

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK YÖNETİM ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELERDE ÖRGÜTSEL SESSİZLİK DÜZEYİNİN
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÜZERİNE ETKİSİ

Gökçe Elif EBİK

TEZ DANIŞMANI
Yrd.Doç. Dr. Esra UĞUR

İSTANBUL-2017

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK YÖNETİM ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELERDE ÖRGÜTSEL SESSİZLİK DÜZEYİNİN
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÜZERİNE ETKİSİ

Gökçe Elif EBİK

142038028

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç.Dr. Esra UĞUR

İSTANBUL-2017

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Gökçe ELİF Ebik

Öğrenci No : 142038028

Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik

Tez Savunma Tarihi : 21.11.2017

Danışman : Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur

Tez Savunma Saati :14.00

Tez Konusu : "Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Düzeyinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabulü 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL/RED/ DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Birsen Yürügen	Kabul	B. Yürügen
Yrd. Doç. Esra Uğur (Acıbadem Üniv.)	Kabul	Esra Uğur
Yrd. Doç. Dr. Özlem Yazıcı	Kabul	Özlem Yazıcı

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL/RED/ DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Yıldırım Gülhan		
Doç. Dr. Vesile Ünver		

ÖZET

Bu araştırma ile bir özel hastaneler grubundaki hemşirelerin örgütsel sessizlik düzeyinin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlandı. İstanbul il sınırları içerisinde bir özel hastaneler grubunda görev yapan en az üç aydır çalışmakta olan ve araştırmayı kabul eden hemşireler bu araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Eylül 2016 ile Nisan 2017 tarihleri arasında, 90 hemşire ile yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanmıştır. Araştırmanın verileri "Tanıtıcı Bilgiler Formu", "Örgütsel Sessizlik Ölçeği" ve "Hasta Güvenliği Kültürü Anketi" ile toplanmıştır. Veriler SPSS21.0 programına kodlanarak analiz edilmiş ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyine göre değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ile Mann Whitney U ve Kruskal Wallis analizleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin Kabul Edilmiş Sessizlik puan ortalaması $2,74\pm 1,16$, Savunma Amaçlı Sessizlik puan ortalaması $2,78\pm 1,54$, Örgüt Yararına Sessizlik puan ortalaması $5,55\pm 1,67$ olarak bulundu. Hasta Güvenliği Kültürü ölçeğinden aldıkları puanlar $2,82\pm 0,53$ idi. Elde edilen bulgulara göre, eğitim durumu grupları arasında "Yönetim ve Liderlik", "Çalışan Davranışı" ve "Hasta Güvenliği Kültürü" puanı bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre lisans mezunu olanların "Yönetim ve Liderlik", "Çalışan Davranışı" ve "Hasta Güvenliği Kültür" tutumu en yüksektir.

Araştırmanın sonucu, eğitim düzeyleri yükseldikçe ve kurum üst yönetiminin hasta güvenliğine olan ilgi ve desteğine olan inançları arttıkça, hemşirelerin hasta güvenliği konularında ve örgüt yararına seslerini duyurma ve katkı sağlama durumlarının arttığını göstermiştir. Bu nedenle kurumda hasta güvenliğine ilişkin konularda yönetimin desteğini ve çalışanlarının katkılarının görünür hale getirilmesi ve bu konulardaki çalışmaların bir plan dahilinde sürdürülmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel sessizlik, Hasta güvenliği kültürü, Hemşirelik, Hemşirelik hizmetleri yönetimi

ABSTRACT

THE EFFECT OF ORGANIZATIONAL SILENCE LEVEL OF NURSES ON PATIENT SAFETY CULTURE

This study aims to determine the effect of organizational silence level of nurses in a private hospital group on the culture of patient safety. Nurses working in a group of private hospitals located in the provincial borders of Istanbul for at least three months and accepting the research formed the sample of this research. Between September 2016 and April 2017, a face-to-face interview was conducted with 90 nurses. The data of the research were gathered with "Introductory Information Form", "Organizational Silence Scale" and "Patient Safety Culture Survey". The data were analyzed by coding to SPSS 21.0 program and evaluated according to $p < 0.05$ significance level. In the analysis of the data, descriptive statistics and Mann Whitney U and Kruskal Wallis analyzes were used.

Nurses' Accepted Silence point average was $2,74 \pm 1,16$, Defense aimed silence point average $2,78 \pm 1,54$, Organization benefit silence point average was $5,55 \pm 1,67$. The score they got from the Patient Safety Culture scale was $2.82 + 0.53$. According to the findings obtained, there is a statistically significant difference between the education status groups in terms of "Management and Leadership", "Employee Behavior" and "Patient Safety Culture" scores. According to this, the "Management and Leadership", "Employee Behavior" and "Patient Safety Culture" attitudes of the graduates are the highest.

The conclusion of the study shows that as the level of education of nurses and the belief that senior management supports patient safety activities, the desire to inform and contribute to the benefit of the organization in terms of patient safety has increased. For this reason, it is suggested that the support of the management of patients in the organization and the contributions of employees are made visible, and that the studies on these issues should be continued within a plan.

Key words: Organizational silence, Patient safety culture, Nursing, Nursing services administration.

ÖNSÖZ

Yüksek lisansım boyunca gereken her noktada rehberlik eden saygıdeğer hocam Yard.Doç.Dr. Esra UĞUR'a

Her türlü desteğini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan başhemsirem sayın Bilgen BÜKEN GÜRKAN'a

Hayatımın tüm evresinde beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, hep yanımda olan ve dualarımı eksik etmeyen anneme, babama, ablam Aybala Ayça ÖZGÜL ve kardeşim Zeynep Selcen ERDOĞAN'a

Bana bu zorlu yolda destekçim olan, her türlü nazımı çeken, benim bıraktığım zamanlarda bile beni motive eden sevgili eşim Yasin EBİK'e

Bu yolda ilerlerken son yol arkadaşım, manevi destekçim kızım Gülce Lina'ya
Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Gökçe Elif EBİK

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Gökçe Elif EBİK



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. ÖRGÜTSEL SESSİZLİK.....	5
2.1.Örgütsel Sessizlik Kavramı.....	5
2.2. Örgütsel Sessizlik Teorileri	6
2.2.1. Fayda-Maliyet Analizi	6
2.2.2. Bekleyiş Teorisi.....	7
2.2.3. Sessizlik Sarmalı	9
2.2.4. Kendini Uyarlama.....	10
2.3. Örgütsel Sessizliğin Nedenleri	10
2.3.1. Adaletsizlik Kültürü	11
2.3.2. Sessizlik İklimi.....	11
2.3.3. Geçmiş Tecrübeler	11
2.3.4. İzolasyon Korkusu	12
2.3.5. Konuşmanın Riskli Görülmesi	12
2.3.6. İlişkileri Zedeleme Korkusu	12
2.3.7. Karakter	13
2.3.8. Yöneticileri Olumsuz Geri Bildirim Korkuları.....	13
2.3.9. Yöneticinin Yapısı.....	14

2.3.10. İş ve İşgörene Olan Önyargılı İnanışlar	14
2.3.11. Mobbing	14
2.3.12. Yöneticilere Güvenilmemesi.....	15
2.4. Sessiz Kalma Biçimleri	15
2.4.1 Çalışan İtaati	16
2.4.2. Sağır Kulak Sendromu	16
2.4.3. Pasif Kalma ve Razi Olma	16
2.4.4. Çekilme ve Başka Davranışlara Yönelme.....	17
2.4.5. Prososyal Sessizlik.....	18
2.4.6. Savunmacı Sessizlik	18
2.5. Örgütsel Sessizliği Etkileyen Faktörler.....	18
3. HASTA GÜVENLİĞİ.....	20
3.1. Hasta Güvenliği Kavramı	20
3.2. Hasta Güvenliği Kültürü.....	21
3.3. Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Hatalar	22
3.3.1. Tıbbi Hatalar	22
3.3.2. İlaç Hataları.....	23
3.3.3. Cerrahi Hatalar.....	25
3.3.4. Tanıda Yapılan Hatalar	26
3.3.5. Tedavi/Bakım ve İzlem Sürecinde Yapılan Hatalar	27
3.4. Hasta Güvenliği İçin Alınan Önlemler.....	27
3.4.1. İlaç Hataları Önlemleri	28
3.4.2. Bakım Ortamı Önlemleri	30
3.4.3. Yanlış Taraf Cerrahisi Önlemleri	30
3.4.4. Etkin İletişim Sağlanması	31

3.4.5. Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	32
4. GEREÇ veYÖNTEM	33
4.1. Araştırmanın Tipi	33
4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	33
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
4.4. Veri Toplama Araçları	35
4.5. Verilerin Analizi	36
4.6. Araştırmanın Etik Boyutu.....	36
4.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	36
5. BULGULAR.....	37
5.1. Örgütsel Sessizlik Ölçeğine İlişkin Bulgular	39
5.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğine İlişkin Bulgular	45
6. TARTIŞMA	53
7. SONUÇ ve ÖNERİLER	58
KAYNAKLAR.....	61
EKLER	67
EK 1: Anket Formu.....	67
EK 2. Ölçek İzin Yazıları	72
EK 3. Etik Kurul Yazısı	74
EK 4. Anket Onay Yazısı.....	76
ÖZGEÇMİŞ	77

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde göre yapan ve araştırmaya katılan hemşire sayıları	35
Tablo 2. Araştırmaya katılan hemşirelere ait tanıtıcı bilgiler	37
Tablo 3. Örgütsel sessizlik ölçeği puanlarının betimleyici istatistikleri	38
Tablo 4. Hasta güvenliği anketi puanlarının betimleyici istatistikleri	39
Tablo 5. Örgütsel sessizlik ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların yaş grupları açısından değerlendirilmesi	39
Tablo 6. Cinsiyet gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması	40
Tablo 7. Eğitim durumu gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması.....	42
Tablo 8. Hemşire olarak çalışılan süre gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması.....	41
Tablo 9. Pozisyon durumu gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması.....	42
Tablo 10. Pozisyonda çalışılan süre gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması.....	43
Tablo 11. Çalışma şekli gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması	44
Tablo 12. Hasta Güvenliği Anketinden alınan puanların yaş grupları açısından değerlendirilmesi.....	45
Tablo 13. Cinsiyet gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması	46
Tablo 14. Eğitim durumu gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması.....	46
Tablo 15. Hemşire olarak çalışılan süre gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması.....	47
Tablo 16. Pozisyon durumu gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması.....	48
Tablo 17. Pozisyonda çalışılan süre gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması.....	49
Tablo 18. Çalışma şekli gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması	49
Tablo 19. Ölçek puanlarının ilişki analizi	51

ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

- Şekil 1. Vroom'un valens, beklenti ve araçsallığı içeren motivasyon süreci..... 7
- Şekil 2. Suskunluk sarmalı (Bowen ve Blackmon)..... 9
- Şekil 3. Sessizlik tercihinin nedenlerine ilişkin bir model 19



1. GİRİŞ

Her kurumda olduğu gibi sağlık kurumlarında da sağlık hizmeti sunumunda insan kaynağı önem arz etmektedir. Sağlık çalışanlarının bildikleri, duydukları, gördükleri, öğrendikleri ile sergiledikleri davranışları örgütsel performansın temelini oluşturmaktadır (1). Belirli bir örgütsel yapı içinde ortaya çıkan insan davranışlarından biri de “sessizlik” davranışıdır. Sessizlik kavramı, psikoloji, sosyoloji ve iletişim gibi farklı disiplinlerde kullanılabilen çok boyutlu bir kavramdır. Sosyolojide toplumsal suskunluk gibi olumsuz durumlar; psikolojide, içine kapanıklık ya da özgüvensizlik belirtisi; iletişim yazınında ise, sosyal etkileşimin kritik ve olumlu unsuru anlamlarında kullanılmaktadır (2). İş görenlerin organizasyon hakkında görüşlerini gönüllü olarak paylaşmaları “örgütsel ses” olarak adlandırılmakta ve bu sesin örgütlerin gelişmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (3).

Örgütsel ses kavramında gönüllülük esastır. Ancak çalışanlar kimi zaman fikir ve düşüncelerini açıkça ve dürüstçe ifade etmek istemeyebilirler (1). İletişimin şeffaf olmadığı, çalışanların organizasyonla ilgili bilgi ve düşüncelerini paylaşmadığı ve organizasyon içerisinde sorunlara kayıtsız kaldığı durumlarda ise çeşitli sorunlar yaşanabilmekte ve bunun sonucunda da “örgütsel sessizlik” olarak adlandırılan durum ortaya çıkmaktadır (3).

Örgütsel sessizlik, Morrison ve Milliken (4,5) tarafından, “çalışanların örgüt ile ilgili bilgi ve düşüncelerini bilinçli olarak söylememesi durumu” olarak tanımlanmıştır. Pinder ve Harlos (6), örgütsel değişimi etkileme yeteneğine sahip olan çalışanların bireysel, duygusal ya da örgütsel koşullar nedeniyle samimi düşüncelerini esirgemesi olarak tanımlamıştır. McGowan (7) örgütsel sessizliği, çalışanların kişisel ve örgütsel konuları aktarmada sorunlar yaşaması sonucu sessizlik iklimi oluşması durumu olarak; Henriksen ve Dayton (8) ise, örgütte meydana gelen problemlere karşı gösterilen kolektif tepki olarak ifade etmişlerdir. Bütün bu örgütsel sessizlik tanımlamalarına bakıldığında, tanımlamaların çalışanların örgütsel sorunlar ya da iyileştirmeler hakkındaki fikir ve düşüncelerini bilinçli olarak söylememeleri, bu durumun kolektif olarak gerçekleşmesi ve bir sessizlik ikliminin oluşması gibi bazı ortak noktaları olduğu dikkat çekmektedir.

Bir çalışanın örgüt ile ilgili bir konu ya da problem hakkındaki kişisel görüşünü paylaşmamayı seçmesi ile başlayabilen sessizlik süreci, zaman içinde örgütsel pek çok konu hakkında çalışanın düşüncelerini paylaşmaya isteksiz hale gelmesiyle ekip yeleri arasında yayılarak örgütsel düzeyde bir sorun haline dönüşebilmektedir. Sessizlik ile başa çıkabilmek için sürekli öğrenmeyi, gelişmeyi ve konuşmayı destekleyen bir örgüt kültürü benimsemek, çalışan güçlendirmesine önem vermek, iletişim yapısının açık olduğu şeffaf örgütler yaratmak önem taşımaktadır (2). Örgütsel sorunların üstesinden gelebilmek, verimliliği yükseltmek ve hataları tespit edip düzeltilmesini sağlamak; örgütsel sessizliğin nedenlerini bilmekle ve bu nedenleri en aza indirmekle mümkün olmaktadır. Örgütsel sessizliğin önlenmesi ile çalışanların üstleriyle daha rahat konuşabileceği ortam yaratılabilmekte ve daha iyi bir çalışma ortamına katkı sağlanabilmektedir. Böylelikle, alışanların mevcut ve olası sorunlara katılımları sağlanacak ve örgütler farklı fikir ve düşüncelerin oluşturacağı birliktelikten faydalanabileceklerdir (1).

Tangirala ve Ramanujam (9)'a göre, özellikle hasta güvenliğini sağlamak ve iyileştirmek adına başta hemşirelerin konuşmaya, fikir ve düşüncelerini sunmaya cesaretlendirilmeleri önemli bir örgütsel strateji olarak ele alınmalıdır.

Sağlık hizmetlerinde kalite programlarının en önemli konularından birisini hasta güvenliği oluşturmaktadır. Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır ve nitelikli sağlık hizmetinin birincil ve vazgeçilmez koşulunu oluşturmaktadır. 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 kurulmasıdır. Hata yapmak insanın doğasının gereğidir ve bu değiştirilemez. Ancak insanların çalıştığı koşullar değiştirilebilir ve geliştirilebilir. Sağlık organizasyonlarında hasta güvenliğinin sağlanması, beraberinde bir davranış ve tutum değişimi gerektirdiğinden belli bir süreci gerekli kılmaktadır. Sağlık sektörü geliştikçe sağlık hizmetleri sunumunda hasta güvenliği ve kültürünün giderek ön plana çıktığı görülmektedir. Hasta güvenliği konusu sağlık hizmetlerinde çalışan tüm personelin sahiplenmesi gereken bir konudur. Sağlık alışanlarının sağlık hizmetleri verirken neden

oldukları tıbbi hataları sıfıra indirmek mümkün olmasa da hastanelerde hasta güvenliği kültürünün yerleştirilip geliştirilmesi ve aynı zamanda tüm çalışanlar tarafından benimsenmesi ile bu hata ve risklerin en az sayıya indirilebileceği görülmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanmasında ilk hedef, riskleri azaltmak olmalıdır (10).

Hasta güvenliğinin artırılmasına yönelik önlemlerin alınmasında en önemli yaklaşımlardan biri, çalışanların yaptıkları hataları korkmadan, çekinmeden raporlaması ve bu konuda cesaretlendirilmesidir. Sağlık hizmeti sunanların, tıbbi hatalara ilişkin rapor hazırlamada nasıl bir algı içinde olduklarıyla ilgili bir çalışmada, çalışma ikliminin, çalışanın raporlandırma yapmasında bazı olumsuz etkilerinin olduğu üzerinde durulmaktadır. Yaptığı hatadan dolayı olumsuzluk yaşayan çalışanların, gelecekte olabilecek bir hatayı bildirme konusunda daha az istekli olacakları belirtilmektedir. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada, tıbbi hataların rapor edilmesini etkileyecek faktörler olarak, ayıplanma, disipline verme gibi olumsuz örgütsel yanıtlardan duyulan korku, dava açılmasından duyulan korku ve organizasyona vereceği bilgilerin ne şekilde kullanılacağına ilişkin duyulan kaygılar üzerinde durulmuştur. Çalışma ortamında yönetici ve çalışma arkadaşlarının olumlu tutum ve davranışlarının, çalışanın yaptığı hataları bildirmesinde önemli katkılar sağlamaktadır (11).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için öncelikle, yüksek riskli ve hata oluşturabilecek aktivitelerin belirlenmesi, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve kişilerin cezalandırılmadığı açık bir iletişim ortamının yaratılması, güvenlik raporlama sistemlerinin kişiyi cezalandırıcı yaklaşımlardan (suçlama kültüründen) uzak, olayın gerçek nedenini belirlemeye ve sistemi iyileştirmeye yönelik ele alınması, riske açık uygulamalarda her düzeyde çözümlerin üretilebiliyor olması, hasta güvenliği konusunda kurumun kaynak ayırması gerekmektedir. Ayrıca, olumlu hasta güvenliği kültüründe olması gereken açık iletişimin sadece sağlık çalışanları ve yöneticileri arasında değil, hastalar ve onların aileleriyle de olması gerektiği belirtilmektedir. Hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olabilmesi için liderlerin konuya sahiplenmesi çok önemlidir (13).

Sağlık kurumlarında yapılan tıbbi hataların sorumluluğunun alınması ve bu hatalardan ders çıkarılması ile güvenli bir sistem oluşturularak tehlikeler önlenecektir. Amerikan Yönetici Hemşireler Birliği (The American Association of Nurse Executives), hataların açığa çıkması ve hızlı bir şekilde düzeltilmesi için bir güvenlik kültürü

oluşturulması gerektiğini savunmuş ve bunu da hasta güvenliği kültürü olarak tanımlamıştır. Bir hata yapıldığında, hatanın nedeni ve nasıl olduğu konusunda problemin köküne inilmeli, hata ortaya çıkarılmalıdır. Unutulmamalıdır ki hata ile ilgili olarak hasta güvenliği kültürü olumsuz etkilenecektir. Hemşirelerin kendi bilgi ve yeteneğini kullanmasına izin vererek, hasta güvenliği kültürünün oluşmasına katkıda bulunması sağlanmalıdır. Böylece tüm çalışanlar görevlerinde aynı hassasiyeti gösterecek, mesleki uygulamalarını yerine getirirken korku yaşamayacak ve işini kaybetme kaygısı taşımayacaklardır. Hasta güvenliği kültürünün sağlanmasında anahtar role sahip olan hemşireler sağlık sisteminde güçlü bir personel sayısına sahip, her alanda aktif olarak çalışan, karmaşık konularda soğukkanlı, hızlı karar verebilen, yetenekli, tüm çalışanlarla arasında bir sistem içinde köprü görevi üstlenen, kritik düşünebilen, zorluklarla baş edebilen, toplum için önem arz eden bir meslek grubudur. Hasta güvenliği kültürü hemşireler ile kimlik bulmakta ve sırtını hemşirelere dayamaktadır. Kurumlarda oluşturulacak hasta güvenliği kültürü hataların, süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların açıkça ve cezalandırılma korkusu olmadan tartışılabileceği bir ortam yaratacak, hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların başarılı ve sürekli olmasını sağlayacak ve böylelikle, tanı, tedavi ve bakım süreçleri ile sağlık ıktıları önemli ölçüde iyileēecektir (12). Hasta güvenliği kültürünün, hastaları zararlardan korumak ve organizasyon içinde hasta güvenliğini oluşturmak ve geliştirmek için sağlık kurumlarında örgütsel sessizliğin aşılması gerekmektedir. Örgütsel sessizlik düzeyi, etki eden faktörler ve bunun hasta güvenliği üzerine etkisini araştırmak daha güvenli hasta bakımını sağlamada yn gösterecektir.

2. ÖRGÜTSEL SESSİZLİK

2.1.Örgütsel Sessizlik Kavramı

Her kurumda olduğu gibi sağlık kurumlarında da sağlık hizmeti sunumunda insan kaynağı önem arz etmektedir. Sağlık çalışanlarının bildikleri, duydukları, gördükleri, öğrendikleri ile sergiledikleri davranışları örgütsel performansın temelini oluşturmaktadır (1). Belirli bir örgütsel yapı içinde ortaya çıkan insan davranışlarından biri de “sessizlik” davranıştır. Sessizlik, Türk Dil Kurumu sözlüğünde “ortalıkta gürültü olmama durumu, sükut” olarak tanımlanmaktadır (9).

Sessizlik kavramı çeşitli bilim dallarında farklı anlamlarda kullanılmıştır. Sessizlik, psikolojide içine kapanma, özgüvensizlik, içe dönüklük, dinleme durumu anlamları vardır. Sosyolojide ise sessizlik toplumsal suskunluk, eylemsizlik, toplumun sindirilmesi gibi çoğunlukla olumsuz bir durum olarak ifade edilir. Felsefede sessizlik, ses çıkarmanın yokluğu olarak değil, sır saklama, yani bilineni verdiği kararlar isteyerek kendinde tutması olarak tanımlanır. İletişim yazınında ise sessizlik sosyal etkileşimin kritik faktörlerinden biri olduğu için olumlu olarak da görülmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Etkili bir iletişimin gerçekleşmesi için bir tarafın konuşurken, diğer tarafında dinlemesi yani sessiz kalması gerekir. Sessizlik kavramı, bireyler arası iletişim davranışlarını düzenleyen dilbilim sisteminin nezaket araştırmalarında da, nezaket stratejileri uygulamalarında kısmen geçmektedir (10). Bu bağlamda, dayanışma ve anlayış anlamına gelen sessizlik, olumlu bir nezaket stratejisi iken, mesafe koyma taktiği olarak sessiz kalınması, olumsuz nezaket stratejisi olarak değerlendirilir (12).

İş görenlerin organizasyon hakkında görüşlerini gönüllü olarak paylaşmaları “örgütsel ses” olarak adlandırılmakta ve bu sesin örgütlerin gelişmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (3). Örgütsel ses kavramında gönüllülük esastır. Ancak çalışanlar kimi zaman fikir ve düşüncelerini açıkça ve dürüstçe ifade etmek istemeyebilirler (1). İletişimin şeffaf olmadığı, çalışanların organizasyonla ilgili bilgi ve düşüncelerini paylaşmadığı ve organizasyon içerisinde sorunlara kayıtsız kaldığı durumlarda ise çeşitli sorunlar yaşanabilmekte ve bunun sonucunda da “örgütsel sessizlik” olarak adlandırılan durum ortaya çıkmaktadır (3).

Örgütsel sessizlik, Morrison ve Milliken (4,5) tarafından, “çalışanların örgüt ile ilgili bilgi ve düşüncelerini bilinçli olarak söylememesi durumu” olarak tanımlanmıştır.

Pinder ve Harlos (6), örgütsel değişimi etkileme yeteneğine sahip olan çalışanların bireysel, duygusal ya da örgütsel koşullar nedeniyle samimi dūřüncelerini esirgemesi olarak tanımlamıştır. McGowan (7) örgütsel sessizliği, çalışanların kişisel ve örgütsel konuları aktarmada sorunlar yaşaması sonucu sessizlik iklimi oluşması durumu, Henriksen ve Dayton (8) ise, örgütte meydana gelen problemlere karşı gōsterilen kolektif tepki olarak ifade etmişlerdir.

2.2. Örgütsel Sessizlik Teorileri

Örgütlerde alışanların sessizliği seçmeleri ya da bu süreç içerisinde sessiz kalmalarını açıklayabilecek çeşitli teoriler geliştirilmiştir. Bunlar fayda maliyet analizi, bekleyiş teorisi, sessizlik sarmalı, kendini uyarmala olarak dōrt başlık altında ele alınacaktır.

2.2.1. Fayda-Maliyet Analizi

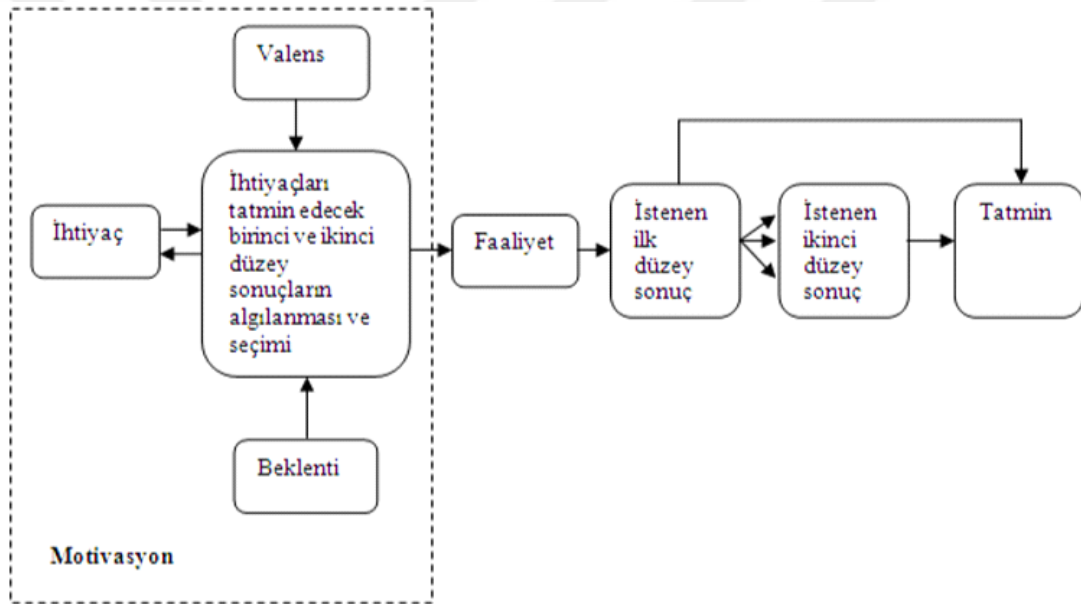
Bireylerin, sessizleşme veya konuşma kararı verirken, fayda-maliyet analizi yaparlar. Bireyler konuşarak elde edebilecekleri faydalara karşı, konuşmanın olası bedelini tartarak fayda-maliyet analizi yaparlar (13). Bu analiz çoğunlukla çalışanın kafasındadır.çalışanlar konuşmaları sonucunda elde edecekleri fayda ile konuşmanın bedellerini karşılaştırır.Bu sonuca göre konuşmaya veya sessiz kalmaya karar verir (13).Burada alışanların doğrudan karşılaştığı maliyetler çalışanın sarf ettiği çaba ve zamandır.Dolaylı olarak karşılaşacağı maliyetler ise, bozulan imaj ve itibar kaybı, gōrūřüne karşı olanların karşı davranışta bulunma olasılıkları, büyüyen muhalif ilişkilerin yaratacak olduğu risk ve dinlenmeyen ve yok sayılan çalışanın duyduğu psikolojik rahatsızlıklar olarak sıralanabilir (14).çalışanlar sessiz kalma ve konuşma kararını bunları hesaplayarak verirler. Eęer bu değerlendirme sonucunda elde edilecek fayda, katlanılan maliyetten fazla ise konuşulabilir, ancak eęer maliyet fazla ise çalışan bu durumda sessizliği tercih edecektir. Bireyler açıkça konuşarak ne kazanıp ne kaybedeceklerine ilişkin değerlendirmelerini, liderin/yōneticinin davranışlarından ve daha önceki deneyimlerinden hareketle yaparlar.

2.2.2. Bekleyiş Teorisi

Vroom tarafından geliştirilen Bekleyiş Teorisine göre, bir davranışın, hareketin ortaya çıkmasına neden olan faktörler, bireyin kişisel özellikleri ve çevresel koşulların etkisi ile belirlenir ve yönlendirilir. Bireyin dünya görüşü, tecrübeleri, çalışacakları örgütten umdukları ve beklentileri onun psikolojisini etkilemektedir. Tüm bu etkenler işçinin çalışma ortamına nasıl katkıda bulunabileceğini belirler (15).

Vroom, Beklenti Teorisi'nin üç temel ögeyi belirlemiştir. Bu ögeler; Beklenti (expectancy), Valans (valance) ve Araçsallık (instrumentality) kavramlarıdır (Bkz. Şekil1).

Şekil 1: Vroom'un valens, beklenti ve araçsallığı içeren motivasyon süreci



Kaynak: 16 numaralı kaynaktan alınmıştır.

Beklenti (expectancy)

Vroom, beklenti kavramını eylem ve sonuç arasındaki ilişkilerin bütünü olarak tanımlamaktadır. Kişinin, belirli bir çaba harcadığı zaman istediği sonucu elde edemeyeceği konusundaki inancı, "beklenti" kavramıyla açıklanmaktadır. Beklentiler, olasılıklar olarak değerlendirilebilirler. Birey, davranışı ortaya koyarken ya da daha davranışı gerçekleştirmeden önce bile davranışın muhtemel sonuçlarından etkilenmektedir. Davranış için harcanması gereken çaba ile elde edilecek ödül, (beklentiye sebep olan güç) birey tarafından karşılaştırılır. Eğer kişi gayret sarf etmekle

belirli bir ödülü elde edebileceğine inanıyorsa (bunu bekliyorsa), daha fazla gayret sarf edecektir. Elbette elde edilecek ödül, ortaya konacak davranış için harcanması gerekecek çabadan daha büyük olmalıdır (16).

Valens (valance)

Valens, en genel tanımıyla bireyin belirli bir gayret sarf etmesi sonucu elde edeceği ödüle dair isteklilik(arzulama) derecesine işaret eder. Elde edilecek ödül bireyi ilgilendiriyorsa, valens yükselir. Valens, bir amacın beklenen değeri ile ilgili bir kavramdır. Bir amacın beklenen değeriyle elde edilen değeri her zaman aynı olmayabilir (16).

Araçsallık (instrumentality)

Kişinin belirli bir gayret ile ödüllendirileceği inancını temele alır.Başka bir deyişle bireyin, verilen görevi tamamlar tamamlamaz, vaat edilen getiriye (ödül) alacağına olan inancıdır.

Birey tarafından ortaya konan performans bir şekilde ödüllendirilmelidir. Bu ödüllendirme işlemi Birinci Derece Sonuç olarak tanımlanmıştır. Örneğin; yüksek performans sonucu elde edilen terfi birinci kademe bir sonuçtur. Terfi ile gelecek maddi kazanç ise daha iyi bir yaşam sağlama konusunda araç olacaktır. Birey ailesine daha fazla imkan sağlayabilecek, toplumda daha iyi bir yer edinebilecektir. İşte bu dolaylı sonuçlar ikinci kademe sonuçlar olarak adlandırılır. Araçsallık ise birinci derecedeki sonuçların, ikinci derece sonuçlarla ilişkisi konusunda bireyin algısıdır (16).

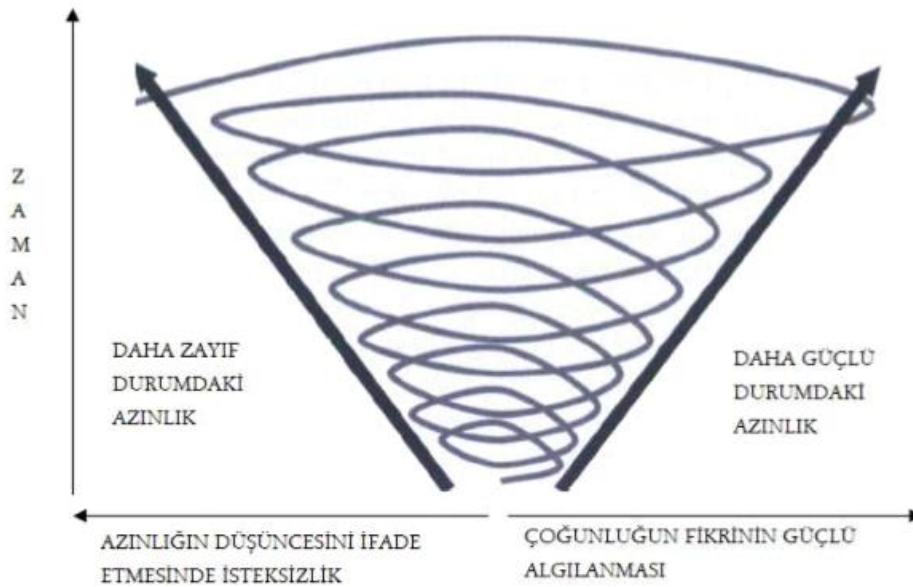
Bu teoriye göre eğer bir davranışın istenen sonuçları getirebileceği ya da istenmeyen sonuçları önleyebileceği ümit ediliyorsa ve bireyin tahmini olumlu sonuçların gelişebileceği yönündeyse, birey özel bir davranışa girişme yönünde olumlu bir tutuma sahip olacaktır. Bir başka deyişle eğer bireyler açıkça konuşmanın olumlu sonuçlar doğurmayacağına inanırsa öyle davranmayı az önemli olarak değerlendirecek ve böylece giderek sessizleşebilecektir (17).

2.2.3. Sessizlik Sarmalı

Sessizlik kavramına en büyük katkıyı yapan araştırmalardan birisi olan Batı Alman Sosyologu E.Noelle-Neumann tarafından 1974 yılında ortaya konan “sessizlik sarmalı ” teorisidir. Bu model insanların azınlıkta oldukları hissine kapıldıklarında neden düşüncelerini ifade etmekten çekindikleri fikrini açıklar. Teori, toplumda baskın olan düşünceye sahip olmayan bireylerin, toplum dışına itileceği ve izole edileceğini belirtmektedir. Bireyler yalnızlaşmaktan kaçınma ve hemcinslerinden kabul görme ihtiyacı duyarlar. Hata yapma korkusundan ziyade izolasyon korkusu, insanların aynı fikirde olmasa da çoğunluğa katılmalarını sağlar (18).

Bu teoriye göre, çalışanlar çoğunlukla aynı fikirde olmadığında yani farklı görüşte azınlık durumda iken kendi görüşlerinin önemsenmeyeceğini ya da kendilerinin görüşüne itibar edilmeyeceğini düşünerek düşüncelerini açıklamaktan kaçınırlar. Bu da çalışanların fikirlerini paylaşmadan sadece kendilerine saklamalarına yani farklı fikirlerin gizli kalmasına neden olur (17).

Şekil 2: Suskunluk sarmalı (Bowen ve Blackmon)



Kaynak: 16 numaralı kaynaktan alınmıştır.

Bowen ve Blackmon bu teoriyi örgütsel bağlamda kullanarak, işgörenlerin iş arkadaşlarından destek bulmadıkça ses çıkartmayacaklarını vurgulamaktadırlar (16). Bowen ve Blackmon bireylerin sosyal çevrelerinin, kamu görüşünün ve diğer bireylerin

yargılarını da işin içine katarak, bireylerin elde ettikleri bu bilgileri yeni bilgiler ve fikirler için genel bir çerçeve olarak kullandıklarını belirtmişlerdir. (Bkz. Şekil 1).

Böyle bir sessizlik sarmalı örgütün, çalışanların değişimi, gelişimi ve örgütün devamlılığının sağlanması için büyük bir sorundur. Çalışanlar örgütte kendisi gibi düşünenler olmazsa yani görüşüne destek yoksa ve istediği desteği göremeyeceği düşüncesindeyse sessiz kalarak fikirlerini açıklamayacaktır (19). Eğer çoğunluğun görüşü belli ise, gruptaki her birey öyle olduğuna inansın veya inanmasın çoğunluk yönünde davranacaktır. Bu davranışın altında, azınlıktaki diğer üyelerin grup dışında bırakılma korkusu yer almaktadır. Kısaca sessizlik, grup içinde azınlıkta olanların içinde buldukları durum olarak ifade edilebilir (20).

2.2.4. Kendini Uyarlama

Sessizlik teorilerinden biri de kendini uyarlama kuramıdır. Bu kurama göre; çalışanlar içinde buldukları toplumun ve örgütün şartlarına uyum sağlayabilmek için kendi hassasiyetlerini ortama göre uyarlayarak kendini uyarlama davranışını geliştirirler (21).

Ortama uyum gösterme düzeyi düşük olan bireyler, gerçek tavırlarını, duygularını, düşüncelerini ve yargılarını yansıtmaya eğilimi göstererek daha açık konuşmaktadırlar. Kendini uyarlama düzeyi yüksek olan bireyler ise çevrelerine iyi izlenim verme düşüncesiyle davranışlarını ortama göre bilerek değiştirirler (17).

Araştırmalar göstermektedir ki, sorunla ilgili bireyin baskın düşünceye ait algısı kendi fikirlerini en çok etkileyen unsurdur. Dolayısıyla kuramda özellikle üzerinde durulan nokta çoğunluğun fikirleri ile bireyin ya da azınlığın fikirleri arasındaki ilişki ve bireylerin izole olma korkusudur. Bu korku sessizliği motive etmekte ve devamını sağlamaktadır (16).

2.3. Örgütsel Sessizliğin Nedenleri

Çalışan sessizliği herhangi bir örgütte ortaya çıkabilmektedir. Bundan dolayı çalışanların sessiz olduğu örgütler oluşmaktadır. Çalışanların sessiz kalması en az zararlı onları kontrol altında tutmaktadır. Çalışanların sessiz kalmaları için birçok neden vardır (11).

2.3.1. Adaletsizlik Kültürü

Örgüt çalışanlarının örgüt içerisinde adaletli bir ortamın var olduğunu görmeleri ve hissetmeleri onları fikirlerini açıkça beyan etmeye yöneltecektir. Ancak çalışanın adaleti açıkça göremediği durumlardaki işlemlerde, güçlü ve aşırı merkezileşme, otoriter bir yönetim tarzı, zayıf iletişim, tatmin etmeyen performans, istikrarsız karar verme süreci gibi niteliklerle açıklanabilen örgütsel adaletsizlik kavramı, çalışanlar üzerinde bir baskı yaratmakta ve çalışanları sessiz kalmaya yöneltmektedir. Adaletsizlik kültürünün hâkim olduğu örgütlerde görülen ortak özellikler şunlardır (22):

- Yoğun gözetim
- Çatışmanın bastırılması
- İş ilişkilerinin diğer ilişkilerden daha değerli görülmesi
- Rekabete dönük bireycilik
- Yüksek düzeyde merkezileşme
- Otoriter yönetim tarzı
- Zayıf iletişim

2.3.2. Sessizlik İklimi

İşgörenleri sessizliğe iten bir diğer durumu Morrison ve Milliken sessizlik iklimi olarak açıklamışlardır. İşgörenler örgüt içindeki sorunlar hakkında konuşmak boşuna olduğuna, fikir ve kaygıları anlatmanın tehlikeli olduğuna inanıyorlar(5). Örgütsel sessizlik, örgüt içerisinde bir kültür haline geldikçe, çalışanlar algıladıkları ve içinde buldukları kültür anlayışından dolayı görüşlerini açıkça paylaşmamakla kalmayıp, düşüncelerini açıklayan diğer çalışanlara karşı da olumsuz tepkiler göstermektedirler. Doğal olarak, sessizlik iklimi, çalışanların ortaklaşa oluşturduğu bir iklim olarak ortaya çıkmaktadır. Sessizlik ikliminin hüküm sürdüğü örgütlerdeki iş görenler, görüşlerini paylaşmaları halinde istenmeyen durumların ortaya çıkacağı ve pasifleşecekleri düşüncesinden dolayı sessizliği tercih ederler (19).

2.3.3. Geçmiş Tecrübeler

Çalışanların geçmiş iş yaşamlarında yaşadıkları olumsuzluklar onları ileriki iş hayatında sessizliğe itmiştir. Çalışanlar, sessiz kalmayı sadece denemelerden ve geçmişten edinmiş deneyimlerden değil aynı zamanda çalışma hayatındaki

ilişkilerinden ve gözlemlerinden de öğrenmektedir. Çalıştığı örgüt içinde diğer bir çalışan, görüşünü paylaştığı için olumsuzlukla karşılaşmışsa, diğer çalışanlar da bundan etkilenerek aynı sonuçla karşılaşmamak için sessiz kalmayı tercih etmektedirler (19).

2.3.4. İzolasyon Korkusu

Milliken ın bidirdiğine göre Rosen ve Tesser insanların kaygıları hakkında sessiz kalmalarının sebebini “Sessiz Etki” olarak adlandırılmaktadır. Roberts ve O’Reilly, Ryan ve Oestreach çalışanların çoğunlukla olumsuz olarak yorumlanabilen bilgiyi paylaşmak için gönülsüz olduklarını ve bu paylaşımın organizasyon hiyerarşisinde bir tehdit veya olumsuz olarak yorumlandığını belirtmektedirler (23). İnsanları, fikir ve düşüncelerinde açık ve dürüst olmaktan alıkoyan, izolasyon tehdidi ve korkusudur, izolasyon korkusu yaşayan çalışanların, işlerinde yüksek düzeyde performans göstermeleri mümkün olamamaktadır. Çalışanların korkularını yenerek özellikle yukarı doğru rahatça iletişim kurabilmeleri çalışanın ve dolayısıyla örgütün performansını olumlu yönde etkilemesi muhtemeldir. Çalışanların dışlanma korkuları yaşamamaları ve fikirlerini seslendirebilmesi için, örgüt yöneticileri tarafından olumlu bir örgüt ikliminin oluşturulmasına ihtiyaç vardır (24).

2.3.5. Konuşmanın Riskli Görülmesi

Çalışanlar fikirlerini ifade ettiği zaman dışlanma, olumsuz bir tepki alma, işten çıkarılma, terfi edemem ve problemlili çalışan olarak görüleceğini düşündüğü için sessiz kalmaktadır. (25).

2.3.6. İlişkileri Zedeleme Korkusu

Çalışanlar buldukları örgütte örgüt yapısının ve işleyişinin zayıflıklarını gördükleri halde, diğer çalışanların bundan hoşnut olmayacağını görerek çözüm için öneride bulunmaktan vazgeçebilirler. Bu vazgeçme davranışının arkasında diğer çalışanların tepkisini alarak ilişkilerinin bozulmasından korkma durumu vardır. Örgütlerde çalışanlar arasında değer verilen ilişkinin korunması sessizliğin önemli bir kaynağıdır (26).

Çalışanların mesai arkadaşının işten kaytarması veya işini savsaklaması konusunda sessiz kalmayı tercih etmesi hem ilişkilere zarar verme korkusu hem de

arkadaşını olumsuz bir sonuca maruz bırakmak korkusundan kaynaklanmaktadır. İlki korunma amaçlı, ikincisi koruma amaçlı sessizlik türü kapsamında bulunmaktadır. Mesai arkadaşlarının birbirlerine, yapılan hata ve eksiklikler konusunda hoşgörölü olmalarının gerisinde çalışanın aynı hatayı kendisinin de yapabileceği düşüncesi sessiz kalmayı tercih etmesine neden olabilmektedir (10).

2.3.7. Karakter

Bireyin kişiliği hem sosyal hem çalışma hayatı boyunca gelişmeye devam eder. Çalışma hayatı da sosyal hayatın bir parçası olduğu için kişiliği etkileyerek şekillenmesini sağlar. Çalışma hayatı bireyin kişiliğini etkilediği gibi birey de çalışma hayatında işi etkiler. Dolayısıyla örgütte sessizliğin ya da sesliliğin hâkim olması, çalışanların kişilik özelliklerine de bağlıdır. Güç mesafesinin yüksek olması, iletişimin yetersiz kalması, bireylerin kayıtsız yaklaşımları örgütlerde sessizliğin ortaya çıkmasında karakterle ilişkili etkenler olarak görünmektedir (3).

Çalışanların kişilik özellikleri davranışlarına yansır. Bu da örgütün kültürüne, politikasına ve sosyal yapısına etki eder. Örgüt içinde kendini saygın, yeterli hisseden ve risk alabilen çalışanlar konuştuğu zaman olumsuz bir sonuç olsa da bundan etkilenmeyeceği için sessiz kalmazlar. Fakat saygınlığı düşük olan çalışanlar olumsuz durumla karşılaşmama ve mevcut pozisyonunu korumak için sessiz kalmaya devam edecektir(22). Çalışanların kişilik özellikleri örgüt içinde onların sessiz kalıp kalmamaları konusundaki kararlarda yönlendirmektedir (22).

2.3.8. Yöneticileri Olumsuz Geri Bildirim Korkuları

Örgütlerde sessiz kalmanın nedenlerinde biri de yöneticilerin astlarından olumsuz geri bildirim alma korkusudur. Bu durum yöneticiler arasında yaygındır. Birçok yönetici mahcup olmamak, yetersizlik ve savunmasızlık hissini uyandırmamak için mevcut durumla ilgili akla gelebilecek soruları, bilgileri, fikirleri engellemeye çalışırlar (22).

Örgüt içerisinde yöneticilerin, astlarından gelen olumsuz geri bildirimlerin, üstlerden gelen olumsuz geri bildirimlere göre daha az mantıklı ve daha az doğru olduğuna inancı vardır. Böyle bir örgütte çalışanlar yöneticilere işle ilgili konulardaki problemlerini ve sıkıntılarını paylaşmamayı tercih edecektir ve sessiz kalacaklardır (22).

2.3.9. Yöneticinin Yapısı

Sessizliğin gelişimine en çok neden olan yöneticilerde, ekonomik ve finansal geçmişi olan bireylerin baskın olduğu yönetici gruplarının olduğu, ortalama çalışma süresi daha uzun olduğu, ortak kültür ve bireysel güç mesafesinin daha yüksek olduğu, üst yöneticilerle alt seviyede çalışanlar arasında farklılığın (cinsiyet, nesil, etnik köken, yaş) fazla olduğu organizasyonlarda örgütsel sessizlik daha yaygındır (5). Buldukları ve alıştıkları konular nedeniyle astlarıyla sıcak ilişkiler kuramayan liderler; çalışanların kendileriyle problem ve öneriler hakkında konuşamamalarına neden olabilirler. Çalışanları ile sağlıklı ve güçlü iletişim kuramayan yöneticiler çalışanların daha da sessizleşmesine neden olmaktadır. İş görenlerine özgüven veren, onların düşüncelerinin önemli olduğunu hissettiren ve onlara değer vererek güçlü iletişim kurabilen yöneticilerin olduğu örgütler diğer örgütlere göre daha başarılı olma ihtimali yüksektir (11).

2.3.10. İş ve İşgörene Olan Önyargılı İnanışlar

Yöneticilerin işgörenlerine karşı “en iyi ben bilirim” şeklinde davranmalarından dolayı çalışanlar görüşlerini paylaştığı zaman bir fark yaratmayacağına inanırlar. Bu inanışa göre, işgörenler yöneticinin verdiği talimatları yerine getirmeli ve yaptığı işleri sorgulamadan sadece onun yolundan izlemelilerdir. Ayrıca yöneticiler işgörene söz hakkı verilirse yerini kaptırma korkusu, işin gereği değil de yöneticinin istediği şekilde işi yaptırma, işgörenin sormak isteyebileceği soruları sormasını engelleme gibi ön yargılı düşüncelerle hareket ederek işgörenlerin sessiz kalmalarına neden olmaktadır (22).

2.3.11. Mobbing

Leymann (27) mobbing kelimesini “çalışma hayatında bir veya daha fazla bireye yönelik sistematik olan düşmanca ve etik dışı iletişim kurma yoluyla psikolojik terör” biçiminde tanımlamıştır. Mobbing eylemlerinin teşhisinde bunun en az altı aylık dönem içinde haftada bir yapılmış olmasını ölçüt olarak kabul etmektedir.

Mobbing, sistemli bir şekilde, süreklilik arzeden bir sıklıkta çalışanı sindirme maksadı ile kişinin özgüvenine uygulanan psikolojik ve hatta fiziksel saldırgan davranışı ifade etmektedir. Diğer bir ifadeyle çalışma ortamında bir insanın veya birkaç

insanın, istenmeyen insan olarak ilan ettikleri bir insanı, dışlayarak, sözlü ya da fiziksel tacizde bulunarak mutlak itaate zorlamak, yıldırma ve bezdirmektir (28).

İşyerinde psikolojik şiddet anlamına gelen “mobbing” kavramı, çalışma psikolojisi alanında yapılan araştırmalarda, çalışanların birbirlerini rahatsız ve huzursuz edici davranışlarla taciz etmeleri, birbirlerine kötü davranmaları; kısaca, kişilerarası psikolojik şiddet uygulamaları anlamında kullanılmaktadır. İşyerinde mobbing, örgüt içinde gerilimin ve çatışmalı bir iklimin oluşmasına neden olan tüm psikolojik faktörlerin birleşimi sonucunda ortaya çıkan, örgüt sağlığını bozan, çalışanların iş doyumunu ve çalışma barışını olumsuz yönde etkileyen temel bir örgütsel sorundur. Bu durum uzun bir süre devam ettiği takdirde kişinin, örgüt ve çalışma yaşamının dışına itilmesi kaçınılmazdır (30). Çalışanların sessizliğe bürünmelerinde özellikle cinsel taciz önemli bir yer tutmaktadır. Konuşma bu durumlarda riskli görülebilir, caydırma ve yıldırma ile işten uzaklaştırılma, izolasyon gayreti, konuşulduğu takdirde ilişkilerin zedeleneceği korkusu gibi nedenlerden ötürü çalışan sessizliğe bürünebilir (29).

2.3.12. Yöneticilere Güvenilmemesi

Bazı örgütlerde idari ayrıcalıklar ve ortak politikalarla ilgili karşı çıkılıp botun sallanmasına gerek olmadığı düşünülmekte ve sorunların açıkça konuşulmasının hoş görülmediğini belirtilmektedir. Araştırmacılar, pek çok çalışanın örgüt içindeki belirli konular ve sorunları bildikleri halde üstleriyle konuşmadıklarını ve bunun çoğu örgütün yakalandığı aşikâr bir çelişki olduğunu vurgulamaktadırlar. ABD’de 22 organizasyonda 260 çalışan üzerinde yapılan bir araştırmada çalışanların %70’i işle ilgili sorun veya konular hakkında açıkça konuşmaya cesaret edemediklerini belirtmişlerdir. Özellikle karar verme süreci, yönetimin yetersizliği, adaletsiz paylaşım, örgütsel verimsizlik ve zayıf organizasyon performansı tartışılmaz konular içindedir. Yanıtlayanlar bu konularda açıkça konuşmanın bir fark oluşturmayacağına inanıyorlar ve olumsuz bir yanıt almaktan korkuyorlar. İnsanlar muhalefet ettikleri taktirde cezalandırılacaklarına inanmaktadırlar (5).

2.4. Sessiz Kalma Biçimleri

Çalışanların bilinçli ve kasıtlı olarak gösterdikleri sessiz kalma davranışları örgüt içinde çeşitli biçimlerde ortaya çıkmaktadır. Bunu bazen söylenen sözleri, verilen

görevleri itirazsız ve sorgulamadan kabul ederken bazen de yaşanan problemleri yok farz ederek kendince göze batmadan diğer insanlar gibi olmaya çalışarak gösterebilmektedirler (31).

2.4.1 Çalışan İtaati

İtaat davranışı, geleneksel örgüt yapılarının en önemli özelliklerindedir. Gücün merkezde toplandığı böyle yapılarda hâkim olan yönetim tarzı otoriterdir. Farklı görüşlere veya görüş ayrılıklarına tahammül olmayınca orada ister istemez çalışanlar arasında, var olan şartları sorgulamadan yukarıdan gelen her şeyi kabul etme yani itaat etme kültürü gelişmektedir (32). Çalışan itaati, örgütsel şartları derinden kabullenmeyi, hiçbir şeyi sorgulamadan aynen kabul etmeyi ve var olan seçeneklerin sınırlı olduğunun farkında olduğunu ifade eder. Özellikle adaletsiz, eşit olmayan koşullarda itaat etme, mevcut alternatifleri görmezden gelme ve başkasını arama arzusu eksikliği ile aynı anlamdadır (33).

2.4.2. Sağır Kulak Sendromu

Çalışanlar, örgüt içerisinde meydana gelen aksaklıkları, karşılaştıkları olumsuzlukları duymazlıktan veya görmezlikten gelebilmekte ve böylece sessiz kalabilmektedirler. Bu durum çalışanlarca olumlu bir tepki olarak düşünülebilmektedir. “Sağır kulak sendromu” olarak ifade edilen bu olgu örgütsel bir norm olarak da yerleşmiş olmakla birlikte, çalışanları bu yönde bir davranış göstermeye itebilmektedir (6). Çalışanlar konuştuklarında bunun sonuçlarından çekindiği için veya konuşmalarının ilgili durumda herhangi bir değişiklik yaratmayacağını düşündüğü durumlarda bu davranışa yönelirler. Örgütsel hareketsizlik olarak da tanımlanan davranış biçimi çalışanların memnuniyetsizliklerini direkt ve açık bir şekilde anlatmaktan kaçınmaları olarak da tanımlanabilir (35).

2.4.3. Pasif Kalma ve Razi Olma

Sessizliğin örgüt içerisinde diğer bir davranış biçimi de pasif kalma ve razi olmadır. Çalışanlar örgütteki diğer çalışanların haksız, yasal ve etik olmayan davranışlarına karşı kayıtsız kalmakta ve mevcut duruma razi olmaktadır (36). Burada çalışan içinde bulunulan durum hakkında çok fazla düşünmez, “böyle gelmiş böyle

gider” mantığıyla kendini ön planda tutmaz ve olanları sessiz bir şekilde izler. Bu durumda da değişim sonucu meydana gelecek, yeniden oluşabilecek şartlara da razı olmak zorunda kalacaktır. Çalışan, fikrinin önemli olmadığını ve söylese bile dikkate alınmayacağını, var olan durumda bir değişiklik yaratmayacağını hissetmesi, bireysel varlığının örgütte bir anlam ifade etmediğini düşünmesine yol açar. Bunun sonucunda da örgütte alınan kararlarda ve uygulamalarda aktif bir rol almaktan kaçınarak pasif kalmayı tercih eder ve mevcut duruma razı olur (37).

Pasif kalan ve razı olan iş görenin oluşturduğu sessizlik biçimleri şunlardır:

- İlgisizleşmek ve kendini geri çekmek
- Destekleyen ama anlam verilemeyen şekilde sessiz kalmak
- Başını sallayarak yapılacakların kararını onaylamak
- Gülümseme yoluyla destek vermek şeklinde aktif olmayan davranışlar sergileyerek rıza gösterdiğini ifade eder (6).

Çalışanlar; mevcut duruma razı olmakta, çok fazla konuşmak istememekte, durumu değiştirmeye yönelik herhangi bir teşebbüste bulunmamaktadırlar. Çalışanların bu davranışının arkasında konuşsa bile farklılık yaratamayacağına olan inanç yer almaktadır (38).

2.4.4. Çekilme ve Başka Davranışlara Yönelme

Çalışanların davranışları sonucunda yöneticilerinden gelebilecek olumsuz geri bildirimden nedeniyle kendisinden beklenen davranışı göstermekten çekilip, başka bir davranışa yönelebilir. Bu durum, örgütlerde yanlış kararlar alınmasına ya da etkili kararlar alınmamasına neden olabilir (11). Çalışanları konuşmayı riskli bulmaları nedeniyle konuyla ilgili düşünce ve fikirlerini paylaşmamaları, örgütlerin çözüm bekleyen sorunlarının zamanında çözülmemesine eden olacaktır. Böyle bir ortamda çalışanların örgüte olan güveni azalır (31). Konuşmanın bir fark yaratmayacağı, ceza alma, dışlanma, terfi alamama, hatta işten çıkarılma gibi olumsuz sonuçlara neden olacağı düşüncesiyle örgütlerde çalışanlar kendilerini daha az riskli ya da risksiz buldukları davranışlara yöneleceklerdir. Çalışanların bu davranışı örgütlerin önündeki engelleri zamanında aşamaması, değişimi zamanında gerçekleştirememesinin gibi sonuçlara neden olmaktadır (33).

2.4.5. Prososyal Sessizlik

Prososyal sessizlik, daha yeni bir sessizlik davranışı türüdür. Bu sessizlik davranışı, örgütsel vatandaşlık kavramı ile ilişkilidir. Bu sessizlik türü, örgüte dışarıdan gelebilecek olumsuz davranışları ve tehditleri önlemek için kasıtlı ve istekli olarak geliştirilen bir davranıştır (39). Bu sessizlik türünde birey, konuştuğu zaman ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçlardan korktuğu için değil de, örgüte ve diğerlerine gelebilecek zararlardan korumak için sessiz kalmayı tercih etmektedir. Birey, diğerlerine ve örgüte yararlı olmak için bilgilerini kendine saklamaktadır (37).

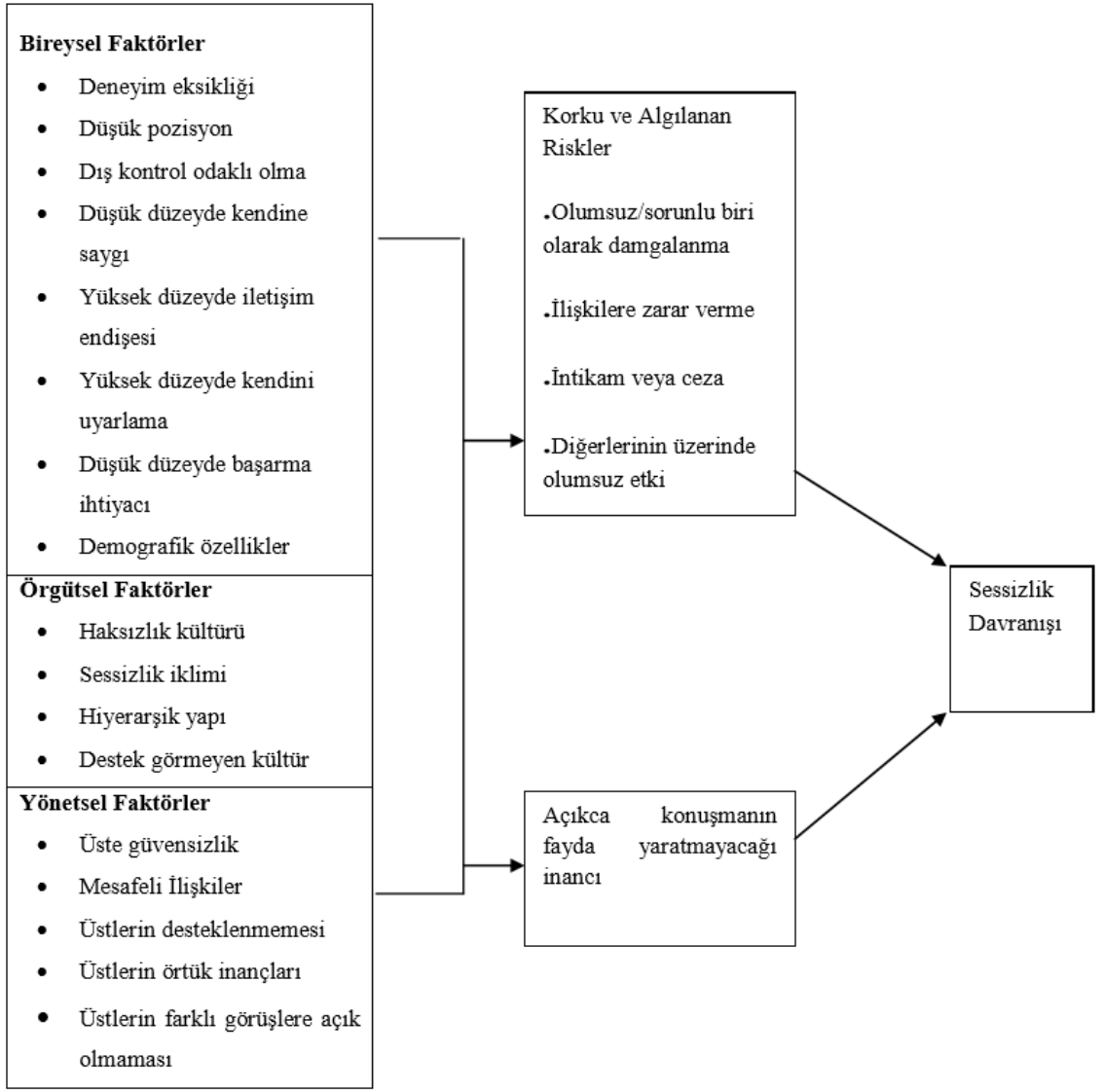
2.4.6. Savunmacı Sessizlik

Kendine koruma amaçlı ve korkuya dayalı sessizlik olarak da adlandırılır. Bu sessizlik davranışında bireyler, kendini korumak amacıyla görüş, fikir, bilgi ve yorumlarını ifade etmekten kaçınırlar. Korkuya dayalı proaktif bir davranış olan bu sessizlik davranışında amaç, bireyin kendini dışsal tehditlerden korumasıdır (37). Bireyler konuştuğu zaman sonunda cezalandırılacağını düşündüğü için amirinin duymak istemediği şeyleri söylemekten kaçınırlar (5).

2.5. Örgütsel Sessizliği Etkileyen Faktörler

Örgüt içinde çalışan bireyler bazen konuşmayı tercih ederken bazen de sessiz kalmayı tercih ederler. Çalışanların bilgilerini, düşüncelerini ve fikirlerini bilinçli olarak paylaşmaması, örgütün başarılı olabilmesi için hayati önemi olan ve çalışanların katılımını gerektiren yaratıcılık, değişim, öğrenme gibi kavramları başarısız uygulamalar haline getirir (23). Sessiz kalma kararı çalışanlar tarafından bir anda verilen bir durum değildir. Onları sessiz kalmaya iten çeşitli sebepler bulunmaktadır (35). Bu nedenle örgütteki çalışanların sessiz kalmasına neden olabilecek faktörleri belirlemek önemlidir. Şekil 2’de yer alan sessizlik modeli; bireysel, örgütsel ve yönetsel faktörlerin çalışanlarda korku ve risk algısını ve açıkça konuşmanın fayda sağlamayacağı inancına neden olduğunu, bu inanışlar nedeniyle de çalışanların sessiz kalma davranışını tercih ettiğini göstermektedir. Çalışanların örgütlerindeki algıladıkları riskleri ve fikirlerini dile getirmenin bir değişiklik yaratmayacağı inancını etkileyen bireysel, örgütler ve yönetsel faktörler aşağıdaki ele alınacaktır.

Şekil 3: Sessizlik tercihinin nedenlerine ilişkin bir model



Kaynak: 10 numaralı kaynaktan alınmıştır.

3. HASTA GÜVENLİĞİ

3.1. Hasta Güvenliği Kavramı

Sağlık hizmetlerinin temel amacı; toplumun ihtiyacı olan hizmeti sunmaktır. Hızla değişen teknoloji, artan maliyetler, artan hasta şikâyetleri ve yaygınlaşan iyi bakım talepleri sağlık kavramının daha karmaşık bir yapıya bürünmesine yol açmış; bu bağlamda hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak, hizmeti verenlerin öncelikli konusu haline gelmiştir (47). Sağlık hizmetinin sunumunun her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin özellikleri arasında yer alan “güvenli” sıfatı, sunulan hizmetin hastaya yarar yerine zarar vermesinin, yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açmasının hata yapılmasının önüne geçilmesidir (48).

Sağlık hizmetleri geliştikçe ve hastalar haklarını öğrendikçe sağlık hizmeti sunumunda çeşitlilik kazanmakta ve kalite unusuru giderek ön plana çıkmaktadır. Bunların en önemlilerinden birisi de hasta güvenliğidir (49). Hasta güvenliğinde amaç, hasta ve yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamak ve hataların hastaya ulaşmadan düzeltilmesi için önlem almaktır (47).

Hasta güvenliği ile ilişkili riskler tüm dünyada küresel bir sağlık sorunudur. Günümüzde, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık hizmeti veren kuruluşlarda, güvenli hasta bakımına yönelik, hasta şikâyetlerine yönelik, tıbbi hatalar ve beklenmedik olaylara yönelik azımsanmayacak kadar hasta güvenliğini tehdit edebilecek riskler mevcuttur. Gelişmiş ülkelerde on hastadan birinin tedavi, tanı ve bakım hizmeti aldığı sırada istenmeyen nedenlerden dolayı hatalara maruz kaldığı görüldüğü gibi, gelişmekte olan ülkelerde bu oranın daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, hasta güvenliği adına 2005 yılında WHO (World Health Organization) tarafından yayınlanan “World Alliance for Patient Safety (Hasta Güvenliği için Dünya Birliği)” raporunda birçok ülkenin sağlık hizmeti veren kurumlarından gelen olay raporlarının verileri yayınlanmış olup elde edilen sonuçlara göre hasta güvenliğini en çok önlenebilir hataların tehdit ettiğine dikkat çekilmiştir (50).

Hasta güvenliğinin sağlanmasında bakım süreci kilit öneme sahiptir. Hataların engellenmesi, meydana gelen hatalardan ders alınması, sağlık hizmeti uygulayıcıları,

hastalar ve yöneticiler arasında “güvenlik kültürünün” oluşturulması gerekmektedir (51).

3.2. Hasta Güvenliği Kültürü

Kültür konusunda birçok yaklaşım ve tanım kullanılmaktadır. Kültür, bilgi, inanç ve adetleri içine alan bir katılım olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanıma göre kültür, bir toplumun üyesi olarak insanoğlunun öğrendiği bilgi, inanç, ahlak, hukuk, sanat, gelenek-görenekleri ve benzeri alışkanlıklarını içine alan karmaşık bir bütün olarak tanımlanmaktadır (47).

Sağlık hizmetlerinin en önemli özellikleri arasında yer alan ‘güvenlik’ kavramı; sunulan sağlık hizmetinin hastaya yarar yerine zarar vermesini veya ölümüne neden olmasını önlemek, hata yapılmasına engel olmak yer almaktadır. Hasta güvenliği kültürü de, sağlık hizmetlerine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetlerinin yol açtığı hasta zararlarının azaltılması olarak da tanımlanmaktadır (52).

Güvenlik kültürü özellikle risk faktörünün yüksek olduğu sektörlerde önemlidir. Risk faktörünün yüksek olduğu sektörlerden biri olan sağlık sektöründe hasta güvenliği kültürünün oluşması son derece önemlidir. Risk faktörünün yüksek olduğu endüstrilere örnek oluşturan sağlık sektöründe, güçlü güvenlik kültürleri, insan hayatına mal olabilecek tıbbi hataları önleme potansiyeline sahiptir (52).

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 kurumda güvenlik kültürünün gelişebilmesi için kurum çalışanlarının tamamının bu güvenlik uygulamaları konusunda bilgi sahibi olması, uygulamalarda aktif rol alması ve ekip çalışması şeklinde çalışması gereklidir (47).

Sağlık hizmeti veren kurumlarda, hasta güvenliği kültürünü oluşturmak veya var olan kültürü geliştirmek için en önemli basamak hastane yönetiminin bilgi ve desteği olup, bunun yanında güvenlik algısı ve birimler arasındaki takım çalışması da önemli bir rol oynamaktadır. Hasta güvenliğinin bir kurumda başarı ile sürdürülmesi ve kaliteli olabilmesi; hastane yöneticilerinin güvenlik konusundaki kararlılığı, hasta güvenliği için yeterli örgütsel kaynakların ayrılması, iletişimin en önemli basamak olması ve çalışan

ile hasta ilişkisinde etkili ve açık iletişim kurulması sağlanmasından, ekip çalışmasına önem verilmesi, herhangi bir hata oluşumunda raporlandırma ve bilgilendirmenin yapılması, oluşan sorunlar karşısında bireyleri suçlamak yerine sistem performansını arttırmaya yönelik davranışlar sergilenmesi ve çalışanların hasta güvenliği kültürü ile ilgili eğitimler alarak bilgilendirilmesi ile ilişkilidir (53).

Davranış ve tutum değişiminin gerçekleşebilmesi için, çalışanların işyerlerindeki risklerin farkında olduğu, sürekli olarak bu tehlikelere karşı dikkatli olduğu ve güvenli olmayan davranışlardan sakındığı bir çalışma ortamı yaratılmalı, sağlık ve güvenlik duygusunun gelişebilmesi amacıyla çalışanlar sürecin her aşamasına dâhil edilmeli, uygun iletişim ortamı sağlanmalı, sağlık ve güvenlik sistemleri gözden geçirilmeli, politikalar geliştirilmeli, bütün olaylar detaylı bir şekilde araştırılmalı ve liderler çalışanların motivasyonunu arttırmada öncülük etmelidir. Yine kurum kültürünün oluşumunda kıdemli yöneticilerin işe yeni başlayan çalışanlara kültürü aktarması, kurum içindeki görev ve rollerin daha etkin bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlayacaktır (47).

3.3. Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Hatalar

Hasta güvenliğinin sağlanması için bazı hatalardan uzak durulması gerekmektedir. Hataların yapılmadığı ortamlarda hasta güvenliğinin sağlanmasında daha etkin başarı sağlanacaktır. Literatür incelendiğinde bir takım hataların ciddi sorunlar ortaya çıkardıkları görülmektedir. Bu hatalar arasında tıbbi hatalar, ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanıda yapılan hatalar ve tedavi/bakım ve izlem sürecinde yapılan hatalar öne çıkmaktadır (55).

3.3.1. Tıbbi Hatalar

Sağlık sisteminde alınan pek çok güvenlik önlemine rağmen hastanın tedavisi ve bakımı sırasında bazen tıbbi hatalar yaşanmakta ve bu hatalara bağlı olarak ölüm, yaralanma, sakatlık ya da tedavinin gecikmesi gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir. Tıbbi hata olarak isimlendirilen bu duruma; bakım aldığı sırada istenmeyen etkilere ya da hataya maruz kalmaya gelişmiş ülkelerde on hastadan birinin uğradığı tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oranın daha da yüksek olduğu tahmin edilmektedir (56).

Tıbbi hata denince akla sağlık hizmetlerine bağlı hataların tümü gelebilmektedir. Tıbbi hata ile hasta güvenliği birbirleriyle doğrudan bağlantılı kavramlardır. Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının önlenmesi veya azaltılması olarak tanımlanırken, sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata) ise hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında kasıtsız bir aksamanın neden olduğu beklenilmeyen sonuç olarak tanımlanmaktadır (55).

Tıbbi hatalar konusu, sağlık alanında her geçen gün büyüyen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır.Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular konunun önemini büyük bir açıklıkla ortaya koymaktadır.28Amerika Birleşik Devletleri'nde İlaç Enstitüsü'nün 1999 yılı raporunda, tıbbi hataların yıllık maliyetinin 17 milyar Amerikan Doları olduğu, bu ülkede her yıl 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını yitirdiği belirlenmiştir Ayrıca benzer bir çalışmada İngiltere'de her yıl 40.000, Kanada'da 5000 ile 10.000 arasında kişi tıbbi hatalar sonucu yaşamını yitirmektedir (47).

Tıbbi hatalar incelendiğinde üç farklı hata türünün bulunduğu görülmektedir.Bunlar; beceri temelli hatalar, kural temelli hatalar ve bilgi temelli hatalar olarak sıralanmaktadırlar.

Beceri temelli hatalar, otomatikleşme sonucunda ortaya çıkan ve bireyin farkında olmadan yaptığı hatalardır.Bunlar geçici ve yanlışlıkla yapılmış hatalardır. Kural temelli hatalar ise uzmanlık alan bilgisinin yanlış kullanılmasından kaynaklanır. Örneğin bir hemşirenin hastanın durumunu yanlış algılayarak, uygun olmayan bir kuralla/teknikle bakım vermesidir.Burada hemşirenin belirlediği duruma ilişkin kurallara uygun bakım verilmesi doğru olsa da hatalı bir durum için kurallar uygulandığından, bunlar kural temelli hatalar olarak tanımlanır.Bilgi temelli hatalar ise birçok değişkeni içinde bulunduran, çok daha karmaşık hatalardır (57).

3.3.2. İlaç Hataları

ABD İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Ulusal Koordinasyon Merkezi (NCCMERP) tarafından, ilaç hataları "hastanın ilaçtan zarar görmesi ya da uygun olmayan ilacı almasına neden olan önlenemez bir olay" olarak tanımlanmıştır.Hatalı ilaç uygulamaları, sebep oldukları hastalık, sakatlık ve ölümler açısından son derece riskli bir konu olup, hastaneye yatan hastaların tedavileri sırasında en sık karşılaştığı hata

grubu arasında yer almaktadır.İlaç hataları hem hastanede yatan hastalarda hem de ayaktan tedavi gören hastalarda sıklıkla saptanmaktadır (47).

İlaç hataları birçok nedenden dolayı ortaya çıkabilir. Benzer ilaç isimleri ya da benzer ilaç kutuları gibi sorunlar ilaç hatalarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. İlaç hatalarının yaşanmasının engellenmesi için bazı noktalara özen gösterilmelidir. Örneğin tüm uygulama alanlarına hazırlanan listeler asılmalıdır. Sorumlular konu ile ilgili bilgilendirilmelidir. Narkotik ilaçlarının çift kilit altında tutulması, acil ilaçların hazır bulundurulması, eczane kapalı iken ilaçları temin etmenin bir yöntemi belirlenmesi ve tüm ekibin bu yöntemi bilmesi gereklidir. Yüksek elektrolit solüsyonları el altında bulundurulmamalıdır. Hazırlanan ilaçlar prosedüre uygun yapılmalıdır. Hasta üzerinde ilaç etkileşimleri hasta takip formunda kayıt altına alınmalıdır. Alerjen etkenlerin bakım verenler tarafından bilinmesi için hasta dosyaları üzerinde işaretlemeler yolu ile uyarı yapılmalıdır. Hastaların aldığı tüm ilaçlar kayıt altına tutulmalıdır. Enjektöre çekilen ilaçlar etiketlenmelidir (58).

İlaç hatalarının ortaya çıkmasında çoğunlukla hekimlerin ve hemşirelerin yer aldığı görülmektedir. Hekimden kaynaklanan ilaç hatalarının nedenleri arasında ilaç isimlerinin okunaksız bir biçimde yazılması, ilacın kullanımının anlaşılır ve doğru bir biçimde açıklanmaması, yanlış dozda ya da yanlış istemde bulunulması gibi hatalar bulunmaktadır. Ayrıca hekimler vizite sonrası hasta tedavi planındaki değişiklikleri kaydetmeyi unutmakta ya da bu değişikliği, istemi uygulayacak hemşireye iletmekte gecikmektedirler. Bu değişikliğin saatini sıklıkla yazmamakta ve istem zamanında yerine getirilememektedir. İstem yapılırken ilaç isimlerinin kısaltılması, ilaç doz birimlerinin kısaltılması, dozlardaki virgül yanlışlıkları yapılan diğer hatalardır (55).

Sağlık hizmeti veren kurumlarda ilaç uygulamaları, hemşirelik uygulamaları arasında hata payının en yüksek olduğu risk alanlarından biridir. İlaç hazırlama ve uygulama süreci multidisipliner bir süreç olmakla birlikte, ilaç uygulamalarında en etkin rol alan sağlık çalışanı hemşireler olduğu için bu süreçte hasta güvenliğini sağlama ve sürdürme hemşirenin en önemli sorumluluklarından biridir. Hemşire kaynaklı ilaç uygulama hataları; yasal olmayan istem ile ilaç uygulaması yapılması, hekim istemi olmadan ilaç uygulaması yapılması, okunuşu ya da görüntüsü benzer ilaçların birbiri ile karıştırılıp hastaya yanlış ilaç uygulanması, yanlış dozda ilaç verilmesi ya da ilaç dozunun yanlış hesaplanması, ilaç kutusu veya paketi üzerindeki uyarı ve bilgilere

dikkat etmeme ve ilaç uygulamasının yanlış zamanda uygulanması veya unutulmasıdır. Hemşire hasta güvenliğini sağlamak ve ilaç hatalarını önlemek için, uygulayacağı ilacı hazırlar iken, ilaç hazırlama ilkelerine uyarak ilacı hazırlamalı, ilacın saklama koşullarını bilmeli, ilacı uygulamadan önce gerekir ise diğer ekip arkadaşı ile çift kontrol yapmalı, ilacın doğru ilaç, doğru dozda ve doğru hastaya uygulanacağından emin olduktan sonra hastaya doğru zamanda uygulamalıdır (59).

Sonuç olarak ilaç uygulamalarında hataları önlemek için; lisans ve lisansüstü eğitim almış nitelikli hemşireler ile yeterli insan gücünün sağlanması, rol ve sorumlulukların tanımlanması, yasal düzenlemeler, sürekli eğitim, bilişim teknolojilerinin kullanılması, kayıt sistemlerinin geliştirilmesi, fiziksel altyapı yetersizliklerinin giderilmesi, ekip anlayışının benimsenmesi, etkili iletişim, kalite güvenliği-bakım standartlarının geliştirilmesi, tedavi protokollerinin oluşturulması, bireyin/toplumun bilinçlendirilmesi ve sorumluluk almasının sağlanması gerektiği belirtilmektedir (47).

3.3.3. Cerrahi Hatalar

Hastane içerisinde, özellikle ameliyathane içerisinde hasta güvenliğini tehdit eden birçok unsur bulunmaktadır. Ameliyathaneler, cerrahi tedavilerin uygulandığı yerler olarak karmaşık yapılara sahiptirler. Ameliyathaneler, karmaşık içyapısı, stresli çalışma ortamı ve kullanılan tıbbi cihazların çeşitliliği nedeniyle özel bilgi, beceri, donanım ve dikkat gerektiren yerlerdir. Bu özelliklerinden dolayı ameliyathanelerin hasta güvenliğini tehdit edebilecek birçok unsuru bünyesinde barındırdığı söylenebilir (47,55).

Cerrahi girişime bağlı hatalar, dikkat edilir ve düzenli kontroller sağlanır ise önlenemez hatalardır. Güvenli cerrahi, hasta ameliyata gitmeden önce yatan hasta servisinde başlaması gereken önemli bir kavramdır. Bu nedenle, 2007 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından dünya genelinde ‘Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır’ sloganı ile hasta güvenliğini sağlamak adına, cerrahi girişimler ile ilişkili tıbbi hataları azaltmak ya da önlemek amacı ile ‘Her kurum kendi gereksinimlerine göre kontrol listesi oluşturabilir’ ifadesinden yola çıkarak dört bölümden meydana gelen ‘Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi’ oluşturulmuştur. Bu kontrol listesinde, her bölüm için ayrı bir

kontrol sorumlusu vardır ve her bölüm farklı yerlerde kontrol edilmektedir. Bu bölümler aşağıda sıralandığı gibidir:

- Klinikten Ayrılmadan Önce
- Anestezi Verilmeden Önce
- Ameliyat Kesisinden Önce
- Ameliyattan Çıkmadan Önce

Cerrahi hataların başında gelen yanlış hasta, yanlış taraf ve yanlış prosedür uygulama gibi kavramlardan, ameliyathaneler veya cerrahi servislerde en çok görüleni ve hasta güvenliğini etkileyeni yanlış taraf cerrahisidir. Amerikan Ameliyathane Hemşireleri Derneği (AORN) yanlış taraf cerrahisini, yanlış hastaya, yanlış vücut tarafına, doğru bir şekilde işaretlenmemiş anatomik alanın yanlış düzeyi üzerinden gerçekleşen tüm cerrahi uygulamalar olarak tanımlamaktadır (www.aorn.org). Yanlış taraf cerrahisinin önlenmesi için, ameliyat veya girişimsel işlemler öncesi hastadan yapılacak işlem için kendi rızası ile bilgilendirilmiş onamının alınması, alınan onama hastanın adının, soyadının, doğum tarihinin ve protokol numarasının bulunduğu barkodun yapıştırılması, ameliyatın adı, yapılacak ameliyatın yeri ve tarafı gibi bilgiler cerrahi işlemi gerçekleştirecek hekim tarafından doldurulmalıdır (50).

3.3.4. Tanıda Yapılan Hatalar

Hasta güvenliğini tehdit eden bir diğer hata türü tanıda yapılan hatalardır. Tanıda yapılan hataların en önemli özelliği, tanı esnasında hata yapıldıktan sonraki süreçlerin hatalar zinciri şeklinde devam etmeleridir. Yanlış tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye veya gereksiz tetkiklerin yapılmasına neden olmaktadır. Hasta güvenliği açısından ise; yanlış tanı, tanının geç konulması ve sonuçların yanlış yorumlanması hastalığın ilerlemesine hatta hastanın kaybedilmesine yol açabilir. Hemşirelik tanısı ile tıbbi tanı birbirinden farklıdır. Hasta bireyin, bakımından sorumlu olan hemşire, elde edilen veriler sonucu hemşirelik tanısı koymakta ve bu tanı ile hastanın bakımını yapmaktadır. Bundan dolayı hemşireler sadece hasta bakım sürecindeki hemşirelik tanılarında sorumludur (47).

3.3.5. Tedavi/Bakım ve İzlem Sürecinde Yapılan Hatalar

Uzun (2009:3), gerçekleştirdiği çalışmasında tedavi/bakım ve izlem sürecinde yapılan hataları şu şekilde sıralamaktadır;

- Tedavinin geciktirilmesi,
- Tedavi seçiminde yöntem hatası,
- Yanlış ilaç uygulaması,
- İlaç uygulamasında doz ya da yöntem hatası,
- Yanlış taraf cerrahisi, yanlış işlem, yanlış hastaya işlem yapılması,
- Cerrahi yanıklar/yaralanmalar,
- Çalışanların tedavi/bakım girişim listelerini tekrar kontrol alışkanlığı edinmemeleri,
- Transfüzyon hataları,
- Gereken profilaksinin yapılmaması,
- Yetersiz gözlem,
- Tedaviden sonra yetersiz izlem,
- Hastaların taşınmasında yaşanan olumsuz olaylar.

Yukarıdaki listeden de görüleceği üzere, tedavi/bakım ve izlem sürecinde yapılan hatalar diğer hata türleriyle iç içedir. Bu durumun sebebi sağlık hizmetlerinin bir süreç içerisinde yürümesidir. Tedavi/bakım ve izlem sürecinde yapılan hatalar sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır. Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar ortaya çıkınca saptanabilmektedir. Fakat çok önemli sonuçlar doğurabilmektedir. Medikasyonların uygulanmasında da ortaya çıkan hataların büyük çoğunluğu sistem hataları olarak tanımlanmaktadır (55).

3.4. Hasta Güvenliği İçin Alınan Önlemler

Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için öncelikle hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi gerekmektedir. Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi sürecinde hastaların zarar görmemeleri için çeşitli önlemlerin alınması gerekmektedir. Literatür incelendiğinde hasta güvenliği için alınabilecek birçok önlemden bahsedildiği

görülmektedir. Dağdelenin bildirdiğine göre bazı çalışmaların yapılması ve uygulanması önerilmektedir. Bu önerilerin en önemlileri aşağıda sunulmuştur;

- Hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunun ilan edilmesi,
- Hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimin teşvik edilmesi, Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devri,
- Hasta güvenliği için kaynak ayrılması,
- Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitiminin sağlanması.

Hasta güvenliğinin sağlanmasında, hastanede çalışan herkese belirli görev düştüğü gibi, özellikle hemşirelere ciddi sorumluluklar yüklenmektedir. Hemşireler için hasta güvenliği son derece önemli bir konudur. Dağdelenin bildirdiğine göre hasta güvenliğinin artırılması için profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi ve meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamı da dahil olmak üzere çevre güvenliği ve risk yönetimi alanlarında geniş kapsamlı önlemler alınması, hasta güvenliği üzerinde odaklanmış bilimsel bilgi ile bunun gelişmesine destek sağlayacak altyapının ayrılmaz bir bütün halinde birleştirilmesi gerekmektedir (55).

3.4.1. İlaç Hataları Önlemleri

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ve İlaç Güvenliği Rehberi’nde ise ilaç (beşeri tıbbi ürün); “insanları hastalıklardan korumak, tedavi etmek, teşhis koymak, bir fizyolojik fonksiyonu düzeltmek veya insan yararına değiştirmek amacıyla kullanılan, genellikle bir veya kombinasyon halinde doğal ve sentetik kaynaklı maddelerden formüle edilmiş etkin maddeler içeren dozu ayarlanmış üründür” şeklinde tanımlanmıştır. Aynı rehberde ilaç kullanımı sırasında karşılaşılan sorunlardan yan etki; bir ilacın zararına bakılmaksızın gösterdiği amaçlanmamış bütün farmakolojik etkilerdir şeklinde ve advers (istenmeyen) etki ise, bir ilacın kabul edilen normal dozlarda kullanımında ortaya çıkan zararlı ve amaçlanmamış etki olarak tanımlanmaktadır (60).

Sağlık hizmetlerinin verildiği ortamlarda ilaçlardan kaynaklanan hataları en aza indirmek için önlemlerin alınması zorunludur. Hasta güvenliğinin geliştirilmesi için ilaçların güvenli bir biçimde kullanılmaları gerekmektedir. Özellikle çocuklar açısından değerlendirildiğinde ilaç hatalarına daha fazla dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu aşamada hemşirelere büyük görev düşmektedir. Hemşireler, çocuklara ilaç uygulama sürecinde risklerin azaltılması için hataları fark etme ve önlemede özel bir konuma sahiptirler. Bunun temelinde, hemşirelerin uyguladıkları ilaç hakkında bilgi sahibi olması, ilacı hazırlaması, kontrol etmesi, uygulaması ve tedavinin etkisini izlemesi sorumluluğu yatmaktadır (61).

Çelenkoğlu (2007:4) ise ilaç hataları nedeniyle hastaların güvenliklerinin tehlikeye düşmemesi için yapılması gerekenleri şu şekilde sıralamaktadır;

- Yatışına karar verilen hastanın varsa kullandığı ilaçlar Hasta İlacı Kullanım ve Teslim Formu ile kayıt altına alınarak, miat kontrolleri yapılır. Hemşire tarafından imza karşılığı teslim alınır. İlgili tabibe bildirilir.
- İlgili hekim hastanın tedavisindeki ilaçlarla, sürekli kullandığı ilaçları kontrol ederek hasta tabelasına yazar.
- Hastanın kullandığı ilaçların tümü, ilgili hemşire tarafından verilir.
- Tedavi planı, ilaç dozu, zamanı ve uygulama şeklini içerecek şekilde okunaklı olarak her bir hasta tabelasına hastanın kendi tabibi tarafından yazılır, kaşelenerek imzalanır.
- Hastanın yatış öncesi aldığı, bakım sürecinde ve taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar Hasta Taburcu ve Eğitim Formu'na kaydedilir. Aslı hastaya verilir. Bir örneği hasta dosyasında bırakılır. Hastaya verilen ilaçlar kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanır.
- Kaplarda hastanın kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunur. Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydeder. İlaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanır.
- Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır.

İlaç güvenliğinin sağlanmasında önerilen adımlardan biri akılcı ilaç kullanımının sağlanmasıdır. Akılcı ilaç kullanımı, ilaç tedavisinin etkili, güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasına olanak tanıyan planlama, yürütme ve izleme sürecidir. İlacın

akılcı kullanımında temel yaklaşım; ilacın gerektiği zaman, gereken nitelikte, gerektiği kadar ve gerektiği biçimde kullanılmasıdır (48).

3.4.2. Bakım Ortamı Önlemleri

Çınar (2010: 22) bakım ortamında hastaların karşılaşılabilecekleri bazı güvenlik sorunlarını şu şekilde sıralamaktadır;

- Yanlış dozda ilaç uygulama,
- Aspirasyona bağlı komplikasyonlar,
- Kateter bağlantısının iyi yapılmamasına bağlı ciddi kan kaybı,
- Süt ya da oral ilaçların IV yolla verilmesi,
- İnfüzyon pompaları ile ilgili hatalar,
- Anne sütlerinin yanlış hastalara verilmesi,
- Kateter tespit bantlarının kesilerek çıkarılması sırasında yaralanmalar.

Bakım ortamlarıyla ilgili önemli olana bir diğer nokta da enfeksiyonlara karşı dikkatli olunmasıdır. Öncelikle el hijyenine dikkat edilmelidir. Hijyen konusunda hastane çalışanlarının gerekli tedbirleri almaları gerekmektedir (55).

3.4.3. Yanlış Taraf Cerrahisi Önlemleri

Cerrahi tedavi ve bakım hizmetlerinin verildiği birimler, tıbbi hataların en fazla olduğu alanlardan biri olarak gösterilmektedir.

Yanlış taraf cerrahi uygulamaların önlenmesinde alınabilecek birçok önlem bulunmaktadır. Çelenkoğlu (2007:6)'ye göre söz konusu önlemler şu şekilde sıralanabilir;

- Cerrahi işlemlerin, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokole uygunluğunun sağlanması esastır.
- Ameliyat öncesi serviste hasta ile ilgili son kontroller tabip tarafından yapılarak hastanın da katılımıyla taraf işaretleme süreci gerçekleştirilir.
- Hastaya ameliyat öncesi servis hemşiresi tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılır ve hasta, dosyası ile birlikte görevli refakatinde ameliyathaneye gönderilir.

- Hasta ameliyathaneye kabul edilirken, ameliyathane hemşiresi ve anestezi teknisyeni tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılarak beraberce teslim alınır.
- Taraf işaretlemesi için cerrahi taraf işaretleme kalemi kullanılır.
- Yapışkan taraf işaretleyicileri kullanılmaz.
- İşaret ameliyat bölgesine veya yakınına belirgin ve silik olmayacak şekilde konulur. Diğer bakım süreçleri için gerekmedikçe ameliyat edilmeyecek bölgeler işaretlenmez.
- Taraf işaretleme mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılır.
- Çoklu yatay yapılar el ve ayak parmakları gibi veya çoklu düzeylerde lomber, torakal ve servikal omurlar gibi en uygun ve en yakın bölge işaretlenir.
- Göz tarafı işaretlemesi için kaşın üzeri kullanılır.
- Tek organ vakaları sezaryen bölgesi, kalp cerrahisi gibi, müdahaleler sırasında, kateter ve enstrümanların takılmasında, cerrahi prosedürün tasarlandığı açık yara ve lezyonlarda, acil müdahalelerde, prematüre bebeklerle ilgili müdahalelerde işaretleme yapılmaz (62).

3.4.4. Etkin İletişim Sağlanması

Hasta güvenliğinin sağlanmasında çalışanlar arasında iletişim sağlanması temel faktörlerden biridir. Sağlık çalışanları arasındaki yetersiz iletişimin hastanın zarar görmesiyle sonuçlanan istenmeyen olayların yaşanmasına neden olduğu kabul edilmektedir.

Türkiye’de sağlık çalışanları arasında etkin iletişimin sağlanması için sözel iletişimin hangi durumlarda ve nasıl olması gerektiği ile ilgili esaslar Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiştir. Bu ilkelere göre sözel talimatlar, steril girişimler sırasında, hekimin hastanede ya da klinikte olmadığı durumlarda ve acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlarda kullanılabilir. Sözlü/telefon talimatlarının kaydında talimatı veren hekimin adı ve soyadı, talimatın alındığı tarih ve saat, sağlık kurumunda olması gereken Sözlü ve Telefonla Tabip Talimatları Formuna kaydedilmesi gerekmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı kemoterapi ilaçları ve yüksek riskli ilaçların

uygulanmasında sözlü/telefon talimatının kullanılmaması gerektiğini bildirmektedir (48).

3.4.5. Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama

Hasta güvenliğinin sağlanmasında, gerçekleştirilmiş hatalardan ders alıp, gerekli tedbirlerin alınmasının büyük önemi vardır. Hangi hataların yapıldığının anlaşılması ve benzer hataları tekrar etmemek için hata raporlama büyük bir öneme sahiptir. Hasta güvenliğinde olay raporlama sistemleri, organizasyonların kendi bünyeleri içinde, hasta güvenliğine ilişkin sorunlarının tanımlanmasına yardımcı olacak bir uygulama olarak tanımlanmaktadır. Hata kayıtlarının tutulması önemli bir bilgi birikimine sahip olmayı sağlayacaktır. Tutulan bu kayıtların gruplanıp risk analizlerinin yapılması ile yapılan hatalardan ders çıkarılabileceğini ve hasta güvenliğinin sağlanabileceğini ifade edilebilir (55).

Hataların raporlanması gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu bağlamda hataları raporlamak, hataların azaltılması ve kalitenin sürekli iyileştirilmesi sürecinde ilk basamaktır. Geri bildirim ve bilgi paylaşımı, sistemde oluşan hatalar konusunda farkındalık yaratır ve hataları ortadan kaldırmak için sistemleri geliştirir. Raporlardan elde edilen yararlı bilgiler vasıtasıyla sağlık hizmeti veren sistemler ve süreçler için bir takım öneriler geliştirilebilir (47).

Hata raporlamada dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri hata raporlarının doğru kişiler tarafından kullanılmasıdır. Hata raporları sadece riskleri azaltmada kullanılacağı güvenilir çalışanlara verilmelidir. Yönetici hemşireler, bölüm yöneticileri ve uygun komiteler düzenli olarak hata raporlarını yeniden gözden geçirerek, hata nedenlerini belirlemeli ve tekrarları önlemek için eylemler geliştirmelidirler. Bu eylemlere örnek olarak hemşirelerin pozisyonlarının değiştirilmesi, politikaların ve prosedürlerin gözden geçirilmesi, ekipmanların ve destekleyicilerin değiştirilmesini verebiliriz. Aynı zamanda yönetici hemşire, personelin gereksinimleri doğrultusunda, eğitim programları düzenleyerek katılımı sağlamalıdır. Yönetici hemşireler, hemşirelik bakım kalitesini düzenli tutulan, kayıtlar aracılığıyla izlemeli ve risk yönetimi konularını bakımın aynı düzeyde tutulmasında kullanmalıdırlar. Çünkü riskleri tanımlama ve azaltma, hata raporlarının izlenmesini ve analizini gerektirmektedir (63).

4. GEREÇ ve YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Tipi

Bir özel hastaneler grubundaki hemşirelerin örgütsel sessizlik düzeyinin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirilmiş bir çalışmadır.

Araştırmada aşağıdaki soruların yanıtları aranmıştır;

1. Hemşirelerin örgütsel sessizlik düzeyleri nedir?
2. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ne yöndedir?
3. Hemşirelerin örgütsel sessizlik düzeyleri hasta güvenliği kültürü üzerinde etkili midir?
4. Hemşirelerin örgütsel sessizlik düzeyleri ve hasta güvenliği kültürü üzerinde etkili değişkenler nelerdir?

4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Eylül 2016 ve Nisan 2017 tarihleri arasında Erdem Sağlık Grubuna bağlı yataklı tedavi hizmeti sunan üç hastanede gerçekleştirildi

1. Özel Çakmak Erdem Hastanesi

2006 yılında imar edilen hastane, 27 branşta, yedi ameliyathane, 33 yoğun bakım, 124 yatak kapasitesi ile 10.000 m² kapalı alanı bulunmaktadır. 127 yataklı, dört Kardiyovasküler Yoğun Bakım, beş Koroner Yoğun Bakım, sekiz Erişkin Yoğun Bakım ve 15 Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi olan, yedi ameliyathanesi bulunan, günlük 700 ile 1000 arası poliklinik yapan bir hastanedir. Hizmet verdiği branşlar; Erişkin ve Yenidoğan Yoğun Bakım, KVC Yoğun bakım, İç Hastalıkları, Ağız ve Diş Sağlığı, Ortopedi ve Travmatoloji, Çocuk Nöroloji, Üroloji, Psikiyatri, Mikrobiyoloji, Dermatoloji, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kardiyoloji, Gastroenteroloji ve Hepatoloji, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kalp Damar Cerrahisi, Beslenme ve Diyet, Radyoloji, Nefroloji, Biyokimya, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göz Hastalıkları, Göğüs Cerrahisi ve Alerji Hastalıkları, Nöroloji, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıklarıdır.

2. Özel Çamlıca Erdem Hastanesi

amlıca'da 6000 metrekare kapalı alan üzerine kurulu, 77 yatak kapasiteli,16 branşta, üç ameliyathane, üç acil ve 19 yoğun bakım yatağı, modern teknolojiye ve konusunda uzman sağlıkpersoneline sahip, akıllı bina teknolojisiyle imar edilen binamız, 05.10.2009 tarihinde kapıların açtımtır. Günlük 350 ile 500 arası poliklinik yapan bir hastanedir. Erişkin ve Yenidoğan Yoğun bakım, KVC Yoğunbakım, Üroloji, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Kardiyoloji, Radyoloji, Kalp Damar Cerrahisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Nöroloji, Dermatoloji, Gastroenteroloji ve Hepatoloji, Göğüs Cerrahisi ve Alerji Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Genel Cerrahi, İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ortopedi ve Travmatoloji, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları branşlarındahizmet vermektedir.

3. Özel Güneşli Erdem Hastanesi

Akıllı bina ve son teknoloji ekipmanlarla donatılmış Özel Güneşli Erdem Hastanesi 20.000 metrekarelik kapalı alana sahip olup 2015 Haziran itibari ile 18 branşta, yedi ameliyathanesi, 11 yataklı erişkin yoğun bakımı,20 küvezli bebek yoğun bakım ile Güneşli'de Avrupa yakasına ve yurtdışından gelecek hastalara hizmet vermeye başlamıştır. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Genel Cerrahi, Biyokimya, İç Hastalıkları, Radyoloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kardiyoloji, Üroloji, Nöroloji, Anestezi ve Reanimasyon, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Acil, Dermatoloji alanlarında hizmet vermektedir.

4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul il sınırları içerisinde bulunan bir özel hastaneler grubunda görev yapan, en az üç aydır hastanede çalışıyor olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 117 hemşire oluşturdu. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmedi, araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirme sonrası araştırmaya katılım izni alınan ve araştırma ölçütlerine uyan, 90 hemşire örnekleme grubuna dahil edildi.

Tablo 1: Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde göre yapan ve araştırmaya katılan hemşire sayıları

Hastane adı	Hemşire Sayısı	Araştırmaya katılan hemşire sayısı
Özel Çakmak Erdem Hastanesi	52	35
Özel Çamlıca Erdem Hastanesi	41	38
Özel Güneşli Erdem Hastanesi	24	17

Araştırmanın yapıldığı tarihte izinde olan yedi hemşire ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen on hemşire, toplamda 27 hemşire araştırmaya dahil edilmemiştir.

4.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Tanıtıcı Bilgiler Formu”, “Örgütsel Sessizlik Ölçeği” ve “Hasta Güvenliği Kültürü Anketi” ile toplandı.

Tanıtıcı Bilgiler Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerini belirlemeye yönelik toplam dokuz sorudan oluşmaktadır.

Örgütsel Sessizlik Ölçeği: Van Dyne tarafından 2003 yılında geliştirilen ve Şehitoğlu (2010) tarafından Türkçe’ye uyarlanan Örgütsel Sessizlik Ölçeği, yedi’li Likert tipinde hazırlanmış 31 sorudan oluşmaktadır. Cevap seçeneklerinde 1= hiç katılmıyorum, 4=kararsızım, 7= tamamen katılıyorum, diğer rakamlar ise katılmama 2,3 veya katılma 5,6 derecesini belirtmek için verilmiştir. Kabul Edilmiş Sessizlik, Kabul Edilmiş Sesslilik, Savunma Amaçlı Sessizlik, Savunma Amaçlı Sesslilik, Örgüt Yararına Sessizlik ve Örgüt Yararına Sesslilik olarak adlandırılan altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Kabul Edilmiş Sessizlik boyutunda beş madde yer almaktadır, iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa= 0,740 olarak bulunmuştur. Kabul Edilmiş Sesslilik boyutunda beş madde yer almakta ve bu iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa= 0,718 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Savunma Amaçlı Sessizlik boyutunda dört madde yer almaktadır ve bu maddelerin faktör yük değerleri 0,860 ile 0,530 arasında değişmiştir. Ölçeğin bu faktörüne ait iç tutarlılık katsayısı Cronbach’s Alfa = 0,807 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Savunma Amaçlı Sesslilik boyutunda beş madde yer almaktadır ve bu maddelerin faktör yük değerleri 0,760 ile 0,617 arasında değişmiştir. Ölçeğin bu faktörüne ait iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa= 0,827 olarak hesaplanmıştır.

Hasta Güvenliği Kùltürü Anketi: Türkmen ve arkadaşları tarafından 2011 yılında geliştirilen toplam 51 maddeden oluşan ölçek; 'yönetim ve liderlik', 'çalışan davranışı', 'beklenmedik olay ve hata raporlama', 'çalışanların eğitimi' ve 'bakım ortamı' olmak üzere beş alt boyutta tasarlanmıştır. Ölçek toplam Cronbach's Alfa katsayısı .97 bulunmuş olup, alt boyutlarında ise 'yönetim ve liderlik' ($\alpha = .92$) en yüksek, 'beklenmedik olay ve hata raporlama' alt boyutu ($\alpha = .83$) en düşük olarak belirlenmiştir.

Ölçek, dörütlü likert tipindedir; (1) tamamen katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) katılıyorum ve (4) tamamen katılıyorum ile puanlanmaktadır. Ölçek puanının hesaplanmasında; alt boyutlarda yer alan madde puanları toplanıp elde edilen toplam sayı madde sayısına bölünmekte ve bir-dört arasında her bir alt boyutun ortalama puanı elde edilmektedir. Toplam ölçek puanının hesaplanmasında beş alt boyutun ortalama puanı toplanmakta ve beş'e bölünerek bir-dört arasında ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçek puanının yorumlanmasında ise puan ortalamasının dört'e doğru yükselmesi, olumlu hasta güvenliği kùltürünü, bir'e doğru azalması, olumsuz hasta güvenliği kùltürünün varlığını göstermektedir.

4.5. Verilerin Analizi

Çalışmada verilerin analizi SPSS programı ile yapılmış ve sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilmiştir. Analizlerde uygun test seçimi normallik testi sonucuna göre yapılmıştır. Çalışmada tanımlayıcı istatistik yöntemlerin (sayı, yüzde ve ortalamalar) yanı sıra Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile analiz edilmiştir.

4.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Etik kurul onayı 19.06.2016 tarihli ve 77 nolu Okan Üniversitesi Etik Kurulu toplantısında alınmıştır (Ek-3). Hastaneden yazılı izin alındığı tarih 07.11.2016 dır (Ek-4). Ölçeklerin kullanımına ilişkin sahiplerinden ve geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapan yazarlardan izin alınmıştır (Ek-2). Ayrıca anket uygulamak istenilen hemşirelerden sözel onay alınmıştır.

4.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece üç özel hastanede çalışan hemşirelere yönelik olduğu için elde

edilen sonuçlar tüm farklı özellikteki hastanelerde çalışan hemşirelere genellenemez.

5. BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelere ait tanıtıcı bilgileri takiben araştırma bulguları Örgütsel Sessizlik Ölçeğine, Hasta Güvenliği Anketine ve Örgütsel Sessizlik Ölçeği ile Hasta Güvenliği Anketi puanlarının ilişkisine dair bulgular olarak gruplandırıldı.

Tablo 2: Araştırmaya katılan hemşirelere ait tanıtıcı bilgiler

		N=90	
Değişkenler		n	%
Yaş	20 yaş ve altında	33	36,7
	21-25	33	36,7
	26-30	10	11,1
	31 yaş ve üstünde	14	15,5
Cinsiyet	Kadın	71	78,9
	Erkek	19	21,1
Medeni durum	Evli	24	26,7
	Bekar	66	73,3
Eğitim durumu	Lise	48	53,3
	Önlisans	28	31,1
	Lisans	14	15,6
Hemşire olarak çalışma süresi	3 yıldan az	49	54,4
	3-5 yıl	23	25,6
	6-10 yıl	11	12,2
	10 yıldan fazla	7	7,8
Mesleği isteyerek yapma durumu	Evet	85	94,4
	Hayır	5	5,6
Şuandaki pozisyonu	Staff Hemşire	79	87,8
	Sorumlu Hemşire	11	12,2
Şuandaki pozisyonda çalışma süresi	3 yıldan az	58	64,4
	3-5 yıl	25	27,8
	5 yıldan fazla	7	7,8
Çalışma şekli	Gündüz vardiyası	38	42,2
	Gece vardiyası	21	23,3
	Dönüşümlü	31	34,5
TOPLAM		90	100

Tablo 2’de araştırmaya katılan hemşirelere ait tanıtıcı bilgiler yer almaktadır. Ankete katılanların %36,7’si (n=33) 20 yaş ve altında, %36,7’si (n=33) 21-25 yaş

arasında, %78,9'u (n=71) kadın,%73,3'ü (n=66) bekar, %53,3'ü (n=48) lise mezunu, %54,4'ünün (n=49) hemşire olarak çalışma süresi üç yıldan azdı. Hemşirelerin %94,4'ü (n=85) hemşirelik mesleğini isteyerek yapmakta, %87,8'i (n=79) şuanda staff hemşire olarak çalışmakta, %64,4'ü (n=58) şuanda çalıştığı pozisyonda üç yıldan az süredir çalışmakta ve %42,2'si (n=38) gündüz vardiyası şeklinde çalışmakta idi.

Tablo 3: Örgütsel sessizlik ölçeği puanlarının betimleyici istatistikleri

	n	Minimum	Maximum	Ort.	ss
Kabul Edilmiş Sessizlik	90	1,00	6,20	2,74	1,16
Kabul Edilmiş Sesslilik	90	1,00	7,00	4,10	1,29
Savunma Amaçlı Sessizlik	90	1,00	7,00	2,78	1,54
Savunma Amaçlı Sesslilik	90	1,00	6,60	2,42	1,47
Örgüt Yararına Sessizlik	90	1,00	7,00	5,55	1,67
Örgüt Yararına Sesslilik	90	1,00	7,00	5,19	1,48

Tablo 3’de katılımcıların Örgütsel Sessizlik Ölçeği puanlarına ilişkin betimleyici istatistikleri görülmektedir. Kabul Edilmiş Sessizlik puan ortalaması 2,74±1,16, Kabul Edilmiş Sesslilik puan ortalaması 4,10±1,29, Savunma Amaçlı Sessizlik puan ortalaması 2,78±1,54, Savunma Amaçlı Sesslilik puan ortalaması 2,42±1,47, Örgüt Yararına Sessizlik puan ortalaması 5,55±1,67, Örgüt Yararına Sesslilik puan ortalaması 5,19±1,48 olarak bulundu.

Tablo 4: Hasta güvenliği anketi puanlarının betimleyici istatistikleri

	n	Minimum	Maximum	Ort.	ss
Yönetim ve Liderlik	90	0,65	4,00	2,79	0,58
Çalışan Davranışı	90	1,36	4,21	2,85	0,53
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	90	0,80	5,00	2,78	0,69
Çalışanların Eğitimi	90	0,86	4,86	2,92	0,66
Bakım Ortamı	90	0,00	4,88	2,78	0,72
Hasta Güvenliği Kültürü	90	1,17	4,55	2,82	0,53

Tablo 4'te Hasta Güvenliği Anketi puanlarının betimleyici istatistiklerini göstermektedir. Anketin Yönetim ve Liderlik puan ortalaması $2,79 \pm 0,58$, Çalışan Davranışı puan ortalaması $2,85 \pm 0,53$, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama puan ortalaması $2,78 \pm 0,69$, Çalışanların Eğitimi puan ortalaması $2,92 \pm 0,66$, Bakım Ortamı puan ortalaması $2,78 \pm 0,72$, Hasta Güvenliği Kültürü puan ortalaması $2,82 \pm 0,53$ olarak bulundu.

5.1. Örgütsel Sessizlik Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 5: Örgütsel sessizlik ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların yaş grupları açısından değerlendirilmesi

Yaş	n	Ort	KW	p	İkili Karşılaştırma	
Kabul Edilmiş Sessizlik	(1)20 yaş ve altında	33	46,44	0,995	0,803	
	(2)21-25 yaşında	33	47,24			
	(3)26-30 yaşında	10	45,40			
	(4)31 yaş ve üstünde	14	39,25			
Kabul Edilmiş Sesslilik	(1)20 yaş ve altında	33	46,86	1,234	0,745	
	(2)21-25 yaşında	33	47,33			
	(3)26-30 yaşında	10	44,55			
	(4)31 yaş ve üstünde	14	38,64			
Savunma Amaçlı Sessizlik	20 yaş ve altında	33	53,67	5,388	0,145	
	21-25 yaşında	33	42,03			
	26-30 yaşında	10	40,25			
	31 yaş ve üstünde	14	38,18			
Savunma Amaçlı Sesslilik	20 yaş ve altında	33	47,27	1,661	0,646	
	21-25 yaşında	33	47,97			
	26-30 yaşında	10	39,65			
	31 yaş ve üstünde	14	39,68			
Örgüt Yararına Sessizlik	(1) 20 yaş ve altında	33	37,80	8,505	0,037*	1<3
	(2)21-25 yaşında	33	44,44			
	(3)26-30 yaşında	10	59,45			
	(4)31 yaş ve üstünde	14	56,18			
Örgüt Yararına Sesslilik	20 yaş ve altında	33	43,76	2,395	0,495	
	21-25 yaşında	33	42,30			
	26-30 yaşında	10	54,45			
	31 yaş ve üstünde	14	50,75			

* $p < 0,05$

Tablo 5'te Örgütsel Sessizlik Ölçeğinden alınan puanların yaş grupları açısından değerlendirilmesi yer almaktadır. Yapılan Kruskal Wallis testine göre; yaş grupları arasında Örgüt Yararına Sessizlik puanı bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). 20 yaş ve altında olanların puan sıra ortalaması 37,80; 21-25 yaş arasında olanların 44,44'ü; 26-30 yaş arasında olanların 59,45; 31 yaş ve üstünde olanların 56,18'dir. Buna göre 26-30 yaş arasında olanların Örgüt Yararına Sessizlik tutumu en yüksektir.

Yaş grupları arasında Kabul Edilmiş Sessizlik, Kabul Edilmiş Sesslilik, Savunma Amaçlı Sessizlik, Savunma Amaçlı Sesslilik ve Örgüt Yararına Sesslilik puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 6: Cinsiyet gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması

Cinsiyet		n	Ort	U	p
Kabul Edilmiş Sessizlik	Kadın	71	45,93	644,000	0,763
	Erkek	19	43,89		
Kabul Edilmiş Sesslilik	Kadın	71	42,04	428,500	0,015*
	Erkek	19	58,45		
Savunma Amaçlı Sessizlik	Kadın	71	44,11	576,000	0,327
	Erkek	19	50,68		
Savunma Amaçlı Sesslilik	Kadın	71	43,61	540,500	0,183
	Erkek	19	52,55		
Örgüt Yararına Sessizlik	Kadın	71	47,30	546,500	0,195
	Erkek	19	38,76		
Örgüt Yararına Sesslilik	Kadın	71	45,54	672,000	0,980
	Erkek	19	45,37		

* $p<0,05$

Tablo 6'da cinsiyet grupları için ölçek puanları bakımından karşılaştırma testi görülmektedir. Cinsiyet grupları için yapılan Mann Whitney U testine göre; Erkeklerin Kabul edilmiş Sesslilik puan ortalaması kadınların puan ortalamasından daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Cinsiyet grupları arasında Kabul Edilmiş Sessizlik, Savunma Amaçlı Sessizlik, Savunma Amaçlı Sesslilik, Örgüt Yararına Sessizlik, Örgüt Yararına Sesslilik, puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 7: Eğitim durumu gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması

Eğitim durumu		n	Sıra Ort.	KW	p
Kabul Edilmiş Sessizlik	Lise	48	49,70	4,549	0,103
	Önlisans	28	44,61		
	Lisans	14	32,89		
Kabul Edilmiş Sesslilik	Lise	48	42,94	1,220	0,543
	Önlisans	28	49,79		
	Lisans	14	45,71		
Savunma Amaçlı Sessizlik	Lise	48	45,85	0,033	0,984
	Önlisans	28	44,77		
	Lisans	14	45,75		
Savunma Amaçlı Sesslilik	Lise	48	43,67	2,392	0,302
	Önlisans	28	51,48		
	Lisans	14	39,82		
Örgüt Yararına Sessizlik	Lise	48	41,58	2,966	0,227
	Önlisans	28	47,93		
	Lisans	14	54,07		
Örgüt Yararına Sesslilik	Lise	48	41,91	3,941	0,139
	Önlisans	28	45,61		
	Lisans	14	57,61		

Tabloda eğitim durumu grupları için ölçek puanları bakımından karşılaştırma testi görülmektedir. Eğitim durumu grupları için yapılan Kruskal Wallis testine göre;Eğitim durumu grupları arasında Kabul Edilmiş Sessizlik, Kabul Edilmiş Sesslilik, Savunma Amaçlı Sessizlik, Savunma Amaçlı Sesslilik, Örgüt Yararına Sessizlik, Örgüt Yararına Sesslilik puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 8: Hemşire olarak çalışılan süre gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması

Hemşire olarak çalışma süresi	n	Sıra Ort.	KW	p	İkili Karşılaştırma	
Kabul Edilmiş Sessizlik	(1) 3 yıldan az	49	35.83	0,288	0,962	
	(2) 3-5 yıl	23	34.63			
	(3) 6-10 yıl	11	37.64			
	(4) 10 yıldan fazla	7	38.64			
Kabul Edilmiş Sesslilik	(1) 3 yıldan az	49	39.60	1,586	0,663	
	(2) 3-5 yıl	23	33.35			
	(3) 6-10 yıl	11	33.32			
	(4) 10 yıldan fazla	7	33.50			
Savunma Amaçlı Sessizlik	(1) 3 yıldan az	49	36.73	3,319	0,345	
	(2) 3-5 yıl	23	40.41			
	(3) 6-10 yıl	11	30.77			
	(4) 10 yıldan fazla	7	26.57			
Savunma Amaçlı Sesslilik	(1) 3 yıldan az	49	37.90	2,836	0,418	
	(2) 3-5 yıl	23	37.93			
	(3) 6-10 yıl	11	26.50			
	(4) 10 yıldan fazla	7	36.43			
Örgüt Yararına Sessizlik	(1) 3 yıldan az	49	33.77	13,505	0,004*	2<3
	(2) 3-5 yıl	23	27.89			
	(3) 6-10 yıl	11	52.73			
	(4) 10 yıldan fazla	7	45.93			
Örgüt Yararına Sesslilik	(1) 3 yıldan az	49	37.22	3,527	0,317	
	(2) 3-5 yıl	23	30.07			
	(3) 6-10 yıl	11	43.27			
	(4) 10 yıldan fazla	7	38.86			

* $p<0,05$

Tabloda hemşire olarak çalışılan süre grupları için ölçek puanları bakımından karşılaştırma testi görülmektedir. Hemşire olarak çalışılan süre grupları için yapılan Kruskal Wallis testine göre; Hemşire olarak çalışılan süre grupları arasında Örgüt Yararına Sessizlik puanı bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır (U=13,505 p=0,004). üç yıldan az süredir hemşire olarak çalışanların puan sıra ortalaması 33,77, üç-beş yıl arası çalışanların 27,89, altı-on yıl arası çalışanların 52,73, on yıldan fazla çalışanların 45,93'tür. Buna göre on yıldan fazla çalışanların Örgüt Yararına Sessizlik tutumu en yüksektir. Hemşire olarak çalışılan süre grupları arasında Kabul Edilmiş Sessizlik, Kabul Edilmiş Seslilik, Savunma Amaçlı Sessizlik, Savunma Amaçlı Seslilik, Örgüt Yararına Seslilik puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 9: Pozisyon durumu gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması

Şuandaki pozisyonunuz		n	Sıra Ort.	U	p
Kabul Edilmiş Sessizlik	Staff Hemşire	79	45,54	343,500	0,312
	Sorumlu Hemşire	11	37,23		
Kabul Edilmiş Seslilik	Staff Hemşire	79	45,81	322,500	0,202
	Sorumlu Hemşire	11	35,32		
Savunma Amaçlı Sessizlik	Staff Hemşire	79	45,00	385,000	0,625
	Sorumlu Hemşire	11	41,00		
Savunma Amaçlı Seslilik	Staff Hemşire	79	46,24	289,500	0,089
	Sorumlu Hemşire	11	32,32		
Örgüt Yararına Sessizlik	Staff Hemşire	79	43,16	320,500	0,183
	Sorumlu Hemşire	11	53,86		
Örgüt Yararına Seslilik	Staff Hemşire	79	41,40	185,000	0,003*
	Sorumlu Hemşire	11	66,18		

*p<0,05

Tabloda pozisyon durumu grupları için ölçek puanları bakımından karşılaştırma testi görülmektedir. Pozisyon durumu grupları için yapılan Mann Whitney U testine göre; Pozisyon durumu grupları arasında Örgüt Yararına Seslilik puanı bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır (U=185 p=0,003). Staff hemşire olanların puan sıra ortalaması 41,40, sorumlu hemşire olanların 66,18'dir. Bunu göre sorumlu hemşire olanların Örgüt Yararına Seslilik tutumu daha yüksektir. Pozisyon durumu grupları arasında Kabul Edilmiş Sessizlik, Kabul Edilmiş Seslilik, Savunma Amaçlı Sessizlik, Savunma Amaçlı Seslilik, Örgüt Yararına Sessizlik puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 10: Pozisyonda çalışılan süre gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması

Şuandaki pozisyonda çalışma süresi	n	Sıra Ort.	KW	p	İkili Karşılaştırma	
Kabul Edilmiş Sessizlik	(1) 3 yıldan az	58	31,95	4,249	0,119	
	(2) 3-5 yıl	25	28,52			
	(3) 5 yıldan fazla	7	44,64			
Kabul Edilmiş Seslilik	(1) 3 yıldan az	58	34,11	1,050	0,591	
	(2) 3-5 yıl	25	29,12			
	(3) 5 yıldan fazla	7	32,93			
Savunma Amaçlı Sessizlik	(1) 3 yıldan az	58	32,79	1,353	0,508	
	(2) 3-5 yıl	25	33,12			
	(3) 5 yıldan fazla	7	24,50			
Savunma Amaçlı Sesslilik	(1) 3 yıldan az	58	32,16	0,172	0,917	
	(2) 3-5 yıl	25	32,54			
	(3) 5 yıldan fazla	7	29,36			
Örgüt Yararına Sessizlik	(1) 3 yıldan az	58	29,71	7,075	0,029*	1<3
	(2) 3-5 yıl	25	30,12			
	(3) 5 yıldan fazla	7	48,86			
Örgüt Yararına Sesslilik	(1) 3 yıldan az	58	30,87	0,918	0,632	
	(2) 3-5 yıl	25	31,68			
	(3) 5 yıldan fazla	7	38,14			

*p<0,05

Tabloda pozisyonda çalışılan süre grupları için ölçek puanları bakımından karşılaştırma testi görülmektedir. Pozisyonda çalışılan süre grupları için yapılan Kruskal Wallis testine göre; Pozisyonda çalışılan süre grupları arasında Örgüt Yararına Sessizlik puanı bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır (KW=7,075 p=0,029). Üç yıldan az süredir şuan ki pozisyonunda çalışanların puan sıra ortalaması 29,71; üç-beş yıl arası çalışanların 30,12; beş yıldan fazla süredir çalışanların 48,86'dır. Buna göre beş yıldan fazla süredir şuan ki pozisyonunda çalışanların Örgüt Yararına Sessizlik tutumu en yüksektir. Pozisyonda çalışılan süre grupları arasında Kabul Edilmiş Sessizlik, Kabul Edilmiş Sesslilik, Savunma Amaçlı Sessizlik, Savunma Amaçlı Sesslilik, Örgüt Yararına Sesslilik puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 11: Çalışma şekli gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması

Çalışma şekli		n	Sıra Ort.	KW	P	İkili Karşılaştırma
Kabul Edilmiş Sessizlik	(1) Gündüz vardiyası	38	43,76	0,756	0,685	
	(2) Gece vardiyası	21	48,62			
	(3) Dönüşümlü	31	42,56			
Kabul Edilmiş Seslilik	(1) Gündüz vardiyası	38	40,31	1,979	0,372	
	(2) Gece vardiyası	21	49,88			
	(3) Dönüşümlü	31	45,73			
Savunma Amaçlı Sessizlik	(1) Gündüz vardiyası	38	36,43	6,885	0,032*	1<2
	(2) Gece vardiyası	21	53,69			
	(3) Dönüşümlü	31	47,65			
Savunma Amaçlı Seslilik	(1) Gündüz vardiyası	38	34,68	12,305	0,002*	1<2
	(2) Gece vardiyası	21	58,95			
	(3) Dönüşümlü	31	46,11			
Örgüt Yararına Sessizlik	(1) Gündüz vardiyası	38	48,82	3,708	0,157	
	(2) Gece vardiyası	21	35,74			
	(3) Dönüşümlü	31	45,42			
Örgüt Yararına Seslilik	(1) Gündüz vardiyası	38	50,75	3,693	0,158	
	(2) Gece vardiyası	21	40,81			
	(3) Dönüşümlü	31	39,74			

*p<0,05

Tabloda çalışma şekli grupları için ölçek puanları bakımından karşılaştırma testi görülmektedir. Çalışma şekli grupları için yapılan Kuruskal Wallis testine göre; Çalışma şekli grupları arasında Savunma Amaçlı Sessizlik puanı bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır (KW=6,885 p=0,032). Gündüz vardiyasında çalışanların puan sıra ortalaması 36,43; gece vardiyasında çalışanların 53,69; dönüşümlü olarak çalışanların 47,65'tir. Buna göre gece vardiyasında çalışanların Savunma Amaçlı Sessizlik tutumu en yüksektir. Çalışma şekli grupları arasında Savunma Amaçlı Seslilik puanı bakımından da istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır (KW=12,305 p=0,002). Gündüz vardiyasında çalışanların puan sıra ortalaması 34,68; gece vardiyasında çalışanların 58,95; dönüşümlü olarak çalışanların 46,11'dir. Buna göre gece vardiyasında çalışanların Savunma Amaçlı Seslilik tutumu en yüksektir. Çalışma şekli grupları arasında Kabul Edilmiş Sessizlik, Kabul Edilmiş Seslilik, Örgüt Yararına Sessizlik, Örgüt Yararına Seslilik puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

5.2.Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 12: Hasta Güvenliği Anketinden alınan puanların yaş grupları açısından değerlendirilmesi

Yaş	n	Sıra Ort.	KW	P	
Yönetim ve Liderlik	20 yaş ve altında	33	43,38	3,825	0,281
	21-25 yaşında	33	42,11		
	26-30 yaşında	10	59,45		
	31 yaş ve üstünde	14	48,54		
Çalışan Davranışı	20 yaş ve altında	33	45,61	0,858	0,836
	21-25 yaşında	33	42,98		
	26-30 yaşında	10	51,35		
	31 yaş ve üstünde	14	47,00		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	20 yaş ve altında	33	47,35	2,267	0,519
	21-25 yaşında	33	42,73		
	26-30 yaşında	10	38,80		
	31 yaş ve üstünde	14	52,46		
Çalışanların Eğitimi	20 yaş ve altında	33	45,48	0,759	0,859
	21-25 yaşında	33	45,64		
	26-30 yaşında	10	39,90		
	31 yaş ve üstünde	14	49,21		
Bakım Ortamı	20 yaş ve altında	33	44,11	0,330	0,954
	21-25 yaşında	33	46,12		
	26-30 yaşında	10	43,95		
	31 yaş ve üstünde	14	48,43		
Hasta Güvenliği Kùltürü	20 yaş ve altında	33	44,45	1,215	0,749
	21-25 yaşında	33	43,83		
	26-30 yaşında	10	44,60		
	31 yaş ve üstünde	14	52,54		

Tabloda yaş grupları için ölçek puanları bakımından karşılaştırma testi gör÷lmektedir. Yaş grupları için yapılan Kruskal Wallis testine göre;Yönetim ve Liderlik, Çalışan Davranışı, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama, Çalışanların Eğitimi, Bakım Ortamı ve Hasta Güvenliği Kùltürü puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 13: Cinsiyet gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması

Cinsiyet		n	Sıra Ort.	U	P
Yönetim ve Liderlik	Kadın	71	47,89	505,000	0,093
	Erkek	19	36,58		
Çalışan Davranışı	Kadın	71	48,03	495,000	0,075
	Erkek	19	36,05		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Kadın	71	47,26	549,500	0,209
	Erkek	19	38,92		
Çalışanların Eğitimi	Kadın	71	46,23	622,500	0,603
	Erkek	19	42,76		
Bakım Ortamı	Kadın	71	43,99	567,000	0,283
	Erkek	19	51,16		
Hasta Güvenliği Kültürü	Kadın	71	47,00	568,000	0,292
	Erkek	19	39,89		

Tabloda cinsiyet grupları için ölçek puanları bakımından karşılaştırma testi görülmektedir. Cinsiyet grupları için yapılan Mann Whitney U testine göre; Cinsiyet grupları arasında Yönetim ve Liderlik, Çalışan Davranışı, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama, Çalışanların Eğitimi, Bakım Ortamı ve Hasta Güvenliği Kültürü puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 14: Eğitim durumu gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması

Eğitim durumu		n	Sıra Ort.	KW	P	İkili Karşılaştırma
Yönetim ve Liderlik	(1) Lise	48	40,36	11,730	0,003*	1<3
	(2) Önlisans	28	43,45			
	(3) Lisans	14	67,21			
Çalışan Davranışı	(1) Lise	48	40,45	7,590	0,022*	1<3
	(2) Önlisans	28	45,79			
	(3) Lisans	14	62,25			
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	(1) Lise	48	43,88	3,054	0,217	
	(2) Önlisans	28	42,80			
	(3) Lisans	14	56,46			
Çalışanların Eğitimi	(1) Lise	48	42,30	1,798	0,407	
	(2) Önlisans	28	47,82			
	(3) Lisans	14	51,82			
Bakım Ortamı	(1) Lise	48	43,08	5,620	0,060	
	(2) Önlisans	28	42,13			
	(3) Lisans	14	60,54			
Hasta Güvenliği Kültürü	(1) Lise	48	42,14	7,208	0,027*	1<3 2<3
	(2) Önlisans	28	42,66			
	(3) Lisans	14	62,71			

* $p<0,05$

Tabloda eğitim durumu grupları için ölçek puanları bakımından karşılaştırma testi görülmektedir. Eğitim durumu grupları için yapılan Kruskal Wallis testine göre; Eğitim durumu grupları arasında Yönetim ve Liderlik puanı bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır ($KW=11,730$ $p=0,03$). Lise mezunu

olanların puan sıra ortalaması 40,36, önlisans mezunu olanların 43,45, lisans mezunu olanların 67,21'dir. Buna göre lisans mezunu olanların Yönetim ve Liderlik tutumu en yüksektir. Eğitim durumu grupları arasında Çalışan Davranışı puanı bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır (KW=7,590 p=0,022). Lise mezunu olanların puan sıra ortalaması 40,45, önlisans mezunu olanların 45,7, lisans mezunu olanların 62,25'tir. Buna göre lisans mezunu olanların Çalışan Davranışı tutumu en yüksektir.

Eğitim durumu grupları arasında Hasta Güvenliği Kültürü puanı bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır (KW=7,208 p=0,027). Lise mezunu olanların puan sıra ortalaması 42,14, önlisans mezunu olanların 42,66, lisans mezunu olanların 62,71'dir. Buna göre lisans mezunu olanların Hasta Güvenliği Kültür tutumu en yüksektir. Eğitim durumu grupları arasında Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama, Çalışanların Eğitimi ve Bakım Ortamı puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 15: Hemşire olarak çalışılan süre gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması

Hemşire olarak çalışma süresi	N	Sıra Ort.	KW	p	
Yönetim ve Liderlik	3 yıldan az	49	34,18	3,891	0,273
	3-5 yıl	23	32,98		
	6-10 yıl	11	47,05		
	10 yıldan fazla	7	36,36		
Çalışan Davranışı	3 yıldan az	49	34,50	2,248	0,523
	3-5 yıl	23	34,26		
	6-10 yıl	11	44,55		
	10 yıldan fazla	7	34,71		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	3 yıldan az	49	35,60	2,977	0,395
	3-5 yıl	23	31,65		
	6-10 yıl	11	40,64		
	10 yıldan fazla	7	44,71		
Çalışanların Eğitimi	3 yıldan az	49	32,55	3,777	0,287
	3-5 yıl	23	34,48		
	6-10 yıl	11	41,91		
	10 yıldan fazla	7	46,50		
Bakım Ortamı	3 yıldan az	49	32,98	1,177	0,758
	3-5 yıl	23	38,41		
	6-10 yıl	11	37,18		
	10 yıldan fazla	7	39,14		
Hasta Güvenliği Kültürü	3 yıldan az	49	32,62	2,983	0,394
	3-5 yıl	23	34,89		
	6-10 yıl	11	42,77		
	10 yıldan fazla	7	43,50		

Tabloda hemşire olarak çalışılan süre grupları için ölçek puanları bakımından karşılaştırma testi görülmektedir. Hemşire olarak çalışılan süre grupları için yapılan Kruskal Wallis testine göre; Hemşire olarak çalışılan süre grupları arasında Yönetim ve Liderlik, Çalışan Davranışı, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama, Çalışanların Eğitimi, Bakım Ortamı ve Hasta Güvenliği Kültürü puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 16: Pozisyon durumu gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması

Şuandaki pozisyonunuz	n	Sıra Ort.	U	p	
Yönetim ve Liderlik	Staff Hemşire	79	41,75	211,500	0,007*
	Sorumlu Hemşire	11	63,77		
Çalışan Davranışı	Staff Hemşire	79	44,18	399,000	0,757
	Sorumlu Hemşire	11	46,73		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Staff Hemşire	79	42,26	251,000	0,027*
	Sorumlu Hemşire	11	60,18		
Çalışanların Eğitimi	Staff Hemşire	79	42,97	305,500	0,133
	Sorumlu Hemşire	11	55,23		
Bakım Ortamı	Staff Hemşire	79	42,82	294,000	0,099
	Sorumlu Hemşire	11	56,27		
Hasta Güvenliği Kültürü	Staff Hemşire	79	42,22	248,000	0,027*
	Sorumlu Hemşire	11	60,45		

* $p<0,05$

Tabloda pozisyon durumu grupları için ölçek puanları bakımından karşılaştırma testi görülmektedir. Pozisyon durumu grupları için yapılan Mann Whitney U testine göre; Pozisyon durumu grupları arasında Yönetim ve Liderlik puanı bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır ($U=211,500$ $p=0,007$). Staff hemşire olanların puan sıra ortalaması 41,75, sorumlu hemşire olanların 63,77 'dir. Buna göre sorumlu hemşire olanların Yönetim ve Liderlik tutumu daha yüksektir. Pozisyon durumu grupları arasında Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama puanı bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır ($U=251,000$ $p=0,027$). Staff hemşire olanların puan sıra ortalaması 42,26, sorumlu hemşire olanların 60,18'dir. Buna göre sorumlu hemşire olanların Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama tutumu daha yüksektir. Pozisyon durumu grupları arasında Hasta Güvenliği Kültürü puanı bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır ($U=248,000$ $p=0,027$). Staff heşire olanların puan sıra ortalaması 42,22, sorumlu hemşire olanların 60,45'tir. Buna göre sorumlu hemşire olanların Hasta Güvenliği Kültür tutumu daha yüksektir. Pozisyon durumu grupları arasında Çalışan Davranışı, Çalışanların Eğitimi ve Bakım Ortamı puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 17: Pozisyonda çalışılan süre gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması

Şuandaki pozisyonda çalışma süresi	n	Sıra Ort.	KW	p	
Yönetim ve Liderlik	3 yıldan az	58	33,45	0,823	0,663
	3-5 yıl	25	29,46		
	5 yıldan fazla	7	34,64		
Çalışan Davranışı	3 yıldan az	58	31,74	2,602	0,272
	3-5 yıl	25	29,50		
	5 yıldan fazla	7	42,07		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	3 yıldan az	58	32,77	0,419	0,811
	3-5 yıl	25	30,32		
	5 yıldan fazla	7	34,57		
Çalışanların Eğitimi	3 yıldan az	58	31,48	0,418	0,811
	3-5 yıl	25	31,48		
	5 yıldan fazla	7	36,14		
Bakım Ortamı	3 yıldan az	58	30,95	1,473	0,479
	3-5 yıl	25	34,92		
	5 yıldan fazla	7	26,21		
Hasta Güvenliği Kültürü	3 yıldan az	58	31,24	0,319	0,852
	3-5 yıl	25	31,94		
	5 yıldan fazla	7	35,57		

*p<0,05

Tabloda pozisyonda çalışılan süre grupları için ölçek puanları bakımından karşılaştırma testi görülmektedir. Pozisyonda çalışılan süre grupları için yapılan Kruskal Wallis testine göre; Pozisyonda çalışılan süre grupları arasında Yönetim ve Liderlik, Çalışan Davranışı, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama, Çalışanların Eğitimi, Bakım Ortamı ve Hasta Güvenliği Kültürü puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 18: Çalışma şekli gruplarının ölçek puanları bakımından karşılaştırılması

Çalışma şekli	n	Sıra Ort.	KW	p	
Yönetim ve Liderlik	Gündüz vardiyası	38	49,35	2,263	0,323
	Gece vardiyası	21	42,24		
	Dönüşümlü	31	40,40		
Çalışan Davranışı	Gündüz vardiyası	38	46,79	0,760	0,684
	Gece vardiyası	21	40,69		
	Dönüşümlü	31	44,42		
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Gündüz vardiyası	38	44,64	1,881	0,390
	Gece vardiyası	21	50,21		
	Dönüşümlü	31	40,47		
Çalışanların Eğitimi	Gündüz vardiyası	38	48,99	2,325	0,313
	Gece vardiyası	21	44,12		
	Dönüşümlü	31	39,55		
Bakım Ortamı	Gündüz vardiyası	38	46,89	2,689	0,261
	Gece vardiyası	21	36,60		
	Dönüşümlü	31	47,08		
Hasta Güvenliği Kültürü	Gündüz vardiyası	38	47,49	0,971	0,615
	Gece vardiyası	21	40,83		
	Dönüşümlü	31	43,52		

Tabloda çalışma şekli grupları için ölçek puanları bakımından karşılaştırma testi görülmektedir. Çalışma şekli grupları için yapılan Kuruskal Wallis testine göre; Çalışma şekli grupları arasında Yönetim ve Liderlik, Çalışan Davranışı, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama, Çalışanların Eğitimi, Bakım Ortamı ve Hasta Güvenliği Kültürü puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).



Tablo 19: Ölçek puanlarının ilişki analizi

		Kabul Edilmiş Sessizlik	Kabul Edilmiş Seslilik	Savunma Amaçlı Sessizlik	Savunma Amaçlı Seslilik	Örgüt Yararına Sessizlik	Örgüt Yararına Seslilik	Yönetim ve Liderlik	Çalışan Davranışı	Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Çalışanların Eğitimi	Bakım Ortamı	Hasta Güvenliği Kültürü
Kabul Edilmiş Sessizlik	r	1	,225*	,307**	,347**	0,040	-0,160	-0,185	-0,103	-0,027	-0,086	-0,170	-0,163
	p		0,033	0,003	0,001	0,706	0,131	0,080	0,332	0,801	0,420	0,109	0,126
Kabul Edilmiş Seslilik	r		1	0,152	,418**	,213*	,249*	0,157	,260*	0,192	0,189	0,182	0,187
	p			0,151	0,000	0,044	0,018	0,138	0,013	0,070	0,075	0,087	0,077
Savunma Amaçlı Sessizlik	r			1	,435**	-0,104	0,007	0,083	0,056	0,060	-0,042	0,131	0,012
	p				0,000	0,330	0,950	0,437	0,600	0,574	0,693	0,217	0,914
Savunma Amaçlı Seslilik	r				1	-0,084	0,010	-0,083	0,133	0,078	-0,104	0,001	-0,056
	p					0,430	0,928	0,435	0,211	0,463	0,330	0,990	0,597
Örgüt Yararına Sessizlik	r					1	,458**	,284**	,294**	0,114	0,112	0,064	0,200
	p						0,000	0,007	0,005	0,284	0,293	0,550	0,058
Örgüt Yararına Seslilik	r						1	,214*	0,153	0,083	,219*	0,087	0,148
	p							0,043	0,149	0,437	0,038	0,416	0,163
Yönetim ve Liderlik	r							1	,693**	,635**	,459**	,518**	,775**
	p								0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Çalışan Davranışı	r								1	,498**	,453**	,479**	,724**
	p									0,000	0,000	0,000	0,000
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	r									1	,632**	,546**	,803**
	p										0,000	0,000	0,000
Çalışanların Eğitimi	r										1	,629**	,795**
	p											0,000	0,000
Bakım Ortamı	r											1	,800**
	p												0,000
Hasta Güvenliği Kültürü	r												1
	p												

**p<0,01 , *p<0,05

Tabloda ölçek puanlarının ilişkisi için yapılan Spearman Korelasyon testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre Kabul Edilmiş Sessizlik puanı ile Kabul Edilmiş Sesslilik puanı arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki, Savunma Amaçlı Sessizlik ve Savunma Amaçlı Sesslilik puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Kabul Edilmiş Sesslilik puanı ile Savunma Amaçlı Sesslilik ve Çalışan Davranışı puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki, Örgüt Yararına Sessizlik ve Örgüt Yararına Sesslilik puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki (r,p) bulunmaktadır. Savunma Amaçlı Sessizlik puanı ile Savunma Amaçlı Sesslilik puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Örgüt Yararına Sessizlik puanı ile Örgüt Yararına Sesslilik, Yönetim ve Liderlik ve Çalışan Davranışı puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Örgüt Yararına Sesslilik puanı ile Yönetim ve Liderlik, Çalışanların Eğitimi puanları arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Yönetim ve Liderlik puanı ile Çalışan Davranışı ve Hasta Güvenliği Kültürü puanları arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki, Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama, Bakım Ortamı puanları arasında pozitif yönlü orta bir ilişki, Çalışanların Eğitimi puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Çalışan Davranışı puanı ile Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama puanı arasında pozitif yönlü orta bir ilişki, Çalışanların Eğitimi ve Bakım Ortamı puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki, Hasta Güvenliği Kültürü puanı arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama puanı ile Çalışanların Eğitimi ve Bakım Ortamı puanları arasında pozitif yönlü orta bir ilişki, Hasta Güvenliği Kültürü puanı arasında pozitif yönlü çok güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Çalışanların Eğitimi puanı ile Bakım Ortamı puanı arasında pozitif yönlü orta bir ilişki, Hasta Güvenliği Kültürü arasında pozitif yönlü çok güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Bakım Ortamı puanı ile Hasta Güvenliği Kültürü puanı arasında pozitif yönlü çok güçlü bir ilişki bulunmaktadır.

6. TARTIŞMA

Örgütsel Sessizlik Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Örgütlerdeki sessizlik davranışı çalışanların, yaş, cinsiyet, eğitim, deneyim gibi demografik özellikleri nedeniyle farklılık gösterebilir. Bireyinyaşları ilerledikçe iş yaşamındaki davranışlarında da değişimler gözlemlenir. Yaşın ilerlemesiyle meydana gelen olaylar karşısında çalışanların uyum düzeyi yükselir, bu eğilim çalışanı sessiz kalmaya itebilir. Noelle-Neuman (1974) yaşlı çalışanların genç çalışanlara göre örgüt içinde fikirlerini söyleme konusunda daha az istekli olduklarından bahsetmiştir (23). Bu araştırmada yaş faktörü özelinde elde edilen sonuçlara göre 26-30 yaş aralığındaki çalışanların örgütün yararına olacak şekilde sessizlik tutumuna sahip oldukları görülmektedir. Kabul edilmiş sessizlik, savunma amaçlı sessizlik, örgüt yararına sessizlik ile yaş açısından inceleme yapıldığında ise anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0,05$). Tayfun ve Çatır (2013), çalışanların örgütsel sessizlikleri ve performansları arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada örgütsel sessizlik ile yaş faktörü arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Elde edilen sonuç bu araştırmayla benzerlik göstermektedir. Yaş arttıkça çalışanların tecrübesi de artacağı için sessizlikle ilgili tutumların birey ve hastane açısından olumsuzluk doğurmayacak şekilde olması olasılığının artması beklenmektedir. Bireyin kendisini ve kurumu koruma içgüdüğü, böyle bir beklentiyi beraberinde getirebilir.

Cinsiyet, çalışmada dikkate alınan bir başka demografik özelliktir. Morrison ve Milliken'e göre cinsiyet sessizliği belirleyen bir faktördür (5). Cinsiyetin incelendiği farklı araştırmalar erkeklerin iletişim kurma ve düşüncelerini ifade etme eğilimindeyken, kadınların fikir birliği yönünde çaba sarf ettiklerini ve hem kadınların hem erkeklerin de bulunduğu gruplarda erkeklerin daha fazla etki sahibi olduklarını göstermiştir (43). Yeşilaydın ve Bayın (2015) ise, örgütsel sessizlikle ilgili yaptıkları çalışmada, cinsiyetin örgütsel sessizlik türleri üzerinde bir etkisi olmadığını, prososyal-kabullenici-savunmacı sessizlik ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirlemişlerdir. Bu araştırmada cinsiyet faktörüne göre yapılan incelemede kabul edilmiş sessizlik, savunma amaçlı sessizlik, savunma amaçlı seslilik, örgüt yararına sessizlik, örgüt yararına seslilik ve cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$). Cinsiyetle ilgili olarak ulaşılan tek anlamlı farklılık erkeklerin kabul edilmiş seslilik puan ortalamalarının kadınların puanlarından daha

yüksek düzeyde olduğudur ($p<0,05$).Bu durum erkeklerin farklı görüş amacıyla ses çıkarmaktan kaçındıkları, örgüt içerisinde genellikle grup çıkarını gözeten konularda grup kararına uyma eğiliminde olduklarını göstermektedir. Bu araştırmada örneklem grubundaki erkek sayısının az olması sonuç üzerinde etkili olmuş olabilir. Örgütsel sessizlik üzerinde etkisi bulunan faktörlerden bir tanesi de eğitim durumudur. Kılıçlar ve Harbalıoğlu (2014), eğitim durumu açısından örgütsel sessizliği incelemiş, eğitim seviyesinin örgütsel sessizliği etkileyen bir yapıda olduğunu sonucunu elde etmişlerdir. Yapılan bir başka çalışmada eğitim düzeyi ile sessizlik davranışı arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur (44). Çakıcı (2010)'nın yaptığı araştırmada ise, eğitim düzeyi yüksek çalışanların sessizlik karşısında daha duyarlı olduklarını ve bu durumu bir sorun olarak algıladıkları sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada ise eğitim durumuna göre çalışanların örgütsel sessizlik düzeyleri arasında herhangi bir fark bulunamamış, bu durumun araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun lisans altında eğitim derecesine sahip olmalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Konuşmanın güvenli olup olmadığına dair karar verdikten sonra birey ya sessiz kalmayı ya da konuşmayı tercih eder. Özel ve kamu sektöründe çalışanlar üzerinde yapılan araştırmada, örgütsel sessizliğin cinsiyet, yaş, eğitim, kıdemsel farklılık göstermediği ancak bununla birlikte statü, pozisyon ve çalışanın bulunduğu sektöre göre farklılık gösterdiği sonucu elde edilmiştir (42).Bu araştırmada, örgütün yönetsel basamaklarında yer alan daha deneyimli, görece olarak daha yaşlı çalışanlar, örgütte daha düşük basamaklarda çalışan ve deneyimi daha az, görece olarak daha genç çalışanlara göre daha az sessiz kalmaya eğilimlidirler. Bu sonucun deneyimi yetersiz, genç çalışanların kendilerini güçlendirilmiş hissetmemelerinden ve kurumsal çalışmalara yeterince katkı sağlama fırsat elde edememelerinden kaynaklanıyor olabilir(23).Ayrıca işgörenlerin yaştan, cinsiyet özelliklerinden, tecrübeden, ailegeçmişlerinden dolayı farklı düşünce ve duygu sahibi olmakta ve bu düşünceleri ve yaşanmışlıkları kimi zamanlar onları susmaya itebilmektedir (40).

Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Bulguların Tartışılması

Sağlık kurumları, hasta güvenliğini sağlamak için mutlaka müdahale sıralaması yapması gerekmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanmaması durumunda yaralanma, fonksiyon kaybı, ölüm, intihar gibi vakaların ortaya çıkabilir (68). Bazen zaman baskısı ve iletişim eksikliği hasta güvenliğini tehdit edebilir (69). Bu nedenle de hastanelerin

sağlık hizmeti sunumundaki öncelikli gündem maddesi hasta güvenliğidir. Dünya Sağlık Örgütü de güvenli hasta bakımını öncelikleri arasında ele almaktadır (68,69).

Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü orta düzeydedir. Bununla birlikte çalışan eğitimine ilişkin ortalamaları diğer alanlara göre daha yüksek iken beklenmedik olayların raporlanması ve bakım ortamına ilişkin puanları daha düşüktür.

Yaş, cinsiyet, buldukları pozisyonda çalışma süresi ve çalışma şekillerine göre Hasta Güvenliği Kültürü ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlar bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Lisans ve üzerinde eğitim almış hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü toplamı, liderlik ve yönetim boyutu ile çalışan davranışları alt boyutlarında daha düşük düzeyde eğitim almış hemşirelere göre daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Bu durumun lisans mezunu hemşirelerin hasta güvenliğini ilgilendiren çalışmalara daha fazla dahil ediliyor olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Yönetici pozisyonlarında çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü ölçek puanları serviste çalışan hemşirelere göre daha yüksektir ($p<0,05$). Ayrıca yönetici hemşireler, yönetim ve liderlik alt boyutu ile beklenmedik olayların raporlanması alt boyutlarından servis hemşirelerine göre daha yüksek puan almışlardır ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$). Bu durum yönetici pozisyonlarında yer alan hemşirelerin kurum içerisinde hasta güvenliğini ilgilendiren komite ve çalışmalarda daha fazla görev alıyor olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Böylece üst yönetimin hasta güvenliği çalışmalarına bakış açısını daha yakından değerlendirme fırsatları olabilir. Ayrıca pozisyonları gereği çalışanlarına destek ve örnek olmaları ya da kurumsal prosedürlere göre hata ve olay bildiriminde daha fazla sorumluluk almaları gerekiyor olabilir.

Hemşirelerde Örgütsel Sesizlik ve Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği İlişkisine Göre

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ölçeğinden alınan toplam puan ve örgütsel sessizlik düzeyleri arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) ancak

Hasta güvenliği kültürünün gelişmesi ve çalışanların kurumsal gelişime katkıda bulunmasında yönetimin desteği önemlidir. Yeşilaydın, Bayın ve Yılmaz (2015), sağlık personelinin örgütsel sessizlik nedenlerini araştırdığı çalışmada hemşirelerin örgüt içerisinde sessiz kalmalarının nedenlerinin başında üst yönetimin ilgisiz tavırlarının belirleyici olduğu sonucunu elde etmişlerdir. Bu çalışmada ise farklı bir şekilde hemşirelerin örgüt yararına sessizlik puanları ile hasta güvenliği kültürü ölçeği yönetim ve liderlik ile çalışan davranışı alt boyutlarının puanları arasında pozitif yönde bir ilişki belirlenmiş olup, yönetimin desteğini hisseden çalışanlar, kurumun çıkarına olacak konularda sessizliği koruma ve kurum içi gizli bilgileri sakalama davranışını tercih ettikleri belirlenmiştir.

Yönetim ve liderlik ile hemşirelerin çalışma şekilleri arasındaki ilişkiye dair yapılan incelemede, yönetim ve liderlik ile ilgili olan faktörlerin hemşirelerin çalışma biçimi özelinde örgütsel sessizliklerini etkilemediği yönünde sonuçlar elde edilmiştir. Literatürde yer alan çalışmalarda ise yönetim ve liderlik gibi yönetsel konuların hemşirelerin örgütsel sessizliklerini etkileyen faktörler olduğunu gösteren sonuçlar elde edilmiştir. Bayın, Yeşilaydın ve Esatoğlu (2015), örgütsel sessizliği hemşireler üzerinde incelemişler ve hemşirelerin en fazla yönetsel ve örgütsel nedenlerin etkisi altında sessizlik davranışı sergilediklerini ortaya koymuşlardır. Araştırmacılar yönetsel nedenlerin yanı sıra işle ilgili konular, tecrübe düzeyi, kişilerarası ilişkilerin zedelenme düzeyinin hemşirelerin örgütsel sessizlikleri üzerinde etkili olduğunu gösteren sonuçlar elde etmişlerdir. Araştırmacıların elde ettiği sonuçlar arasında örgütsel sessizlikle örgütsel bağlılık, liderlik stilleri, performans, örgütsel vatandaşlık davranışı, motivasyon, örgütsel güven, örgüt kültürü, tükenmişlik, işten ayrılma niyeti gibi örgütsel süreçler ve örgütsel davranışlar arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar bu çalışmadan ayrılan bir başka sonuç olarak görünmektedir (66). Ayrıca araştırmacılar yapmış oldukları çalışmada “örgütsel sessizliğe ilişkin boyutların kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olup olmadığı korelasyon analizi ile incelenmiştir. Buna göre, “yönetsel ve örgütsel nedenler” alt boyutu ile “işe ilişkin korkular” ve “ilişkileri zedeleme korkusu” alt boyutları arasında kuvvetli ve pozitif yönde bir ilişki olduğu; diğer boyutların ise birbirleriyle ilişkilerinde orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir” (66).

Erigüç, Özer, Songur ve Turaç (2014), örgütsel sessizlik konusunu devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde araştırmışlardır. Araştırmacıların elde ettikleri sonuçlara göre hemşireler yöneticilerin ilgisiz tavırları sebebiyle örgütsel sessizlik davranışına yönelmektedirler. Sessiz kalan hemşirelerin çoğunlukla meslektaşları ile konuşma yolunu tercih ettikleri görülmüştür. Hemşirelerin en az sessiz kaldıkları olay ise taciz olayları olup örgüt içindeki bu olaylara karşı sessiz kalma düzeyinin düşük olduğunu gösteren bulgulara ulaşılmıştır. Araştırmacıların elde ettikleri sonuçlar bu çalışmadan farklılık göstermektedir. Sağlık sektöründe örgütsel sessizlik konusunun nispeten yeni olduğu ve bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerektiği ise çalışmaların ikisinin de dolaylı ya da doğrudan dikkat çektiği bir konudur.



7. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelerde örgütsel sessizlik düzeyinin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

1. Hemşirelerin örgütsel sessizlik düzeyleri düşük ve orta düzeydedir ancak kabul edilmiş seslilik, örgüt yararına sessizlik ve örgüt yararına seslilik düzeyleri ortalamanın üzerindedir.
2. Eğitim durumu hemşirelerin örgütsel sessizlik düzeyleri üzerinde farklılık yaratmamaktadır. Bununla birlikte ileri yaşta, deneyimli ve aynı pozisyonda uzun süredir çalışan hemşirelerin örgüt yararına sessizlik düzeyleri daha yüksek olup, çalışma arkadaşları ve örgütün çıkarı için bilgi ve düşüncelerini açıklamaktan kaçınmakta, gizli bilgileri saklama eğiliminde bulunmaktadırlar.
3. Erkeklerin kabul edilmiş seslilik düzeyleri kadınlardan daha yüksek olup, örgütsel konularda grup kararına uyma eğilimindedirler.
4. Yönetici hemşirelerin örgüt yararına seslilik düzeyleri yüksek olup, işbirliği motivasyonu, işle ilgili bilgi, fikir ve düşüncelerini paylaşma eğilimindedirler.
5. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü orta düzeydedir. Bununla birlikte çalışan eğitimine ilişkin ortalamaları diğer alanlara göre daha yüksek iken beklenmedik olayların raporlanması ve bakım ortamına ilişkin puanları daha düşüktür.
6. Yaş, cinsiyet, buldukları pozisyonda çalışma süresi ve çalışma şekilleri hasta güvenliği kültürü üzerinde etkili değildir.
7. Lisans ve üzerinde eğitim almış hemşireler hasta güvenliği kültürünü alt düzeyde eğitim almış hemşirelere göre daha fazla benimsemekte; yönetici ve liderlerin hasta güvenliğine yaklaşımlarını daha olumlu değerlendirmekte ve çalışanların hasta güvenliği ile ilgili konulara katılım gösterdiğine ve yönetimin bu konuda çalışanları desteklediğini düşünmektedir.
8. Yönetici pozisyonlarında çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü serviste çalışan hemşirelere göre daha fazla benimsemekte; yönetici ve liderlerin hasta güvenliğine yaklaşımlarını daha olumlu değerlendirmekte ve beklenmedik

olayların raporlanmasında daha fazla görev almaktadırlar.

9. Hemşirelerin kabul edilmiş seslilik puanları ile hasta güvenliği kültürü ölçeği çalışan davranışları alt boyutu puanları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuş olup; hasta güvenliği ile ilgili çalışanların katkısının gerektiği konularda grup kararına uyma eğilimi göstermektedirler.
10. Hemşirelerin örgüt yararına sessizlik puanları ile hasta güvenliği kültürü ölçeği yönetim ve liderlik ile çalışan davranışı alt boyutlarının puanları arasında pozitif yönde bir ilişki belirlenmiş olup; hasta güvenliği ile ilgili yönetim ve çalışanların katkısını daha olumlu değerlendiren hemşireler, çalışma arkadaşları ve örgütün çıkarı için bilgi ve düşüncelerini açıklamaktan kaçınmakta, bu amaçla gizli bilgileri saklama eğilimi göstermektedirler.
11. Hemşirelerin örgüt yararına seslilik puanları ile hasta güvenliği ölçeği yönetim ve liderlik ile çalışanların eğitimi alt boyut puanları arasında olumlu yönde bir ilişki belirlenmiş olup; kurum üst yönetiminin hasta güvenliği uygulamalarını desteklediğini ve çalışanlara hasta güvenliğine ilişkin eğitim verildiğini düşünen hemşireler, işle ilgili bilgi, fikir ve düşüncelerini paylaşma eğiliminde bulunmaktadırlar.

Çalışmada ulaşılan bu sonuçlar göz önünde bulundurularak aşağıdaki önerilerin getirilmesi mümkündür:

1. Hemşirelerin örgüt içerisindeki sessizliğinin kurumdaki hasta güvenliği kültürüne ilişkin olumsuz algılarından kaynaklanabileceği ve hasta güvenliğine ilişkin olumsuz algıların ise çalışanların daha fazla sessiz kalmalarına neden olabileceği bilinmeli; kurumda olumlu hasta güvenliği algısı yaratmak üzere bir plan dahilinde çalışmalar yürütülmelidir.
2. Yönetimin hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasındaki katkılarının çalışanların hasta bakımının geliştirilmesi ve kurumun ilerlemesi için daha fazla istek yarattığı bilinmeli, yönetimin hasta güvenliğine olan ilgisi görünür hale getirilmelidir.
3. Çalışanların hasta güvenliğine ilişkin bilgileri arttıkça hasta güvenliğini sağlanmasına yönelik daha fazla katkıda bulunmak istedikleri unutulmamalı;

oryantasyon ve hizmetiçi eğitim programlarında hasta güvenliğine yönelik eğitim planları oluşturulmalı ve düzenli olarak sürdürülmesi sağlanmalıdır.

4. Yönetici hemşirelerin hataların raporlanması ve kurum hasta güvenliğini gelişimindeki kritik rolü farkedilmeli, kurumda hasta güvenliği ile ilgili komite çalışmalarında aktif rol almaları sağlanmalıdır.
5. Olumlu hasta güvenliği kültürü oluşturulmasında çalışanların katkıları görünür hale getirilmeli, hasta güvenliğini geliştirilmesi ile ilgili çalışmalarda fikir ve görüşlerinin alınması sağlanmalıdır.
6. Kurumsal gelişim ve hasta güvenliğinin sağlanması için her düzeyde çalışanın kuruma katkı ve kararlara katılım sağlayacağı bir iklim oluşturulması; cezalandırma yerine örgütsel gelişim kültürünün hakim kılınması önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Yeşilaydın G, Bayın G, Yılmaz G. "Sağlık Personelinin Örgütsel Sessizlik Nedenlerinin Belirlenmesi: Özel Hastane Örneği", *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Aralık 2015, 8(2).
2. Yeşilaydın G, Bayın G. "Türkiye’de Örgütsel Sessizlik İle İlgili Yapılan Araştırmalara Yönelik Literatür İncelemesi", *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2015, 15(4); 103-120.
3. Yalçın B, Baykal Ü. "Özel Hastanelerde Görevli Hemşirelerin Sessiz Kaldığı Konular Ve Sessiz Kalma Nedenleriyle İlişkili Faktörler", *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 2012, 9(2); 42-50.
4. Milliken FJ, Morrison EW, Hewlin PF. "An Exploratory Study of Employee Silence: Issues That Employees Don't Communicate Upward and Why", *Journal of Management Studies*, 2003,40(6); 1453- 1476.
5. Morrison EW, Milliken FJ. "Organizational Silence: A Barrier To Change And Development In A Pluralistic World", *Academy Of Management Review*, 2000, 25(4); 706-725.
6. Pinder CC, Harlos KP. "Employee Silence: Quiescence And Acquiescence As Responses To Percieved Injustice", *Personal and Human Research Management*, 2001, 20; 331-369.
7. McGowan RA. *Organizational Discourses: Sounds Of Silence*. Silence And Voice In Organizational Life Stream. 3rd International Critical Management Studies Conference, Lancaster University, Uk, 2003.
8. Henriksen K, Dayton E. "Organizational Silence And Hidden Threats To Patient Safety", *Health Research And Educational Trust*, 2006,41(4); 1539-1554.
9. Genel Türkçe Sözlük,
http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.592bc53157bb79.33880760 Erişim tarihi: 06.09.2017
10. Çakıcı A. *Örgütlerde İş Gören Sessizliği: Neden Sessiz Kalmayı Tercih Ediyoruz?*, Ankara, Detay Yayıncılık, 2010.
11. Kahveci G. *İlköğretim okullarında örgütsel sessizlik ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkiler* (Tez). Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi;2010.

12. Brown P, Stephen CL. *Politeness: Some Universals in Language Usage*, Second Edition, Cambridge University Press, United Kingdom, 1987.
13. Premeaux SF, Arthur GB. "Breaking The Silence: The Moderating Effects of Self-Monitoring In Predicting Speaking Up in The Workplace", *Journal of Management Studies*, 2003,40(6); 1537-1562.
14. Alioğulları ZD. *Örgütsel sessizlik ve örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişki: bir uygulama (Tez)*. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi; 2012.
15. Eren E. *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, Beta Basım, İstanbul, 2004.
16. Batmunkh M. *Liderlik tarzları ile örgütsel bağlılık ve örgütsel sessizlik arasındaki ilişki ve bir araştırma (Tez)*. Marmara Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 2011, 53.
17. Çakıcı A. "Örgütlerde Sessizlik: Sessizliğin Teorik Temelleri ve Dinamikleri", *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2007,16(1); 145-162.
18. Noelle NE. "The Spiral Of Silence, A Theory Of Public Opinion", *Journal Of Communication*, 1974, 24(2); 43-51.
19. Bowen F, Blackmon K. "Spirals Of Silence: The Dynamic Effects Of Diversity On Organizational Voice", *Journal Of Management Studies*, 2003.
20. Kostiuk DD. *Silence: The reasons why people may not communicate*, Missouri Üniversitesi, Kolombiya, Basılmamış Doktora Tezi; 2012.
21. Greenberg J, Baron R. *Communication in Organizations*, 8th Edition, Prentice Hall, Behavior In Organizations, 2003.
22. Alkan Z. *Liderlik tarzlarının örgütsel sessizlik ilişkisinde kariyer memnuniyetinin rolü (Tez)*. Süleyman Demirel Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi; 2016.
23. Milliken FJ, Elizabeth WM, Patricia EH. "An Exploratory Study of Employee Silence: Issues that Employees Don't Communicate Upward and Why?", *Journal of Management Studies*, 2003, 40(6); 14-54.
24. Kolay A. *Endüstri meslek liselerinde görev yapan öğretmenlerin örgütsel sessizlik ve örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişki (Tez)*. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2012.
25. Vakola M, Bouradas D. "Antecedents And Consequences Of Organisational Silence: An Empirical Investigation", *Employee Relations*, 2005, 27(5).

26. Milliken FJ, Morrison EW. "Shades Of Silence: Emerging Themes And Future Directions For Research On Silence In Organizations", *Journal Of Management Studies*, 2003, 40(6);2322-2380
27. Leymann H. "The Content And Developement Of Mobbing At Work", *European Journal Of Work And Organizational Psychology*, 1996,5(2); 165-184.
28. Kutlay Y. *Araştırma görevlilerinin örgütsel adanmışlık ve öz-yeterliliklerinin örgütsel sessizlikleri üzerine etkisi* (Tez). Süleyman Demirel Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi; 2012.
29. Yüksel RF, *Okul çalışanlarının örgütsel bağlılık ve örgütsel sessizlik düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi* (Tez). Okan Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, 2015.
30. Tınaz P. "Mobbing: İşyerinde Psikolojik Taciz", *Çalışma ve Toplum*,2006,10(1); 11- 22.
31. Şehitoğlu Y. *Örgütsel sessizlik ve örgütsel vatandaşlık davranışı ve algılanan performans ilişkisi* (Tez). Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi;2010.
32. Sayılı H. "Geleneksel Yönetim Paradigmasının Sınırlayıcı Alanlarına Karşı Post-Modern Yönetim Paradigmasının Geliştirici Alanları", *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*,2008 10(2); 181-200.
33. Bildik B. *Liderlik tarzları, örgütsel sessizlik ve örgütsel bağlılık ilişkisi* (Tez). Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2009.
34. Yanık C. *Örgütsel sessizlik ve güven arasındaki ilişki ve eğitim örgütlerinde bir araştırma* (Tez). Yeditepe Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 2012.
35. Karadal H. "Örgütsel Sessizlik Davranışı ve Etkileri" Yeniçeri Ö, Demirel Y, *Yönetimde Birey ve Örgüt Odaklı Davranışlar* Ekin Yayınevi, Bursa, 2011.
36. Alioğulları ZD. *Örgütsel sessizlik ve örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişki, bir uygulama* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi; 2012.
37. Dyne LV, Soon A, Isabel CB. "Conceptualizing Employee Silence And Employee Voice as Multidimensional Constructs", *Journal of Management Studies*, 2003,40(6); 1359-1392.
38. Karacaoğlu K, Cingöz A. İş gören Sessizliğinin Kaynağı Olarak Liderlik Davranışı ve Örgütsel Adalet Algısı, 17. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İşletme Bölümü, 2009,700-707.

39. Podsakoff PM, Mackenzie SB, Paine JB, Bachrach DG. "Organizational Citizenship Behaviors: A Critical Review of The Theoretical and Empirical Literature And Suggestions For Future Research", *Journal Of Management*,2000, 26(3).
40. Saçılık T, *Örgüt kültürü ile örgütsel sessizlik arasındaki ilişki ve bir araştırma* (Tez). Bahçeşehir Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi; 2014.
41. Çakıcı A, "Örgütlerde Sessiz Kalınan Konular, Sessizliğin Nedenleri Algılanan Sonuçlar Üzerine Bir Araştırma", *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,2008,18(1); 117- 134.
42. Özdemir L, Uğur S. "Çalışanların "Örgütsel Ses ve Sessizlik Algılamalarının Demografik Nitelikler Açısından Değerlendirilmesi: Kamu ve Özel Sektörde Bir Araştırma", *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2013,27(1); 257-281.
43. LePine JA, Linn VD. "Predicting Voice Behavior in Work Groups", *Journal of Applied Psychology*,1998,83, 853-868.
44. Erenler E. *Çalışanlarda sessizlik davranışının bazı kişisel ve örgütsel özelliklerle ilişkisi: turizm sektöründe bir alan araştırması* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi; 2010.
45. Bisel RS, Elissa NA, "Making Sense of Organizational Members' Silence: A Sensemaking-Resource Model", *Communication Research Reports*, 2012,29(3), 217-226.
46. Slade MR. *The adaptive nature of organizational silence: A cybernetic exploration of the hidden factory* (Tez). George Washington Üniversitesi, Doktora Tezi; 2008.
47. Tunçel K. *Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü algılama düzeyi ve hasta güvenliği uygulamaları* (Tez). Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2013.
48. Dilmen B. *Hemşirelik öğrencileri ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamalarının değerlendirilmesi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi; 2016.
49. Karaboğa Gündoğdu S. *Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılanmasının belirlenmesi* (Tez). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2010.

50. Durmaz G. *Cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Tez). Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2016.
51. Eroğlu Kaya E. *Bir eğitim ve araştırma hastanesinde iş yükünün hasta güvenliği üzerindeki etkisinin belirlenmesi* (Tez). Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011.
52. Çakır A. *Hasta güvenliği kültürü ile kalite yönetim sistemi arasındaki ilişkinin analizi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi;2007.
53. Bayar H. *Acil birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamaları* (Tez). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi;2013.
54. Adıgüzel O. "Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma", *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*,2010,(28); 159-170.
55. Dağdelen Ü. *Öğrenen organizasyonlarda hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi* (Tez). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2014.
56. Şen S, Sezer E, Sevil Ü. *Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar. Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*. Antalya, 2009.
57. Çoban İ. *Ailelerin hasta güvenliği konusundaki görüşlerinin belirlenmesi* (Tez). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2012.
58. Acar E. "Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliği", *İstanbul Tıp Dergisi*,2008, 1(3);141-145.
59. Gökteş S. *Bir kamu hastanesinde hemşire istihdamının hasta güvenliğine etkisi* (Tez). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi;2007.
60. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Kan ve Kan Ürünleri Rehberi. Türkiye Kan Merkezleri ve Transfüzyon Derneği, 2011,
<https://kms.kaysis.gov.tr/Home/Goster/66717?AspxAutoDetectCookieSupport=1>.
Erişim tarihi: 15.09.2017.
61. Törüner E, Erdemir F. "Pediatrik Hastalarda İlaç Uygulama Hatalarının Önlenmesi", *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2010, 63-71.
62. Çelenkoğlu N. Hasta Güvenliği Prosedürü, 2007,
<http://www.gemlikdh.gov.tr/userfiles/file/Prosedurler/PR21.pdf>.

Erişim tarihi: 15.09.2017.

63. İntepeler řS, DursunM. “Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15(2).
64. Tayfun A, atır O. “Örgütsel Sessizlik ve alışanların Performansları Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma”, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2013, 3; 114-134.
65. Kılıçlar A, Harbalıoğlu M. “Örgütsel Sesizlik ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişki: Antalyadaki Beş Yıldızlı Otel İşletmeleri Üzerine Bir Araştırma”, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2014, 1; 328-346.
66. Bayın G, Yeşilaydın G, Esatoğlu AE. “Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Nedenlerinin Belirlenmesi”, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2015, 1; 248-266.
67. Erigüç G, Özer Ö, Songur C, Turaç İS. “Bir Devlet Hastanesinde Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Üzerine Bir Araştırma”, *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2014, 2; 61-84.

EKLER

EK 1: Anket Formu

Bu çalışma bir özel hastaneler grubundaki " hemşirelerin örgütsel sessizlik düzeyinin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisini" belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmada elde edilen tüm veriler toplu olarak değerlendirilecektir. Bu nedenle isim belirtmenize gerek yoktur. Ankette yer alan soruları dikkatle okuyup, tümünü cevaplandırmanız, araştırmanın sonucu bakımından çok önemlidir.

Katkılarınızdan Dolayı Teşekkür Ederim.

Tanıtıcı Bilgiler Formu

1. Yaşınız ?.....

2.Cinsiyetiniz?

Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz nedir ?

Evli Bekar

4. Eğitim durumunuz ?

Lise Önlisans Lisans Yüksek Lisans

5. Hemşire olarak çalışmaya süreniz nedir?.....

6. Mesleğinizi isteyerek yapma durumunuz nedir ?

Evet Hayır

7. Şu andaki pozisyonunuz nedir?

Staff Hemşire Sorumlu Hemşire

8. Şu andaki pozisyonda çalışmaya süreniz nedir?.....

9. Çalışma şekliniz nedir?

Gündüz vardiyası Gece vardiyası Dönüşümlü

Örgütsel Sessizlik Ölçeği								
	Aşağıdaki sorular Örgütsel Sessizlik ile ilgilidir. Bu ölçekte yer alan maddelerin doğru cevabı bulunmamaktadır. Ölçek maddelerini okuduktan sonra kendinize en uygun gelen rakamı işaretlemeniz yeterlidir. Okuduğunuz ifadeye <u>hiç katılmıyorsanız (1), kararsızsınız (4), tamamen katılıyorsanız (7) rakamının üzerine işaret koyunuz. Diğer rakamlar ise katılmama (2), (3) veya katılma (5), (6) derecenizi ifade etmenizi kolaylaştırmak için verilmiştir.</u>	1	2	3	4	5	6	7
1	İşletmemizde ilgili olmadığım konularda öneri sunma konusunda isteksiz olduğum için sessizliği tercih ederim.							
2	İşletmemizde çalışma arkadaşlarımdan doğru kararı alınabileceklerine inandığım için fikirlerimi söylemem.							
3	İşletmemizdeki sorunların çözümüne ilişkin fikirlerimi çalışma arkadaşlarımla paylaşmam.							
4	İşletme içinde fark yaratacak bir fikir ortaya koyabileceğime inanmadığım için, işletmemizde iyileşme (yenilik, düzelme, ilerleme, vb.) ile ilgili fikirlerimi ifade etmem.							
5	İşletmemizde işin gelişimini arttıracaklarını düşündüğümden, beni ilgilendirmeyen bir konuda fikrimi söylemem.							
6	İşletmemizde ilgili olmadığım konularda çalışma arkadaşlarımdan önerilerini desteklemeyi tercih ederim.							
7	Genellikle çalışma arkadaşlarımdan fikirlerine uymakla birlikte ara sıra yeni fikirlerimi de söylerim.							
8	Çalışma arkadaşlarımdan tarafından doğru kararın alınabileceğine inandığım için onlarla birlikte hareket ederim.							
9	Öneride bulunma konusunda kendimi yeterli görmediğim için çalışma arkadaşlarımdan destekleyici şekilde fikirlerimi söylerim.							
10	İşletmemizdeki sorunların çözümünde çalışma arkadaşlarımla uzlaşan fikirlerimi söylerim.							
11	İşletmedeki geleceğime dair kaygılarım nedeniyle kendime ait yeni fikirlerimi söylemem.							
12	Bana zarar vereceğinden endişelendiğim için, işimle ilgili bilgileri bir başkasıyla paylaşmam.							
13	İşimle ilgili gerçekleri kendimi korumak için başkalarıyla paylaşmam.							
14	Kendimi korumak için işletmemizin gelişimi ile ilgili fikirlerimi ifade etmem.							
15	İşletmemizde korkutulduğum (cezalandırılma, işten çıkarılma, terfi edememe korkusu vb. gibi) için, sorunların çözümlerine ilişkin fikirlerimi ifade etmem.							
16	Bazı endişelerimden dolayı, sadece iş arkadaşlarımdan fikirlerine katıldığımda kendimi ifade ederim.							
17	Bana zarar gelmesin diye dikkatleri başkalarının üzerine çekecek fikirler ifade ederim.							
18	Kendimi korumak için, konuşmayı diğerlerinin üzerine yoğunlaştıran açıklamalar yaparım.							
19	Kendimi korumak için, konuşmalarımın çalışma arkadaşlarımdan destekler ve onlarla birlikte hareket ederim.							
20	Korkutulduğum (cezalandırılma, işten çıkarılma, terfi edememe korkusu vb. gibi) için, genellikle çalışma arkadaşlarımla uzlaşan ifadeler kullanırım.							
21	İşletmemizdeki işbirliğini korumak için, gizli bilgileri başkalarıyla paylaşmam.							
22	İşletmemizin yararına olduğu için, özel bilgileri başkalarıyla paylaşmam.							
23	İşletmemizin sırlarını açıklamam için bana yapılan baskılara direnirim.							
24	İşletmemize zarar verme ihtimali olan bilgileri açıklamayı reddederim.							
25	İşletmemiz adına kaygılarımdan dolayı, gizli bilgileri uygun bir şekilde muhafaza ederim.							
26	İşbirliği yapma özelliğimden dolayı işletmemizin yararına olacak şekilde sorunlara çözüm önerileri sunarım.							

27	İşletmeyi etkileyecek konularda öneriler geliştirir, tavsiyelerde bulunurum									
28	Çalışma arkadaşlarım katılmasa dahi, işle ilgili konular hakkındaki fikirlerimi ifade ederim.									
29	İşletmemizin yararına olabilecek yeni projelere dair fikirlerimi beyan ederim.									
30	İşletmenin yapısı ile ilgili olan değişimler için fikirler öneririm.									



Hasta Güvenliği Kültürü Anketi					
		Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.				
2	Sunulan tüm hizmetler, hasta güvenliği açısından değerlendirilir.				
3	Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır.				
4	Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır.				
5	İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (İsim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır.				
6	Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır.				
7	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömöni oranları, düşmeler vb göstergelerden yararlanılır.				
8	Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb göstergelerden yararlanılır.				
9	Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir.				
10	Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate alınır.				
11	Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.				
12	Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme) çalışılır.				
13	Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.				
14	Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreci kullanılır.				
15	Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.				
16	Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.				
17	Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.				
18	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir.				
19	Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder.				
20	Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandırmada meslektaşları tarafından cesaretlendirilir				
21	Çalışanlar, hatalar oluştuğunda hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır.				
22	Çalışanlar, hasta güvenliği konusundaki kurumsal hedefleri bilir.				
23	Çalışanlar, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır.				
24	Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır.				
25	Çalışanlar, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır.				

		Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
26	Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır.				
27	Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır.				
28	Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır				
29	Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır.				
30	Tüm çalışanlar (tüm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme) katılır.				
31	Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.				
32	Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.				
33	Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.				
34	Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.				
35	Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.				
36	Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.				
37	Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir.				
38	Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır.				
39	Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.				
40	Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay-hataları tanımlama ve raporlama süreçleri, vb) eğitimler düzenli olarak verilir.				
41	Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.				
42	Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.				
43	Hasta güvenliği eğitim programlarında, isim vermeden gerçek olay raporlarından yararlanılır.				
44	Kurumumuzun fiziksel yapısı, hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.				
45	Mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde, hasta güvenliği kriterleri göz önüne alınır.				
46	Kurumumuzun tümünde kullanılan malzeme, cihaz ve teknolojiler standardize edilmiştir.				
47	Kurumumuzda tüm tıbbi kayıtlar elektronik ortamda tutulur.				
48	Tıbbi malzeme ve ilaçlar için barkodlama sistemleri kullanılır.				
49	Kurumumuzda kullanılan tüm alet ve ekipmanın bakımı (kalibrasyonu, ayarı) düzenli olarak yapılır.				
50	Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır.				
51	Kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınır.				

EK 2. Ölçek İzin Yazıları

Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Hk.

Gelen Kutusu x



Gökçe Elif EBİK <gokceelif.ebik@gmail.com>

24.09.2016 ☆



Alıcı: emturkmen

Merhabalar Emine Hanım;

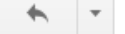
Ben Okan Üniversitesi hemşirelik yönetiminde yüksek lisans yapıyorum "Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Düzeyinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi" konulu tezimde sizin ölçeğinizi izniniz olursa kullanmak istiyorum.

İyi çalışmalar dilerim.



Emine Türkmen <EMTURKMEN@ku.edu.tr>

4.11.2016 ☆



Alıcı: bilgen.buken.g., ulkubay, Seyda, Serap, bana

Sayın Ebik,

Ölçeği kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği ve makalemizi iletiyorum. Çalışmalarınızdan elde ettiğiniz yayınları bizimle paylaşır mısınız? (makalemize yapılan atıflara ulaşmada sıkıntı yaşıyoruz)

Çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Yazarlar adına, Emine Türkmen

From: Gökçe Elif EBİK [mailto:gokceelif.ebik@gmail.com]

Sent: Saturday, September 24, 2016 10:41 AM

To: Emine Türkmen <EMTURKMEN@ku.edu.tr>

Subject: Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Hk.

...

Gönderen: Benden 🌟

Yanıtla

İlet

Arşivle

Gereksiz

Sil

Daha fazla ▾

Konu: **Örgütsel Sessizlik Ölçeği Hk.**

16.08.2016 17:21

Kime: yasinsehitoglu@gmail.com 🌟

Merhabalar Yasin Bey;

Ben Okan Üniversitesi hemşirelik yönetiminde yüksek lisans yapıyorum "Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Düzeyinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi" konulu tezimde sizin

ölçeğinizi izniniz olursa kullanmak istiyorum.

İyi çalışmalar dilerim.

--

Gökçe Elif Ebik

Eğitim ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

Özel Çamlıca Erdem Hastahanesi

Telefon: 0 531 685 12 76

0 544 247 09 33

0 216 522 66 66/2615

Fax:0216 522 66 99



Gönderen: Yasin Şehitoğlu <yasinsehitoglu@gmail.com> 🌟

Yanıtla

İlet

Arşivle

Gereksiz

Sil

Daha fazla ▾

Konu: **Re: Örgütsel Sessizlik Ölçeği Hk.**

16.08.2016 17:27

Kime: Bana 🌟

Kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.

16 Ağustos 2016 Salı tarihinde, Gökçe Elif EBİK <gokce.elif.ebik@erdemhastahanesi.com.tr> yazdı:
Merhabalar Yasin Bey,

Ben Okan Üniversitesi hemşirelik yönetiminde yüksek lisans yapıyorum
"Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Düzeyinin Hasta Güvenliği Kültürü
Üzerine Etkisi" konulu tezimde sizin

ölçeğinizi izniniz olursa kullanmak istiyorum.

İyi çalışmalar dilerim.

--

Gökçe Elif Ebik

Eğitim ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

Özel Çamlıca Erdem Hastahanesi

Telefon: 0 531 685 12 76

0 544 247 09 33

0 216 522 66 66/2615

Fax:0216 522 66 99

EK 3. Etik Kurul Yazısı

Toplantı Sayısı:77

Okan Üniversitesi

Etik Kurulu

“Kurul Kararları”

Toplantı Tarihi: 19.10.2016

Toplantıya Katılanlar:


Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özyayın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Gökçe Akyol Şahin	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiç Ünal	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 19.10.2016 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak'ın Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

10- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Gökçe Elif EBİK'in “Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Düzeyinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi”** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 10- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Gökçe Elif EBİK'in “Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Düzeyinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Mithat Kiyak
(Başkan)

Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)



Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)





Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Gökçe Akyol Şahin
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal
(Üye)



EK 4. Anket Onay Yazısı



Alemdağ Caddesi, Sezer Sokak No:3-5
Umraniye / İstanbul
Tel: + 90(216)634 01 02 pbx
Faks: +90(216)634 21 99
E-mail: bilgi@erdemhastanesi.com.tr
www.erdemhastanesi.com.tr

07 / 11 / 2016

OKAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ'NE

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Gökçe Elif EBİK'in "Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Düzeyinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi" konulu anket çalışmasını, Özel Erdem Hastanesi, Özel Çamlıca Erdem Hastanesi, Özel Güneşli Erdem Hastanesi'nde uygulanması tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Abdurrahman KÜLÜNK
Erdem Hastaneleri
Genel Müdürü

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Gökçe Elif	Soyadı	EBİK
Doğum Yeri	Afşin/K.Maraş	Doğum Tarihi	21/10/1984
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	10415849484
E-mail	gokceelif.ebik@gmail.com	Tel	5442470933

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2008
Lise	Afşin Süper Lisesi	2002

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Eğitim ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi	Özel Çamlıca Erdem Hastanesi	2012-Halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İNGİLİZCE	Orta	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

#Başarılımış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

#KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifika ları/Ödülleri/Diğer