. [http://www.standartkalite.com/saglikta\\_kalite\\_akreditasyonu.htm](http://www.standartkalite.com/saglikta_kalite_akreditasyonu.htm). erişim tarihi: 20. Haziran.2016.

Sammer, C. (2009). Culture of Safety in Hospitals: A Three-Part Analysis of Safety Culture. Evidence-Based Practice Guidelines. and Patient Outcomes Fort Worth. Tx: University of North Texas Health Science Center .

Sarp, N. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. <http://www.nilgunsarp.com/download/>. Erişim tarihi:12.Ekim.2015.

Sayek ,F.TTB Raporları (2011). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları . Birinci Baskı.

Seçkin, Celal. (1999). Sorular ve Cevaplar. Önce Kalite Dergisi. İstanbul: Kalder. Yıl;6. Sayı;6-7.

Shaw, C. (2004). Developing Hospital Accreditation in Europe, WHO Regional Office for Europe.

Serbest, Ş. eğitim notları (Vincent C. Understanding and responding to adverse events. NEJM 2003;348:1051-6. den alıntı) [http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni\\_tasarim/files/hasta%20g%C3%BCvenli%C4%9Fi\\_dergi\\_sehriban.pdf](http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/hasta%20g%C3%BCvenli%C4%9Fi_dergi_sehriban.pdf). Erişim tarihi:10.Eylül.2015.

Slack. N. CHAMBERS. (2001). Stuart and JOHNSTON. Robert. Operations Management. London: Prentice Hall.

Sözer, E. (2012). Hasta Güvenliği Kültürü Ve Ölçüm Yöntemleri. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi.

Şahin,Ö. (2009), *Kalite Standartlarını Geliştirme Çalışmaları Sürdürülüyor*.Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi İstanbul:C&B Basımevi.

Şen, S. S. Er. ve S. Ümran. (2009). Hasta Güvenliği Ve Tıbbi Hatalar. I Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2.

Şimşek, M.Ş. (2002). *Yönetim ve Organizasyon*, Konya:Günay Ofset.

Tak, B. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. Sayı 1.

Tatlıldil, H. (1992). Uygulamalı Çok değişkenli İstatistiksel Analiz. Ankara :Engin Yayınları.

Tekin. M. (1993). Kanonik Korelasyon Ve Bir Uygulama. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İstatistik Ana Bilim Dalı Yayımlanmamış Doktora Tezi.

Timmons, K. (2003). *Delivering Quality Care Through Accreditation*, Hospital Management Asia 2003 Makati Philppines.

Toprak, D. B.K. Şahin. (2013). ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemlerinin Kamu Hastanelerinin Performansı Üzerine Etkisi Amme İdaresi Dergisi. Cilt 46. Sayı 3. Eylül.

Tourangeau AE, Cranley LA, Jeffs L. (2006).Impact of Nursing on Hospital Patient Mortality: a Focused Review and Related Policy İmplications. Quality Safety Health Care. 15(1).

Tütüncü, Ö. D. Küçükusta. (2006). Hasta güvenliği kültürü ve hemşirelere yönelik bir uygulama. İzmir: Hastane Yönetimi Dergisi. 10(2).

Tütüncü, Ö. K. Yağcı. D. Küçükusta. (2007). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. Cilt 9. Sayı: 1.

Tütüncü, Ö. ve Ö. Doğan (2003). Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO 9001:2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama. İzmir: DEU Matbaası.

Tütüncü, Özkan. K. Yağcı. D. Küçükusta. (2006). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi. İzmir. DEU Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. C.8. Sayı 4.

Uz. M. H. Hastanelerde Kalite Yönetimi. <http://www.merih.net/m1/whulkuz24.htm> . erişim tarihi:12.Kasım.2015

Ünlükaplan, İ. (2009) Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerde İktisadi Kalkınma. Rekabetçilik ve İnovasyon İlişkilerinin Kanonik Korelasyon Analizi ile Belirlenmesi. Ankara: Maliye Dergisi. Sayı 157.

Vural, F. S. Çiftçi. Ş. Fil. A. Aydın. ve B. Vural. (2014). *Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Alguları ve Tıbbi Hataların Raporlanması*. İstanbul: Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 5. Nisan Sayı: 2.

[www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr). Erişim tarihi:12.Nisan 2015.

Yetginoglu, Ö. (2009). *Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama* Yüksek Lisans Tezi, T.C. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yönetim Organizasyon Bilim Dalı, Konya.

Yıldız, A. (2010). *Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Akreditasyonun Hizmet Kalitesine Etkisi Hakkındaki Algıları Sağlık Kurumları Yönetimi* Yüksek Lisans Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Wiegmann, Douglas A.; Zhang, H.; von Thaden, T., Sharma, G. ve Mitchell, A. (2002) “*A Synthesis of Safety Culture and Safety Climate Research*”, Technical Report ARL-02-3/FAA-022, Aviation Research Lab Institute of Aviation, <http://www.humanfactors.illinois.edu/Reports&PapersPDFs/TechReport/02-03.pdf>, erişim tarihi: 12.03.2017.

## EKLER

**Ek 1. Kanonik korelasyon katsayılar ve kanonik yükler tablosu**

	Canonici	Canonici				Lambda
	R	R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Prime
2	0,988	0,977	12714,97	1221	0	6,38945E-19
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y22	0,752	0,752		X25	1,188	1,188
Y15	-0,685	0,685		X07	-1,125	1,125
Y25	-0,571	0,571		X38	-0,656	0,656
Y35	-0,534	0,534		X06	0,652	0,652
Y02	-0,471	0,471		X34	-0,577	0,577
Y23	-0,456	0,456		X29	-0,511	0,511
Y32	-0,425	0,425		X24	-0,502	0,502
Y08	-0,400	0,400		X10	0,461	0,461
Y21	-0,386	0,386		X39	0,458	0,458
Y05	-0,370	0,370		X12	-0,421	0,421
Y09	0,357	0,357		X09	-0,341	0,341
Y04	-0,341	0,341		X11	0,334	0,334
Y26	0,320	0,320		X31	-0,322	0,322
Y31	-0,315	0,315		X08	0,303	0,303
Y34	0,295	0,295		X01	-0,268	0,268
Y06	0,288	0,288		X37	0,258	0,258
Y13	-0,281	0,281		X36	-0,237	0,237
Y33	0,261	0,261		X17	0,213	0,213
Y07	0,254	0,254		X33	0,211	0,211
Y28	0,250	0,250		X15	0,210	0,210
Y24	0,244	0,244		X35	0,201	0,201
Y16	0,233	0,233		X20	-0,189	0,189
Y30	0,203	0,203		X23	0,174	0,174
Y03	0,198	0,198		X28	0,172	0,172
Y01	0,185	0,185		X03	0,166	0,166
Y11	0,177	0,177		X13	0,158	0,158
Y27	0,172	0,172		X16	-0,149	0,149
Y10	0,171	0,171		X26	0,148	0,148
Y14	0,127	0,127		X22	0,126	0,126
Y17	0,097	0,097		X04	0,126	0,126
Y29	0,093	0,093		X27	0,116	0,116
Y12	0,088	0,088		X21	-0,114	0,114
Y20	0,036	0,036		X02	-0,104	0,104
Y18	-0,017	0,017		X32	0,098	0,098
Y19	0,008	0,008		X14	0,087	0,087
				X05	0,042	0,042
				X19	0,042	0,042

				X30	-0,032	0,032
				X18	-0,013	0,013





	Canonicl R	Canonicl R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
3	0,987	0,974	11571,2	1152	0	2,76791E-17
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y07	1,061	1,061		X06	1,454	1,454
Y30	-0,720	0,720		X07	-0,988	0,988
Y15	-0,672	0,672		X12	0,735	0,735
Y24	0,652	0,652		X13	-0,693	0,693
Y16	0,645	0,645		X18	0,661	0,661
Y23	-0,617	0,617		X04	-0,656	0,656
Y31	0,562	0,562		X32	0,623	0,623
Y27	-0,476	0,476		X27	-0,556	0,556
Y02	0,442	0,442		X14	-0,481	0,481
Y09	0,407	0,407		X22	-0,443	0,443
Y33	0,386	0,386		X15	-0,402	0,402
Y10	0,359	0,359		X23	0,377	0,377
Y22	-0,343	0,343		X08	0,353	0,353
Y34	-0,332	0,332		X16	0,350	0,350
Y08	-0,329	0,329		X36	0,333	0,333
Y03	-0,300	0,300		X35	-0,307	0,307
Y01	-0,295	0,295		X01	0,301	0,301
Y19	0,283	0,283		X30	0,281	0,281
Y06	-0,258	0,258		X29	-0,279	0,279
Y20	0,252	0,252		X20	0,269	0,269
Y13	-0,238	0,238		X11	-0,248	0,248
Y29	0,179	0,179		X28	0,245	0,245
Y28	-0,163	0,163		X05	-0,206	0,206
Y12	-0,158	0,158		X34	-0,203	0,203
Y17	0,146	0,146		X31	0,201	0,201
Y04	-0,135	0,135		X21	-0,190	0,190
Y32	0,128	0,128		X02	0,180	0,180
Y26	0,121	0,121		X09	0,155	0,155
Y14	-0,111	0,111		X24	-0,140	0,140
Y05	-0,109	0,109		X39	-0,130	0,130
Y11	-0,094	0,094		X33	0,101	0,101
Y21	0,093	0,093		X38	-0,096	0,096
Y35	-0,074	0,074		X03	-0,089	0,089
Y18	0,058	0,058		X25	-0,082	0,082
Y25	0,017	0,017		X19	-0,077	0,077
				X17	-0,071	0,071
				X10	-0,066	0,066
				X37	0,022	0,022
				X26	0,019	0,019

	Canonicl R	Canonicl R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
4	0,982	0,965	10467,02	1085	0	1,0524E-15
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y08	0,673	0,673		X13	1,061	1,061
Y25	0,479	0,479		X12	-0,947	0,947
Y20	-0,425	0,425		X05	0,875	0,875
Y33	-0,401	0,401		X07	-0,600	0,600
Y11	-0,368	0,368		X35	-0,576	0,576
Y18	-0,350	0,350		X36	0,532	0,532
Y26	0,315	0,315		X15	0,501	0,501
Y03	0,296	0,296		X14	-0,461	0,461
Y06	-0,278	0,278		X04	-0,460	0,460
Y13	-0,236	0,236		X38	0,436	0,436
Y04	-0,235	0,235		X20	-0,352	0,352
Y22	-0,232	0,232		X09	-0,337	0,337
Y23	0,227	0,227		X18	0,317	0,317
Y27	-0,217	0,217		X19	-0,317	0,317
Y28	0,211	0,211		X27	0,302	0,302
Y02	0,196	0,196		X16	0,278	0,278
Y21	-0,195	0,195		X11	0,266	0,266
Y17	0,184	0,184		X37	-0,234	0,234
Y24	0,178	0,178		X17	-0,211	0,211
Y30	-0,155	0,155		X23	0,208	0,208
Y12	0,154	0,154		X24	0,195	0,195
Y01	0,151	0,151		X21	-0,174	0,174
Y29	0,143	0,143		X03	-0,126	0,126
Y05	-0,142	0,142		X08	0,113	0,113
Y19	0,132	0,132		X32	0,102	0,102
Y10	-0,128	0,128		X34	0,100	0,100
Y31	0,095	0,095		X28	0,099	0,099
Y07	-0,064	0,064		X31	-0,090	0,090
Y15	0,064	0,064		X01	0,086	0,086
Y32	0,030	0,030		X29	-0,082	0,082
Y09	0,028	0,028		X02	-0,059	0,059
Y34	0,011	0,011		X30	-0,058	0,058
Y35	-0,008	0,008		X33	0,055	0,055
Y16	0,008	0,008		X25	-0,052	0,052
Y14	-0,004	0,004		X10	-0,046	0,046
				X26	0,044	0,044
				X06	0,026	0,026
				X39	0,025	0,025
				X22	-0,009	0,009

	Canonicl R	Canonicl R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
5	0,979	0,959	9453	1020	0	2,97225E-14
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y15	-0,773	0,773		X07	-1,349	1,349
Y07	-0,636	0,636		X27	0,591	0,591
Y02	0,552	0,552		X03	0,487	0,487
Y32	-0,545	0,545		X39	-0,470	0,470
Y33	0,514	0,514		X13	0,459	0,459
Y10	-0,511	0,511		X17	-0,422	0,422
Y27	0,490	0,490		X34	0,402	0,402
Y11	0,439	0,439		X09	0,394	0,394
Y17	-0,432	0,432		X14	-0,383	0,383
Y13	0,405	0,405		X31	-0,354	0,354
Y24	0,385	0,385		X05	0,321	0,321
Y19	0,358	0,358		X33	0,303	0,303
Y01	-0,348	0,348		X19	-0,273	0,273
Y14	0,286	0,286		X11	-0,269	0,269
Y18	-0,246	0,246		X15	-0,265	0,265
Y22	0,189	0,189		X35	-0,250	0,250
Y09	0,185	0,185		X29	-0,239	0,239
Y16	0,173	0,173		X20	0,233	0,233
Y29	-0,170	0,170		X02	-0,230	0,230
Y04	0,164	0,164		X16	0,215	0,215
Y12	-0,156	0,156		X32	0,191	0,191
Y21	-0,136	0,136		X30	0,175	0,175
Y28	0,129	0,129		X21	-0,172	0,172
Y03	-0,123	0,123		X37	0,141	0,141
Y20	0,113	0,113		X23	0,138	0,138
Y05	0,098	0,098		X08	0,134	0,134
Y30	-0,098	0,098		X25	0,125	0,125
Y34	0,089	0,089		X06	0,120	0,120
Y23	-0,065	0,065		X18	0,115	0,115
Y26	-0,047	0,047		X26	0,103	0,103
Y06	-0,041	0,041		X36	0,087	0,087
Y35	-0,035	0,035		X04	-0,086	0,086
Y08	0,020	0,020		X28	0,082	0,082
Y25	0,003	0,003		X01	0,076	0,076
Y31	0,003	0,003		X22	0,067	0,067
				X10	-0,024	0,024
				X24	0,019	0,019
				X38	0,017	0,017
				X12	0,005	0,005

	Canonic R	Canonic R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
6	0,968	0,936	8484,5	957	0	7,22959E-13
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y33	-0,962	0,962		X31	0,825	0,825
Y32	0,797	0,797		X35	-0,703	0,703
Y06	-0,720	0,720		X32	-0,702	0,702
Y15	0,712	0,712		X11	0,683	0,683
Y27	0,579	0,579		X04	-0,551	0,551
Y14	-0,570	0,570		X14	0,528	0,528
Y08	0,538	0,538		X02	0,517	0,517
Y22	-0,526	0,526		X08	-0,476	0,476
Y17	-0,445	0,445		X17	0,415	0,415
Y09	-0,420	0,420		X30	0,398	0,398
Y19	-0,407	0,407		X19	-0,391	0,391
Y20	-0,395	0,395		X15	-0,384	0,384
Y18	0,389	0,389		X13	-0,367	0,367
Y26	-0,384	0,384		X21	-0,309	0,309
Y35	0,380	0,380		X38	0,280	0,280
Y31	0,374	0,374		X36	0,264	0,264
Y02	0,357	0,357		X18	-0,262	0,262
Y12	0,338	0,338		X05	0,262	0,262
Y01	-0,306	0,306		X27	-0,239	0,239
Y10	0,271	0,271		X25	-0,184	0,184
Y13	0,270	0,270		X39	-0,163	0,163
Y24	-0,245	0,245		X24	-0,149	0,149
Y21	0,235	0,235		X34	0,127	0,127
Y16	-0,226	0,226		X28	0,119	0,119
Y25	-0,192	0,192		X23	0,103	0,103
Y11	0,190	0,190		X06	-0,090	0,090
Y03	0,185	0,185		X01	-0,088	0,088
Y28	-0,149	0,149		X37	0,083	0,083
Y29	0,135	0,135		X16	0,073	0,073
Y04	0,123	0,123		X22	0,054	0,054
Y05	-0,102	0,102		X03	0,049	0,049
Y23	0,086	0,086		X09	0,045	0,045
Y34	-0,066	0,066		X07	-0,042	0,042
Y30	0,021	0,021		X12	0,040	0,040
Y07	-0,019	0,019		X26	-0,040	0,040
				X29	0,036	0,036
				X10	0,028	0,028
				X33	0,018	0,018
				X20	-0,012	0,012

	Canonic R	Canonic R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
9	0,943	0,890	6181,371	780	0	1,42805E-09
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y08	1,073	1,073		X03	0,815	0,815
Y18	0,571	0,571		X14	-0,798	0,798
Y21	0,568	0,568		X21	-0,584	0,584
Y27	-0,479	0,479		X13	0,580	0,580
Y03	0,474	0,474		X39	0,534	0,534
Y19	-0,408	0,408		X11	0,497	0,497
Y14	0,388	0,388		X28	0,459	0,459
Y13	-0,313	0,313		X20	0,443	0,443
Y30	-0,313	0,313		X25	0,428	0,428
Y16	-0,311	0,311		X02	-0,403	0,403
Y33	-0,296	0,296		X10	-0,366	0,366
Y06	-0,292	0,292		X05	-0,351	0,351
Y09	-0,257	0,257		X09	0,333	0,333
Y17	-0,220	0,220		X18	-0,325	0,325
Y22	-0,217	0,217		X32	-0,321	0,321
Y07	-0,202	0,202		X31	0,275	0,275
Y32	0,200	0,200		X24	-0,244	0,244
Y01	-0,141	0,141		X30	-0,235	0,235
Y10	0,108	0,108		X22	0,228	0,228
Y35	-0,098	0,098		X07	-0,220	0,220
Y15	0,095	0,095		X15	0,202	0,202
Y24	-0,089	0,089		X12	0,199	0,199
Y29	0,085	0,085		X17	-0,188	0,188
Y20	0,080	0,080		X19	-0,165	0,165
Y26	0,078	0,078		X29	0,158	0,158
Y05	0,074	0,074		X27	-0,133	0,133
Y23	0,071	0,071		X16	0,131	0,131
Y25	0,070	0,070		X08	-0,127	0,127
Y34	0,044	0,044		X38	-0,110	0,110
Y04	-0,034	0,034		X35	-0,079	0,079
Y12	0,020	0,020		X36	-0,067	0,067
Y11	-0,011	0,011		X01	0,063	0,063
Y28	0,009	0,009		X06	0,063	0,063
Y31	0,004	0,004		X34	-0,056	0,056
Y02	0,003	0,003		X23	0,050	0,050
				X33	-0,039	0,039
				X26	0,039	0,039
				X37	-0,033	0,033
				X04	-0,029	0,029

	Canonicl R	Canonicl R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
10	0,930	0,865	5511,788	725	0	1,29684E-08
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y33	-1,034	1,034		X18	-0,857	0,857
Y29	0,756	0,756		X14	0,658	0,658
Y24	-0,643	0,643		X12	-0,572	0,572
Y07	-0,618	0,618		X01	-0,556	0,556
Y18	-0,616	0,616		X31	0,519	0,519
Y01	-0,599	0,599		X07	-0,485	0,485
Y15	0,535	0,535		X33	0,470	0,470
Y20	0,489	0,489		X32	-0,455	0,455
Y19	-0,466	0,466		X20	0,447	0,447
Y11	-0,445	0,445		X38	0,445	0,445
Y04	-0,337	0,337		X37	-0,417	0,417
Y10	0,330	0,330		X28	0,410	0,410
Y35	0,328	0,328		X36	0,374	0,374
Y34	0,319	0,319		X23	-0,371	0,371
Y06	0,295	0,295		X19	0,340	0,340
Y12	0,293	0,293		X30	0,334	0,334
Y25	0,292	0,292		X21	-0,316	0,316
Y22	-0,285	0,285		X08	0,315	0,315
Y30	-0,272	0,272		X24	0,295	0,295
Y27	0,272	0,272		X29	-0,290	0,290
Y31	0,271	0,271		X39	-0,273	0,273
Y28	-0,239	0,239		X15	-0,270	0,270
Y03	0,222	0,222		X02	0,231	0,231
Y09	0,189	0,189		X22	0,204	0,204
Y08	0,176	0,176		X35	-0,202	0,202
Y13	-0,166	0,166		X16	0,200	0,200
Y14	-0,147	0,147		X10	-0,191	0,191
Y26	0,142	0,142		X03	-0,173	0,173
Y02	0,119	0,119		X04	0,151	0,151
Y16	-0,083	0,083		X27	-0,132	0,132
Y32	-0,079	0,079		X25	0,131	0,131
Y05	-0,075	0,075		X17	0,106	0,106
Y17	-0,046	0,046		X06	-0,055	0,055
Y21	-0,035	0,035		X13	0,048	0,048
Y23	-0,033	0,033		X34	0,040	0,040
				X11	0,025	0,025
				X09	0,020	0,020
				X05	0,010	0,010
				X26	0,001	0,001

	Canonic R	Canonic R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
11	0,918	0,843	4904,38	672	0	9,59529E-08
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y22	-0,970	0,970		X32	-0,905	0,905
Y33	-0,969	0,969		X30	0,849	0,849
Y21	0,882	0,882		X21	-0,848	0,848
Y08	-0,852	0,852		X29	-0,705	0,705
Y09	0,809	0,809		X14	0,603	0,603
Y06	-0,709	0,709		X31	0,555	0,555
Y01	-0,684	0,684		X12	-0,449	0,449
Y13	0,620	0,620		X20	0,435	0,435
Y07	0,601	0,601		X24	0,426	0,426
Y32	0,518	0,518		X34	0,420	0,420
Y02	0,487	0,487		X05	-0,405	0,405
Y25	0,449	0,449		X10	-0,369	0,369
Y26	0,415	0,415		X06	0,345	0,345
Y05	0,370	0,370		X08	0,321	0,321
Y16	-0,295	0,295		X16	-0,296	0,296
Y20	-0,292	0,292		X33	-0,248	0,248
Y15	-0,262	0,262		X27	-0,244	0,244
Y04	-0,245	0,245		X17	0,238	0,238
Y29	-0,243	0,243		X38	0,235	0,235
Y03	0,210	0,210		X39	0,232	0,232
Y12	-0,181	0,181		X15	-0,224	0,224
Y35	0,178	0,178		X22	-0,208	0,208
Y23	-0,155	0,155		X02	-0,206	0,206
Y14	0,130	0,130		X13	0,205	0,205
Y31	0,117	0,117		X36	-0,199	0,199
Y28	0,112	0,112		X18	0,180	0,180
Y10	-0,094	0,094		X25	-0,150	0,150
Y17	0,063	0,063		X04	0,149	0,149
Y30	-0,040	0,040		X23	0,104	0,104
Y34	0,038	0,038		X19	-0,090	0,090
Y11	-0,028	0,028		X35	-0,088	0,088
Y27	-0,013	0,013		X26	0,075	0,075
Y19	0,005	0,005		X28	0,061	0,061
Y18	-0,005	0,005		X37	0,054	0,054
Y24	0,002	0,002		X07	-0,048	0,048
				X01	0,016	0,016
				X09	-0,013	0,013
				X11	-0,006	0,006
				X03	-0,004	0,004

	Canonicl R	Canonicl R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
12	0,906	0,821	4342,085	621	0	6,11894E-07
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y09	0,666	0,666		X13	1,446	1,446
Y17	0,565	0,565		X17	-1,078	1,078
Y15	-0,543	0,543		X29	-0,975	0,975
Y14	0,525	0,525		X01	-0,940	0,940
Y26	-0,515	0,515		X12	-0,840	0,840
Y11	-0,428	0,428		X15	0,740	0,740
Y19	-0,398	0,398		X21	-0,700	0,700
Y06	-0,334	0,334		X30	0,685	0,685
Y16	0,328	0,328		X16	0,653	0,653
Y22	-0,289	0,289		X08	0,589	0,589
Y33	0,250	0,250		X19	0,576	0,576
Y30	-0,245	0,245		X22	-0,402	0,402
Y32	-0,241	0,241		X32	-0,397	0,397
Y21	0,198	0,198		X28	0,385	0,385
Y25	0,168	0,168		X24	0,379	0,379
Y01	0,164	0,164		X31	-0,334	0,334
Y07	-0,163	0,163		X36	-0,287	0,287
Y04	-0,163	0,163		X07	-0,276	0,276
Y08	0,158	0,158		X35	0,250	0,250
Y24	-0,138	0,138		X25	0,240	0,240
Y34	0,138	0,138		X33	-0,211	0,211
Y02	0,124	0,124		X14	-0,205	0,205
Y29	-0,114	0,114		X18	-0,193	0,193
Y13	0,110	0,110		X05	0,174	0,174
Y27	0,104	0,104		X06	0,161	0,161
Y18	0,078	0,078		X03	0,141	0,141
Y10	0,071	0,071		X27	-0,141	0,141
Y12	0,070	0,070		X02	0,123	0,123
Y23	-0,068	0,068		X23	0,116	0,116
Y20	-0,065	0,065		X38	-0,108	0,108
Y31	-0,046	0,046		X09	0,106	0,106
Y03	-0,040	0,040		X39	-0,095	0,095
Y28	0,035	0,035		X11	0,088	0,088
Y05	0,006	0,006		X37	-0,060	0,060
Y35	0,001	0,001		X26	-0,040	0,040
				X10	-0,037	0,037
				X20	0,035	0,035
				X04	-0,018	0,018
				X34	0,015	0,015



	Canoniel R	Canoniel R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
13	0,905	0,818	3819,28	572	0	3,426E-06
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y15	-0,688	0,688		X10	-1,122	1,122
Y08	0,654	0,654		X28	1,055	1,055
Y07	-0,612	0,612		X27	-0,909	0,909
Y04	0,558	0,558		X25	0,837	0,837
Y11	-0,556	0,556		X07	-0,832	0,832
Y13	0,542	0,542		X16	0,803	0,803
Y02	-0,532	0,532		X11	0,797	0,797
Y18	0,374	0,374		X14	-0,675	0,675
Y12	0,365	0,365		X32	-0,654	0,654
Y22	-0,335	0,335		X05	-0,580	0,580
Y24	-0,332	0,332		X13	-0,540	0,540
Y28	0,312	0,312		X08	0,446	0,446
Y01	0,309	0,309		X30	0,410	0,410
Y05	-0,307	0,307		X18	-0,365	0,365
Y10	-0,262	0,262		X23	-0,361	0,361
Y19	-0,249	0,249		X22	0,360	0,360
Y03	-0,224	0,224		X02	0,358	0,358
Y20	0,220	0,220		X19	-0,355	0,355
Y25	0,207	0,207		X09	0,338	0,338
Y27	0,205	0,205		X37	0,299	0,299
Y34	0,178	0,178		X38	-0,273	0,273
Y23	0,174	0,174		X04	0,263	0,263
Y16	0,161	0,161		X15	0,252	0,252
Y09	-0,155	0,155		X17	-0,217	0,217
Y32	0,146	0,146		X39	0,211	0,211
Y06	0,121	0,121		X24	0,176	0,176
Y29	0,117	0,117		X01	0,156	0,156
Y14	-0,108	0,108		X36	-0,153	0,153
Y31	-0,090	0,090		X03	-0,134	0,134
Y35	-0,081	0,081		X31	0,131	0,131
Y21	-0,036	0,036		X29	0,111	0,111
Y33	-0,029	0,029		X21	-0,107	0,107
Y30	0,022	0,022		X33	0,104	0,104
Y26	0,016	0,016		X06	-0,090	0,090
Y17	0,014	0,014		X35	-0,083	0,083
				X12	0,075	0,075
				X26	0,064	0,064
				X34	0,048	0,048
				X20	0,002	0,002

	Canonicl R	Canonicl R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
14	0,872	0,761	3301,76	525	0	1,88511E-05
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y03	-0,808	0,808		X15	-0,895	0,895
Y05	0,786	0,786		X17	-0,872	0,872
Y06	-0,765	0,765		X06	-0,838	0,838
Y17	-0,723	0,723		X29	0,746	0,746
Y08	0,670	0,670		X14	0,654	0,654
Y21	0,667	0,667		X18	0,616	0,616
Y09	-0,498	0,498		X11	0,571	0,571
Y13	0,492	0,492		X28	0,540	0,540
Y26	-0,416	0,416		X05	0,514	0,514
Y19	-0,359	0,359		X08	-0,462	0,462
Y07	0,356	0,356		X37	-0,399	0,399
Y16	0,347	0,347		X36	0,392	0,392
Y14	-0,338	0,338		X13	0,374	0,374
Y02	0,334	0,334		X16	0,360	0,360
Y27	-0,325	0,325		X10	-0,358	0,358
Y20	-0,319	0,319		X02	0,355	0,355
Y18	0,318	0,318		X38	-0,354	0,354
Y35	0,282	0,282		X30	0,347	0,347
Y04	-0,268	0,268		X19	-0,340	0,340
Y30	0,258	0,258		X35	-0,303	0,303
Y33	0,241	0,241		X31	-0,299	0,299
Y12	-0,237	0,237		X24	-0,263	0,263
Y32	-0,237	0,237		X01	-0,196	0,196
Y28	0,223	0,223		X12	0,190	0,190
Y23	0,178	0,178		X09	0,174	0,174
Y24	0,176	0,176		X22	-0,173	0,173
Y29	0,169	0,169		X33	0,141	0,141
Y22	-0,168	0,168		X21	-0,130	0,130
Y31	-0,154	0,154		X03	0,104	0,104
Y15	-0,138	0,138		X32	-0,102	0,102
Y10	0,101	0,101		X25	0,088	0,088
Y34	0,100	0,100		X23	-0,060	0,060
Y11	-0,044	0,044		X26	-0,052	0,052
Y25	0,031	0,031		X07	-0,050	0,050
Y01	0,004	0,004		X34	0,024	0,024
				X20	-0,022	0,022
				X27	-0,021	0,021
				X04	0,012	0,012

	Canonic R	Canonic R-sqr.	Chi- sqr.	df	p	Lambda Prime
15	0,868	0,754	2867,92	480	0	7,87302E- 05
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y06	0,928	0,928		X17	1,145	1,145
Y30	0,803	0,803		X11	-0,867	0,867
Y07	-0,728	0,728		X29	0,749	0,749
Y21	-0,722	0,722		X09	0,746	0,746
Y31	-0,619	0,619		X07	0,708	0,708
Y24	0,563	0,563		X39	-0,584	0,584
Y34	-0,435	0,435		X30	-0,561	0,561
Y13	0,433	0,433		X33	-0,523	0,523
Y02	0,427	0,427		X16	-0,517	0,517
Y33	0,423	0,423		X08	-0,495	0,495
Y32	-0,400	0,400		X34	-0,467	0,467
Y05	-0,369	0,369		X35	0,387	0,387
Y17	-0,354	0,354		X15	0,380	0,380
Y03	-0,346	0,346		X13	-0,378	0,378
Y19	0,331	0,331		X18	-0,369	0,369
Y27	-0,310	0,310		X01	0,367	0,367
Y11	0,308	0,308		X10	-0,354	0,354
Y20	-0,308	0,308		X25	0,350	0,350
Y09	-0,300	0,300		X20	0,347	0,347
Y22	0,297	0,297		X21	-0,339	0,339
Y26	0,272	0,272		X38	0,281	0,281
Y12	-0,233	0,233		X05	-0,275	0,275
Y35	-0,225	0,225		X12	0,255	0,255
Y08	0,219	0,219		X19	-0,251	0,251
Y14	-0,212	0,212		X02	-0,160	0,160
Y01	-0,189	0,189		X31	0,138	0,138
Y23	-0,184	0,184		X37	-0,127	0,127
Y28	0,183	0,183		X27	0,127	0,127
Y29	-0,160	0,160		X26	0,116	0,116
Y04	0,150	0,150		X06	0,115	0,115
Y25	-0,127	0,127		X14	-0,112	0,112
Y16	-0,113	0,113		X23	0,088	0,088
Y10	-0,021	0,021		X24	0,087	0,087
Y18	-0,007	0,007		X32	-0,078	0,078
Y15	-0,006	0,006		X28	-0,074	0,074
				X22	-0,060	0,060
				X03	0,047	0,047
				X36	-0,037	0,037
				X04	-0,007	0,007

	Canonial R	Canonial R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
16	0,832	0,692	2442,58	437	0	0,000319731
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y01	1,174	1,174		X23	1,176	1,176
Y29	0,912	0,912		X05	-1,158	1,158
Y08	0,890	0,890		X17	-0,993	0,993
Y22	-0,855	0,855		X29	0,931	0,931
Y24	0,849	0,849		X22	-0,868	0,868
Y03	-0,806	0,806		X08	0,819	0,819
Y18	0,641	0,641		X35	0,714	0,714
Y02	-0,618	0,618		X16	0,697	0,697
Y34	-0,433	0,433		X06	0,600	0,600
Y07	-0,375	0,375		X01	-0,562	0,562
Y04	-0,340	0,340		X30	-0,554	0,554
Y30	-0,338	0,338		X18	-0,527	0,527
Y19	-0,257	0,257		X09	0,449	0,449
Y16	-0,256	0,256		X28	0,443	0,443
Y12	0,245	0,245		X38	-0,413	0,413
Y05	0,245	0,245		X10	-0,395	0,395
Y33	0,242	0,242		X02	-0,367	0,367
Y27	-0,242	0,242		X20	0,361	0,361
Y13	-0,237	0,237		X13	0,352	0,352
Y20	0,215	0,215		X12	-0,341	0,341
Y35	0,181	0,181		X07	-0,339	0,339
Y25	0,168	0,168		X25	-0,337	0,337
Y21	-0,141	0,141		X33	-0,334	0,334
Y09	0,137	0,137		X34	0,314	0,314
Y10	0,128	0,128		X27	0,312	0,312
Y11	-0,128	0,128		X04	0,223	0,223
Y06	-0,102	0,102		X39	-0,134	0,134
Y17	-0,099	0,099		X14	-0,133	0,133
Y26	-0,098	0,098		X37	-0,122	0,122
Y31	-0,081	0,081		X24	-0,102	0,102
Y28	-0,032	0,032		X31	-0,074	0,074
Y23	-0,026	0,026		X26	0,067	0,067
Y14	-0,022	0,022		X32	-0,056	0,056
Y15	0,009	0,009		X11	0,053	0,053
Y32	-0,007	0,007		X36	0,036	0,036
				X21	0,017	0,017
				X03	0,014	0,014
				X19	-0,003	0,003
				X15	0,003	0,003

	Canonial R	Canonial R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
17	0,804	0,646	2084,89	396	0	0,001039003
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y06	-1,581	1,581		X32	1,074	1,074
Y04	1,106	1,106		X37	0,921	0,921
Y15	-1,081	1,081		X28	-0,917	0,917
Y24	1,075	1,075		X05	0,874	0,874
Y02	0,934	0,934		X17	0,826	0,826
Y35	-0,852	0,852		X07	0,801	0,801
Y29	-0,835	0,835		X04	-0,649	0,649
Y33	0,818	0,818		X06	-0,648	0,648
Y07	0,630	0,630		X18	0,618	0,618
Y16	0,617	0,617		X35	-0,602	0,602
Y13	0,585	0,585		X25	-0,574	0,574
Y21	0,553	0,553		X14	0,501	0,501
Y18	0,524	0,524		X39	0,483	0,483
Y23	-0,467	0,467		X16	-0,480	0,480
Y09	-0,461	0,461		X38	-0,436	0,436
Y08	-0,410	0,410		X29	-0,398	0,398
Y19	-0,401	0,401		X21	-0,397	0,397
Y14	-0,392	0,392		X12	0,392	0,392
Y34	-0,375	0,375		X26	0,389	0,389
Y30	0,257	0,257		X34	-0,336	0,336
Y27	0,254	0,254		X33	-0,296	0,296
Y25	0,217	0,217		X19	0,296	0,296
Y12	-0,196	0,196		X27	0,286	0,286
Y10	0,195	0,195		X36	0,276	0,276
Y17	0,184	0,184		X13	-0,276	0,276
Y28	-0,176	0,176		X20	-0,230	0,230
Y26	0,163	0,163		X31	-0,222	0,222
Y20	0,146	0,146		X02	0,181	0,181
Y03	-0,083	0,083		X30	0,166	0,166
Y01	-0,079	0,079		X08	-0,125	0,125
Y32	0,074	0,074		X09	-0,112	0,112
Y22	0,072	0,072		X01	-0,053	0,053
Y11	-0,066	0,066		X23	-0,052	0,052
Y05	-0,037	0,037		X10	-0,044	0,044
Y31	-0,019	0,019		X03	-0,040	0,040
				X15	0,032	0,032
				X11	-0,012	0,012
				X22	0,003	0,003
				X24	-0,001	0,001

	Canonicl R	Canonicl R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
18	0,768	0,590	1770,02	357	0	0,002932151
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y34	-1,025	1,025		X30	-0,947	0,947
Y02	-0,967	0,967		X29	0,797	0,797
Y01	0,934	0,934		X20	0,792	0,792
Y13	-0,818	0,818		X22	0,709	0,709
Y23	0,713	0,713		X23	-0,680	0,680
Y16	0,523	0,523		X35	0,601	0,601
Y04	0,507	0,507		X16	-0,571	0,571
Y06	0,476	0,476		X05	0,555	0,555
Y22	0,438	0,438		X04	-0,533	0,533
Y05	-0,433	0,433		X06	0,502	0,502
Y14	-0,399	0,399		X19	-0,501	0,501
Y35	0,368	0,368		X11	0,464	0,464
Y33	0,345	0,345		X13	-0,428	0,428
Y24	-0,338	0,338		X08	-0,392	0,392
Y20	0,336	0,336		X27	0,390	0,390
Y26	-0,315	0,315		X25	-0,386	0,386
Y11	0,311	0,311		X18	0,386	0,386
Y15	-0,296	0,296		X10	0,380	0,380
Y28	0,273	0,273		X14	-0,373	0,373
Y18	0,248	0,248		X38	-0,372	0,372
Y19	-0,241	0,241		X07	-0,366	0,366
Y32	-0,221	0,221		X12	0,328	0,328
Y10	0,219	0,219		X09	-0,261	0,261
Y03	-0,201	0,201		X15	-0,254	0,254
Y17	-0,189	0,189		X36	0,184	0,184
Y08	0,169	0,169		X34	0,142	0,142
Y09	-0,164	0,164		X01	-0,137	0,137
Y29	-0,158	0,158		X33	-0,129	0,129
Y25	-0,123	0,123		X24	-0,102	0,102
Y12	0,095	0,095		X17	0,096	0,096
Y31	-0,058	0,058		X39	-0,095	0,095
Y07	0,040	0,040		X03	-0,094	0,094
Y27	-0,034	0,034		X28	0,060	0,060
Y21	-0,026	0,026		X31	0,046	0,046
Y30	0,008	0,008		X37	-0,040	0,040
				X21	0,027	0,027
				X26	-0,005	0,005
				X32	-0,005	0,005
				X02	0,004	0,004

	Canonicl R	Canonicl R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
19	0,754	0,569	1499,34	320	0	0,007153454
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y18	1,129	1,129		X28	1,253	1,253
Y17	-1,008	1,008		X24	1,082	1,082
Y16	-0,714	0,714		X35	-1,059	1,059
Y04	0,699	0,699		X09	0,996	0,996
Y33	-0,638	0,638		X34	0,812	0,812
Y35	0,516	0,516		X32	-0,741	0,741
Y02	0,508	0,508		X27	-0,728	0,728
Y15	0,493	0,493		X05	0,662	0,662
Y34	0,471	0,471		X18	-0,652	0,652
Y26	0,466	0,466		X02	-0,629	0,629
Y14	-0,449	0,449		X33	0,542	0,542
Y12	0,408	0,408		X36	-0,448	0,448
Y22	-0,344	0,344		X20	0,441	0,441
Y32	-0,324	0,324		X16	-0,436	0,436
Y27	-0,297	0,297		X04	-0,431	0,431
Y25	0,293	0,293		X39	-0,407	0,407
Y06	-0,293	0,293		X31	-0,393	0,393
Y03	-0,273	0,273		X12	-0,318	0,318
Y28	0,262	0,262		X38	0,318	0,318
Y10	0,257	0,257		X01	-0,317	0,317
Y23	0,243	0,243		X37	0,313	0,313
Y24	-0,243	0,243		X17	0,299	0,299
Y07	-0,243	0,243		X11	0,276	0,276
Y05	-0,232	0,232		X10	-0,275	0,275
Y09	-0,191	0,191		X06	0,268	0,268
Y30	0,186	0,186		X29	-0,266	0,266
Y01	-0,169	0,169		X19	-0,233	0,233
Y11	0,155	0,155		X30	0,217	0,217
Y31	-0,146	0,146		X21	-0,203	0,203
Y19	-0,136	0,136		X08	-0,157	0,157
Y29	0,108	0,108		X14	-0,157	0,157
Y13	0,073	0,073		X22	-0,139	0,139
Y20	0,047	0,047		X25	0,138	0,138
Y08	-0,044	0,044		X03	-0,138	0,138
Y21	-0,019	0,019		X15	-0,088	0,088
				X07	0,085	0,085
				X23	-0,079	0,079
				X26	-0,041	0,041
				X13	0,000	0,000

	Canonicl R	Canonicl R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
20	0,726	0,527	1244,15	285	0	0,016583472
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y30	-1,287	1,287		X06	-1,743	1,743
Y29	1,173	1,173		X05	1,134	1,134
Y04	0,893	0,893		X07	1,057	1,057
Y08	-0,891	0,891		X01	1,012	1,012
Y01	-0,813	0,813		X20	-0,915	0,915
Y18	0,733	0,733		X10	-0,827	0,827
Y02	0,589	0,589		X21	0,819	0,819
Y09	0,570	0,570		X37	0,763	0,763
Y35	-0,494	0,494		X04	-0,694	0,694
Y24	0,447	0,447		X38	-0,662	0,662
Y16	-0,427	0,427		X24	-0,659	0,659
Y22	-0,418	0,418		X02	-0,590	0,590
Y12	-0,384	0,384		X25	-0,575	0,575
Y34	0,370	0,370		X34	-0,536	0,536
Y31	0,354	0,354		X35	-0,529	0,529
Y32	-0,324	0,324		X29	-0,513	0,513
Y33	-0,319	0,319		X31	0,483	0,483
Y17	-0,305	0,305		X36	0,459	0,459
Y21	0,286	0,286		X32	0,452	0,452
Y25	0,282	0,282		X39	0,449	0,449
Y15	0,256	0,256		X18	0,447	0,447
Y23	-0,255	0,255		X11	0,446	0,446
Y26	-0,200	0,200		X27	0,437	0,437
Y11	0,200	0,200		X08	0,392	0,392
Y27	-0,198	0,198		X30	-0,369	0,369
Y14	-0,192	0,192		X33	0,364	0,364
Y20	-0,191	0,191		X13	0,313	0,313
Y06	-0,173	0,173		X09	0,298	0,298
Y10	0,172	0,172		X12	-0,276	0,276
Y03	0,141	0,141		X15	-0,267	0,267
Y13	0,043	0,043		X26	0,193	0,193
Y19	0,035	0,035		X14	0,185	0,185
Y28	-0,030	0,030		X03	-0,094	0,094
Y05	-0,023	0,023		X28	-0,081	0,081
Y07	-0,011	0,011		X22	0,075	0,075
				X23	0,052	0,052
				X16	-0,044	0,044
				X19	0,037	0,037
				X17	-0,021	0,021



	Canonici R	Canonici R-sqr.	Chi-sqr.	df	p	Lambda Prime
21	0,698	0,487	1017,14	252	0	0,035036474
Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)		Bağımlı Değişken Kodu	Kanonik Yük	Kanonik Yük (Mutlak Değer)
Y21	1,295	1,295		X20	1,975	1,975
Y22	-1,036	1,036		X04	1,076	1,076
Y19	1,021	1,021		X21	-0,935	0,935
Y15	0,957	0,957		X12	-0,933	0,933
Y20	-0,679	0,679		X02	-0,849	0,849
Y25	-0,678	0,678		X39	-0,848	0,848
Y03	-0,625	0,625		X14	-0,841	0,841
Y16	-0,528	0,528		X25	-0,744	0,744
Y01	0,493	0,493		X06	0,664	0,664
Y07	0,425	0,425		X28	0,596	0,596
Y27	0,406	0,406		X32	-0,593	0,593
Y05	0,405	0,405		X19	-0,580	0,580
Y09	-0,389	0,389		X05	-0,575	0,575
Y02	-0,369	0,369		X15	0,525	0,525
Y32	-0,345	0,345		X16	0,511	0,511
Y26	-0,338	0,338		X10	0,502	0,502
Y17	0,326	0,326		X29	0,484	0,484
Y08	0,323	0,323		X22	-0,470	0,470
Y14	-0,319	0,319		X13	0,467	0,467
Y34	-0,291	0,291		X08	-0,393	0,393
Y18	-0,275	0,275		X07	-0,387	0,387
Y29	-0,239	0,239		X27	-0,371	0,371
Y04	0,227	0,227		X17	-0,355	0,355
Y13	-0,219	0,219		X23	0,308	0,308
Y24	-0,170	0,170		X01	0,306	0,306
Y11	0,163	0,163		X11	-0,289	0,289
Y06	0,163	0,163		X31	0,288	0,288
Y31	0,147	0,147		X24	0,283	0,283
Y12	-0,129	0,129		X03	-0,232	0,232
Y28	0,123	0,123		X37	0,166	0,166
Y10	-0,114	0,114		X33	-0,139	0,139
Y23	-0,084	0,084		X30	0,130	0,130
Y35	0,062	0,062		X34	0,084	0,084
Y33	0,054	0,054		X09	0,081	0,081
Y30	-0,043	0,043		X18	0,061	0,061
				X35	-0,054	0,054
				X26	-0,018	0,018
				X36	0,003	0,003
				X38	0,000	0,000

## Ek 2. Kalite Yönetim Sistemi Ve Hasta Güvenliği Kültürü Anket Formları

Bu çalışma Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı “Hastanelerde” Kalite Yönetim Sistemi ile Hasta Güvenliği Kültürü arasındaki ilişkiyi analiz etmektir. Çalışmanın sonuçları eğitim amaçlı kullanılacaktır. Göstermiş olduğunuz ilgiye şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Lütfen, aşağıda yer alan anket sorularını doğru bulma düzeyinize göre işaretleyiniz. Örneğin, ifadenin hastanemizde yapıldığını ve başarılı olduğunu belirtmek için; ‘Çok iyi’ seçeneğini, başarısız olduğunu belirtmek için ‘Çok kötü’ seçeneğini “√” işaretleyiniz

<b>A-KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ</b>					
	Çok İyi	İyi	Ne iyi Ne de Kötü	Kötü	Çok Kötü
<b>GENEL ŞARTLAR</b>					
1 Hastanemizde tüm süreçlerin (prosesler) tanımlanması,					
2 Hastanemizde sistemin dokümantasyonu,					
3 Hastanemizde kaliteye yönelik bir el kitabı,					
4 Hastanemizde dokümanların kontrolü,					
5 Hastanemizde kayıtların kontrolü,					
<b>YÖNETİMİN SORUMLULUĞU (AMİRLERİN SORUMLUĞU)</b>					
6 Yönetimin kalite ile ilgili sorumluluklarını yerine getirmesi,					
7 Yönetimin müşteri (hasta, hemşire, doktor vb) odaklılık seviyesi,					
8 Kalite politikamız,					
9 Kalite hedeflerimiz,					
10 Kalite sisteminin planlanması,					
11 Yetki ve sorumluluklarımızın belirlilik seviyesi,					
12 İletişim sistemi (tlf, pano, intranet vb.),					
13 Yönetimin kalite sistemini belirli aralıklarla gözden geçirmesi,					

<b>HİZMETİN GERÇEKLEŞTİRİLMESİ</b>	<b>Çok İyi</b>	<b>İyi</b>	<b>Ne iyi Ne de Kötü</b>	<b>Kötü</b>	<b>Çok Kötü</b>
14 Hastane hizmetlerinin planlanması,					
15 Hizmetle ilgili tüm yasal ve diğer gerekliliklerin yerine getirilmesi,					
16 Sağlanan hizmetlerin gözden geçirilmesi ve kayıtların tutulması					
17 Hizmet verilen hasta ve birimlerle işbirliği ve iletişim,					
18 Satın alma işlemlerinin şartlara uygunluğu,					
19 Satın alınan ürünün muayenesinin yapılması,					
20 Hizmetlerin uygunluğunun kontrolü,					
21 Süreçlerin geçerliliğinin sağlanması,					
22 Verilen hizmetin izlenilebilirliği(kod numarası vb.) için kullanılan yöntemler,					
23 Ödünç alınan (kurum içi veya dışından) malzemelerin güvenliğinin sağlanması,					
24 İlaçların ve malzemelerin uygun depolanması,					
25 Kullanılan araçların kalibrasyonları ve kontrollerinin yapılması,					
<b>KAYNAK YÖNETİMİ</b>					
26 Kaliteli bir sistem için gerekli kaynaklar sağlanması,					
27 Çalışan sayısının yeterliliği,					
28 Çalışanların yetkinliği,bilinç seviyeleri ve eğitimleri,					
29 Altyapının (bina, donanım, yazılım vb) kalitesi,					
30 Çalışma ortamının kalitesi,					
<b>ÖLÇME, ANALİZ VE İYİLEŞTİRME</b>					
31 Hasta memnuniyetlerinin düzenli ölçülmesi,					
32 Verilen hizmete ve kaliteye yönelik yapılan iç tetkikler (denetimler),					
33 Süreçlerin performanslarının ölçümü,					
34 Verilen hizmetin ve ürünün uygunluklarının ölçülmesi ve kayıtların tutulması,					
35 Uygun olmayan ürün veya hizmet kontrolü,					
36 Toplanan verilerin analiz edilmesi,					
37 Sürekli iyileştirme faaliyetleri(eğitim vb) yapılması,					
38 Uygunsuzlukların çıkması durumunda yapılan düzeltici faaliyetler,					
39 Uygunsuzlukların oluşmasını engellemek için yapılan önleyici faaliyetler,					

B-HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ							
<p>"Hasta Güvenliği", tedavi ve/veya diğer hizmetlerden kaynaklanan hasta yaralanmaları ya da istenmeyen olaylardan kaçınma ya da korunma anlamına gelmektedir.</p> <p>"Olay", hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın, herhangi bir hata türü, kaza ya da sapma olarak değerlendirilmektedir.</p>							
40 Genel olarak hasta güvenliğini, hastanemiz açısından derecelendiriniz.							
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Çok İyi	İyi	Ne iyi,Ne kötü	Kötü	Çok kötü			
<b>RAPORLANAN OLAYLARIN SIKLIĞI</b>							
Aşağıdaki ifadeler hangi sıklıkta hastanemizde gerçekleşmektedir?			Asla	Nadiren	Arasına	Çoğu zaman	Her zaman
41 Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?							
42 Bir hata gerçekleştiğinde, ancak bunun hasta açısından olası bir tehlikesi yoksa, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?							
43 Bir hata gerçekleştiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmışsa, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?							
<b>YÖNETİM VE İLETİŞİM</b>							
44 Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, personel özgürce fikirlerini iletir.							
45 Hastanemizde oluşan hatalarla ilgili bilgilendirilmekteyiz.							
46 Personelin alınan karar ve uygulamaları sorgulama özgürlüğü vardır.							
47 Hastanemizde tekrarlanmaması için hataları önleme yollarını tartışırız.							
48 Hasta güvenliğine yönelik bir iş yapıldığında, amirim takdir eder.							
49 Amirim hasta güvenliği ile ilgili personel önerilerini ciddiyetle ele alır.							
<b>GENEL GÜVENLİK ALGISI</b>							
50 Daha çok işi yapabilmek uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez.							
51 Daha ciddi hataların olmaması tamamıyla şans eserdir.							
52 Hastanemizde hasta güvenliği ile ilgili sorunlarımız vardır.							
53 Hataların oluşmasına engel olacak prosedürlerimiz ve sistemimiz mevcuttur.							
<b>ÖRGÜTSEL ÖĞRENME</b>			Asla	Nadiren	Arasına	Çoğu zaman	Her zaman
54 Hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif olarak çalışmalar yapmaktayız.							
55 Hatalarımızdan ders alırız.							
56 Hasta güvenliğini artırmak için bir değişiklik yaptığımızda, değişikliğin etkinliğini değerlendiririz.							
<b>TAKIM ÇALIŞMASI</b>							
57 Hastanemizde, insanlar birbirini desteklemektedir.							
58 İş yükü ağırlaştığında, işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız.							
59 Hastanemizde, herkes birbirine saygı göstermektedir.							

HATALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ					
60 Personel yaptığı hataların, kendi aleyhine kullanıldığını düşünür.					
61 Herhangi bir olay rapor edildiğinde, olayın kendisi değil, hataya yol açan kişilerin rapor edileceği düşünülür.					
62 Personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar.					
PERSONEL					
63 İş yükünü paylaşacak yeterli personelimiz vardır.					
64 Hasta bakımı için fuzuli olarak, gereğinden fazla personel takviyesi alırız.					
65 Daha çok işi daha hızlı yapabilmek için, sürekli aşırı yoğun bir tempoda çalışmaktayız.					
HASTANE YÖNETİMİ					
66 Hastane yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır					
67 Hastane yönetimi için, hasta güvenliği en öncelikli konudur.					
Hastane yönetimi, sadece ters bir olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgileniyor izlenimi vermektedir.					
BİRİMLERARASI İLİŞKİLER					
69 Birlikte çalışması gereken birimler arasında, iyi düzeyde işbirliği bulunmaktadır.					
70 Hastane birimleri en iyi düzeyde hasta bakımı sağlamak için, birlikte uyum içinde çalışmaktadır.					
71 Hastane birimleri birbirleriyle eşgüdümlü (koordinasyonlu) çalışmamaktadır.					
GÖREV DEĞİŞİMİ					
	Asla	Nadiren	Arasıra	Çoğu zaman	Her zaman
72 Önemli hasta bakım bilgileri vardiya değişikliğinde kaybolmaktadır.					
73 Hastanede sorunlar genellikle birimlerarası bilgi alışverişi sırasında, ortaya çıkmaktadır.					
74 Vardiya değişiklikleri bu hastanedeki hastalar için sorun yaratmaktadır.					
GENEL					
75 Genel olarak, hastanemizin kalite yönetimi sistemi,					
76 Genel olarak, hastanemizde sunulan hizmetin kalitesi,					
77 Geçtiğimiz 12 ay içinde, kaç tane olay raporu doldurdunuz ya da imzaladınız?					
a. 0 olay raporu			d. 6 ya da 10 olay raporu		
b. 1 ya da 2 olay raporu			e. 11 ya da 20 olay raporu		
c. 3 ya da 5 olay raporu			f. 21 ya da daha fazla olay raporu		
<b>DEMOGRAFİK DEĞERLENDİRMELER</b>					
<b>1. Bu hastanede kaç yıldır çalışmaktasınız?</b>					
a. 1 yıldan az			d. 11 - 15 yıl arası		
b. 1 - 5 yıl arası			e. 16 - 20 yıl arası		
c. 6 -10 yıl arası			f. 21 yıl ve daha fazla		
<b>2. Ortalama olarak haftada kaç saat çalışmaktasınız?</b>					

a. Haftada 20 saatten daha az	d. Haftada 60-79 saat arası
b. Haftada 20-39 saat arası	e. Haftada 80-99 saat arası
c. Haftada 40-59 saat arası	f. Haftada 100 saat ve daha fazla
<b>3. Çalıştığınız işin gereği olarak hastalarla doğrudan iletişim kuruyor musunuz?</b>	
a. EVET, hastalarda doğrudan iletişim kurmaktayım.	
b. HAYIR, hastalarla hiçbir şekilde iletişim kurmuyorum.	
<b>4. Mesleğiniz aşağıdakilerden hangisidir?</b>	
a. Hemşire	c. Teknisyen (yardımcı sağlık personeli)
b. Hekim	d. Diğer, lütfen yan tarafa belirtiniz:.....
<b>5. Yaşınız aşağıdakilerden hangisidir?</b>	
a. 18-25	
b. 26-33	d. 42-49
c. 34-41	e. 50 ve üzeri
<b>6. Cinsiyetiniz aşağıdakilerden hangisidir?</b>	
a. Kadın	b. Erkek
<b>7. Eğitim durumunuz aşağıdakilerden hangisidir?</b>	
a. İlkokul	d. Önlisans
b. Ortaokul	e. Lisans
c. Lise	f. Lisansüstü

