



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**HEKİM VE HEMŞİRELERDE İŞ TATMİNİ İLE
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILAMALARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI

**Samsun
Mayıs-2019**



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**HEKİM VE HEMŞİRELERDE İŞ TATMİNİ İLE
HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILAMALARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI

**Danışman
Prof. Dr. Türker YARDAN**

**Samsun
Mayıs-2019**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI tarafından Prof. Dr. Türker YARDAN danışmanlığında hazırlanan Hekim ve Hemşirelerde İş Tatmini İle Hasta Güvenliği Kültürü Algılamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 30/05/2019 tarihinde yapılan sınav ile Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Türker YARDAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Polat TUNÇER, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ali ÜNAL, Hitit Üniversitesi

ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / /

Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sűrecinde kıymetli bilgi, deneyim ve önerilerini benimle paylaőan danıőman hocam sayın Prof. Dr. Tűrker YARDAN'a ve bu sűrete desteklerini esirgemeyen Anabilim Dalı Baőkanımız sayın Prof. Dr. Elif DİKMETAŐ YARDAN'a teőekkűrlerimi sunarım.

Tűm eęitim hayatım boyunca desteklerini her zaman yanımda hissettięim sevgili annem Gűlcihan BÖLŪKBAŐI, babam Yusuf BÖLŪKBAŐI ve kardeőim Mehmet Hanifi BÖLŪKBAŐI'na teőekkűrű bir borç bilirim. Fikirlerini her zaman benimle paylaőan sevgili arkadaőlarım Arő. Gűr. Gizem Zevde AYDIN ve Arő. Gűr. Sena KOÇ'a teőekkűr ederim.

ÖZET

HEKİM VE HEMŞİRELERDE İŞ TATMİNİ İLE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Araştırmanın amacı, hekim ve hemşirelerde iş tatmini ile hasta güvenliği kültürü algılamaları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Materyal ve Metot: Araştırma, Mart 2018-Temmuz 2018 tarihleri arasında, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde görev yapmakta olan hekim ve hemşirelere yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evreninin 1264 hekim ve hemşire oluşturmuş, gerekli örneklem büyüklüğü 407 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmada verilerin elde edilmesi için anket formu kullanılmıştır. Anket formu, kişisel bilgiler, Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) ve Minnesota İş Tatmini Ölçeği olmak üzere 3 kısımdan oluşmaktadır. Anket formu ile elde edilen veriler IBM SPSS programı ile analiz edilmiştir. Araştırmada, nicel bulgulara ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum, maksimum) şeklinde, nitel bulgulara frekans ve yüzde şeklinde yer verilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya 171 hekim, 236 hemşire katılmıştır. Hekim ve hemşirelerin iş tatminlerinin cinsiyet, eğitim durumu, unvan ve meslek gruplarına göre, hasta güvenliği kültürü algılamalarının tüm sosyo-demografik özelliklere göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Katılımcıların iş tatmini ile hasta güvenliği kültürü algılamaları arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Dışsal doyum hasta güvenliği kültüründeki değişimin %13,4'ünü açıklamaktadır ($R^2=0,134$). Katılımcıların dışsal doyumunu ($\beta=0,294$) hasta güvenliği kültürü algılamalarını pozitif yönde etkilemektedir.

Sonuç: Hekim ve hemşirelerin iş tatminlerinin artırılması, hasta güvenliği kültürünü algılamalarının iyileştirilmesine yardımcı olabilir. Gelişmiş hasta güvenliği kültürünün hakim olduğu kurumlarda çalışanlar, hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesi yönünde davranışlarda bulunabilirler.

Anahtar Kelimeler: İş tatmini; Hasta güvenliği; Hasta güvenliği kültürü.

Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI, Yüksek Lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi-Samsun, Mayıs-2019.

ABSTRACT

EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN JOB SATISFACTION AND PATIENT SAFETY CULTURE PERCEPTIONS AMONG PHYSICIANS AND NURSES

Aim: The aim of the study is to examine the relationship between job satisfaction and perceptions of patient safety culture in physicians and nurses.

Material and Method: The research was conducted between March 2018 and July 2018 for the physicians and nurses working at the Ondokuz Mayıs University Health Research and Application Center. The population of the study consisted of 1264 physicians and nurses, the required sample size was determined as 407 person (physicians and nurses). A questionnaire was used to collect data. The questionnaire consists of 3 sections: personal information, Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) and Minnesota Job Satisfaction Scale. The data collected by the questionnaire were analyzed with IBM SPSS. In the study, quantitative findings are given as mean \pm standard deviation and median (minimum, maximum), qualitative findings are given as frequency and percentage.

Results: 171 physicians and 236 nurses participated in the study. It was determined that job satisfaction of physicians and nurses was significantly different according to gender, educational status, title and occupation groups and perceptions of patient safety culture of physicians and nurses was significantly different according to all socio-demographic characteristics. It was that there was a relationship between job satisfaction and perceptions of patient safety culture. External satisfaction explains 13.4% of the change in patient safety culture ($R^2 = 0.134$). External satisfaction of the participants ($\beta = 0.294$) positively affects perception of patient safety culture.

Conclusion: Increasing job satisfaction of physicians and nurses can help to improve the perception of patient safety culture. Employees in institutions with advanced patient safety culture can behave in a way to ensure and maintain patient safety.

Keywords: Job satisfaction; Patient safety; Patient safety culture.

Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI, Master Thesis
Ondokuz Mayıs University-Samsun, May-2019.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality (Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

IOM: Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)

JCAHO: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Ortak Komisyonu)

JCI: Joint Commission International (Kalite ve Akreditasyon Kurumu)

Maks.: Maksimum

Min.: Minimum

NCCMERP: The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi)

NPSF: National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı)

ort. : Ortalama

SAS: Sağlıkta Akreditasyon Standartları

ss.: Standart Sapma

T.C: Türkiye Cumhuriyeti

TÜSEB: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

TÜSKA: Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

vb.: Ve Benzeri

\bar{x} :Ortalama

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------------|
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT..... | v |
| SİMGELER VE KISALTMALAR..... | vi |
| İÇİNDEKİLER | vii |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 3 |
| 2.1. İş Tatmini Kavramı | 3 |
| 2.2. İş Tatminin Tarihçesi | 4 |
| 2.3. İş Tatminin Önemi | 5 |
| 2.4. İş Tatminini Etkileyen Faktörler | 7 |
| 2.4.1. Bireysel Faktörler | 7 |
| 2.4.2. Örgütsel Faktörler..... | 9 |
| 2.5. İş Tatmin Teorileri | 10 |
| 2.5.1. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi | 11 |
| 2.5.2. Herzberg'in Çift Faktör Teorisi..... | 12 |
| 2.5.3. Eşitlik /Denklik Teorisi | 13 |
| 2.5.4. Alderfer'in Varoluş-İlişki Kurma-Gelişme (ERG) Teorisi | 14 |
| 2.5.5. Beklenti Teorisi | 15 |
| 2.6. Hasta Güvenliği..... | 16 |
| 2.7. Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği Sorunları..... | 17 |
| 2.7.1. Tıbbi Hata Nedenleri ve Tıbbi Hataların Sınıflandırılması | 18 |
| 2.7.2. Hasta Güvenliği Sorunları | 19 |
| 2.8. Kalite ve Akreditasyon Sürecinde Hasta Güvenliğinin Önemi..... | 23 |
| 2.9. Hasta Güvenliği Kültürü | 25 |
| 2.9.1. Kültür ve Örgüt Kültürü | 25 |
| 2.9.2. Güvenlik Kültürü..... | 28 |
| 2.9.3. Hasta Güvenliği Kültürü ve Oluşumu | 30 |
| 2.9.4. Hasta Güvenliğinin Geliştirilmesi | 34 |
| 2.9.5. Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi..... | 37 |
| 3.MATERYAL VE METOT..... | 40 |
| 3.1.Materyal | 40 |

| | |
|--|------------|
| 3.1.1. Araştırmanın Amacı | 40 |
| 3.1.2. Varsayımlar | 41 |
| 3.1.3. Sınırlılıklar..... | 41 |
| 3.2. Metot | 42 |
| 3.2.1. Evren ve Örneklem..... | 42 |
| 3.2.2. Veri Toplama Aracı | 42 |
| 3.2.3. Geçerlilik ve Güvenirlik | 44 |
| 3.2.4. İstatistiksel Değerlendirme | 46 |
| 4.BULGULAR..... | 47 |
| 4.1. Tanımlayıcı Bulgular | 47 |
| 5. TARTIŞMA..... | 83 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 97 |
| KAYNAKLAR | 101 |
| EKLER | 111 |
| ÖZGEÇMİŞ | 119 |

1. GİRİŞ

Antik Yunan'dan beri sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki ilişkide dikkat edilmesi gereken ilk ilke olarak "önce zarar verme" ilkesi kabul edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin girdi ve çıktısında insan unsurunun bulunması, içinde bulunduğumuz yüzyılda ileri teknoloji ve tekniklerin kullanılması, bununla birlikte karmaşık tıbbi cihazlar ve profesyonelleşmenin yoğun olması sebebiyle sağlık hizmetleri yüksek riskli hizmetler grubunda yer almaktadır (Uçar ve ark., 2016). Gelişmiş hasta güvenliği ihtiyacı ve bunu sağlayacak sağlık sistemi değişimi yıllar boyunca politika yapımcılar, araştırmacılar ve yöneticiler tarafından vurgulanmıştır. Hasta güvenliği, artık sağlık hizmeti sunumunun tüm aşamalarında temel olarak kabul edilmektedir (Onganer ve ark., 2014, Savage ve Ford, 2008). İçinde bulunduğumuz yüzyılda modern anlamda sağlık hizmetlerinin özellikleri tanımlanırken güvenli, etkili, hasta odaklı, zamanında, verimli ve eşit olarak sıralanmıştır. Sağlık hizmetlerinin daha güvenli olarak sunulması birinci öncelik haline gelmiştir. (Onganer ve ark., 2014). Giderek artan yaşlı nüfus ve tüm dünyada sağlık harcamalarının azaltılması için verilen mücadele sağlık hizmetlerinde verimliliğin artırılması için sağlık sektörü üzerinde ve dolayısıyla sektörün en önemli paydaşlarından olan sağlık profesyonelleri üzerinde büyük bir baskı oluşturmaktadır (Lilja ve Egebart, 2011). Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin yapısı gereği, hemen hemen her düzeydeki sağlık çalışanları ilk öncelik olan sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliği ile ilgili kararlar almak durumundadır (Rozovsky, 2005).

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini tehdit eden risklerin en önemli özelliklerinden biri bu risklerin önlenemez olmasıdır. Bu nedenle hastaların zarar görmemesi için gerekli önlemlerin alınması ve bu risklerle ilgili düzenlemelerin yapılması hasta güvenliği için son derece önemlidir (Uçar ve ark., 2016). Hasta güvenliği, hastaların, sağlık hizmeti veren kurum ya da profesyoneller tarafından üstlenilen eylemler ile sağlık bakım hizmetlerinin zarar verici etkilerinden korunması olarak ifade edilmektedir (Connelly ve Power, 2011).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için gerekli olan en önemli unsurlardan biri, kurumda hasta güvenliği kültürünün varlığıdır. Hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliği kavramının kurumun öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabul edilmesi şeklinde tanımlanabilir. Hasta güvenliği kültürü, çalışanların motivasyonu, hataları algılama biçimleri ve hastaların hasta güvenliği sisteminde yer almasıyla

yakından ilgilidir. Gelişmiş hasta güvenliği kültürü, sağlık kurumlarında, yapılan hataların açıkça dile getirilebildiği, sistemde var olan aksamaların nedenlerinin tartışılabileceği bir ortam sağlayarak, yapılan iyileşmelerin sürekli hale gelmesine ve bunun sonucunda tanı, tedavi ve sağlık çıktıları üzerinde daha fazla başarı elde edilmesini sağlamaktadır. Çünkü, hasta güvenliği kültürü algılamaları yüksek olan sağlık çalışanlarının, hasta güvenliğini sürdürme ve destekleme yönünde davranışlar sergileme eğilimleri de yüksek olmaktadır (Sayek, 2011). Sağlık kurumlarında, çalışanların hasta güvenliği kültürü çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir.

Kurumların genel performansı üzerindeki muhtemel olumlu ve olumsuz etkileri göz önüne alındığında, sağlık profesyonellerinin iş tatmini, dünya genelinde temel kaygılardan biridir. Öyle ki, son yıllarda yapılan çalışmalar, sağlık kuruluşlarında personel memnuniyeti ile hasta memnuniyeti arasında doğrudan bir ilişki olduğunu göstermiştir. (Jathanna ve ark., 2011). Çünkü, iş tatmininin sağlık çalışanlarının verimliliği ve motivasyonu üzerinde önemli etkisi bulunmaktadır (Bayrak Kök, 2006). İş tatmini, bireylerin işleriyle ilgili gösterdikleri genel duygusal tepkiler olarak ifade edilmektedir. Çağdaş yönetim anlayışı içerisinde önemli yer tutan iş tatminin yönetsel ve davranışsal sonuçları bulunmaktadır. İş tatmini ve davranışlar arasındaki ilişki, bireyin çevresini algılama ve değerlendirmesi sonucu oluşan olumlu-olumsuz duygularının değişik tepkilere yol açması ile açıklanmaktadır (Derin, 2007). Bir kurumda faaliyetlerin aksamasının temel nedenlerinden biri olarak çalışanların iş tatminlerinin düşmesi gösterilebilir. İş tatminindeki düşüşün en önemli sonuçları arasında iş/hizmet miktar ve kalitesindeki düşüşler gösterilmektedir. Ayrıca iş tatminin yaşamdan elde edilen doyum, fiziksel sağlık, ruh sağlığı ve verimlilik üzerinde etkisi bulunmaktadır. Bunların yanında özellikle sağlık profesyonellerinin işlerinden tatmin olma durumlarının, bireysel sonuçlarının yanı sıra toplumsal sonuçları olabilmektedir (Bayrak Kök, 2006).

Bu tez çalışmasının amacı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde görev yapmakta olan hekim ve hemşirelerin iş tatmini ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Hekim ve hemşirelerin iş tatmini ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi ve sonuçlarının literatüre kazandırılması, bu tezin özgün değerini oluşturmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İş Tatmini Kavramı

Sağlık kurumları koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sunmakla birlikte eğitim ve araştırma faaliyetlerinin de yürütüldüğü organizasyonlardır. Bu faaliyetlerin yanı sıra kamu ve özel sağlık kurumları ekonomik birer işletme özelliği de taşımaktadır (Kuzulugil, 2012). Tüm işletmelerde olduğu gibi, sağlık işletmelerinde de işletmelerin başarısı çalışanların başarısı ile paralel şekilde artış göstermektedir. Öyle ki çalışanlar, sağlık kurumlarının en önemli kaynakları arasında yer almaktadır. Bir kurumun sürdürülebilir kârlılığı, işgücünün tatmini ve örgütsel bağlılığı ile yakından ilişkilidir (Mosadeghrad ve Ferdosi, 2013). Çok farklı meslek gruplarının bir arada çalışmak durumunda olduğu sağlık kurumlarında, çalışanların sağlık kurumu amaçları doğrultusunda motivasyonlarının sağlanabilmesi için, öncelikle bu meslek gruplarının beklentilerinin belirlenmesi gereklidir (Kuzulugil, 2012). Bu nedenle çalışanların ihtiyaçlarının belirlenmesi ve beklentilerinin karşılanması kurumların başarısı için kritik rol oynamaktadır.

En yalın hali ile iş, kurumsal ortamda belirli bir zaman diliminde gerçekleşen, bireylerin belirli bir ücret karşılığında gösterdikleri ürün veya hizmet üretme çabası olarak tanımlanabilir. Tatmin ise bireylerin memnuniyet duydukları bir şeye karşı gösterilen duygusal bir tepki biçimidir (Akşit Aşık, 2010).

Sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin özelliklerinden dolayı etkinliğin sağlanabilmesi için çalışanların, sağlık hizmeti sunumunda istekli olmaları ve iş tatmininin yüksek düzeyde sağlanması gerekmektedir (Kıdak ve Aksaraylı, 2009; Arslan ve Demir, 2017). Çünkü iş tatmini, çalışanların yönetimle iletişim, tanınma, eğitim ve kurumsal bağlılık ile ilgili ihtiyaçlarını temel almaktadır (Shipley, 2015).

İş tatmini, çalışanların işi ve işine karşı geliştirdikleri tutumlarla alakalı bir kavramdır ve birbirleriyle ilişkili çeşitli tutumları temsil eder (Çalışkan, 2005; Yılmaz, 2014). Genel olarak iş tatmini; çalışanların işle ilgili duygu ve deneyimlerini, çalışanın işi ve iş çevresi arasındaki ilişkiyi göstermektedir (Atılgan, 2017). İş tatmini, çalışanların işlerindeki rolüne karşı duygusal tepkileri olarak tanımlanmakta ve çalışanın işine karşı olumlu tepkilerini iş tatmini, olumsuz tepkilerini ise iş tatminsizliği olarak ifade edilmektedir (Bayrak Kök, 2006). İş tatmini veya tatminsizliği, kişinin işinden ne istediği ile işin kendisine sundukları arasındaki ilişkinin bir fonksiyonudur (Locke, 1969). İş

tatmini, çalışanların beklentilerinin ne derece karşılandığının ölçüsü olarak tanımlanabilir (Nidadhavolu, 2018). Başka bir ifade ile iş tatmini, kişilerin işi ile ilgili beklediği çıktılarla gerçekleşen çıktıları karşılaştırması sonucunda oluşan duygusal tepkilerdir. Daha yalın bir ifade ile kişilerin, çeşitli faktörler sonucu işine karşı hissettiği olumlu duygusal durumu iş tatmini olarak adlandırılmaktadır (Limoncu, 2015). İş tatmini, bireylerin işlerini sevme ya da sevmeme düzeyleri olarak da açıklanmaktadır (Arif ve Rahman, 2018). İş tatmini çalışanların iş performansı ile ilgili algılarını yansıtmaktadır (Choi ve ark., 2016). Shaikh ve ark. (2012), iş tatminini, personelin işinden memnun olması veya kendi iş performansını değerlendirmesinden sonraki olumlu ve duygusal durumu olarak tanımlamıştır. İş tatmini iş ile ilgili tutumların genel sonucudur ve bireyin fiziksel ve zihinsel olarak iyilik halini ifade etmektedir.

İş tatmini, bireylerin ödül olarak aldığı ve almayı umduğu şeylerle ilgilidir. Fiili ödül ve beklenti arasındaki fark minimum veya ihmal edilebilir ise, kişi olumlu bir tutum sergileyecek ancak ikisi arasında büyük bir fark varsa, kişi işine karşı olumsuz bir tutum sergileyecek ve bu nedenle memnuniyet seviyesi düşük olacaktır (Kondalkar, 2007). Yani çalışanların iş tatmini, işin kazandırdıklarıyla bireyin beklentileri birbirine uyduğu zaman oluşmaktadır (Kuzulugil, 2012). Çalışanların beklentileri ne kadar karşılanırsa, işleri ve çalışmakta oldukları kurumla ilgili memnuniyetleri ve performanslarının da o kadar artacağı düşünülmektedir (Millet ve Yanık, 2017). İş tatmini bireylerin işinden ve çalışma koşullarından memnuniyet duyarak, bu iki unsur arasında uyumu ve dengeyi yakalamasıyla oluşan memnun edici bir duygu durum halidir (Yılmaz, 2014). İş tatmini, işin kendisinden memnun olma, iş ile ilgili maddi unsurlardan memnun olma, yönetimden memnun olma ve kariyer gelişim imkanlarından memnun olma gibi çeşitli kategorilerde incelenmektedir (Atılgan, 2017).

2.2. İş Tatmininin Tarihçesi

İş tatmini, Locke (1969) tarafından bireylerin işini ya da iş deneyimini değerlendirmesinden kaynaklanan, beğenilen veya olumlu hislere kapılmasını sağlayan durum şeklinde tanımlanmıştır. İş tatminine yönelik araştırmalar özellikle son yıllarda artış göstermiş olsa da iş tatmini kavramının geçmişi daha eskilere dayanmaktadır (Taş, 2004). Çalışan tutumlarının sistematik analizi, ilk olarak 1920'lerin başlarında temel düzeyde başlamıştır. Genel olarak bu analizlerin verimlilik artışını sağlamak ve çalışanların motivasyonunu artırmak için gerçekleştirildiği söylenebilir (Wright, 2006).

Birinci Dünya Savaşı ile birlikte psikologlar tarafından gözlemlenen çalışanların iş yerleriyle ilgili sorunlar, savaş sonrasında düşen verimi artırma ve işgören devir hızını azaltma isteği, araştırmacıları çeşitli araştırmalar yapmaya yönlendirmiştir (Yılmaz, 2014). Çalışanların motivasyonuna yönelik ilk araştırmalar kaynağını, Frederick Taylor'un 1915 yılında ortaya attığı bilimsel araştırmalardan almaktadır. Taylor, çalışanların ekonomik faktörlerle motive edilebileceğini savunmuştur (Aykaç, 2010). Sonrasında, Elton Mayo ve arkadaşları tarafından yürütülen ve 1930'lu yıllarda sonuçlanan Hawthorne Araştırmaları ile ışık deneyleri iş tatmini kavramının oluşmasındaki bir diğer adım olarak kabul edilmektedir. Hawthorne Araştırmaları ile bireylerin duygu davranışlarının önemi anlaşılmış, yöneticilerin üzerinde durmaya başladığı konular arasında yer almaya başlamıştır (Wright, 2006; Elmas, 2015).

İş tatmini kavramı, motivasyon teorileri ile birlikte literatüre girmiş ve İkinci Dünya Savaşı ile birlikte geniş kapsamlı olarak literatürde yer almaya başlamıştır (Aykaç, 2010). İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra fiziksel açıdan elverişsiz iş ortamları ve çalışanların sosyal yönlerinin göz ardı edilmesiyle bireylerin verimliliklerinde gözlemlenen düşüşler yöneticileri sorunların çözümünü bulmaya itmiştir. Bu süreçte çalışanların maddi ve manevi yönden tatmin olmalarının önemi anlaşılmış ve iş tatminine yönelik araştırmalar desteklenmiştir (Yılmaz, 2014). Kesinliği kanıtlanmış olmamakla birlikte iş tatmini ile ilgili ölçüm çalışmalarının Hoppock tarafından başlatıldığı ile ilgili görüşler literatürde yer almaktadır. Daha sonra iş tatmini, alt boyutları ve çeşitli değişkenler ile ilişkisi ele alınarak daha geniş bir alanda incelenmeye başlanmıştır (Taş, 2004). Tüm araştırmaların ortak noktası olarak, kurumların en önemli kaynakları arasında yer alan insan kaynağına gerekli önemin verilmesiyle verimlilik artışının sağlanabileceği görüşü kabul edilmektedir.

2.3. İş Tatmininin Önemi

Rekabetin hızla artış gösterdiği günümüzde kurumların, motivasyonu yüksek ve verimli çalışanlara olan ihtiyacı da aynı doğrultuda artış göstermektedir. Emek yoğun bir sektörde faaliyet gösteren sağlık kurumları için de çalışanların verimli ve yüksek motivasyona sahip olması oldukça önemlidir. Sağlık profesyonellerinin iş tatmini, sağlık hizmeti kalitesini, verimliliği ve sağlık hizmetleri maliyetlerini etkileyen çok önemli parametrelerden biridir. Bununla birlikte iş tatminin, etkinlik, işe olan bağlılık ve dolayısıyla sağlık giderleri üzerinde büyük etkisi bulunmaktadır. (Janicijevic ve ark.,

2013; Pantouvakis ve Mpogiatzidis, 2013). Bu nedenle sağlık kurumları için çalışanların iş tatminin sağlanması sağlık hizmeti üretimi kadar önemlidir (Bayrak Kök, 2006).

Yüksek düzeyde iş memnuniyeti olan çalışanlar, kuruma olumlu katkı sağladıklarını hissetmekte ve daha verimli çalışmaktadır (Choi ve ark., 2016). Iř tatmini yüksek olan çalışanlar, işe adanmış ve üretken olma eğilimindedir (Nidadhavolu, 2018). Çünkü iş tatmini, kurumsal aidiyetin sağlanmasında ve geliştirilmesinde kritik rol oynamakta ve işinden tatmin olan çalışan kuruma maksimum düzeyde fayda sağlamak istemektedir. Bu durum kaliteli sağlık hizmetini de beraberinde getirmektedir (Yılmaz, 2014).

Hastalar ve genel sağlık sistemi için öneminin yanı sıra, sağlık hizmetlerinde iş tatmini, sağlık profesyonellerinin kurum kültürünü kabul etmesi ve uygulanması ile doğrudan ilişkilidir (Pantouvakis ve Mpogiatzidis, 2013). Iř tatmini, çalışanların örgütsel davranışlarının açıklanması ve yorumlanması için rehberlik etmektedir (Yılmaz, 2014). Dolayısıyla iş tatmini, yönetim için, kurum içindeki çalışan gelişimini değerlendirmede kullanabileceği değerli bir göstergedir (Choi ve ark., 2016). Kurumların amaçları doğrultusunda olumlu birtakım sonuçlara ulaşabilmesi büyük oranda çalışanların işlerinden tatmin olmaları ile ilgilidir. Ayrıca personelin işinden tatmin olması işletme ile çalışan arasında sağlıklı ilişkiler geliştirebilmeyi kolaylaştırmaktadır (Yılmaz, 2014). Genel olarak yüksek düzeyde iş tatmini, düşük stres, artan verimlilik, organizasyonel büyüme ve çalışanlar arasında artan motivasyon ve örgütsel bağlılık ile ilişkilendirilmektedir (Nidadhavolu, 2018).

Ayrıca literatürde iş tatmini ve yaşam doyumunu arasındaki bir ilişkiden ve bu ilişkinin olası biçimlerinden söz edilmektedir. Buna göre; bireylerin iş tecrübeleri, iş dışındaki yaşamına yansiyabilir, iş ve yaşam deneyimleri birbirinden ayrılabilir ya da bireyler iş dışındaki yaşamlarında elde etmeye çalıştıkları mutluluğu ve tatmini iş yaşamındaki tatminleri ile telafi edebilirler. Bununla birlikte, yapılan araştırmalar genellikle iş tatmini ile yaşam doyumunu arasında bir ilişkinin varlığını göstermiştir. Iř hayatın önemli bir parçası olduğu için, kişinin iş deneyimleri iş dışındaki yaşamına yansiyabilir ve bu durum iş tatmini ve yaşam tatmini arasındaki ilişkiyi anlamlı kılmaktadır (Saari ve Judge, 2004). Günün önemli bir kısmını iş yerinde geçiren çalışanlar için iş tatmini, yaşam doyumunun bir parçası olarak değerlendirilmektedir (Sinha, 2008). Bu kapsamda, sağlık hizmetlerinin doğası gereği sürekli, yoğun ve dikkatli

çalışmayı gerektirmesi nedeniyle sağlık çalışanlarının yaşam doyumlarının sağlanması için iş tatmini son derece önemlidir (Arız, 2010).

Sağlık çalışanları, hastalara sağlık hizmeti sunumu sürecinde hem duygusal hem de fiziksel olarak yıpranabilmektedir. Öyle ki sağlık kurumlarında sunulan hizmetin konusunun insan olması ve hayati niteliği, bununla birlikte 24 saat hizmet sunumunun devam etmesi nedeniyle sağlık çalışanları genellikle yoğun mesleki strese maruz kalabilmektedir. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı bu yoğun stres birçok hastalık için tetikleyici olabilmektedir (Yılmaz, 2014). Sağlık kurumları yönetim alanında iş tatminin önemli yer tutmasının bir diğer nedeni, uzun süreli mesleki strese karşı koruyucu olarak görülmesidir (Renzi ve ark., 2005; Wright, 2011). Tüm bu nedenlerle, sağlık çalışanlarının iş tatmini yönetsel alanda üzerinde durulan önemli konular arasında yer almaktadır (Kuzulugil, 2012).

2.4. İş Tatminini Etkileyen Faktörler

Çalışanların, işlerini sevme ya da işlerinde keyif almalarıyla ilişkili olan iş tatmini çeşitli durumsal ve ruhsal unsurlardan etkilenebilmektedir (Tekingündüz ve ark., 2015). Literatüre göre, sağlık kurumlarında iş tatmini, karar verme sürecine aktif katılım, yeterli kaynak, personel ve yöneticiler arasında etkili iletişim, görüşleri ifade edebilmede özgürlük gibi sayısız faktörle ilgilidir (Hamlan, 2015).

İş tatminini etkileyen birden fazla faktör bulunmakla birlikte, bireyin kişisel durumu ve işe yönelik şartlar olmak üzere temelde iki unsurdan bahsedilmektedir. Bireyin kişisel durumu; duyguları, düşünceleri, istekleri, ihtiyaçları ve bu ihtiyaçların şiddeti ile ilişkilidir. İşe yönelik şartlar ise; fiziksel ve psikolojik koşullar ile bu koşulların bireyin beklentilerini ne ölçüde karşıladığı ile ilgilidir (Bayrak Kök, 2006). İşe yönelik şartlar ayrıntılı olarak incelendiğinde işin niteliği, ücret, yükselme fırsatları, kabul görme, denetim, birlikte çalışılan kişiler, örgüt ve yönetim gibi unsurlardan bahsedilebilir. Bu kapsamda iş tatminini etkileyen faktörler genellikle bireysel ve örgütsel faktörler olarak kategorize edilmektedir.

2.4.1. Bireysel Faktörler

İş tatminini etkileyen bireysel faktörler arasında, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, hizmet süresi/deneyim, meslek gibi faktörler yer almaktadır (Atılğan, 2017). Genel olarak, çalışanların yaşları ilerledikçe kazanılan tecrübe ile birlikte

işlerinden daha fazla tatmin olmaktadır (Limoncu, 2015). Ayrıca daha genç çalışanların terfi ve çalışma koşulları ile ilgili daha fazla beklentiye sahip olmaları ve kişilerin uzmanlık alanlarının henüz oluşmamış olması iş tatminini zorlaştırmaktadır (Özaydın ve Özdemir, 2014; Cellat, 2015). Bununla birlikte literatürde iş tatmini ve yaş arasındaki ilişki U şekli ile de ilişkilendirilmektedir. Buna göre iş memnuniyeti başlangıçta yüksektir, ancak beklentiler karşılanmadığı için azalır. Yaşın ilerlemesi, kişinin işine ve yaşam durumuna uyum sağlamaya başlaması ile birlikte iş tatmini tekrar yükselir (Gruneberg, 1979).

Literatürde iş tatmini ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde farklı sonuçlarla karşılaşılmaktadır. Genellikle araştırmalarda kadınların erkeklere göre iş tatmin düzeylerinin daha fazla olduğu görülmektedir (Arız, 2010). Bununla birlikte özellikle sağlık sektöründe yapılan araştırmalarda erkeklerin iş tatminlerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu sonucuna da ulaşılmıştır. Bu noktada kadınların eşlik ve annelik rolleri gibi farklı ailevi sorumluluklarının öncelikli olması ile birlikte sağlık hizmetlerinin yapısı gereği uzun ve nöbetli çalışma saatlerinin kadınlarda iş tatminini düşürebileceği söylenebilir (Derin, 2007).

Medeni durumun iş tatmini üzerine etkisi incelendiğinde; evliliğin çalışanların işle ilgili beklentilerini değiştirebilmesi, evli çalışanların bekarlara göre daha fazla sorumluluklarının olması ve bu yüzden maddi ödüllere daha fazla değer vermeleri nedeniyle iş tatminlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Arız, 2010; Özaydın ve Özdemir, 2014).

Eğitim düzeyi, iş tatminini etkileyen çok önemli bir faktördür. Çünkü eğitim düzeyi kişilerin iş ile ilgili görüşlerini ve beklentilerini şekillendirebilmektedir (Yılmaz, 2014). Eğitimlerine daha fazla yatırım yapmış olan çalışanlar genellikle daha yüksek ücretli işlerde ve daha iyi koşullarda çalışmayı beklemektedir (Gruneberg, 1979). Çalışanların eğitim düzeyi yükseldikçe işten beklentileri artmakta ve başarıyı, statüyü, maddi ödülleri daha çok önemsemektedir. Çalışanların beklentileri karşılanmadığında ise işleri ile ilgili tatminsizlik oluşmaktadır (Limoncu, 2015). Bu nedenle eğitim düzeyi yükseldikçe çalışanların işlerinden tatmin olmaları da zorlaşmaktadır (Sezgin, 2018).

Çalışanların hizmet süresi ile iş tatmini arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Bunun nedeni hizmet süresinin uzaması ile birlikte bireylerin işe uyumunun artışı, deneyim kazanımı ile birlikte iş tatmininin daha kolay sağlanmasıdır

(Yılmaz, 2014). Çalışanların sürekli olarak iş değiştirme isteğine sahip olması iş tatminsizliğinin en önemli göstergelerinden biridir (Özaydın ve Özdemir, 2014). Çalışanların beklentilerinin karşılanmasında ve iş tatmininin sağlanmasında belirleyici bir diğer unsur kurumun çalışanlara sunduğu örgütsel koşullardır (Söyük, 2015).

Çalışanların iş tatminlerini etkileyen bir diğer bireysel faktör ise meslek değişikidir. Literatürde yer alan araştırmalarda, toplumda saygınlığı yüksek olan, bireylere bağımsız çalışma ve karar alma olanağı veren meslek gruplarında iş tatmininin daha yüksek olduğu görülmüştür (Derin, 2007).

2.4.2. Örgütsel Faktörler

İş tatminini etkileyen örgütsel unsurlar arasında; ücret, işin niteliği fiziksel çalışma koşulları, terfi olanakları, yönetim ve iletişim gibi faktörler bulunmaktadır. İş tatminini etkileyen en önemli örgütsel faktörlerden biri ücrettir. Ücret kurumlarda çalışanların ödüllendirme unsurlarından biri olarak görülmektedir ve kısaca çalışanların yaptıkları iş karşılığında elde ettikleri maddi gelir olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2014). Ücret her birey için farklı anlamlara gelmekte ve maddi kazanımlardan çok daha fazlasını ifade etmektedir. Ücret, çalışanlar tarafından genellikle tanınma ve başarı göstergesi olarak kabul edilmektedir (Gruneberg, 1979). Literatürde ücret ile iş tatmini arasında genellikle pozitif ve güçlü bir ilişkiden söz edilmektedir. Bununla birlikte çalışanların kurumda adil bir ücret politikasının uygulandığını düşünmeleri ve uygulamaların çalışan beklentilerini karşılaması iş tatmini üzerinde önemli etkiye sahiptir (Limoncu, 2015). Kurumun ücret sistemi ve politikası, sektörel normlar ve çalışan beklentileri ile uyumlu, açık ve net olmalıdır (Kondalkar, 2007).

Çalışanların iş tatmini etkileyen bir diğer örgütsel faktör işin niteliğidir. İşin sürekli gelişim gerektirmesi ya da durağan olması, bazı yetenek ve beceri gereklerine ihtiyaç duyulması, toplumda saygınlık oluşturması vb. nitelikler iş tatmini ya da tatminsizliği konusunda belirleyici olabilmektedir (Arız, 2010). İşin belirli bir dereceye kadar zor olmasının iş tatminini artırdığı bilinmektedir. Böylelikle iş, çalışanlara becerilerini, yeteneklerini ve deneyimlerini kullanmaları için imkan vermektedir. Ancak işin zorluk derecesinin çok yüksek olması çalışanlarda hayal kırıklığı ve başarısızlık duygusu oluşturabilir. Ayrıca çalışanların iş ile ilgili pozitif geri dönüşler alması ve özerk çalışabilmeleri iş tatminini artırmaktadır (Kondalkar, 2007).

Çalışma koşullarının iş tatmini üzerinde çok yüksek olmamakla birlikte uzun süreli etkisi olmaktadır. Çalışma koşulları hem çalışanların kişisel rahatlığı hem de faaliyetlerin yürütülmesinin kolaylaştırılmasında rol oynamaktadır (Arız, 2010). Özellikle içinde bulunduğumuz yüzyılda, teknolojinin hızla gelişmesi nedeniyle kurumların iyileştirilmiş teknoloji ve prosedürlerle faaliyet göstermesi iş tatmini için önemlidir. İş yerinin düzeni, yürütülen faaliyetlere uygunluğu, yerleşim planı, ışık, havalandırma, temizlik gibi faktörler iş tatmini üzerinde etkili olmaktadır (Kondalkar, 2007). Öyle ki günlük yaşamlarının önemli bir kısmını iş yerinde geçiren çalışanların çalışma koşullarından memnun olmadıklarında işlerinden tatmin olmaları da zorlaşacaktır (Yılmaz, 2014).

Bir kurumda çalışanlara sunulan terfi/yükselme imkanları ve terfi sisteminin adil bir şekilde işlemesi iş tatminini etkileyen bir diğer örgütsel faktördür. Kurumlarda işten ayrılmaların önemli bir kısmı kariyer imkanları ile ilgili olmaktadır (Cellat, 2015). Kurumlarda terfi olanaklarının varlığı bireyin iş tatminini maddi kazanımlar ve sosyal statü bakımından olumlu yönde etkilemektedir (Limoncu, 2015). Bireylerin daha başarılı ve daha verimli olması durumunda daha üst pozisyonda istihdam edileceğini bilmesi, işine karşı pozitif bir tutum geliştirmesine ve iş tatminini yakalamasını sağlayacaktır (Yılmaz, 2014).

Kurumların yönetim tarzı ve çalışanlar arasındaki iletişim iş tatmininde belirleyici bir diğer faktördür. Ekip çalışmasına uygun, çalışanların kararlara katılımına imkan sağlayan, kişiler arasında açık ve etkili iletişimin oluşmasını ve sürdürülmesini destekleyen yönetim biçimleri çalışanların iş tatminini pozitif yönde etkilemektedir (Arız, 2010). İyi bir iletişim ağı, kurumlarda işlerin daha hızlı ve daha verimli gerçekleştirilmesini sağlamakta, çalışma hayatını kolaylaştırmakta ve dolayısıyla iş tatminini arttırmaktadır (Limoncu, 2015). Çalışanların kararlara katılımı kendi benliklerinin tatmini için olanak sağlamakta ve örgüte karşı pozitif bir tutum sergilemelerine neden olmaktadır (Sezgin, 2018).

2.5. İş Tatmin Teorileri

İş tatmini çok katmanlı bir kavram olmakla birlikte, iş tatminini anlamak için çalışanların motivasyonunu temel alan çeşitli teoriler geliştirilmiştir (Delobelle ve ark., 2010). Bu çalışmada literatürde, iş tatminini açıklanması için yaygın olarak kullanılan teorilere değinilmiştir.

2.5.1. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi

Maslow'a göre bireyler dünyaya geldikleri andan itibaren bazı ihtiyaçlara sahiptir. Bu ihtiyaçların karşılanması durumunda bireylerin motivasyonu sağlanmaktadır. Maslow, ihtiyaçları temel hayatta kalma ve güvenlik ihtiyaçlarından, aidiyet ve özsaygı duygusuyla, kendini gerçekleştirmeye kadar uzanan bir hiyerarşide sınıflandırmıştır (Delobelle ve ark., 2010). Hiyerarşide en alttan en üste doğru; fizyolojik ihtiyaçlar, güvenlik ihtiyacı, sosyal ihtiyaçlar, saygınlık ihtiyacı ve kendini gerçekleştirme ihtiyacı yer almaktadır. Bu ihtiyaçlar ve içerikleri şu şekildedir (Maslow, 1970):

1. Fizyolojik İhtiyaçlar: Fizyolojik ihtiyaçlar bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmeleri için gerekli olan temel ihtiyaçlardır. Yemek, uyku, ısınma gibi ihtiyaçlar temel fizyolojik ihtiyaçlar arasında yer almaktadır.
2. Güvenlik İhtiyacı: Bireylerin barınma, kendini koruma, ruhen ve bedenen zarar görmeme gibi ihtiyaçları güvenlik ihtiyaçları arasında yer almaktadır. Güvenlik ihtiyacı hiyerarşinin ikinci basamağında yer almaktadır.
3. Sosyal İhtiyaçlar: Bireylerin çevresi ile sosyal ilişkileri sonucunda ortaya çıkan ait olma, sevgi duyma, arkadaşlık gibi ihtiyaçlar sosyal ihtiyaçlar arasında yer almaktadır.
4. Saygınlık İhtiyacı: Saygınlık ihtiyacı bireylerin çevresinden saygı görmesini ve kendisine saygı göstermesini ifade etmektedir. Bireyler kendi benlikleri, duygu ve düşünceleri doğrultusunda saygınlık ihtiyacı hissetmektedirler.
5. Kendini Gerçekleştirme İhtiyacı: Kendini gerçekleştirme ihtiyacı ise bireylerin tüm ihtiyaçları karşılandıktan sonra kendisinin farkında olarak yaratıcılıkları ve gerçekleştirmek istedikleri faaliyetlere yönelmeleri ile ilgilidir. Kendini gerçekleştirme ihtiyacı ile bireyler sürekli bire gelişim halinde olmakta ve bu nedenle kendini gerçekleştirme ihtiyacı hiçbir zaman tam anlamıyla karşılanamamaktadır (Yılmaz, 2014).

Maslow'a göre bireylerde, ancak hiyerarşik olarak alt seviyedeki ihtiyacın karşılanması durumunda üst seviyedeki ihtiyaç ortaya çıkmaktadır (Muchinsky, 2006). Yani bireyin temel fizyolojik ihtiyaçları karşılandığında güvenlik ihtiyaçları ortaya çıkmakta, fizyolojik ve güvenlik ihtiyaçları başarılı bir şekilde karşılandığında ise sevgi, arkadaşlık, aidiyet gibi sosyal ihtiyaçları ortaya çıkmaktadır (Maslow, 1970). Sosyal ihtiyaçların başarıyla karşılanmasından sonra ise bireyler sırasıyla saygınlık ihtiyacı ve

kendini gerçekleştirme ihtiyacı hissetmektedir (Maslow, 1970). Bu ihtiyaçların tamamı bireyler için oldukça önemlidir. Bireylerin işlerinden tatmin olabilmeleri için bu ihtiyaçlarının işleri, çalıştıkları kurum ve yöneticileri aracılığıyla karşılanması gerekir (Limoncu, 2015). Kurum tarafından çalışanların finansal güvenliğinin sağlanması, sağlıklı bir iş ortamının oluşturulması, sosyalleşmeleri için uygun koşulların tasarlanması ve başarıların fark edilmesi ve ödüllendirilmesi gibi faaliyetlerle bireyler motive edilerek iş tatminlerinin sağlanması gerekmektedir (Kaur, 2013).

2.5.2. Herzberg'in Çift Faktör Teorisi

Genel olarak örgütsel ve iş ile ilgili faktörler, iş tatmini ile ilişkili olduğu düşünülen en yaygın faktörler arasındadır. Herzberg'in Çift Faktör Teorisi, iş tatminin açıklanmasında kullanılan en önemli teorilerden biridir (Ng ve ark., 2016). Herzberg, araştırmaları sonucunda çalışanlarda tatmin ve tatminsizlik yaratan faktörlerin farklı faktörler olduğunu ileri sürmüştür. Herzberg teorisinde, çalışanlarda tatmin duygusu oluşturan faktörleri motive edici faktörler, söz konusu unsurlarla ilgili beklentiler karşılanmadığında çalışanlarda tatminsizlik oluşturan faktörleri ise hijyen faktörler olarak tanımlamıştır (Kıdak ve Aksaraylı, 2009). Bu teoriye göre motive edici faktörler işin kendisi ile ilgili faktörleri ifade ederken, hijyen faktörler işin kendisi ile doğrudan ilgili olmayıp, işin çevresi ile bağlantılı faktörleri ifade etmektedir (Gökçe ve ark., 2010). Motive edici faktörler içerisinde; başarı, tanınma, işin kendisi, sorumluluk, ilerleme gibi faktörler yer almaktadır. Bu faktörler Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisinde yer alan kendini gerçekleştirme ihtiyacı ile örtüşmektedir (Gruneberg, 1979). Teoriye göre, çalışanlar işin kendilerine başarı, tanınma, sorumluluk, ilerleme gibi unsurları kazandırdığını düşünüyorlarsa işlerinden tatmin olacaklardır (Kıdak ve Aksaraylı, 2009; Gökçe ve ark., 2010). Yönetim tarzı, kurum politikaları, ücret, çalışma koşulları, iş güvenliği, kişiler arası ilişkiler gibi faktörler ise hijyen faktörler kapsamında yer almaktadır ve Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisinde kendini gerçekleştirme ihtiyacına göre daha alt sıralarda yer almaktadır (Gruneberg, 1979). Hijyen faktörlerin çalışanların beklentilerini karşılamama durumunda tatminsizlik oluşturacaktır. Bu faktörlerin çalışanları motive etme özelliği olmamakla birlikte hijyen faktörler çalışanların motive olabilmeleri için uygun ortamın olduğunu göstermektedir. Başka bir ifade ile hijyen faktörlerin varlığı çalışanları motive etmeyecek, ancak tatminsizliği ve performans düşüklüğünü önleyerek çalışanların motivasyonu için gerekli ortamın oluşmasını

sağlayacaktır (Koçel, 2015). Çünkü hijyen faktörlerin yokluğu iş tatminini neredeyse imkansız hale getirmektedir. Temel olarak hijyen faktörlerin sağlanmadığı kurumlarda yalnızca motive edici faktörler ile iş tatminin sağlanması mümkün olmamaktadır (Limoncu, 2015). Bu nedenlerle çalışanların iş tatmini, kurumlarda motive edici ve hijyen faktörlerin oluşturulması ve geliştirilmesi ile sağlanabilir.

2.5.3. Eşitlik /Denklik Teorisi

Eşitlik Teorisi'ne göre çalışanların işlerinden tatmin olma durumları çalıştığı kurumda elde edilen ödüller ile ilgili algıladığı eşitlik veya eşitsizlik ile ilişkilidir (Buchanan ve Huczynski, 2017). Teorinin ana fikri, çalışanların iş ilişkilerinde eşit şekilde muamele görmeyi istekleri ve bu isteğin çalışanların iş tatminini etkilediğidir (Koçel, 2015). Eşitlik Teorisi bireylerin yaptıkları işe ve gösterdikleri performansa göre aldıkları ödüllerde eşit davranıldığını görmek istemeleri ve bu eşitlik ile motive oldukları varsayımına dayanır (Gülten, 2018).

Bu kuramda birey davranışlarını ve kuruma katkılarını bir alış-veriş süreci olarak değerlendirmektedir. Kurumda eşitliğin kendi aleyhine bozulduğunu düşünen çalışanların işlerinden tatmin olmaları da zorlaşmaktadır (Limoncu, 2015). Teoriye göre eşitsizlik durumu çalışanların performansları sonucunda hak ettiklerinden az ya da daha çok ödül almaları durumunda ortaya çıkmaktadır. Teori daha çok bireylerin eşitsizlik algılarına dayanmakta ancak genellikle eşitlik modeli olarak adlandırılmaktadır. Eşitlik teorisi, çalışanların örgütsel davranışlarını sosyal karşılaştırma algılarına dayanarak açıklamaktadır (Buchanan ve Huczynski, 2017:287). Çalışanlar kendi ödülleri ve katkılarının oranlarını diğer çalışanlarının ödülleri ve katkılarının oranlarıyla kıyaslamakta ve bu kıyaslama eşitlik veya eşitsizliğin olduğu algısıyla sonuçlanmaktadır (Koçel, 2015). Çalışanlar işlerinden kazandıkları ücret, promosyonlar, statü, ayrıcalık gibi bazı maddi ve maddi olmayan unsurları ödül olarak nitelendirmektedir. Çalışanların oranlamada kullandıkları katkılar ise, yaş, deneyim, çaba, beceri, sadakat gibi unsurlardır (Buchanan ve Huczynski, 2017). Çalışanlar kıyaslamaları sonucunda bir eşitsizlik tespit ettiklerinde bu eşitsizliği giderme eğiliminde olacaklardır. Bu kapsamda işe bağlılığın azalması, işe devamsızlıkların artışı, işten kaytarma gibi davranışlar sergileyeceklerdir (Koçel, 2015). Kıyaslama sonucunda çalışanlarda eşitlik algısının oluşması iş tatminlerini ve örgütsel bağlılıklarını da artırmaktadır. Bu nedenle kurumlarda eşitlik teorisi, özellikle

yönetmel birimler için çalışan davranışlarının yorumlanmasında oldukça önemlidir (Buchanan ve Huczynski, 2017).

2.5.4. Alderfer'in Varoluş-İlişki Kurma-Gelişme (ERG) Teorisi

ERG Teorisi Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi'nin daha yalın hali olarak nitelendirilmektedir (Yılmaz, 2014). ERG Teorisi'nde ihtiyaç sınıflaması daha basite indirgenmiş fakat Maslow'un hiyerşisine benzer bir sıralama esas alınmıştır (Koçel, 2015). Alderfer teorisinde bireylerin ihtiyaçlarını var olma (existence), ilişki kurma (relatedness) ve gelişim (growth) şeklinde kategorize edilmekte ve teori adını bu üç kategorinin baş harflerinden almaktadır. Bu ihtiyaçlar şu şekilde ifade edilmektedir (Derin, 2007):

-Varolma İhtiyacı: Varolma ihtiyacı, bireylerin fiziksel olarak güçlü olmaları ile ilgili ihtiyaçlardır. Çalışma yaşamında var olma ihtiyacı için maddi ödüller, güvenlik ihtiyacı, sosyal imkanlar gibi unsurlardan bahsedilebilir. Bireylerin var olma ihtiyaçları ücret, kurumsal olanaklar, elverişli çalışma ortamı ve iş güvenliğinin sağlanması ile karşılanabilir.

-İlişki Kurma İhtiyacı: İlişki kurma ihtiyacı bireylerin sosyal çevreleri ile ilişki kurma gereksinimlerini ifade etmektedir. Bu gereksinimler çalışma ortamında iş arkadaşları ile sosyal ilişkiler; iş dışında ise arkadaşlar ve aile ile kurulan ilişkiler ile karşılanabilir.

Gelişme ihtiyacı: Gelişme ihtiyacı bireylerin, kişisel yönden gelişme ve yeteneklerini artırma gereksinimleri olarak tanımlanabilir ve bireylerin kendilerini geliştirme ve yeteneklerini artırma gibi çabaları içerir.

ERG Teorisi'nde, Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi'nden farklı olarak tam anlamıyla tatmin edilmemiş üst seviyedeki bir ihtiyacın, öncesinde tatmin edilmiş daha düşük seviyedeki bir ihtiyacın yeniden ortaya çıkmasına neden olabileceği ileri sürülmektedir (Yılmaz, 2014). Bununla birlikte bu teoriye göre bir bazen birden fazla ihtiyaç hiyerarşik sıralaması farklı olsa da eş zamanlı olarak karşılanabilir Alderfer'in teorisine göre ilk iki basamakta yer alan var olma ve ilişki kurma ihtiyaçları tatmin edilmeleriyle şiddetlerini kaybetmektedir. Ancak, gelişme ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması mümkün olmamakta, gelişme ihtiyaçları karşılandıkça sürekli olarak daha şiddetli hale gelmektedir (Brooks, 2006). Çünkü bireylerin yeteneklerinin gelişmesi, yeni

yeteneklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Teoriye göre bireyler varolma, ilişki kurma ve gelişme ihtiyaçlarının karşılanması durumunda işlerinden tatmin olmaktadır.

2.5.5. Beklenti Teorisi

Beklenti Teorisi'ne göre çalışanların belirli bir iş için çaba sarf etmeleri, ödülü arzulama dereceleri (valens) ve ödüllendirilme olasılıkları (bekleyiş) olmak üzere iki unsura bağlıdır. Teoriye göre kişilerin işleri ile ilgili gösterecekleri çaba, valens ve bekleyişten etkilenmektedir (Koçel, 2015). Beklenti teorisi bireylerin davranışlarını, bireylerin seçim ve amaçları ve bu amaçları başarmadaki beklentileri ile açıklamaya çalışmaktadır (Gülten, 2018). Beklentilerin önemli bir özelliği kişiye işiyle ilgili algıları için bir çerçeve çizmesidir (Gruneberg, 1979). Bununla birlikte çalışanların motivasyonu, gösterdikleri çabanın iyi performansla yol açacağı beklentisine, kişisel hedeflere ulaşmayı sağlayacak sonuçlara (ödül), sonuçların değerine ve değerli sonuçlar üretmedeki performansın araçlarına bağlıdır (Kondalkar, 2007). Beklenti Teorisi çalışan davranışlarının rasyonel olduğunu ve bireylerin kendi motive edicilerinin farkında olduğunu varsaymaktadır (Muchinsky, 2006). Yani çalışan davranışları, beklentilere ve öznel olasılıklara dayalı bilinç bir karar verme sürecinden kaynaklanmaktadır (Buchanan ve Huczynski, 2017). Çalışanların gösterdikleri çaba belirli şekillerde ödüllendirilebilir. Beklenti teorisinde bu ödüllendirmeler birinci kademe sonuç ve ikinci kademe sonuç olarak ifade edilmektedir. Birinci kademe sonuçlar, ikinci kademe sonuçların elde edilmesinde bir araç olarak görülmektedir. Kişinin çabaları sonucunda elde ettiği birinci kademe sonuçlardan birine örnek olarak maaş gösterilebilir. Maaş aslında kişinin beklediği daha yüksek bir statüye sahip olmak, daha rahat bir yaşam sürmek gibi ikinci kademe sonuçlar için bir araçtır. Çalışanlar gösterdikleri çabalar sonucunda bekledikleri birinci derece ve ikinci derece sonuçlara ulaştıklarında işlerinden tatmin olmaktadır (Koçel, 2015). Beklenti Teorisi'ne göre kurum çalışanları örgüt içerisinde beklentileri karşılandığında tatmin olurlar (Gülten, 2018). Bu nedenle iş tatmininin artırılması için, kurumların yönetim kademeleri performans kriterlerini ve ödül sistemini belirlemeli ve çalışanları bilgilendirmelidir (Kondalkar, 2007).

2.6. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinden kaynaklanan hataların önlenmesi, sağlık hizmetlerinden kaynaklanan hataların neden olduğu hasarların iyileştirilmesi ve ortadan kaldırılması olarak tanımlanabilir (National Patient Safety Foundation, 2016). Hasta güvenliği, sağlık bakım sistemindeki güvenli olmayan eylemlerin azaltılması ve en uygun uygulamaların kullanımıyla en iyi bakım sonuçlarına ulaşılması şeklinde de ifade edilebilir (Gözlü, 2011). Başka bir tanımlamaya göre hasta güvenliği, sağlık hizmeti alan bireylere zarar verebilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir risk seviyesinde tutmak için alınabilecek önlem ve iyileştirme faaliyetleridir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). En yalın hali ile hasta güvenliği, hastaların sağlık bakımı alırken zarar görmesinin engellenmesidir (Rozovsky, 2005).

Hasta güvenliği, insan hayatını etkileyen gerçek olaylarla ilgilidir. Diğer hizmet işletmelerinden farklı olarak sağlık hizmetleri sunan işletmelerde hasta güvenliğinin sağlanması ticari faydadan çok sosyal fayda sağlamaktadır (Tütüncü ve Küçükusta, 2018). Bununla birlikte güvenlik kavramı kalitenin önemli bir alt kümesidir. Sağlık kurumlarında bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini artıran en önemli unsurlardan biri olan hasta güvenliğinin sağlanması, daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşmada kritik rol oynamaktadır (Çetinkaya Uslusoy ve ark., 2016). Hasta güvenliği çalışmaları ilk olarak 1970'lerde, olumsuz sonuçları en aza indirmek ve kendi alanlarında bakımı geliştirmek için özel yaklaşımlar uygulayan anesteziistler tarafından başlatılmıştır. Bu çalışmalar daha sonra ilaç hataları ile ilgili tartışmaların ortaya çıkması ile birlikte ilaç endüstrisi ve eczacılık mesleği mensupları tarafından genişletilmiştir (Morath ve Turnbull, 2005). Hasta güvenliği kavramı, geçmişi daha eskiye dayansa da, 1999 yılında Institute of Medicine (IOM) tarafından yayınlanan "To Err is Human" raporu ile çarpıcı bir şekilde dünya gündemine gelmiştir (Sayek, 2011). Bu rapora göre Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl 44,000-98,000 kişinin hastanelerde önlenemez tıbbi hatalar sebebiyle öldüğu belirtilmiştir. Rapora göre ölüm nedenleri arasında sekizinci sırada yer alan tıbbi hatalar, trafik kazaları, meme kanseri ve AIDS gibi nedenlerden daha fazla ölüme yol açmaktadır. Ayrıca tıbbi hatalar nedeniyle sunulan ek sağlık hizmetleri yılda 17-29 milyar dolara mal olmaktadır (IOM, 1999). Raporda belirtilen rakamlar tüm dünyada büyük bir yankı uyandırmış ve hasta güvenliğine verilen önem hızla artmaya başlamıştır (Ardahan ve Alp, 2015). Güncel araştırmalara dayalı tahminler ise, yüksek

gelirli ülkelerde 10 hastadan 1'inin hastanede bakım hizmeti alırken zarar gördüğünü ve bu zararların yaklaşık %50'sinin önlenemez olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, düşük ve orta gelirli 26 ülkede advers olayların sıklığı ve önlenemezliği üzerine yapılan araştırmada, advers olayların oranının %8 civarında olduğu, bunların %83'ünün önlenemez olduğu ve %30'unun ölümlerle sonuçlandığı belirlenmiştir (WHO, 2018).

IOM 2001 yılında yayınladığı raporda iyileştirilmesi gereken konuları sıralarken güvenlik konusunu ilk sıraya almıştır ve şu şekilde sıralamıştır (IOM, 2001):

1. Güvenli: Hastalara yardım ederken zarar vermekten kaçınma,
2. Etkili: Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi,
3. Hasta odaklı: Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti,
4. Zamanında: Beklemelerin ve sağlığa zarar veren gecikmelerin azaltılması,
5. Verimli: İsrafin önlenmesi, maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumu,
6. Eşit: Hizmet kalitesinin ırk, cinsiyet, renk ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşitliği

The National Patient Safety Foundation (NPSF) 2000 yılında yayınladığı National Agenda for Research raporunda hasta güvenliği ile ilgili şu üç önemli noktanın altını çizmiştir (NPSF, 2000):

- Hasta güvenliği öncelikli olarak sağlık sürecinin kendisinden kaynaklanan olumsuz olaylar ve hasarlardan sakınılması, engellenmesi ve iyileştirilmesi ile ilgilidir. Ayrıca hata ve sapmalardan kazalara kadar uzanan olayları da ele almalıdır.
- Güvenlik, sağlık sistemi bileşenlerinin etkileşimlerinden ortaya çıkar. Güvenlik, sadece bir insan ,araç veya bölüme ait değildir. Güvenliğin sağlanması, güvenliğin bileşenlerin etkileşiminden nasıl ortaya çıktığının öğrenilmesine bağlıdır.
- Güvenlik, bakım kalitesi ile ilgilidir ve kalitenin önemli bir alt kümesidir.

2.7. Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği Sorunları

Uzun yıllar boyunca önemli ölüm nedenleri arasında yer alan tıbbi hatalar, IOM tarafından, planlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanmaması ya da amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanması olarak tanımlanmıştır (Insitute of Medicine,

2000; Anderson ve Abrahamson, 2017). Bu tanıma göre iki temel unsur bulunmaktadır. Birincisi; planlama hatası, ikincisi ise uygulama hatasıdır.

Planlama Hatası: Uygulanması düşünülen yöntemlerin hatalı olması yani amaca ulaşmak için hatalı plan kullanma olarak tanımlanabilir. Bu aşamada hata, hastada istenen sonuç elde edilemediği anlaşılana kadar ortaya çıkmamaktadır. Planlama hataları hastaya zarar verebilir ya da vermeyebilir, ancak hastada istenilen sağlık bakım sonucuna ulaşamamasına neden olmaktadır (Sheikh ve Hurwitz, 2001).

Uygulama Hatası: Planlanan eylemin istenen şekilde sonuçlanmasında başarısız olunması olarak tanımlanmaktadır. Uygulama hataları, sağlık hizmeti sunumu sırasında sağlık profesyoneli ile hasta arasında ortaya çıkmaktadır. Hastaya ağız yoluyla verilmesi gereken ilacın damar yoluyla uygulanması bu tip hatalara örnek gösterilebilir (Yılmaz, 2013).

2.7.1. Tıbbi Hata Nedenleri ve Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Tıbbi hataların nedenleri; insan faktörü, kurumsal faktörler ve teknik faktörler olarak 3 ana kategoride sınıflandırılmaktadır (Akalin, 2005):

- a) İnsan Faktörü: Yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim sorunları, zaman kısıtı, yanlış karar, tartışmacı kişilik gibi faktörler insan kaynaklı sorunlar arasında yer alır ve tıbbi hatalara neden olabilirler.
- b) Kurumsal Faktörler: Kurum tarafından takip edilen politikalar, idari yapı, personelin yanlış dağılımı, sorunlara çözüm konusunda yetersizlik, işyeri yapısı gibi nedenler kurumsal kaynaklı nedenler arasında yer alır.
- c) Teknik Faktörler: Yetersiz otomasyon, yetersiz cihaz ve eksik cihaz gibi teknik faktörler de tıbbi hata nedeni olabilmektedir.

Tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her aşamasında ortaya çıkabilirler (Sayek, 2011). Tıbbi hatalar çeşitli şekillerde kategorize edilmekle birlikte literatürdeki en yaygın sınıflandırmalardan biri şu şekildedir (IOM, 2000):

- a) Tanıda Yapılan Hatalar: Yanlış tanı veya tanıda gecikme, belirtilen testlerin uygulanmasında başarısızlık, güncel olmayan tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılması, tetkik sonuçlarına uygun davranışlarda bulunmama tanıda yapılan hatalar arasında yer almaktadır.
- b) Tedavide Yapılan Hatalar: Cerrahi bir girişim, işlem veya tetkikin uygulanmasında hata, tedavinin verilisinde hata, uygun olmayan tedavi, ilaç doz

veya verilif Şeklinde hata, tedavinin uygulanmasında gecikme gibi hatalar tedavide yapılan hatalar arasında yer almaktadır.

- c) Koruyucu Tedavide Yapılan Hatalar: Önleyici tedavi uygulamada hata veya tedavi uygulamama, tedavi sonrasında yetersiz takip vb. koruyucu tedavide yapılan hatalar arasında yer almaktadır.
- d) Diğer Hatalar: İletifimde yetersizlik, kullanılan aletlerde yetersizlik, diğer sistem yetersizlikleri olarak sıralanabilir.

2.7.2. Hasta Güvenliği Sorunları

Sağlık sistemlerinde hasta güvenliğini tehdit eden birÇok risk faktörü bulunmaktadır. Bu risklerin yol aŐabileceđi hasta güvenliği sorunları; ilaÇ uygulama hataları, enfeksiyonlar, düşmeler, yanlış cerrahi uygulamalar, iletişim eksikliğinden kaynaklanan sorunlar, transfüzyon uygulama hataları, yetersiz hasta izleminden kaynaklanan sorunlar, güvenli olmayan enjeksiyon uygulamaları, malzeme, cihaz ve uygun olmayan ilaŐlardan kaynaklanan hatalar, ŐalıŐma koşullarından kaynaklı sorunlar olarak ana başlıklar altında sınıflandırılabilir (UÇar ve ark, 2016).

İlaÇ Uygulama Hatası: İlaÇ hatası, ABD İlaÇ Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi (NCCMERP) (2018) tarafından hastanın ilaŐtan zarar görmesine veya uygun olmayan kullanımına neden olan önlenemez olay olarak tanımlanmıştır. İlaÇ hataları ilacın fazla kullanımı, hatalı kullanımı, eksik kullanımı gibi konuları içermektedir (Yılmaz, 2013). IOM (2006) yayınladığı raporla, ABD'de her yıl yaklaşık 1,5 milyon ilaÇ hatasının meydana geldiğini ve bu hataların milyarlarca dolara mal olduğunu belirtmiştir. Yapılan bir ŐalıŐmada hatalı ilaÇ uygulamalarının % 35,4'ünün küçük sorunlara neden olduğu, % 57,5'inin herhangi bir klinik sonuç doğurmadığı, %1,4'ünün ciddi hasarlara yol aŐtıđı ve %0,4'ünün ölüme neden olduğu belirlenmiştir (Orser ve ark., 2001). İlaÇ reŐeteleme, sağlık kurumlarında en yaygın klinik faaliyetlerden biridir, bu nedenle, ilaÇ uygulama hatalarının en yaygın sorunlar arasında yer alması ŐaŐırtıcı değildir (Morath ve Turnbull :28). Bununla birlikte ilaÇ hatalarının bu kadar sık görülmesinin sebebi olarak genel anlamda, sağlık sisteminin ve ŐeŐitli bileşenlerinin karmaŐıklıđı gösterilmektedir (U ve Cohen, 2009). Hastanın kimlik bilgilerinin hastane sistemine girilmesi aşamasında yapılan yanlışlıklar, ilaÇ dozunu etkileyen ağırlık ve boy bilgisinin girilmesinde yapılan yanlışlıklar, hastanın ilaÇ ya da alerji bilgilerinde yapılan yanlışlıklar ve eksiklikler, ilaÇ orderlerinin okunur olmaması veya yanlış algılanması,

ilacın uygulanmasında yapılan yanlışlıklar hatalı ilaç uygulamalarına neden olabilmektedir (Sayek, 2011).

Enfeksiyonlar: Sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonlar, sağlık kurumlarında hasta güvenliğini tehdit eden ve sağlık bakımının kalitesini düşürmesiyle hastane yatış süresini uzatan dolayısıyla sağlık harcamalarını arttıran faktörlerin başında gelmektedir. Sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonlar, hastada, sağlık kurumuna başvurduktan sonra gelişen ve sağlık kurumuna başvuru esnasında kuluçka döneminde olmayan ya da sağlık kurumunda gelişmesine rağmen hasta taburcu edildikten sonra ortaya çıkan enfeksiyonları ifade eder. Sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonlar genellikle hastanın, hastaneye yatışından 48-72 saat sonra ve hasta taburcu olduktan sonra ilk 10 gün içerisinde gelişmektedir (Uçar ve ark., 2016). Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon gelişme riski özellikle yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda yüksektir. Bu sebeple enfeksiyon kontrolü hasta güvenliğinde kritik bir konudur (Sayek, 2011). IOM tarafından 2003 yılında yayımlanan Transforming Health Care Quality başlıklı raporda sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesi konusuna sağlık kalitesinin gelişimi için 20 öncelikli alan arasında yer verilmiştir (IOM, 2003).

Düşmeler: Hasta düşmeleri, sağlık kurumlarının tümünde yaşanan ciddi bir problemdir. Aranda-Gallardo ve ark. (2013) tarafından gerçekleştirilen araştırmaya göre hastanelerdeki istenmeyen olayların %84'üne yakını hasta düşmelerinden kaynaklanmaktadır. Bu düşmelerin %30'u ciddi yaralanmalara ve ölümlere neden olmaktadır. Düşmelerin sebepleri çevresel ve bireysel faktörler olmak üzere sınıflandırılmaktadır. Uygun olmayan binalar, personelin eğitim eksikliği, hastaların yaş ortalamasının artması, ilaç kullanımı vb. hasta düşmelerinin nedenleri arasında gösterilebilir (Uçar ve ark., 2016). Hasta düşmeleri, önemli derecede fiziksel ve psikolojik zarara, işlevsel gerilemeye, hastanede kalış süresinin uzamasına ve artan maliyetlere neden olmaktadır (Watson ve ark., 2016).

Yanlış Cerrahi Uygulamaları: Sağlık kurumlarında hasta güvenliği için risk oluşturan ve sık karşılaşılan bir diğer unsur da yanlış cerrahi uygulamalarıdır. Cerrahi uygulamalar, her biri birden çok adımdan oluşan birçok karmaşık faaliyetin yürütülmesini içerir. (Etchells ve ark., 2003). Cerrahi uygulamalar sırasında bazı adımların atlanması hasta güvenliği sorunlarına yol açmaktadır. Yanlış cerrahi uygulamaları önlemek için DSÖ tarafından cerrahi uygulamaların daha güvenli şekilde gerçekleşmesi için "Güvenli

Cerrahi Hayat Kurtarıcı" programı başlatılmış ve bu kapsamda ilk kez 2008 yılında DSÖ tarafından yayınlanan "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" yayımlanmıştır (WHO, 2009). DSÖ tarafından cerrahi uygulamalarda güvenliği sağlamak için 10 temel hedef belirlemiştir ve güvenli cerrahi kontrol listeleri belirlenen hedefleri kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. Belirlenen hedefler arasında; doğru hasta, doğru taraf, anestezi zararını engelleme, hava yolu ve solunum kaybını engelleme, aşırı kan kaybı riskini önleme, hastanın alerji durumunun sorgulanması, cerrahi alan enfeksiyonunu engelleme, cerrahi alanda alet ve spanç kalmasını engelleme, numunelerinin güvenliğini sağlama, ameliyathanede personelin etkili iletişimi ve kritik bilgi alışverişi, kayıtların doğru tutulması yer almaktadır (WHO, 2009).

Transfüzyon Uygulama Hataları: Kan transfüzyonu modern sağlık hizmetinin önemli bir parçasıdır. Bununla birlikte, her tedavide olabileceği gibi, bazı klinik riskleri de bulunmaktadır (Murphy ve ark., 2011). Kliniklerde, kan merkezlerinde, kan alma birimlerinde gerçekleştirilen uygulama hataları hasta güvenliği için risk oluşturmaktadır. Transfüzyon uygulamalarında alıcının kimlik bilgilerinin yanlış belirlenmesi, örneğin yanlış işaretlenmesi, tüplerin yanlış işaretlenmesi, kayıt işlemlerinde yanlışlıklar, hastaya yanlış kan gönderilmesi, etiketleme yanlışlıkları gibi hatalarla karşılaşmaktadır. Bu hataların sonucunda hastaya bulaşan Hepatit ve AIDS, uyumsuz kan grubu, bozulma, hemoliz gibi faktörler ölümlere neden olabilmektedir (Koh ve Alacantara, 2009; Uçar ve ark., 2016).

İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar: Etkin ve doğru iletişim sağlık hizmeti sunumunda oldukça önemlidir. İletişim aksaklıkları ve yetersizlikleri sebebiyle sağlık hizmeti sunumunda yapılan hatalar sakatlanmalara ve ölümlere neden olabilecek kadar yüksek risk taşımaktadır (Sayek, 2011). İletişime bağlı hatalar sağlık bakımının kalitesini düşürme ve buna bağlı olarak hastanede kalış süresini uzatma, hastalarda ve sağlık çalışanlarında memnuniyetsizlik yaratma gibi olumsuzluklara yol açabilirler. Sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin ertelenemez yapısı sebebiyle ortaya çıkan iş yoğunluğu, güç dengesizliği, stres, güven, okunamayan orderlar gibi faktörler iletişim eksikliğine neden olmaktadır (Uçar ve ark., 2016). Özellikle hasta devirlerinde, sağlık profesyonelleri arasında açık ve etkin iletişim hasta güvenliğinin sağlanmasında kritik rol oynamaktadır. Açık iletişimin eksikliği ya da yokluğu, karmaşık tıbbi sistemlerde tanı ve

tedavi başarısının kaybolmasına yol açabilmekte ve hasta güvenliğini tehdit edebilmektedir (Rice, 2009).

Yetersiz Hasta İzlemine Bağlı Hatalar: Yetersiz hasta izlemi, orderların anlaşılabilir olmaması ve istenilen izlem sıklığı net bir şekilde belirtilmemesi hasta güvenliğini zedeleyebilmektedir (Uçar ve ark., 2016).

Güvenli Olmayan Enjeksiyon Uygulamaları: Enjeksiyonlar hastalıkların önlenmesi, teşhis ve tedavi sürecinde yaygın olarak kullanılan uygulamalar arasında yer almaktadır. Güvenli enjeksiyon uygulamaları, hastalar, sağlık personeli ve diğer paydaşların yararına enjeksiyonların güvenli bir şekilde gerçekleştirilmesi için alınan önlemleri ifade eder. Güvenli bir enjeksiyon, alıcıya zarar vermez, sağlayıcıyı önlenemez risklere maruz bırakmaz ve topluluk için tehlikeli atıklarla sonuçlanmaz (CDC, 2018). Şırıngaların yeniden kullanımı ve ilaç şişelerinin yanlış kullanımı gibi işlemler güvenli olmayan enjeksiyon uygulamalarına örnek gösterilebilir. Güvenli olmayan enjeksiyon uygulamaları sonucunda bulaşabilecek hepatit B, C ve HIV gibi hastalıklar hasta güvenliği için risk oluşturmaktadır (Uçar ve ark., 2016).

Malzeme ve Cihazlara Bağlı Hatalar: Tıbbi malzeme, cihazlar ve sağlık teknolojileri, modern sağlık hizmeti sunumunda yaygın olarak kullanılmaktadır. Hasta güvenliğini tehdit eden, tıbbi cihaz ilişkili hatalarda üretici ile ilgili hatalar ve cihaz kullanım hataları olmak üzere iki ana grupta incelenmektedir. Cihaz kullanım hatası, cihazların yanlış kullanım durumlarını ifade etmektedir (Mattox, 2012). Sağlık kurumlarında tıbbi bakım sürecinde standartlara uygun olmayan veya yanlış cihaz ve malzemelerin kullanılması, sağlık teknolojilerin karmaşık yapısı, cihazların kalibrasyonlarının düzenli yapılmaması, yetersiz cihaz kullanım bilgisi gibi faktörler hasta güvenliğini tehdit edebilmektedir (Uçar ve ark., 2016).

Çalışma Koşullarına Bağlı Hatalar: Çalışma koşullarının hasta güvenliğine etkisi sık tartışılan konular arasında yer almaktadır. Personel ile ilgili faktörler, işyeri tasarımı, sosyal faktörler, çevreye ilişkin faktörler çalışma koşulları kapsamında incelenmektedir. Personele ilişkin faktörler; iş hacmi, nitelik, personel sayısı, çalışma saatleri gibi konuları içermektedir. İş yükü ve çalışma saatleri ile ilgili en yaygın görüş uzun çalışma saatleri ve fazla iş yükünün daha fazla hataya neden olduğu yönündedir. Nitelikli ve eğitim düzeyi yüksek sağlık personelinin hata riskini azalttığı düşünülmektedir (AHRQ, 2003). Sağlık kurumları tasarımının sağlık personeli ve hasta ihtiyaçlarına uygun olmaması, sağlık

hizmetlerinin doğasının göz önünde bulundurulmaması hasta güvenliği sorunları oluşturabilmektedir (Uçar ve ark., 2016). Kişisel faktörler; stres, tükenmişlik, memnuniyetsizlik, motivasyon ve iş üzerindeki kontrol gibi unsurları içerir. Personel arasındaki ilişki, rol belirsizliği, anlaşmazlık gibi faktörler sosyal faktörler arasında yer almaktadır (AHRQ, 2003). Aydınlatma, ısıtma, gürültü, havalandırma, ısı, yüzey kaplama, tasarım gibi faktörler çevresel faktörler arasında yer almaktadır. Çevresel koşulların uygun şekilde düzenlenmesiyle zarar verici sonuçlar azaltılabilmektedir. Örgütsel faktörler, örgütün yapısal ve süreç koşullarından oluşmaktadır. Takım çalışması, işbölümü, ekip ruhu, güvenlik kültürü gibi unsurlar örgütsel niteliktedir ve hasta güvenliği üzerinde potansiyel etkileri bulunmaktadır (Etchells ve ark., 2003).

2.8. Kalite ve Akreditasyon Sürecinde Hasta Güvenliğinin Önemi

Kalite, en yalın hali ile tüketici beklentilerinin karşılanması ya da aşılması şeklinde ifade edilebilir. Kaliteli sağlık hizmeti, hizmet sunum sürecinin tüm aşamalarında, beklenen kazançlar ve kayıplar değerlendirildikten sonra, hastanın iyilik halini en yüksek seviyeye çıkarması beklenen hizmettir (Kaya, 2013). Başka bir ifade ile sağlık hizmetleri kalitesi, evrensel olarak tanınan standartlara uygun teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin sunumu ve bütün hizmet sunumu süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması ya da beklentilerin aşılması olarak tanımlanabilir (Teleş, 2011). Sağlık hizmetlerinde evrensel standartlara uygunluktan bahsedildiğinde ise akreditasyon kavramı gündeme gelmektedir.

Akreditasyon, bir kurumun daha önceden kabul edilmiş ve yayınlanmış standartlara göre sistematik olarak değerlendirmesi ve bu standartları karşılaması durumunda belgelendirmesi olarak tanımlanmaktadır (Brubakk ve ark., 2015). Son yıllarda sağlık bakım hizmetlerinde hataların en aza indirilmesi ve hasta güvenliğinin teşvik edilmesi, sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, medya, hasta grupları ve halk için ana odak noktası haline gelmiştir (Parker ve ark., 2009). Bu noktada akreditasyon, tıbbi hataların neden olduğu hasta zararını azaltmak için hasta güvenliği çabalarının uygulanmasında kilit bir faktör olarak giderek daha fazla kullanılmaya ve sağlık kurumlarının akreditasyon sürecinde risk yönetimi ve hasta güvenliğine daha fazla odaklanmaya başlanılmıştır (Myers, 2012; Al-Awa ve ark., 2011).

Sağlık kurumlarında, hasta güvenliğinin aktif yönetimine duyulan ihtiyaç, küresel sağlık organizasyonları tarafından tanınmış ve sağlık hizmeti akreditasyonu ile

desteklenmiştir (Campbell, 2009). Bu kapsamda dünyada hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi, güvenli bir hasta bakım çevresinin oluşturulması, hasta ve çalışanlara yönelik risklerin minimum düzeye indirilmesi, hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması amacıyla hasta ve organizasyonel yapı odaklı akreditasyon sistemleri geliştirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Akreditasyon süreci gönüllülük esasına dayalı bir süreç olmakla birlikte, sağlık kurumları kaliteli sağlık hizmeti sunumunu sağlamak için akreditasyon programlarını yaygın olarak kullanmaktadır (Teleş, 2011; Al-Awa ve ark., 2011). Sağlık kurumlarının akreditasyonu, sağlık hizmetlerinin kalite güvencesini ve hasta güvenliğini artırmak için kullanılan temel gereksinimlerden biridir (Andri ve Soewondo, 2018). Öyle ki akreditasyonun en önemli amaçlarından biri sağlık kurumlarında risk faktörlerinin azaltılmasıdır (Al-Awa ve ark., 2011).

Sağlık kurumlarında akreditasyon, sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve güvenliğinin garanti altına alınması için kullanılan uluslararası kabul görmüş bir değerlendirme sürecidir (Andri ve Soewondo, 2018). Başka bir ifade ile sağlık kurumlarının akreditasyonu, tüm kurum performansının önceden belirlenmiş standartlara göre bir dış değerlendirmesidir (Al-Awa ve ark., 2011). Akreditasyon programlarında yer alan standartlar, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğinin sağlanması için gereken temel gerekliliklerdir (Yetginoğlu, 2009). Bu gereklilikler, tıbbi hataların azaltılması, hasta güvenliğinin geliştirilmesi ve kaliteli sağlık bakımının sunulması için önemli bir faktör olmakla birlikte hasta bakımının en iyi şekilde gerçekleştirilebilmesi için karşılanması gereken zorunlulukları ifade etmektedir. Bu standartlar, hasta güvenliği standartlarının belirlenmesi, yönetim ile birlikte güvenlik kültürünün geliştirilmesi, tıbbi hataların önlenmesi için olası analitik araçların kullanılması, hasta güvenliği için süreçlerin yeniden tasarlanması gibi unsurları içermektedir (Rozovsky, 2005).

Sağlık kurumlarında akreditasyon süreci resmi olarak ABD'de Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Ortak Komisyonu'nun (JCAHO) kurulması ile başlamaktadır. JCAHO, 1999 yılından itibaren Uluslararası Birleşik Komisyon (J.C.I.) aracılığı ile dünya genelinde sağlık kuruluşlarına akreditasyon hizmeti vermeye başlamıştır. JCI akreditasyonu; hasta bakım standartlarının mevcut kalitesini uluslararası alanda rekabet edebilir düzeye taşımayı hedeflemektedir. Hasta güvenliğine odağın artmasıyla birlikte artış gösteren hasta güvenliği standartları JCI akreditasyon şartlarına entegre edilmektedir. Öyle ki JCI standartlarının yaklaşık yüzde 50'si doğrudan hasta güvenliği

ile ilgilidir (Myers, 2012). Türkiye’de ise sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılmasına yönelik çalışmalar Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sürdürülmektedir. Bu kapsamda akreditasyon çalışmaları Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)’na bağlı olarak Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) tarafından yürütülmektedir. Bununla birlikte Türkiye’de akreditasyon çalışmaları kapsamında Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından” SAS (Sağlıkta Akreditasyon Standartları) hazırlanmıştır. Yine bu standartların önemli bir kısmını hasta güvenliği ve risk yönetimi ile ilgili standartlar oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Verimlilik, Kalite Ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, 2018). Bu nedenlerle hasta güvenliği standartlarının sağlanması sağlık kurumlarının akreditasyonu için önemli bir gerekliliktir. Gelişmiş hasta güvenliğine sahip akredite sağlık kurumları kaliteli sağlık hizmeti sunumunu da beraberinde getirecektir. Sağlık hizmetleri kalitesinin yükseltilmesi, toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi, hasta güvenliği sorunları ve tekrar yatışlardan kaynaklanabilecek sağlık hizmeti maliyetlerinin azaltılmasında da kritik rol oynamaktadır.

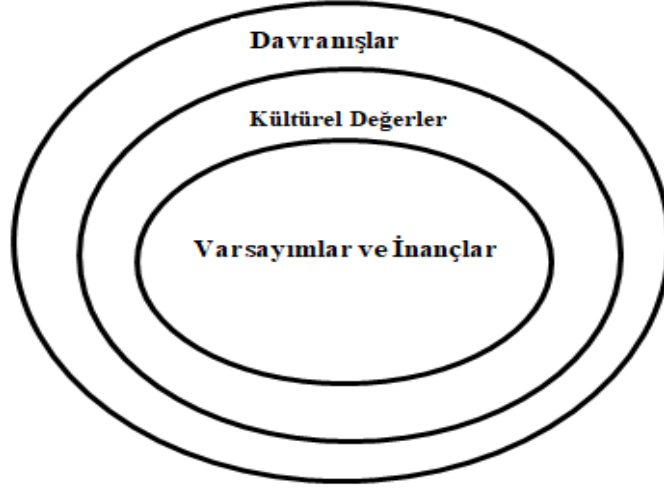
2.9. Hasta Güvenliği Kültürü

2.9.1. Kültür ve Örgüt Kültürü

Genel anlamıyla kültür, sosyal bakımdan öğrenilen, bireyler tarafından paylaşılan ortak değerler olarak ifade edilmektedir. Daha geniş anlamda kültür; bireylerin toplumun bir üyesi olarak kabul ettikleri bilgi, inanç, ahlak, örf ve adetler gibi bileşenlerin bütünü ve bileşenler sonucunda ortaya çıkan düşünüş ve davranış biçimleri şeklinde tanımlanabilir (Gözlü, 2011). Başka bir ifade ile kültür, bir grup insan tarafından paylaşılan, her üyenin davranışını ve grup üyelerinin diğer insanların davranışlarını yorumlamasını etkileyen, değerlerdir ve bir dizi sosyal sürecin bileşkesi olarak ortaya çıkmaktadır (Guldenmund, 2014).

Kurumsal kültür ise, bir ortamı karakterize eden ve çalışanlar tarafından paylaşılan ortak temel varsayımlar, değerler ve inançlar kümesi olarak tanımlanabilir (Schneider ve ark., 2013). Başka bir ifade ile kurumsal kültür, özellikle açıkça tanımlanmış kuralların ve prosedürlerin olmadığı durumlarda (Krause ve ark., 2009), çalışanların davranışlarına rehberlik eden değerler, inançlar ve varsayımlardır (Schneider ve ark., 2013). En yalın hali ile kurumsal kültür kurumun, tüm çalışanlar tarafından kabul edilen birleştirici bir kültüre sahip olması olarak tanımlanabilir (Guldenmund, 2014). Kurumsal

kültür, uzun yıllar boyunca birçok disiplin tarafından çalışılmış uzun bir geçmişe sahiptir (Kirk ve ark, 2006). Kurumsal kültür, bir kurumun kişiliği olarak düşünülebilir (Buchanan ve Huczynski, 2017). Bununla birlikte kültür, kurumlar için uyum ve çalışanlar için bir kimlik duygusu sağlamaktadır (Glass, 2018). Schein (2004) kurumsal kültürün varsayımlar ve inançlar, kültürel değerler ve davranışlar olmak üzere 3 düzeyinin bulunduğunu öne sürmektedir.



Şekil 1: Kültürün 3 Düzeyi (Brooks, 2006)

Kültürün özünde, bireylerin örgütsel dünyaya bakışını kabul eden varsayımları ve inançları vardır. Bunlar, iş ortamının niteliği, genel olarak insan doğası ve işyerindeki ilişkiler hakkında varsayımları içerir. Bu temel ve kabul edilmiş varsayımlar ve inançlar orta düzeyde yatan kültürel değerler ve yüzeyde davranışlar olarak kendini gösterir (Brooks, 2006).

Sinha (2008) ise örgüt kültürünün beş katmandan oluştuğunu ileri sürmektedir. Bu katmanlar sırasıyla şu şekildedir:

1. Örgütsel misyon, vizyon, amaçlar, hedefler, stratejiler ve temel yönetim felsefesi.
2. Organizasyon yapısı, sistemler, teknoloji, sermaye yapısı ve bir organizasyonun diğer fiziksel özellikleri.
3. Güç ve otorite yapısı, grup dinamikleri, liderlik, iş biçimleri ve sosyal ilişkiler gibi grup özellikleri.
4. İş ve iş dışı uygulamalar ve davranış

5. İş dışı alanlardan farklı olarak aile, toplum, eğlence, vb. işe ilişkin varsayımlar, inançlar, değerler ve normlar.

Bir kurumda yer alan bireyler, o kurum kültürünün en iyi tanımlayıcısıdır ve kültür, çalışanlardan yöneticilere kadar tüm kurum üyeleri tarafından uzun vadede oluşturulmaktadır. Yani, bireyler yerleşik bir kültürde önceden belirlenmiş rolleri dolduran aktörler değil, zamanla örgütü ve örgüt kültürünü şekillendiren kişilikler ve değerlerdir (Muchinsky, 2006). Bununla birlikte kurum kültürünü tamamen, kurumda belirli bir dönemde çalışan personel ile bütünleştirmek doğru olmayacaktır. Yani kurum çalışanları değişse de yeni katılan üyeler gözlem, sosyal ilişkiler ve deneme yanılma yolu ile kurum kültürünü öğrenilebilir (Fleming ve Croskerry, 2009).

Kurumlarda kültürel değerler ilk olarak yöneticiler ve kurucular tarafından ortaya atılır. Sonrasında kültürel değerlerin çalışanlara aşılması ve çalışanların sosyalleşme süreciyle birlikte bu değerler tüm kurum üyeleri tarafından öğrenilmekte, kabul edilmekte ve şekillendirilmektedir. (Talatti ve Griffin, 2014; Glass, 2018).

Kurumsal kültür, tüm kurumu kapsayan bir kültür yapısı olarak ve organizasyonel seviye ya da meslek gruplarına göre alt kültürler şeklinde var olabilir (Schneider ve ark., 2013). Özellikle sağlık hizmetleri, birlikte çalışan ve bir dizi farklı meslek grubuna mensup sağlık profesyonelleri ile destek personeli tarafından sağlanmaktadır (Pearce ve ark., 2006). Profesyonelleşmenin fazla olduğu sağlık kurumlarında hekimler, hemşireler, yardımcı sağlık personeli vb. gibi her bir meslek grubunun kendilerine ait alt kültürleri, faaliyetlerini yönlendiren kendi değerleri, inançları, varsayımları ve normları olabilmektedir. Bu nedenle sağlık kurumlarında tüm meslek grupları ve çalışanlar tarafından kabul edilen bir kurum kültürünün oluşturulması oldukça önemlidir (Sinha, 2008).

Kurumsal kültür, bir örgütün tamamının, işle ve iş ilişkileriyle ilgili bir veya daha fazla odak nokta etrafında toplanmasıyla oluşmaktadır ve kurumda günlük faaliyetlerin nasıl yürütüldüğü ile ilgilidir (Sinha, 2008). Küreselleşen dünyada kurum kültürü, işletmelerin rekabet avantajı kazanmalarında önemli bir rol oynamaktadır (Teleş, 2011). Öyle ki, kurumsal kültürün çalışanların eylemlerini ve iletişimlerini etkileme potansiyeline sahip olduğu (Kirk ve ark., 2006) ve kurumsal başarının ya da başarısızlığın hayati bir bileşeni olarak kabul edilmektedir (Brook, 2006). Çünkü, kültür çalışanların yöneticiler, müşteriler ve birbirleri ile ilişkilerini etkilemekte ve performansları üzerinde

rol oynamaktadır (Buchanan ve Huczynski, 2017). Kurumsal kültürün çalışan davranışları üzerinde, arka planda açıkça görünmeyen ancak güçlü bir etkisi bulunmaktadır (Krause ve ark., 2009). Öyle ki kurumsal kültürün temelinde var olan iş veya iş dışı unsurlara ilişkin varsayımlar, inançlar ve değerler bireylerin ve grupların davranışlarında kendini göstermekte, sırayla örgütsel sistemleri, prosedürleri, normları, kurum felsefesini ve stratejisini etkilemektedir (Sinha, 2008). Ayrıca çalışan davranışlarının değerlendirilmesi ve anlamlandırılabilmesi için kurumsal kültürün anlaşılması yönetsel kademeler için kritik rol oynamaktadır (Muchinsky, 2006). Bununla birlikte kurum kültürü, sağlık hizmetlerinin nasıl sunulduğunu ve sonuç olarak hasta bakımının kalitesini ve güvenliğini etkiler. Bu nedenle, kültürün hasta güvenliği hedefleriyle uyumlu olmasını sağlamak sağlık kurumları için kritik önem taşır. (Fleming ve Croskerry, 2009).

2.9.2. Güvenlik Kültürü

Güvenlik kültürü, çalışanların güvenlik konusundaki kararlılıklarını etkileyen güvenlik konusunda kurumun sahip oldukları değerleri, inançları ve tutumları tanımlamaktadır. Başka bir ifade ile güvenlik kültürü; daha güvenli bir örgüt yapısı elde etmek için kurumun sahip olduğu ve sürekli olarak geliştirdiği yapılar, uygulamalar ve politikalarıdır (Reason ve Hobbs, 2003). Güvenlik kültürü, genellikle bir kurumun faaliyetlerinin güvenliğini yönetme kabiliyetinde temel olarak görülmektedir (Kirk ve ark, 2006). Çünkü güvenlik kültürü, kurumları ulaşılabilir maksimum güvenlik hedeflerine doğru yönlendirmektedir (Reason ve Hobbs, 2003). Bu nedenle güvenlik kültürü, kurumlarda var olan risklerin yönetimi için temel yapı taşlarından biridir (Fleming ve Croskerry, 2009). Öyle ki güvenlik kültürü, olası başarısızlık senaryoları ile hataları öngörmeyi sürekli olarak arayan ve öğrenen bir kültürdür (Morath ve Turnbull, 2005).

Reason ve Hobbs (2003) güvenlik kültürünün üç ana bileşenini adil kültür, öğrenme kültürü ve raporlama kültürü olarak ifade etmiştir. Adil kültür, kabul edilebilir ve kabul edilemeyen şeylerin tanımlandığı bir kültür olup, adalet ve hesap verebilirlik kritik bileşenlerini oluşturmaktadır. Adil kültür, kusurlu davranışlar veya eylemler gerçekleştiğinde eşit bir şekilde gerçekleştirilen zamanında, adil ve uygun eylemleri gerektirir. Kusurlu davranışlar, kurum çalışanının bilinçli olarak standartları ihlal eden davranışları ve bu standartlara uyma niyetinde olmadığını gösteren uygulamalarıdır. Bu

kategori aynı zamanda umursamaz davranışlarda bulunan ya da zamanla öğrenemediklerini gösteren çalışan davranışlarını da içerir. Raporlama kültürü, hataların ve güvenlik konularının raporlanmasını teşvik eder, kolaylaştırır ve bozuklukların düzeltilmesini kapsar. Öğrenme kültürü, hatalar, istenmeyen olaylar ve tanımlanmış diğer güvenlik konularından öğrenilen bir kültürdür. Öğrenme kültüründe, sistemdeki istenmeyen olaylara neden olan boşluklar görünür hale getirilir, böylece ekip üyeleri onlardan öğrenebilir ve sonrasında boşluklar ortadan kaldırılabilir. Başarısızlıklarla ilgili açık bilgi akışının varlığı hatalardan öğrenmeyi destekleyecektir (Morath ve Turnbull, 2005).

Güvenlik kültürü, hatalardan öğrenilerek gelişen bir kültürdür. Bu nedenle çalışanların hataları korkusuzca dile getirebildikleri güvenli bir atmosfer oluşturularak elde edilebilir. Sistem ancak bu şekilde hataya neden olan durumları tanımlayabilir. Dolayısıyla kuruma güven, gelişmiş güvenlik kültürü için en önemli gerekliliklerden biridir (Reason ve Hobbs, 2003).

Bir kurumun güvenlik kültürü birbiri ile ilişkili birkaç unsurla ifade edilebilir. Bu unsurlar çalışan davranışları, güvenlik sistemleri ve süreçleri ile ilgilidir. Kurum içerisindeki uygulama ve prosedürlerdeki değişiklikler de güvenlik kültürünü şekillendirebilmektedir (Kirk ve ark., 2006). Bireylerin davranışlarına rehberlik eden kurum politikaları, güçlü kültür taşıyıcılarıdır. Bu kapsamda bireyleri suçlamayan ve olumsuz durumları raporlamayı destekleyen kapsamlı kurum politikaları pozitif bir güvenlik kültürü oluşturmak için yapı taşlarıdır (Morath ve Turnbull, 2005).

Sağlık kurumlarında güvenlik kültürü, çalışanların paylaştığı inanç ve değerlere dayanan, sağlık bakımı süreçlerinde hastaların ve çalışanların görebileceği zararın önlenmesini veya minimuma indirgenmesini amaçlayan, bireysel ve örgütsel davranış modelinin entegrasyonu şeklinde ifade edilebilir (Ataman ve ark., 2017).

Pozitif güvenlik kültürüne sahip kurumlar, karşılıklı güvene dayalı iletişim, güvenliğin önemine dair ortak algılar ve önleyici tedbirlerin etkinliğine güven duyma gibi özellikleri barındırırlar (Vincent, 2010). Gelişmiş güvenlik kültürüne sahip kurumlarda, oluşabilecek tehlikeler kabul edilir ve bu tehlikelerle başa çıkmak için savunma ve acil durum planları geliştirilir (Reason ve Hobbs, 2003).

Pozitif bir güvenlik kültürünün özellikleri şu şekilde ifade edilebilir (Kirk ve ark., 2006):

-Karşılıklı güven ve açıklık üzerine kurulan iletişim

- İyi bilgi akışı ve bilgiyi işleme
- Güvenliğin önemine ilişkin paylaşılan algılar
- Hatanın kaçınılmazlığının tanınması
- Önleyici (güvenlik) önlemlerin etkinliğine güven
- Güvenlik için gizli tehditlerin proaktif olarak tanımlanması
- Örgütsel öğrenme
- Katılımcı liderlik ve yönetici sorumluluğu
- Hasta güvenliği raporlarına cezalandırıcı olmayan bir yaklaşım

Bir kurumun kültürü, güvenlik uygulamalarıyla ilgili önemli bir motivasyon ve bilgi kaynağı olabilir. Kurumda var olan güvenlik kültürü, belirli durumlarda nasıl davranılacağına karar verirken çalışanlar için rehber olabilir. Bu şekilde, güvenlik kültürü, çalışanların güvenlik davranışlarını etkileyebilir ve olumlu sonuçlara yol açabilir. Bununla birlikte, güvenlik odaklı bir çalışma kültürüne sahip kurumlar, güvenli davranışlarda bulunmaya daha fazla motive olan personel ile çalışma eğilimi göstermektedir. Özellikle yüksek riskli sektörlerde yapılan araştırmalarda, gelişmiş güvenlik kültürünün, çalışanların güvenli davranışlarda bulunma motivasyonunu artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmalarda, hasta güvenliği kültürü ile işyeri yaralanmaları, ilaç hataları ve enfeksiyonlar gibi güvenlik sonuçları arasında bir korelasyon bulmuştur (Talatti ve Griffin, 2014). Bu nedenlerle, sağlık kurumlarında güvenlik kültürünü geliştirmeye büyük çaba harcanmaktadır. Bu kapsamda, olay ve hata raporlama mekanizmaları ve kök neden analiz araçları geliştirilmekte ve istenmeyen ve ramak kala olayların ardından aktif öğrenme teşvik edilmektedir. Sağlık kurumlarında etkili bir güvenlik kültürünün geliştirilmesi, hasta güvenliğinde kalıcı iyileştirmeler yapmak için önemlidir (Kirk ve ark., 2006).

2.9.3. Hasta Güvenliği Kültürü ve Oluşumu

Bireylerin sağlık bakımı aldığı sağlık sistemleri, yeni bilgiler, teknolojiler ve değişen demografikler karşısında sürekli değişmekte ve karmaşık hale gelmektedir. Karmaşık sistemler ise doğası gereği risk eğilimi göstermektedir ve sağlık sistemleri de istisna değildir. Son yıllarda sağlık hizmetlerindeki en önemli dönüşüm tıbbi hataların ve hastanın zarar görmesinin önlenmesini sağlayacak güvenlik bilimi konusunda yaşanmaktadır. Bu kapsamda, hastaya zarar vermeyen güvenli sağlık bakım sistemleri

tasarlamak ve bu sistemlerin sürdürülebilirliğini sağlamak için çaba gösterilmektedir (Morath ve Turnbull, 2005).

Sağlık kurumlarında hasta bakımını etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler hasta ile ilişkili faktörler (vakanın durumu, dil ve iletişim, bireysel ve sosyal faktörler); yapısal ve teknolojik faktörler (yapının tasarımı ve niteliği, protokollerin mevcudiyeti ve kullanımı, test sonuçlarının doğruluğu ve ulaşılabilirliği); personel ile ilgili faktörler (bilgi, beceri ve yetenekler, fiziksel ve ruhsal sağlık); ekip çalışması ile ilgili faktörler (sözel iletişim yazılı iletişim, denetim); iş çevresi ile ilişkili faktörler (iş yükü ve nöbetler, ekipman tasarımı, kullanılabilirliği ve bakımı, idari ve yönetsel destek) şeklinde kategorize edilmektedir. Bir diğer kategori ise sağlık kurumunun örgütsel yapısını, hasta güvenliği kültürünü ve önceliklerini kapsayan örgütsel faktörlerdir (Vincent ve Adams, 2009).

IOM, yayımladığı “To Err is Human” raporunda, sağlık hizmetlerini dönüştürme potansiyeli olan üç önemli noktaya dikkat çekmiştir (Morath ve Turnbull, 2005):

1. Sağlık bakımı sırasında hastaların gördüğü zarar, bireysel performanstan değil büyük ölçüde sistemdeki kusurlardan kaynaklanmaktadır.
2. Söz konusu zarar daha güvenli bakım sistemlerinin tasarlanması ile azaltılabilir.
3. Daha güvenli bakım sistemleri tasarlamak için, sağlık kurumu güvenlik kültürünün değişimi gerekmektedir. Hasta güvenliği hareketi, zarar vermeyen bir kültür ve sistem kurmakla yakından ilgilidir.

Güvenlik kültürü, bireylerin, kurumun sağlık ve güvenlik programlarına bağlılığının ve yeterliliğinin belirlenmesinde rol oynayan, değerlerinin, tutumlarının, yeterliklerinin ve davranış kalıplarının ürünüdür (Vincent, 2010). Sağlık kurumlarında var olan kurumsal kültür, sağlık hizmetleri sunumunu ve sonuç olarak hasta bakımının kalitesini ve güvenliğini etkilemektedir. Bu nedenle, kurumsal kültürün hasta güvenliği hedefleriyle uyumlu olmasını sağlamak oldukça önemlidir. (Fleming ve Croskerry, 2009).

Hasta güvenliği kültürü, kurumsal kültürünün bir parçasıdır ve hasta güvenliği ile ilgili olarak çalışanların paylaştığı tutumlar, inançlar, algılar ve değerlerden meydana gelmektedir (Weaver ve ark., 2013). Hasta güvenliği kültürü, sorunların korkusuzca dile getirildiği ve hasta güvenliğinin sürekli olarak teşvik edildiği bir güvenlik kültürünü ifade

etmektedir (Eldem ve Gökhan, 2017). Bu kapsamda hasta güvenliği kültürü hata bildirimlerinde şeffaflık, tıbbi hataların önlenmesinde sistematik bir yaklaşım ve dürüstlük olarak şeffaflık olarak da tanımlanmaktadır. Hasta güvenliği kültürü öncelikle yönetim desteği ile birlikte, takım çalışması, kurallara uygun davranma, sistematik raporlama, eğitim, çalışanların katılımı, hassasiyeti, özeni ve güvenli bir sağlık sisteminin kurulması ile oluşmaktadır (Gündoğdu ve Bahçecik, 2012). Pozitif bir hasta güvenliği kültürünün gereklilikleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Morath ve Turnbull, 2005):

- a) Sağlık kurumu çalışanları ve yönetim arasında karşılıklı sorumluluk
- b) Suçlayıcı olmayan bir raporlama sistemi
- c) Hata hakkında şeffaflık (açıklık) ve hatalardan öğrenme
- d) Yalnızca çalışanların belleğine ve performansına dayalı hasta güvenliği kavramı yerine güvenli bakım sistemlerinin tasarımı ve mühendisliği
- e) Hasta güvenliğini tehdit edecek sistemsel sorunların öngörüldüğü ve önlem alındığı proaktif yaklaşımların belirlenmesi
- f) Kurumda yer alan farklı disiplinler ve seviyeler arasında ekip çalışması

Yukarıda bahsedilen ve pozitif hasta güvenliği kültürü gerekleri arasında yer alan suçlayıcı olmayan raporlama sistemi, kimsenin davranışlarından sorumlu olmayacağı anlamına gelmemekle birlikte dikkatsiz davranışların hoş görülmediği ancak yapılan hatanın dürüstçe raporlanması durumunda cezalandırmanın olmadığı bir sistemi ifade etmektedir (Myers, 2012). Pozitif hasta güvenliği kültürü hatalardan öğrenen üretken bir kültürdür Bu nedenle hasta güvenliğinin başarılı ve sürdürülebilir olması için şeffaflığı ve öğrenme kültürünü destekleyen liderlik eylemleri ön şartlardan biridir (Morath ve Turnbull, 2005). Kurumlarda oluşturulacak pozitif hasta güvenliği kültürü hataların, süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların açıkça ve cezalandırılma korkusu olmadan tartışılacağı bir ortam yaratacak, hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların başarılı ve sürekli olmasını sağlayacak ve böylelikle, tanı, tedavi ve bakım süreçleri ile sağlık çıktıları önemli ölçüde iyileşecektir (Gündoğdu ve Bahçecik, 2012). Güvenlik kültürünün iyileştirilmesi, genel sağlık hizmetleri kalitesini arttırmanın yanı sıra hataları önleme veya azaltmanın temel bir bileşenidir (Myers, 2012). Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürüne yönelik sistemlerin oluşturulması, yerleştirilmesi ve yaygınlaştırılması tıbbi hataları önleyecek sistemlerin kurulmasını sağlayacak, böylece hastalar ve sağlık çalışanlarının zarar görmesi engellenecektir (Gündoğdu ve Bahçecik, 2012).

Hasta güvenliği kültürü, sağlık personelinin davranışı yoluyla hasta güvenliğini doğrudan etkilemektedir. Örneğin, hasta güvenliği kültürünün gelişmediği kurumlarda, istenmeyen olay riskini artıran, hasta bakımında kabul edilmiş en iyi uygulamalardan sapmalar normalleşebilir ve bu durum hasta güvenliğini tehdit edebilir. (Fleming ve Croskerry, 2009). Bu nedenle hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesi kurumda çalışan bireylerin davranışlarında belirli değişiklikler gerektirmektedir (Merry, 2009).

Hasta güvenliğini artırmak için gerekli kültürel değişim, kurumlar için en zor ama aynı zamanda en önemli olan adımı oluşturmaktadır (Gözlü, 2011).

Hasta güvenliği kültürü kurumlarda birdenbire olgunlaşmayıp zayıftan güçlüye doğru patolojik, reaktif, analitik, proaktif ve üretken olmak üzere beş gelişme seviyesinde ortaya çıkmaktadır. (Fleeming ve Wentzell, 2008):

1. Patolojik Gelişme Seviyesi: Patolojik seviyede pozitif güvenlik kültürünü geliştirecek bir sistem bulunmamaktadır. Bireyleri suçlama kültürü oldukça yaygındır. Kazalar, “kötü şans” ve örgütün dışında hasta davranışlarından veya personel hatasından kaynaklı olarak görülür.
2. Reaktif Gelişme Seviyesi: Reaktif gelişme seviyesinde güvenlik önemli ancak parçalı bir sistem bulunmaktadır. Sistem sadece olaylara cevap için ve düzenlemeler ya da akreditasyon için geliştirilmiştir. Zarar ortaya çıktıktan sonra sorumluluk alınmaktadır. Problemlerin sebebi olarak bireyler görülmekte ve çözümler ise daha çok yeniden eğitim ve cezalandırma şeklindedir.
3. Analitik Gelişme Seviyesi: Analitik gelişme seviyesinde sistematik bir hasta güvenliği yaklaşımı vardır. Fakat uygulamalar çok dağınık ve olayların soruşturulması dar kapsamlı bir çerçevede gerçekleştirilmekte ve karar verilmektedir. Personel kazaların raporlanması konusunda cesaretlendirilmekte fakat çalışanlar bu yaptıklarının güvenli olduğunu hissetmemektedir. Şikâyetler dikkate alınmaktadır.
4. Proaktif Gelişme Seviyesi: Proaktif seviyede kapsamlı bir pozitif güvenlik kültürü geliştirme yaklaşımı vardır. Kazalar, sistemin ve bireylerin hatasının bir kombinasyonu olarak kabul edilmektedir. Personel olayların raporlanması konusunda cesaretlendirmektedir.

5. Üretken Gelişme Seviyesi: Örgüt misyonunun merkezinde yaratıcı ve koruyucu bir pozitif güvenlik kültürü vardır. Başarısızlıklardan öğrenme söz konusudur. Personel, hastalar ve ilgililer aktif olarak desteklenmektedir. Kurumda güven ve açıklık hakimdir.

2.9.4. Hasta Güvenliğinin Geliştirilmesi

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması çalışan davranışlarında birtakım değişiklikler gerektirebilir. Ancak çalışanların değerlerini, inançlarını ve tutumlarını değiştirmek çok kolay olmamaktadır (Kaya, 2007). Hasta güvenliği kültürü oluşturulurken ya da geliştirilirken çalışanların yalnızca değişime yönelik çalışmaya teşvik edilmesi yeterli olmayıp, gerektiğinde süreçlere dahil edilerek harekete geçirilmesi gerekmektedir (Myers, 2012). Bu noktada, yöneticilerin hasta güvenliğinin sürekli geliştirilmesi için gerekli koşulları oluşturması ve çalışanların kendi arasında ve yönetim ile olan iletişimini güçlendirme yönünde çaba harcaması gerekmektedir (Morath ve Turnbull, 2005). Özellikle çalışanların kendi aralarındaki iletişimin güçlü olması, nöbet değişimleri ve hasta teslimi konusu için oldukça önemlidir. Hasta tesliminde hasta güvenliğinin sağlanması ve hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için çeşitli profesyonel iletişim teknikleri geliştirilmiştir. Bu iletişim teknikleri içerisinde en yaygın olarak bilinen ve kullanılan tekniklerden biri SBAR tekniğidir. SBAR hasta tesliminde hasta güvenliği sorunlarının giderilmesi amacıyla Dr. Micheal Leonard tarafından sağlık hizmetleri alanında uygulamaya konulmuş ve kullanımı oldukça başarılı olmuştur. SBAR tekniği situation (durum), background (tıbbi öykü), assesment (değerlendirme) ve recommendation (öneri) kelimelerini temsil etmektedir (Leonard ve ark., 2004). SBAR tekniğinde durum ifadesi hastanın yaşı, cinsiyet, şikayet gibi kavramları içerir. Tıbbi öykü hastaneye yatış nedeni, yapılan tetkikler, alerji durumunun sorgulanması gibi aşamalardan oluşur. Değerlendirme kısmında hastanın tedaviye verdiği cevaplar ve durumunun risk açısından değerlendirmesi yapılır. Öneri aşamasında ise hastayı teslim eden sağlık çalışanı hasta hakkında önerilerde bulunur.

Hasta güvenliğinde iletişim eksikliği nedeni ile yaşanan sorunlarının bir kısmı da sağlık personeli ve hasta arasındaki iletişim eksiliğine bağlı olarak gelişmektedir. Bu noktada hastaların sağlık hizmeti sunumuna katılımları için teşvik edilmeleri hasta güvenliğinin gelişmesine yardımcı olabilir. Çeşitli bilimsel araştırmalar sonucunda hastaların sağlık kurumlarına başvurduklarında heyecan, çekinme, utanma, nasıl iletişim

kuracağını bilmeme gibi sebeplerden dolayı durumları ile ilişkili soru sormadıkları belirlenmiştir (Onganer ve ark., 2014). Hastaların tedavi süreçlerine katılımlarının sağlanması amacıyla 2002 yılından itibaren Joint Commission tarafından "SPEAK UP" programı başlatılmıştır. Hataların önlenmesi için SPEAK UP programıyla hastalar konuşmaya çağırılmaktadır. SPEAK UP programında verilen hastalar için verilen tavsiyeler şu şekildedir (The Joint Commission, 2018):

Speak Up: Sorunuz ya da endişeniz var ise sorularınızı sesli olarak sorun. Anlayamadıysanız sorularınızı tekrarlayın.

Pay Attention: Aldığınız bakıma odaklanın. Doğru tedaviyi doğru sağlık çalışanından aldığınızdan emin olun.

Educate Yourself: Hastalığınız hakkında kendinizi eğitin. Uygulanan testler ve tedavi planı hakkında bilgi edinin.

Ask: Güvendiğiniz aile üyesi ya da arkadaşınıza tavsiye ya da destek için soru sorun.

Know : Hangi ilacı kullandığınızı ya da ne için kullandığınızı bilin. İlaç hataları en yaygın hatalardan biridir.

Use: Standartları sorgulanmış hastane, klinik veya cerrahi merkezlerini kullanın.

Participate: Tedaviniz ile ilgili tüm kararlara katılmaya gayret gösterin.

SPEAK UP programı kapsamında hastaların tedavi süreçlerine katılımı ile iletişim eksikliklerinin giderilerek tıbbi hataların azaltılması ve hasta güvenliğinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Hasta güvenliğinin geliştirilebilmesi için en önemli gerekliliklerden biri de kurumlarda sistem yaklaşımının benimsenmesidir. Sistem yaklaşımı, hasta güvenliğinin geliştirilebilmesi için meydana gelen hatalarda sadece bireyler suçlanmaması gerektiğini hata nedeninin bir bütün olarak sistemin kendisinde aranması gerekliliğini savunan bir yaklaşımdır. Sistem yaklaşımında hatalar aktif (görünür) ve latent (gizli) hatalar olmak üzere ikiye ayrılır (Reason, 2000). Aktif hatalar genellikle anında geri bildirim yoluyla fark edilen hatalardır. Latent (gizli) hatalar ise en önemsiz görünen ancak en sık karşılaşılan hatalardır. Gizli hatalar, aktif hataların oluşumuna öncülük eden ve hastanın zarar görmesine neden olan hatalar olarak tanımlanabilir (Palmieri ve ark.,2008). Reason'a göre, hata yönetimine sistem yaklaşımı, gizli (latent) hataları açığa çıkarır ve yoğun sistem değerlendirmesi yoluyla güvenlik açığını tespit ederken, insan olmanın yol açtığı görünür (aktif) hataları azaltır (Reason ve ark., 2001).

Hataların oluşmasında sistemde bulunan durumsal faktörler, gizli hataları; gizli hatalar da aktif hataları tetiklemektedir. Çeşitli örgütsel düzeylerde sağlık profesyonelleri sistem boşluklarını koruyamadıklarında, katmandaki her delik, hataların ortaya çıkması için bir fırsat yaratır (Palmieri ve ark., 2008:41). Sistemlerde hataya sebep olan etkenleri önleyici, engelleyici ve güvenliği sağlayıcı bariyerler bulunmalıdır (Reason, 2000). Sistem yaklaşımı, eğer mevcut sonuçlardan farklı sonuçlara ulaşılacak isteniyorsa, yalnızca bireylerin değil kurum içerisindeki bütün sistemin sorgulanması gerektiğini ve iyileşmiş sonuçların sistemde gerçekleştirilecek değişiklikler ile mümkün olabileceğini savunmaktadır (Ovalı, 2010).

Hata raporlama eksikliği, sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin geliştirilmesinin önündeki en büyük engellerden biridir. (Talatti ve Griffin, 2014). Kurum içerisinde iletişimi artırarak hasta güvenliği kültürünün gelişimine katkı sağlayan önemli sistemlerden bir diğeri de olay bildirim/güvenlik raporlama sistemleridir. Güvenlik raporlama sistemleri, kurumların hasta güvenliğine ilişkin sorunlarının tanımlanmasına yardımcı olan uygulamalardır. Güvenlik raporlama sistemleri ile kurumlarda çalışanlar ve yöneticiler oluşan hasta güvenliği sorunları ile ilgili bilgi edinebilecek ve bu sayede kurum içerisinde bir öğrenme sürecinden geçeceklerdir (Mikkelsen ve ark., 2006). Bildirilen olayların esas nedenleri incelemek ve önlemler almak tıbbi hataların azalmasına yol açacaktır. Öyle ki hatalar daha önceki hataların sonucu olarak ortaya çıkmaktadırlar. Hataları raporlamak, hataların azaltılması ve sürekli kalite iyileştirmesi için ilk adımdır. Bilgi paylaşımı ve olay bildirimleri iletişimi artırarak kurumlarda sistemde oluşan hatalarla ilgili farkındalık oluşturmaktadır (Sayek, 2011). Bununla birlikte güvenlik raporlama sistemi, hataları tanımlama, analiz etme, değerlendirme, kazaların ve yaralanmaların sıklığını ve ciddiyetini azaltmaya olanak sağlayarak kurumlarda hasta güvenliği kültürünün gelişmesine yardımcı olmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

DSÖ tarafından 2009 yılında hasta güvenliğinin geliştirilmesi için küresel bir öncelikli alan listesi oluşturulmuştur. Bu listede gelişmiş, gelişmekte olan ve geçiş ekonomisi ülkelerde hasta güvenliğinin geliştirilmesi için odaklanılması gereken 6 alan öncelik sırasına göre sıralanmıştır.

Tablo 1. Hasta güvenliği için araştırılması gereken öncelikli konular (WHO, 2009)

| | Gelişmekte Olan Ülkeler | Geçiş Ekonomisi Ülkeleri | Gelişmiş Ülkeler |
|---|--|------------------------------------|------------------------------------|
| 1 | Sahte ve standartlara uygun olmayan ilaç kullanımı | Deneyim ve bilgi eksikliği | İletişim ve koordinasyon eksikliği |
| 2 | Deneyim ve bilgi eksikliği | Gerekli bilgi ve aktarım eksikliği | Gizli organizasyonel eksiklikler |
| 3 | Anne ve yeni doğan bakımı | İletişim ve koordinasyon eksikliği | Zayıf güvenlik kültürü |
| 4 | Enfeksiyonlar | Enfeksiyonlar | Yetersiz güvenlik göstergeleri |
| 5 | Güvenli olmayan enjeksiyon uygulamaları | Anne ve yeni doğan bakımı | İlaç hataları ve yan etkiler |
| 6 | Güvenli olmayan kan uygulamaları | İlaç hataları ve yan etkiler | Yaşlı bakımı |

Küresel olarak öncelikli alanlar arasında farklılıklar olsa da öncelikli konular tablosu, özellikle gelişmekte olan ülkeler ve geçiş ekonomisi ülkelerinin odaklanması gereken öncelikli alanlardaki benzerliklerin altını çizmektedir. Ayrıca tablo, hasta güvenliğinde odak noktalarının belirlenmesi için önemli bir başlangıç noktasıdır. Ülkelerin hasta güvenliğini geliştirme faaliyetlerini öncelikli konuları esas alarak yürütmesi hasta güvenliğinin daha hızlı şekilde geliştirilmesine yardımcı olabilir.

2.9.5. Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için öncelikle mevcut durumun belirlenmesi gerekmektedir. Bu noktada sağlık kurumlarının hasta güvenliği kültürünün belirli aralıklarla değerlendirilmesi ve değerlendirme sonucuna göre hasta güvenliği faaliyetleri yürütmeleri son derece önemlidir. Değerlendirmenin yapılabilmesi için kurumda çalışmakta olan personelin hasta güvenliği ile ilgili algı ve tutumlarının ölçülmesi esastır. Öyle ki ölçülemeyen bir unsurun yönetilmesi de zor olacaktır. Ölçümlerden elde edilen sonuçlar, sağlık kurumu yöneticilerine, personelin hasta güvenliği algılarının ve kurumda iyileştirme yapılması gereken alanların belirlenmesi için bilgi sağlamaktadır (Türkmen ve ark., 2011). Bununla birlikte ölçüm sonuçları, diğer sağlık kurumları ile kıyaslama yapılabilmesi, kurum hasta güvenliği kültürünün zaman içerisindeki değişiminin izlenebilmesi ve hasta ve çalışan beklentilerinin karşılanabilmesi için oldukça önemlidir (Korkmazer ve ark., 2016).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünü ölçmek için çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemlerin yaygın olarak kullanılanları kurum içi ve dış denetimler, güvenlik algısı ve eğilimleri anketleri, güvenlik kültürü ile ilişkili performans göstergeleridir.

Kurum içi denetimlerde, genellikle güvenlik yönetimi modelleri temelinde hasta güvenliğini etkileyen liderlik, yeterlilik ve güvenliği sağlama konusundaki kararlılık boyutları incelenmektedir. Kurum içi denetimler, personele, hasta güvenliği ile ilgili mevcut bilgilerini tazeleme ve sürekli öğrenme fırsatı sağlamaktadır. Dış denetimler ise genellikle resmi akreditasyon ve sertifikasyon kurumları aracılığı ile hasta güvenliği ile ilgili önceden belirlenmiş standartlara uygunluğun dış kaynaklı denetçi değerlendirmesi ile gerçekleştirilmektedir (Sözer, 2012).

Güvenlik kültürü ile ilişkili performans göstergeleri ile yapılan değerlendirmelerde, kurum içerisindeki hasta güvenliği kültürü ile ilgili anahtar göstergeler belirlenerek bu göstergeler üzerinden yapılan ölçümler kullanılmakta ve bu ölçümlerin sonuçları yorumlanmaktadır (Sözer, 2012).

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürü ölçümünde kullanılan bir diğer yöntem güvenlik algılarını ölçen anket ve ölçeklerdir. Bu anket/ölçekler kurum yöneticilerine, çalışanların hasta güvenliği kültürünü ne düzeyde algıladıkları ve tutumlarının nasıl olduğu ile ilgili bilgi sağlamaktadır (Sözer, 2012).

Değerlendirmeden faydalı sonuçlar elde edilebilmesi için sağlık kurumlarının güvenlik kültürü değerlendirme gereksinimleri ve yapılacak değerlendirilmenin hedeflerinin tüm kilit paydaşlarla birlikte belirlenmesi gerekmektedir. Değerlendirmeden elde edilen sonuçların kullanılabilir olması için sağlık kurumunun özelliklerine uygun değerlendirme aracının seçilmesi veya geliştirilmesi oldukça önemlidir (Nieva ve Sorra, 2003). Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünü ölçmek üzere geliştirilen çeşitli ölçme araçları bulunmakla birlikte Halligan ve Zecevic (2011) tarafından yapılan araştırmaya göre en sık kullanılan dört araç; AHRQ tarafından geliştirilen “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi”, Sexton ve ark., (2006) tarafından geliştirilen “Güvenlik Eğilimi Anketi (SAQ)”, Singer ve ark., (2007) tarafından geliştirilen “Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliği Kültürü Anketi (PSCHO)” ve Ginsburg ve ark., (2009) tarafından geliştirilen “Modifiye Stanford Instrument (MSI)” şeklinde belirlenmiştir.

Tablo 2. Yaygın kullanılan hasta güvenliği kültürü ölçüm araçlarının boyutları (Itoh ve ark., 2014)

| Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (HSPSC) | Güvenlik Eğilimi Anketi (SAQ) | Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliği Kültürü Anketi (PSCHO) | Modifiye Stanford Instrument (MSI) |
|---|-------------------------------|---|------------------------------------|
| 1. Birimler içinde ekip çalışması | Ekip çalışması kültürü | Üst yönetim katılımı | Güvenlik için kurumsal liderlik |
| 2. Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri | İş tatmini | Güvenlik için kurumsal kaynaklar | Güvenlik için birim liderliği |
| 3. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme | Yönetim algısı | Kapsamlı güvenlik vurgusu | Güvenliğin algılanması |
| 4. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | Güvenlik iklimi | Birimlerin güvenlik normları | Utanc ve suçlanma korkusu |
| 5. Güvenliğin kapsamlı algılanması | Çalışma koşulları | Güvenlik çalışması için birimlerin tanınması ve desteklenmesi | Güvenli ve sürekli öğrenme |
| 6. Hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim | Algılanan stres | Utanc duyma korkusu | - |
| 7. İletişimin açık tutulması | - | Güvenli bakımın sağlanması | - |
| 8. Hataların raporlanma sıklığı | - | Sürekli öğrenme | - |
| 9. Hastane birimleri arasında ekip çalışması | - | Suçlanma korkusu | - |
| 10. Personel sağlama | - | - | - |
| 11. Hastanede devriler ve nakiller | - | - | - |
| 12. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | - | - | - |

Tablo 2’de görüldüğü gibi sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi için yaygın olarak kullanılan araçların boyut sayıları farklılık göstermekle birlikte boyutların içeriği benzer konular üzerine yoğunlaştırmıştır. Kurumların hasta güvenliği kültürü genellikle, ekip çalışması, sürekli öğrenme, yönetim desteği, hatalardan utanc duyma, hata bildirimini nedeniyle suçlanma ya da cezalandırılma korkusu gibi boyutlar ile değerlendirilmektedir.

3.MATERYAL VE METOT

3.1.Materyal

3.1.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı; Hekim ve hemşirelerde iş tatmini ile hasta güvenliği kültürü algılamaları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

i. Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesini “Hekim ve hemşirelerin iş tatminleri ile hasta güvenliği kültürünü algılamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusu oluşturmaktadır.

ii. Araştırmanın Hipotezleri

Mevcut literatür doğrultusunda, araştırmanın amacına uygun olarak, test edilecek hipotezler aşağıda belirtilmiştir.

A. Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamaları boyutları;

A1. Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması

A2. Birimler içinde ekip çalışması

A3. Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri

A4. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme

A5. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği

A6. Güvenliğin kapsamlı algılanması

A7. Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim

A8. İletişimin açık tutulması

A9. Hataların raporlanma sıklığı

A10. Hastane birimleri arasında ekip çalışması

A11. Personel sağlama

A12. Hastanede devirler ve nakiller

A13. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt

a-Cinsiyete,

b- Yaşa,

c- Medeni duruma,

d- Eğitim durumuna,

e- Mesleğe,

f- Unvana,

- g-** Çalışmakta olduğu birime,
- h-** Hastanede çalışma süresine (yıl),
- ı-** Birimde çalışma süresine (yıl),
- j-** Haftalık çalışma süresine (saat) göre farklılık göstermektedir.

B. Hekim ve hemşirelerin iş tatmini boyutları;

B1. Genel doyum

B2. İçsel doyum

B3. Dışsal doyum

a-Cinsiyete,

b- Yaşa,

c- Medeni duruma,

d- Eğitim durumuna,

e- Mesleğe,

f- Unvana,

g- Çalışmakta olduğu birime,

h- Hastanede çalışma süresine (yıl),

ı- Birimde çalışma süresine (yıl),

j- Haftalık çalışma süresine (saat) göre farklılık göstermektedir.

C. Hekim ve hemşirelerin iş tatminleri ile hasta güvenliği kültürü algılamaları arasında ilişki vardır.

3.1.2. Varsayımlar

Araştırmada, veri toplama aracı ile doğru bilgiler elde edileceği, hastane yönetiminin araştırma sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda iyileştirme çalışmalarını destekleyeceği varsayılmıştır.

Araştırma kapsamında incelenen literatürden elde edilen bilgilerin doğru olduğu, araştırmaya dahil olan katılımcıların anket sorularına vermiş oldukları yanıtların doğru olduğu ve gerçek görüşlerini yansıttığı varsayılmıştır.

3.1.3. Sınırlılıklar

Araştırmada veriler, sadece Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde görev yapmakta olan hekim ve hemşirelere

uygulanan ölçeklerden elde edilmiştir. Diğer sağlık kurumlarında görev yapmakta olan hekim ve hemşireler kapsam dışı tutulmuştur.

3.2. Metot

3.2.1. Evren ve Örneklem

Araştırma, Mart 2018-Temmuz 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Samsun ilinde bulunan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde görev yapmakta olan hekim ve hemşireler oluşturmaktadır (n=1264). Araştırmanın örneklem hesaplaması yapılmış olup, %95 güven düzeyi, %4 güven aralığında örneklem büyüklüğü 407 kişi olarak belirlenmiş, evrenden rastgele seçilen ve araştırma katılmaya gönüllü olan toplam 407 hekim-hemşire araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.02.2018 tarihinde etik kurul izni alınmıştır (Ek1). Ayrıca, anket formu aracılığıyla verilerin toplanması için 08.03.2018 tarihinde Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği'nden (Ek2) ve 19.03.2018 tarihinde Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan (Ek3) gerekli izinler alınmıştır.

3.2.2. Veri Toplama Aracı

Araştırmada verilerin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Anket formu, kişisel bilgiler, Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) ve Minnesota İş Tatmini Ölçeği olmak üzere 3 kısımdan oluşmaktadır. Anketin kişisel bilgiler bölümünde katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini içeren 13 soru bulunmaktadır. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) 2004 yılında ABD'de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından geliştirilmiştir. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 12 boyutludur ve 42 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca katılımcılara hasta güvenliği derecesi ve raporlanan olay sayısı ile ilgili de birer soru sorulmakta, son bölümde katılımcıların yorumlarını yazmaları istenmektedir. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi'nin bölümleri şu şekildedir (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019):

Bölüm A : Çalışma Alanı / Birimi,

Bölüm B : Hastane Yönetimi,

Bölüm C : İletişim,

Bölüm D : Rapor Edilen Olayların Sıklığı,

Bölüm E : Hasta Güvenliği Derecesi,

Bölüm F : Hastane,

Bölüm G : Raporlanan Olay Sayısı şeklinde sıralanmaktadır.

Bölüm H: Katılımcıların Hasta Güvenliği, Tıbbi Hatalar ve Olay Raporlama İle İlgili Yorumları

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi'nin 12 boyutu ve bu boyutların içerdiği sorular şunlardır (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019):

- Birimler içinde ekip çalışması (A1, A3, A4 ve A11),
- Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri (B1, B2, B3 ve B4),
- Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme (A6, A9, ve A13)
- Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (F1, F8 ve F9),
- Güvenliğin kapsamlı algılanması (A10, A15, A17 ve A18),
- Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim (C1, C3 ve C5),
- İletişimin açık tutulması (C2, C4 ve C6),
- Hataların raporlanma sıklığı (D1, D2 ve D3),
- Hastane birimleri arasında ekip çalışması (F2, F4, F6 ve F10),
- Personel sağlama (A2, A5, A7 ve A14),
- Hastanede devirler ve nakiller (F3, F5, F7 ve F11),
- Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (A8, A12, ve A16).

Ankette yer alan A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9 ve F11 ifadeleri ters yönlü ifadelerdir. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi'nin A, B, C, D, E, F bölümlerinde ölçeklendirme yöntemi olarak eşit aralıklı 5'li Likert tipi ölçek kullanılmıştır. A, B ve F bölümünde yer alan ifadeler sıklık derecesi olarak "hiç katılmıyorum, katılmıyorum, ne katılıyorum ne de katılmıyorum, katılıyorum, tamamen katılıyorum" şeklindeki beşli likert yöntemi değerlendirilmiş ve "hiç katılmıyorum" 1, "tamamen katılıyorum" 5 olarak puanlandırılmıştır. C ve D bölümünde yer alan ifadeler sıklık derecesi olarak "hiçbir zaman, nadiren, bazen, çoğu zaman, her

zaman” şeklinde beş seçenek ile değerlendirilmiş ve “hiçbir zaman” 1, “her zaman” 5 olarak puanlandırılmıştır. E bölümünde yer alan hasta güvenliği derecesi “mükemmel, çok iyi, kabul edilebilir, zayıf, başarısız” şeklinde beş seçenek ile değerlendirilmiştir ve “başarısız” 1, “mükemmel” 5 olarak puanlandırılmıştır. G bölümünde raporlanan olay sayısı “0 olay raporu, 1 olay raporu, 2 olay raporu, 3-5 olay raporu, 6-10 olay raporu, 11-20 olay raporu ve 21 ya da daha fazla olay raporu” şeklinde 7 seçenek ile değerlendirilmiştir. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi’nin Türkçe çevirisi Filiz (2009)’in “Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi” başlıklı çalışmada yapılmıştır. Bu çalışmada kullanılan anket formunun düzenlenmesinde Teleş (2011) ve Gözlü (2011)’in çalışmalarında kullandıkları çevirilerden de faydalanılmıştır. Anket formunun üçüncü kısmında yer alan Minnesota İş Tatmini Ölçeği, Weiss ve ark. (1967) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirisi Baycan (1985) tarafından yapılmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Minnesota İş Doyum Ölçeği içsel, dışsal ve genel doyum düzeyini belirleyici özelliklere sahip 20 maddeden oluşmuştur. İçsel doyum 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20 ; Dışsal doyum 5, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 19; Genel doyum: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 maddelerini içermektedir. Ölçek puanlamasında, Hiç memnun değilim; 1 puan, Memnun değilim; 2 puan, Kararsızım; 3 puan, Memnunum; 4 puan, Çok memnunum; 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte ters soru bulunmamaktadır.

3.2.3. Geçerlilik ve Güvenirlik

Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Anketin geçerliliği için 30 kişi ile birebir görüşülerek pilot çalışma gerçekleştirilmiş, geribildirimler doğrultusunda anket üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Faktör analizi de yapılmış olup, anketin güncelliğini koruduğu görülmüştür.

Tablo 3. Alfa katsayısı (Alpar, 2014)

| Alfa Katsayısı | Güvenirlik Düzeyi |
|----------------|--|
| 0,80-1,00 | Uygulanan ölçeğin güvenilirliği yüksektir. |
| 0,60-0,79 | Uygulanan ölçek oldukça güvenilirdir. |
| 0,40-0,59 | Uygulanan ölçeğin güvenilirliği düşüktür. |
| 0,00-0,39 | Uygulanan ölçek güvenilir değildir. |

Tablo 3’de güvenirliliğin yorumlanmasında kullanılan alfa katsayısına ait güvenilirlik düzeyleri yer almaktadır. Alfa katsayısı, ölçme aracında yer alan maddelerin iç

tutarlılığın ölçüsü olarak ifade edilmektedir. Alfa katsayısının derecesi, ölçme aracında yer alan maddelerin katsayısının derecesinde birlikte çalıştığını ifade etmektedir. Başka bir ifade ile Alfa katsayısının yüksek olması, araştırma katılımcılarının ölçme aracında yer alan maddelere verdikleri yanıtların da birbirleri ile yüksek derecede tutarlı oldukları şeklinde yorumlanmaktadır (Alpar, 2010)

Tablo 4. Hasta güvenliği kültürü anketi güvenilirliği

| Boyutlar | Madde Sayısı | Cronbach Alpha |
|--|--------------|----------------|
| Birimler içinde ekip çalışması | 4 | 0,717 |
| Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri | 4 | 0,700 |
| Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme | 3 | 0,518 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 3 | 0,665 |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 4 | 0,539 |
| Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim | 3 | 0,660 |
| İletişimin açık tutulması | 3 | 0,552 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 3 | 0,918 |
| Hastane birimleri arasında ekip çalışması | 4 | 0,649 |
| Personel sağlama | 4 | 0,119 |
| Hastanede devirler ve nakiller | 4 | 0,727 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 3 | 0,553 |
| Genel güvenilirlik | 42 | 0,882 |

Tablo 4'e göre hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutları genellikle yüksek güvenilirliğe sahiptir. En yüksek ve en düşük Cronbach Alpha değerleri sırasıyla hataların raporlanma sıklığı (0,918) boyutuna ve personel sağlama (0,119) boyutuna aittir. Personel sağlama alt boyutunun Cronbach Alfa değeri Filiz (2009) (0,189) ve Teleş (2011)'in (0,130) çalışmalarında da düşük çıkmış, araştırmanın diğer çalışmalarla karşılaştırılabilmesi için personel sağlama boyutu da değerlendirmeye alınmıştır. Bununla birlikte hasta güvenliği kültürü ölçeğinin geneli için Cronbach Alfa değeri 0,882 olarak hesaplanmış ve hasta güvenliği kültürü ölçeği genelinin yüksek güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 5. Minnesota İş Tatmini Ölçeği güvenilirliği

| Boyutlar | Madde Sayısı | Cronbach Alpha |
|--------------|--------------|----------------|
| İçsel doyum | 12 | 0,864 |
| Dışsal doyum | 8 | 0,772 |
| Genel doyum | 20 | 0,898 |

Tablo 5’te hekim ve hemşirelerin iş tatminlerini ölçmek amacıyla kullanılan Minnesota İş Tatmini Ölçeği’ne ait güvenilirlik katsayıları verilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçek genelinin (0,898), içsel (0,864) ve dışsal doyum (0,772) boyutlarının yüksek güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür.

3.2.4. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmada verilerin elde edilmesi için anket formu kullanılmıştır. Anket formu ile elde edilen veriler IBM SPSS programı ile analiz edilmiştir. Anket formunda yer alan ölçeklerin güvenilirlikleri Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ile incelenmiştir. Araştırmada, nicel bulgulara ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum, maksimum) şeklinde, nitel bulgulara frekans ve yüzde şeklinde yer verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun kontrolü için normallik testi yapılmış, verilerin normalliği Kolmogorov Smirnov testi ile analiz edilmiştir. Normal dağılan verilerden elde edilen bulguların yorumlanmasında ortalama ve standart sapma değerleri esas alınmış, normal dağılmayan verilerden elde edilen bulgular ortanca, minimum-maksimum değerleri ile yorumlanmıştır. Normal dağılıma uygun verilerde bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında bağımsız iki örnek t testi, üç ve üzeri grubun karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Normal dağılmayan verilerde bağımsız iki grubun karşılaştırılması için Mann Whitney U testi, üç ve üzeri grubun karşılaştırılması Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Hekim ve hemşirelerde iş tatmini ile hasta güvenliği kültürü algılamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi için korelasyon analizi, neden sonuç ilişkisinin incelenmesi için regresyon analizi yapılmıştır. Bulgularda anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak belirlenmiş ve ilişkiler -1 ile +1 arasında aldıkları değerlere göre güçlü, orta ve zayıf ilişki şeklinde ifade edilmiştir.

4.BULGULAR

Çalışmadan elde edilen bulgulara aşağıda kapsamlı olarak yer verilmiştir.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 6’da katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin bulgular

| | Frekans (n) | Yüzde (%) |
|--|-------------|-----------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 271 | 66,6 |
| Erkek | 136 | 33,4 |
| Yaş | | |
| 30 yaş ve altı | 186 | 45,7 |
| 31-40 yaş | 131 | 32,2 |
| 41 yaş ve üzeri | 90 | 22,1 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 241 | 59,2 |
| Bekar | 166 | 40,8 |
| Meslek | | |
| Hekim | 171 | 42,0 |
| Hemşire | 236 | 58,0 |
| Eğitim Durumu | | |
| Lise | 16 | 3,9 |
| Önlisans | 41 | 10,1 |
| Hemşirelik Lisans | 170 | 41,8 |
| Hemşirelik Yüksek Lisans | 9 | 2,2 |
| Tıp Fakültesi Lisans | 97 | 23,8 |
| Tıpta Uzmanlık | 74 | 18,2 |
| Çalışmakta Olduğu Birim | | |
| Dahili | 276 | 67,8 |
| Cerrahi | 117 | 28,7 |
| Diğer (Özel Servis, Kan Alma Ünitesi, Yetişkin Günubirlik) | 14 | 3,4 |
| Haftalık Çalışma Süresi (Saat) | | |
| 40 saat ve altı | 175 | 43,0 |
| 41-60 saat | 154 | 37,8 |
| 61-80 saat | 41 | 10,1 |
| 81 saat ve üzeri | 37 | 9,1 |

Katılımcıların %66,6'sı (n=271) kadın, %33,4'ü (n=186) erkek, %45,7'si (n=186) 30 yaş ve altı, % 32,2'si (n= 131) 31-40 yaş arasında, %22,1'i (n=90) 41 yaş ve üzerinde, % 59,2'si (n=241) evli, %40,8'i (n=166) bekar, %42'si (n=171) hekim, %58'i (n=236) hemşire, %3,9'u (n=16) lise, %10,1'i (n=41) önlisans, %41,8 'i (n=170) hemşirelik lisans, %2,2'si (n=9) hemşirelik yüksek lisans, %23,8'i (n=97) tıp fakültesi lisans ve %18,2'si (n=74) tıpta uzmanlık mezunudur. Katılımcıların %67,8'i (n=276) dahili birimde, %28,7'si (n=117) cerrahi birimde, %3,4'ü (n=14) diğer birimlerde, %43'ü (n=175) haftada ortalama 40 saat ve altında, %37,8'i (n=154) 41-60 saat arası, %10,1'i (n=41) 61-80 saat arası ve %9,1'i (n=37) 81 saat ve üzerinde çalışmaktadır.

Tablo 7. Katılımcıların Kurumda ve Birimde Çalışma Süreleri

| | Frekans (n) | Yüzde (%) |
|-------------------------------------|-------------|-----------|
| Birimde Çalışma Süresi (Yıl) | | |
| 0-5 yıl | 280 | 68,8 |
| 6-10 yıl | 64 | 15,7 |
| 11 yıl ve üzeri | 63 | 15,5 |
| Kurumda Çalışma Süresi (Yıl) | | |
| 0-5 yıl | 242 | 59,5 |
| 6-10 yıl | 67 | 16,5 |
| 11 yıl ve üzeri | 98 | 24,1 |

Tablo 7 incelendiğinde; katılımcıların %68,8'i (n=280) 5 yıl ve daha az, 15,7'si (n=64) 6-10 yıl arası, %15,5'i (n=63) 11 yıl ve üzeri süredir şu anda çalışmakta oldukları birimde, %59,5'i (n=242) 5 yıl ve daha az, %16,5'i (n=67) 6-10 yıl, %24,1'i (n=98) 11 yıl ve üzeri süredir şu anda çalışmakta oldukları kurumda görev yapmaktadır.

Tablo 8. Katılımcıların hasta güvenliği ile ilgili bilgi ve tutumları

| | Frekans (n) | Yüzde (%) |
|---|-------------|-----------|
| Daha önce hasta güvenliğini tehdit eden bir durumla karşılaştınız mı? | | |
| Evet | 165 | 40,5 |
| Hayır | 242 | 59,5 |
| Hasta güvenliğini tehdit eden bir durumla karşılaşırsanız ne yapacağınızı biliyor musunuz? | | |
| Evet | 301 | 74,0 |
| Hayır | 106 | 26,0 |
| Sağlık Bakanlığının güvenlik raporlama sisteminden haberdar mısınız? | | |
| Evet | 174 | 42,8 |
| Hayır | 233 | 57,2 |

Katılımcıların hasta güvenliği ile ilgili bilgi ve tutumları incelendiğinde (Tablo 8); %40,5'i (n=165) daha önce hasta güvenliğini tehdit eden bir durumla karşılaştığını, %59,5'i (n=242) karşılaşmadığını, %74'ü (n=301) hasta güvenliğini tehdit eden bir durumla karşılaşarsa ne yapacağını bildiğini, %26'sı (n=106) ne yapacağını bilmediğini, %42,8'i (n=174) Sağlık Bakanlığının güvenlik raporlama sisteminden haberdar olduğunu %57,2'si (n=233) güvenlik raporlama sisteminden haberdar olmadığını belirtmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların işlerinden tatmin olma durumları

| | Frekans (n) | Yüzde (%) |
|---|-------------|-----------|
| İşinizden tatmin oluyor musunuz? | | |
| Evet | 257 | 63,1 |
| Hayır | 150 | 36,9 |

Tablo 9'da görülüşü üzere katılımcıların %63,1'i (n=257) işinden tatmin olduğunu belirtirken, %36,9'u (n=150) işlerinden tatmin olmadıklarını belirtmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlardaki Puanları

| Boyutlar | Ortanca | Min | Maks. | Ort. | ss. |
|--|---------|------|-------|------|------|
| Hasta güvenliği kültürü geneli | 3,07 | 1,62 | 4,26 | 3,10 | 0,44 |
| Birimler içinde ekip çalışması | 3,75 | 1,25 | 5,00 | 3,73 | 0,68 |
| Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri | 2,75 | 1,00 | 5,00 | 2,63 | 0,83 |
| Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme | 3,00 | 1,00 | 5,00 | 3,07 | 0,80 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 3,00 | 1,00 | 5,00 | 3,04 | 0,76 |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 3,25 | 1,00 | 5,00 | 3,38 | 0,70 |
| Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim | 3,33 | 1,00 | 5,00 | 3,33 | 0,86 |
| İletişimin açık tutulması | 3,33 | 1,33 | 5,00 | 3,28 | 0,81 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 3,00 | 1,00 | 5,00 | 2,77 | 1,17 |
| Hastane birimleri arasında ekip çalışması | 3,00 | 1,00 | 5,00 | 3,03 | 0,70 |
| Personel sağlama | 2,75 | 1,00 | 4,50 | 2,79 | 0,56 |
| Hastanede devirler ve nakiller | 3,25 | 1,25 | 5,00 | 3,33 | 0,74 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 2,67 | 1,00 | 5,00 | 2,72 | 0,79 |

Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü genel ortalaması $\bar{x}=3$, 10 puanı ile orta derecede olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Birimler içerisinde ekip çalışması boyutu en yüksek ortalamaya ($\bar{x}=3,73$) sahip iken; yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri boyutu en düşük ortalama puanı ($\bar{x}=2,63$) almıştır (Tablo 10).

Tablo 11. Hekim ve hemşirelerin hasta güvenlik kültürü algılamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması

| Boyutlar | Kadın ortanca(min-mak) | Erkek ortanca(min-mak) | Test İstatistiği (U) | p |
|--|----------------------------------|----------------------------------|---|--------------|
| Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması | 3,1 (1,88-4,26) | 3,01 (1,62-4,14) | 16497 | 0,084 |
| Birimler içinde ekip çalışması | 3,75 (1,25-5) | 3,75 (1,25-5) | 17804,5 | 0,574 |
| Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri | 2,75 (1-5) | 2,5 (1-5) | 17736 | 0,535 |
| Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme | 3 (1-5) | 3 (1-5) | 17906 | 0,638 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 3 (1-5) | 3 (1-4,67) | 15135 | 0,003 |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 3,5 (1,5-5) | 3,25 (1-4,5) | 17261,5 | 0,295 |
| Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim | 3,33 (1-5) | 3,33 (1-5) | 16633,5 | 0,106 |
| İletişimin açık tutulması | 3,33 (1,33-5) | 3 (1,33-5) | 17018,5 | 0,205 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 3 (1-5) | 2,5 (1-5) | 16739,5 | 0,128 |
| Hastane birimleri arasında ekip çalışması | 3 (1-5) | 3 (1-5) | 16596,5 | 0,100 |
| Personel sağlama | 2,75 (1,5-4,5) | 3 (1-4,25) | 20491 | 0,063 |
| Hastanede devirler ve nakiller | 3,25 (1,25-5) | 3 (1,25-4,75) | 16051,5 | 0,033 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 2,67 (1-5) | 2,67 (1-5) | 19733 | 0,239 |

U:Mann Whitney U test istatistiği

Tablo 11'e göre katılımcıların hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutu ortanca değerleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir ($p=0,003$). Kadınlarda ortanca değer 3 iken erkeklerde 3 olarak bulunmuştur. Farklılık kadınların sıra ortalama puanının erkeklerle göre daha yüksek elde edilmesinden kaynaklanmaktadır (sıra ortalama puanları sırasıyla 216,15-179,79). Hastanede devirler ve nakiller boyutu ortanca

değerleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir ($p=0,033$). Kadınlarda ortalama değer 3,25 iken, erkeklerde 3 olarak bulunmuştur. Hastanede devirler ve nakiller boyutu ortalama değeri kadınlarda daha yüksektir.

Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması, birimler içinde ekip çalışması, yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri, örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme, güvenliğin kapsamlı algılanması, hatalar hakkında iletişim ve geribildirim, iletişimin açık tutulması, hataların raporlanma sıklığı, hastane birimleri arasında ekip çalışması, personel sağlama, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutları ortalama değerleri boyutları cinsiyete göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). A5a ve A12a hipotezi kabul edilmiştir.



Tablo 12. Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algı boyutlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması

| Boyutlar | 30 yaş ve altı ortanca(min-mak) | 31-40 yaş ortanca(min-mak) | 41 yaş ve üzeri ortanca(min-mak) | Test İstatistiği (χ^2) | p |
|--|---|--------------------------------------|--|---|--------------|
| Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması | 2,98 (1,62-4,21)a | 3,1 (1,93-4,26)ab | 3,29 (1,88-4,17)b | 11,890 | 0,003 |
| Birimler içinde ekip çalışması | 3,75 (1,25-5) | 3,75 (2,25-5) | 3,75 (2,5-5) | 4,457 | 0,108 |
| Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri | 2,5 (1-5)a | 2,75 (1-5)ab | 2,88 (1-4,5)b | 9,562 | 0,008 |
| Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme | 3 (1-5) | 3,33 (1-5) | 3,33 (1-5) | 2,419 | 0,298 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 3 (1-4,67)a | 3 (1-4,67)ab | 3,33 (1-5)b | 8,299 | 0,016 |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 3,25 (1,25-5)a | 3,5 (1-5)b | 3,75 (1,5-5)b | 12,046 | 0,002 |
| Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim | 3,33 (1-5) | 3,33 (1-5) | 3,33 (1-5)b | 0,249 | 0,883 |
| İletişimin açık tutulması | 3 (1,33-5) | 3,33 (1,33-5) | 3,33 (1,33-4,67) | 1,834 | 0,400 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 3 (1-5) | 3 (1-5) | 3 (1-5) | 0,098 | 0,952 |
| Hastane birimleri arasında ekip çalışması | 3 (1,25-5) | 3 (1-4,75) | 3,25 (1,25-4,75) | 4,856 | 0,088 |
| Personel sağlama | 2,75 (1-4,5) | 2,75 (1-4,5) | 2,75 (2-4) | 1,316 | 0,518 |
| Hastanede devirler ve nakiller | 3,25 (1,25-5) | 3,5 (1,75 - 5) | 3,5 (1,25 - 5) | 5,864 | 0,053 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 2,67 (1-5) | 2,67 (1-5) | 2,67 (1,33-5) | 2,131 | 0,345 |

χ^2 =Kruskal Wallis test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 12'e göre katılımcıların birimler içinde ekip çalışması, örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme, hatalar hakkında iletişim ve geribildirim, iletişimin açık tutulması,

hataların raporlanma sıklığı, hastane birimleri arasında ekip çalışması, personel, hastanede devirler ve nakiller, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutları ortanca değerleri yaş gruplarına göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ortanca değeri yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir ($p=0,003$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelendiğinde 30 yaş ve altı grup ile 41 yaş ve üzeri yaş grubu arasında olduğu görülmüştür. 30 yaş ve altı grubun ortanca değeri (2,98) 41 yaş ve üzeri grubun ortanca değerinden (3,29) daha düşüktür. Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri boyutu ortanca değeri yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir ($p=0,008$). 30 yaş ve altı grupta ortanca değer 2,5, 31-40 yaş aralığında 2,75, 41 yaş ve üzeri grupta ise 2,88 olarak elde edilmiştir. Farklılık 30 yaş ve altı grubun ortanca değerinin 41 yaş ve üzeri gruba göre düşük elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların yaş gruplarına göre ortanca değerlerinde farklılığın görüldüğü bir diğer boyut hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutudur ($p=0,016$). Ortanca değerler; 30 yaş ve altı grupta 3, 31-40 yaş aralığında 3, 41 yaş ve üzeri grupta ise 3,33 olarak elde edilmiştir. Farklılık 30 yaş ve altı grubun ortanca değerinin 41 yaş ve üzeri gruba göre düşük elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Güvenliğin kapsamlı algılanması boyutu ortanca değerleri de yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir ($p=0,002$). 30 yaş ve altı grupta ortanca değer 3,25, 31-40 yaş aralığında 3,5, 41 yaş ve üzeri grupta ise 3,75 olarak elde edilmiştir. Farklılık 30 yaş ve altı grubun ortanca değerinin 31-40 yaş grubu ve 41 yaş ve üzeri yaş grubu ortanca değerlerine göre düşük elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. A1b, A3B, A5b ve A6b hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 13. Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algı boyutlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

| Boyutlar | Evli ortanca(min-mak) | Bekâr ortanca(min-mak) | Test İstatistiği (U) | p |
|--|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--------------|
| Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması | 3,12 (1,62-4,26) | 2,96 (1,88-4,17) | 16481,5 | 0,003 |
| Birimler içinde ekip çalışması | 3,75 (1,25-5) | 3,5 (1,25-5) | 16827,5 | 0,006 |
| Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri | 2,75 (1-5) | 2,5 (1-4,5) | 17774,5 | 0,055 |
| Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme | 3,33 (1-5) | 3 (1-4,67) | 17441,5 | 0,027 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 3 (1-5) | 3 (1-4,67) | 18224,5 | 0,123 |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 3,5 (1-5) | 3,25 (1,5-5) | 16576 | 0,003 |
| Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim | 3,33 (1-5) | 3,33 (1-5) | 19485,5 | 0,655 |
| İletişimin açık tutulması | 3,33 (1,33-5) | 3,33 (1,33-5) | 18587 | 0,199 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 3 (1-5) | 2,67 (1-5) | 17969,5 | 0,079 |
| Hastane birimleri arasında ekip çalışması | 3 (1-4,75) | 3 (1,25-5) | 19835,5 | 0,885 |
| Personel sağlama | 2,75 (1-4,5) | 2,75 (1,5-4,5) | 19816 | 0,871 |
| Hastanede devirler ve nakiller | 3,5 (1,25 - 5) | 3,25 (1,5 - 5) | 18407,5 | 0,169 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 2,67 (1-5) | 2,67 (1-5) | 18887,5 | 0,334 |

U: Mann Whitney U test istatistiği

Katılımcıların hasta güvenliği kültürü algılamaları medeni durumlarına göre incelendiğinde (Tablo 13); yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, hatalar hakkında iletişim ve geribildirim, iletişimin açık tutulması, hataların raporlanma sıklığı, hastane birimleri arasında ekip çalışması, personel sağlama, hastanede devirler ve nakiller, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutlarında farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Katılımcıların hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ortanca değerleri medeni duruma göre farklılık göstermektedir ($p=0,003$). Evlilerde ortanca değer 3,12 iken, bekarlarda 2,96 olarak elde edilmiştir. Evlilerin hasta güvenliği kültürü genel algılaması bekarlara göre daha yüksektir. Birimler içinde ekip çalışması boyutu ortanca değerleri medeni duruma göre farklılık göstermektedir ($p=0,006$). Evlilerde ortanca değer 3,75

iken, bekarlarda 3,5 olarak bulunmuştur. Katılımcıların medeni durumlarına göre farklılığın görüldüğü bir diğer boyut örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme boyutudur. ($p=0,027$). Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme boyutunda, evlilerde ortalama değer 3,33 iken bekarlarda 3 olarak elde edilmiştir. Güvenliğin kapsamlı algılanması ortalama değerleri de medeni duruma göre farklılık göstermektedir ($p=0,003$). Evlilerde ortalama değer 3,5 iken bekarlarda 3,25 olarak elde edilmiştir. Farklılığın görüldüğü tüm boyutlarda evlilerin ortalama değerinin bekarlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. A1c, A2c, A4c ve A6c hipotezleri kabul edilmiştir.



Tablo 14. Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algı boyutlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması

| Boyutlar | Lise | Ön Lisans | Hemşirelik | Hemşirelik | Tıp Fakültesi | Tıpta | Test | p |
|--|--------------------|-------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------|
| | ortanca(min-mak) | ortanca(min-mak) | Lisans ortanca(min-mak) | Yüksek Lisans ortanca(min-mak) | Lisans ortanca(min-mak) | Uzmanlık ortanca(min-mak) | İstatistiği (χ^2) | |
| Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması | 3,08 (2,6-4,14)ab | 3,1 (1,88-4,21)ab | 3,12 (2,05-4,26)b | 3,26 (2,86-3,98)ab | 2,95 (1,62-3,93)a | 3 (2,02-3,86)ab | 20,464 | 0,001 |
| Birimler içinde ekip çalışması | 3,75 (2,75-5) | 3,75 (1,5-5) | 3,75 (1,25-5) | 3,75 (2,75-5) | 3,75 (1,5-5) | 3,75 (2,5-4,75) | 2,138 | 0,830 |
| Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri | 2,88 (1-4,5)ab | 2,5 (1-5)ab | 2,75 (1,25-4,5)b | 2,5 (2,25-4)ab | 2,5 (1-4,5)a | 2,5 (1,25-4,5)ab | 14,524 | 0,013 |
| Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme | 3,17 (2,33-4,33)ab | 3,33 (1,67-5)b | 3,33 (1-5)b | 3,67 (2,67-5)ab | 2,67 (1-4,67)a | 3 (1-4,67)ab | 30,640 | <0,001 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 3,17 (2-4,67)ab | 3 (1-4,67)ab | 3 (1,67-5)b | 3,33 (1,67-4)ab | 3 (1-4,67)a | 3 (1,33-4,33)ab | 16,909 | 0,005 |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 3,13 (2,25-4,5) | 3,25 (1,5-5) | 3,5 (2-5) | 3 (2-4,5) | 3,25 (1-5) | 3,5 (1,75-4,5) | 6,888 | 0,229 |
| Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim | 3,67 (2-4,67)ab | 4 (2-5)b | 3,67 (1-5)b | 3,67 (2-5)ab | 3 (1-4,67)a | 3 (1-5)a | 48,560 | <0,001 |
| İletişimin açık tutulması | 3,5 (1,33-5)ab | 3,67 (2-5)b | 3,33 (1,33-5)b | 3,67 (2,33-4)ab | 3 (1,33-5)a | 3,33 (1,33-4,67)ab | 16,533 | 0,005 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 3,5 (1-5)b | 3,33 (1-5)ab | 3 (1-5)ab | 3,67 (1,67-5)b | 2,33 (1-5)a | 2,83 (1-5)ab | 20,991 | 0,001 |
| Hastane birimleri arasında ekip çalışması | 3 (2,25-4,25) | 3 (1,25-4,75) | 3 (1,75-4,75) | 3 (2,75-4) | 3 (1-5) | 3 (1,25-4,25) | 7,093 | 0,214 |
| Personel sağlama | 3 (2,5-3,5)ab | 2,5 (2-4)ab | 2,75 (1,25-4,5)ab | 2,75 (2-3,5)ab | 2,75 (1-4,5)a | 3 (1,75-4)b | 15,679 | 0,008 |
| Hastanede devirler ve nakiller | 3,25 (2 - 4,25) ab | 3,5 (2 - 5)ab | 3,5 (1,25 - 5)a | 3,25 (2,25 - 4)ab | 3,25 (1,5 - 4,75) b | 3 (1,25 - 4,25)b | 25,005 | <0,001 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 3 (2-4)ab | 2,33 (1-5)b | 2,67 (1-5)b | 2,67 (2-4)ab | 2,67 (1-5)ab | 3 (1-4,67)a | 14,391 | 0,013 |

χ^2 =Kruskal Wallis test istatistiği a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü boyutları ortanca değerleri eğitim durumlarına göre incelendiğinde (Tablo 14); birimler içinde ekip çalışması, güvenliğin kapsamlı algılanması, hastane birimleri arasında ekip çalışması boyutları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir. ($p>0,05$).

Katılımcıların hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ortanca değeri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir ($p=0,001$). Lise mezunlarında ortanca değer 3,08, ön lisans mezunlarında 3,1, hemşirelik lisans mezunlarında 3,12, hemşirelik yüksek lisans mezunlarında 3,26, tıp fakültesi lisans mezunlarında 2,95 ve tıpta uzmanlık mezunlarında 3 olarak elde edilmiştir. Farklılık tıp fakültesi lisans mezunları ile hemşirelik lisans mezunları arasındadır. Tıp fakültesi lisans mezunları ortanca değeri, hemşirelik mezunları ortanca değerine göre daha düşüktür. Hasta güvenliği kültürü genelinde, diğer eğitim düzeyleri bu iki gruba ve birbirlerine göre farklı değildirlir. Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri ortanca değeri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir ($p=0,013$). Lise mezunlarında ortanca değer 2,88, ön lisans mezunlarında 2,5, hemşirelik lisans mezunlarında 2,75, hemşirelik yüksek lisans mezunlarında 2,5, tıp fakültesi lisans mezunlarında 2,5 ve tıpta uzmanlık mezunlarında 2,5, olarak elde edilmiştir. Farklılık yine, tıp fakültesi lisans mezunlarında ortanca puanının hemşirelik lisans mezunlarına göre düşük bulunmasından kaynaklanmaktadır. Diğer gruplar bu iki gruba ve birbirlerine göre farklı değildirlir. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme ortanca değeri de eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Lise mezunlarında ortanca değer 3,17, ön lisans mezunlarında 3,33, hemşirelik lisans mezunlarında 3,33, hemşirelik yüksek lisans mezunlarında 3,67, tıp fakültesi lisans mezunlarında 2,67 ve tıpta uzmanlık mezunlarında 3 olarak elde edilmiştir. Farklılık tıp fakültesi lisans mezunları ile önlisans ve hemşirelik mezunları arasındadır. Tıp fakültesi lisans mezunlarının ortanca puanını, ön lisans ve hemşirelik lisans mezunlarına göre düşüktür. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme boyutunda diğer gruplar bu üç gruba ve birbirlerine göre farklı değildirlir.

Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği ortanca değeri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir ($p=0,005$). Lise mezunlarında ortanca değer 3,17, ön lisans mezunlarında 3, hemşirelik lisans mezunlarında 3, hemşirelik yüksek

lisans mezunlarında 3,33, tıp fakültesi lisans mezunlarında 3, ve tıpta uzmanlık mezunlarında 3, olarak bulunmuştur. Fark tıp fakültesi lisans mezunlarının ortanca puanının hemşirelik lisans mezunlarına göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Diğer gruplar bu iki gruba ve birbirlerine göre farklı değildirler.

Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim ortanca değeri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Fark tıpta uzmanlık ve tıp fakültesi lisans mezunlarının ortanca puanının ön lisans ve hemşirelik mezunlarına göre daha düşük elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Lise ve hemşirelik yüksek lisans mezunları diğerlerine göre farklı değildir. İletişimin açık tutulması ortanca değeri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir ($p=0,005$). Farklılığın tıp fakültesi lisans mezunları ile ön lisans ve hemşirelik mezunları arasında olduğu görülmüştür. Tıp fakültesi lisans mezunu ortanca puanı, ön lisans ve hemşirelik mezunlarına göre daha düşüktür. Hataların raporlanma sıklığı ortanca değeri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir ($p=0,001$). Farklılık tıp fakültesi lisans mezunlarının ortanca puanının lise ve hemşirelik yüksek lisans mezunlarına göre düşük elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Personel sağlama ortanca değeri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir ($p=0,008$). Farklılık tıp fakültesi lisans mezunlarının ortanca puanının tıpta uzmanlık mezunları ortanca puanına göre daha düşük elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Hastanede devirler ve nakiller ortanca değeri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Farklılık tıpta uzmanlık mezunları ile hemşirelik lisans mezunları arasındadır. Tıpta uzmanlık mezunları ortanca puanının hemşirelik lisans mezunlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt ortanca değeri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir ($p=0,013$). Farklılık tıpta uzmanlık mezunlarının ortanca puanının ön lisans ve hemşirelik lisans mezunlarına göre daha yüksek bulunmasından kaynaklanmaktadır. A1d, A3d, A4d, A5d, A7d, A8d, A9d, A11d, A12d ve A13 d hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 15. Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algı boyutlarının mesleklere göre karşılaştırılması

| Boyutlar | Hekim ortanca(min-mak) | Hemşire ortanca(min-mak) | Test İstatistiği (U) | p |
|--|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------|
| Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması | 2,98 (1,62-3,93) | 3,12 (1,88-4,26) | 25126,5 | <0,001 |
| Birimler içinde ekip çalışması | 3,75 (1,5-5) | 3,75 (1,25-5) | 20689,5 | 0,660 |
| Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri | 2,5 (1-4,5) | 2,75 (1-5) | 23762 | 0,002 |
| Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme | 2,67 (1-4,67) | 3,33 (1-5) | 26241 | <0,001 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 3 (1-4,67) | 3 (1-5) | 24495,5 | <0,001 |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 3,25 (1-5) | 3,38 (1,5-5) | 20852,5 | 0,562 |
| Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim | 3 (1-5) | 3,67 (1-5) | 28037 | <0,001 |
| İletişimin açık tutulması | 3 (1,33-5) | 3,33 (1,33-5) | 24448 | <0,001 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 2,33 (1-5) | 3 (1-5) | 24034,5 | 0,001 |
| Hastane birimleri arasında ekip çalışması | 3 (1-5) | 3 (1,25-4,75) | 23098 | 0,012 |
| Personel sağlama | 2,75 (1 - 4,5) | 2,75 (1,25 - 4,5) | 19266 | 0,431 |
| Hastanede devirler ve nakiller | 3 (1,25 - 4,75) | 3,5 (1,25 - 5) | 25251,5 | <0,001 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 2,67 (1-5) | 2,67 (1-5) | 17039,5 | 0,007 |

U: Mann Whitney U test istatistiği

Katılımcıların mesleklerine göre hasta güvenliği kültürü boyutları incelendiğinde (Tablo 15); birimler içinde ekip çalışması, güvenliğin kapsamlı, personel sağlama boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ortanca değeri meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü geneli ortanca değeri hekimlerden daha yüksektir. Hekimlerde ortanca değer 2,98, hemşirelerde 3,12 bulunmuştur. Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri ortanca değeri meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir ($p=0,002$). Hekimlerde ortanca değer 2,5, hemşirelerde 2,75 olarak bulunmuştur. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme ortanca değeri meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Hekimlerde ortanca değer 2,67, hemşirelerde 3,33 olarak bulunmuştur. Her iki boyutta da hemşirelerin hasta güvenliği kültürü geneli ortanca değeri hekimlerden daha

yüksektir. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği ortanca değeri meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). İki meslek grubunda da ortanca değer 3 olarak elde edilmiştir. Farklılık hemşirelerin sıra ortalama puanının hekimlere göre daha yüksek elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Hemşire ve hekimlerin sıra ortalama değerleri sırasıyla 222,29 ve 178,75'dir. Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim ortanca değeri meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Hekimlerde ortanca değer 3, hemşirelerde 3,67 olarak elde edilmiştir. İletişimin açık tutulması ortanca değeri meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Hekimlerde ortanca değer 3, hemşirelerde 3,33 olarak elde edilmiştir. Hataların raporlanma sıklığı ortanca değeri meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir ($p=0,001$). Hekimlerde ortanca değer 2,33, hemşirelerde 3 olarak elde edilmiştir. Hastane birimleri arasında ekip çalışması ortanca değeri meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir ($p=0,012$). İki meslek grubunda da ortanca değer 3 olarak elde edilmiştir. Farklılık hemşirelerin sıra ortalama puanının hekimlere göre daha yüksek elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Sıra ortalama değerleri sırasıyla (186,92, 216,37). Hastanede devirler ve nakiller ortanca değeri meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Hekimlerde ortanca değer 3, hemşirelerde 3,5 olarak elde edilmiştir. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt ortanca değeri meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir ($p=0,007$). İki meslek grubunda da ortanca değer 2,67 olarak elde edilmiştir. Farklılık hekimlerin sıra ortalama puanının hemşirelere göre daha yüksek elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Sıra ortalama değerleri sırasıyla (222,35-190,70). A1e, A3e, A4e, A5e, A7e, A8e, A9e, A10e, A12e, A13e hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 16. Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algı boyutlarının unvan gruplarına göre karşılaştırılması

| Boyutlar | Prof. ortanca(min-mak) | Doç. ortanca(min-mak) | Dr. Öğr.Üyesi ortanca(min-mak) | Uzman Dr. ortanca(min-mak) | ArşGör.Dr. ortanca(min-mak) | Yönetici Hemşire ortanca(min-mak) | Hemşire ortanca(min-mak) | Test İstatistiği (χ^2) | P |
|--|---------------------------|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--------|
| Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması | 3 (2,02-3,79)ab | 3,49 (2,71-3,71)ab | 2,93 (2,19-3,86)ab | 2,88 (2,4-3,74)ab | 2,95 (1,62-3,93)a | 3,26 (3-4,17)ab | 3,12 (1,88-4,26)b | 28,050 | <0,001 |
| Birimler içinde ekip çalışması | 3,75 (2,5-4,75) | 4 (3,5-4,75) | 3,75 (3,5-4) | 3,5 (3-4,75) | 3,75 (1,5-5) | 4 (3,5-5) | 3,75 (1,25-5) | 7,136 | 0,308 |
| Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri | 2,75 (1,25-3,75)ab | 3,25 (1,5-4,5)b | 3 (1,5-3,5)b | 2,25 (1,5-3,75)ab | 2,5 (1-4,5)a | 3,25 (2-4,25)ab | 2,75 (1-5)b | 24,224 | <0,001 |
| Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme | 3 (1-4,67)b | 3,33 (1-4)ab | 3,67 (1,67-4)ab | 2,67 (1-4,67)b | 2,67 (1-4,67)b | 3,67 (3,67-4,67)a | 3,33 (1-5)a | 38,301 | <0,001 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 3 (1,67-4)ab | 3,33 (1,67-4)ab | 2,33 (1,33-3,67)ab | 2,67 (2-4,33)ab | 3 (1-4,67)a | 3,67 (3-4,33)ab | 3 (1-5)b | 22,673 | 0,001 |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 3,75 (1,75-4,25) | 4 (2,75-4,5) | 4,25 (2-4,5) | 3 (2,75-4,5) | 3,25 (1-5) | 4 (3,25-5) | 3,25 (1,5-5) | 15,160 | 0,050 |
| Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim | 3 (1-4)b | 3,33 (2,33-4)ab | 3,33 (2-5)ab | 3 (1,67-4,67)b | 3 (1-4,67)b | 4 (3-4,67)ab | 3,67 (1-5)a | 49,452 | <0,001 |
| İletişimin açık tutulması | 3,33 (1,33-4,67)ab | 3,67 (1,33-4,33)ab | 3,67 (2,33-3,67)ab | 3 (2-4,67)ab | 3 (1,33-5)a | 4 (2,67-4,33)ab | 3,33 (1,33-5)b | 19,600 | 0,003 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 2 (1-5)ab | 4 (1-4,33)ab | 2 (1-3,33)ab | 2,33 (1-4,67)ab | 2,33 (1-5)a | 3 (2-5)ab | 3 (1-5)b | 19,891 | 0,003 |
| Hastane birimleri arasında ekip çalışması | 2,75 (1,25-4,25) | 3,5 (2,25-3,75) | 1,75 (1,25-4) | 3 (2-4) | 3 (1-5) | 3,25 (2,25-4,25) | 3 (1,25-4,75) | 11,740 | 0,068 |
| Personel sağlama | 3,25 (2,25-3,75)a | 3 (2-4)ab | 3 (2,5-4)ab | 2,75 (1,75-4)b | 2,75 (1-4,5)b | 2,25 (2-2,75)b | 2,75 (1,25-5)b | 27,518 | <0,001 |
| Hastanede devirler ve nakiller | 2,75 (1,25 - 4,25)a | 3,5 (2,25 -3,75)ab | 2,5 (2,25 -4,25)ab | 3 (1,75 - 4)ab | 3,25 (1,5 - 4,75)ab | 3,5 (2 - 4,75)ab | 3,5 (1,25 - 5)b | 26,243 | <0,001 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 3 (2-4) | 3,17 (1,33-4) | 2,67 (2,33-3,67) | 3 (1-4,67) | 2,67 (1-5) | 2,33 (1,67-3,33) | 2,67 (1-5) | 11,929 | 0,064 |

χ^2 =Kruskal Wallis test istatistiği a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü boyutları ortanca değerleri unvanlarına göre incelendiğinde; Tablo 16’da görüldüğü gibi birimler içinde ekip çalışması, güvenliğin kapsamlı algılanması, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, hastane birimleri arasında ekip çalışması boyutu ortanca değeri unvanlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ortanca değeri unvanlara göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). En yüksek ortanca değeri doçent doktorlarda 3,49 olarak bulunmuştur. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelendiğinde araştırma görevlisi doktorlar ile hemşireler arasında olduğu görülmüştür. Araştırma görevlisi doktorların ortanca değeri (2,95) hemşirelerin ortanca değerine (3,12) göre daha düşüktür. Diğer gruplar bu iki unvana ve birbirlerine göre farklı değildirlir. Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri ortanca değeri unvanlara göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Farklılık araştırma görevlisi doktorlar ile doçent doktorlar, doktor öğretim üyeleri ve hemşireler arasındadır. Araştırma görevlisi doktorların ortanca değeri diğer üç gruba göre daha düşüktür. En yüksek ortanca değeri doçent doktorlarda ve yönetici hemşirelerde 3,25 olarak bulunmuştur. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme ortanca değeri unvanlara göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). En yüksek ortanca değeri doktor öğretim üyeleri ve yönetici hemşirelerde 3,67 olarak elde edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelendiğinde; yönetici hemşireler, hemşireler ile profesör doktorlar, uzman doktorlar ve araştırma görevlisi doktorlar arasında olduğu görülmüştür. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutu da ortanca değeri unvanlara göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Farklılık araştırma görevlisi doktorlar ile hemşireler arasındadır. En yüksek ortanca değeri yönetici hemşirelerde 3,67 olarak bulunmuştur. Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim ortanca değeri unvanlara göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Farklılık hemşireler ile profesör doktorlar ve uzman doktorlar arasındadır. Hemşirelerin ortanca değeri profesör doktorlar ve uzman doktorların ortanca değerine göre daha yüksektir. En yüksek ortanca değeri yönetici hemşirelerde 4 olarak elde edilmiştir. İletişimin açık tutulması ortanca değeri unvan gruplarına göre farklılık göstermektedir ($p=0,003$). Farklılık araştırma görevlisi doktorlar ile hemşireler arasındadır. En yüksek ortanca değeri yönetici hemşirelerde 4 olarak elde edilmiştir. Hataların raporlanma sıklığı ortanca değeri unvanlara göre farklılık göstermektedir ($p=0,003$). Farklılık

araştırma görevlisi doktorlar ile hemşireler arasındadır. En yüksek ortanca değeri doçent doktorlar 4 olarak elde edilmiştir. Personel sağlama ortanca değeri unvanlara göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Farklılık profesör doktorlar ile uzman doktor, araştırma görevlisi doktor, yönetici hemşire ve hemşireler arasındadır. En yüksek ortanca değeri profesör grubunda 3,25 olarak bulunmuştur. Hastanede devirler ve nakiller ortanca değeri unvanlara göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelendiğinde; profesör doktorlar ile hemşireler arasında olduğu grlmştir. En yüksek ortanca değerler doçent doktorlar, yönetici hemşireler ve hemşirelerde 3,5 olarak bulunmuştur. A1f, A3f, A4f, A5f, A7f, A8f, A9f, A11f ve A12f hipotezleri kabul edilmiştir.



Tablo 17. Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algı boyutlarının hastanede çalışılan birim gruplarına göre karşılaştırılması

| Boyutlar | Dahili ortanca(min-mak) | Cerrahi ortanca(min-mak) | Diğer ortanca(min-mak) | Test İstatistiği (χ^2) | P |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---|------------------|
| Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması | 3,02 (1,62-4,26)a | 3,12 (1,93-4,14)ab | 3,36 (2,76-4,1)b | 10,423 | 0,005 |
| Birimler içinde ekip çalışması | 3,75 (1,25-5) | 3,75 (1,25-5) | 3,5 (2,75-4,75) | 2,052 | 0,358 |
| Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri | 2,5 (1-5)a | 2,75 (1-5)b | 3,38 (2,25-4,5)c | 17,568 | <0,001 |
| Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme | 3 (1-5) | 3,33 (1-5) | 3,33 (2,33-5) | 2,509 | 0,285 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 3 (1-4,67)b | 3 (1-4,67)b | 4 (2,33-5)a | 10,261 | 0,006 |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 3,25 (1,25-5)a | 3,5 (1-5)ab | 4 (2,75-4,5)b | 8,505 | 0,014 |
| Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim | 3,33 (1-5) | 3,33 (1-5) | 3,17 (2,67-5) | 0,203 | 0,904 |
| İletişimin açık tutulması | 3,33 (1,33-5) | 3,33 (1,33-5) | 3,5 (3-4) | 3,590 | 0,166 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 2,67 (1-5)a | 3 (1-5)b | 2,5 (1-4,33)ab | 20,780 | <0,001 |
| Hastane birimleri arasında ekip çalışması | 3 (1-5) | 3 (1,25-5) | 3,75 (2,5-4,75) | 4,884 | 0,087 |
| Personel sağlama | 2,75 (1-4,5) | 2,75 (1-4,5) | 2,75 (2,25-3,25) | 2,142 | 0,343 |
| Hastanede devirler ve nakiller | 3,25 (1,5 - 5) | 3,5 (1,25 - 5) | 3,63 (2,25 - 4) | 4,672 | 0,097 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 2,67 (1-5) | 2,67 (1-5) | 2,33 (1,67-3,33) | 0,720 | 0,698 |

χ^2 =Kruskal Wallis test istatistiği a-b-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü boyutları ortanca değerleri çalışmakta oldukları birime göre incelendiğinde; birimler içinde ekip çalışması, örgütsel

öğrenme ve sürekli iyileştirme, hatalar hakkında iletişim ve geribildirim, iletişimin açık tutulması, hastane birimleri arasında ekip çalışması, personel sağlama, hastanede devirler ve nakiller ve hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutları ortanca değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$).

Katılımcıların hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ortanca değeri hastanede çalışılan birim gruplarına göre farklılık göstermektedir ($p=0,005$). Dahili birim çalışanlarında ortanca değer 3,02, cerrahi birim çalışanlarında 3,12 ve diğer birim çalışanlarında 3,36 olarak elde edilmiştir. Farklılık dahili birimlerde çalışanların ortanca değerinin diğer birimlerde çalışanlara göre düşük elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Cerrahi birim çalışanları ile diğer gruplar arasında farklılık bulunmamaktadır. Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri ortanca değeri hastanede çalışılan birimlere göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Dahili birim çalışanlarında ortanca değer 2,5, cerrahi birim çalışanlarında 2,75 ve diğer birim çalışanlarında 3,38 olarak bulunmuştur. Tüm gruplar birbirine göre farklıdır. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği ortanca değeri hastanede çalışılan birimlere göre farklılık göstermektedir ($p=0,006$). Dahili birim çalışanlarında ortanca değer 3, cerrahi birim çalışanlarında 3 ve diğer birim grubunda 4 olarak elde edilmiştir. Farklılık diğer birim çalışanları ile dahili birim ve cerrahi birim çalışanları arasındadır. Diğer birimlerde çalışanların ortanca değeri, dahili ve cerrahi birim çalışanlarına göre daha yüksektir. Güvenliğin kapsamlı algılanması ortanca değeri hastanede çalışılan birimlere göre farklılık göstermektedir ($p=0,014$). Dahili birim çalışanlarında ortanca değer 3,25, cerrahi birim çalışanlarında 3,5 ve diğer birim çalışanlarında 4 olarak bulunmuştur. Farklılık dahili birim çalışanlarının ortanca değerinin diğer grubuna göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Cerrahi birim çalışanları ortanca değeri diğerlerine göre farklı değildir. Hataların raporlanma sıklığı ortanca değeri hastanede çalışılan birimlere göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Farklılık dahili birim çalışanları ile cerrahi çalışanları arasındadır. Dahili birim çalışanlarında ortanca değer 2,67, cerrahi birim çalışanlarında 3, ve diğer birim çalışanlarında 2,5 olarak bulunmuştur. A1g, A3g, A5g, A6g ve A9g hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 18. Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algı boyutlarının kurumda çalışma süresine göre karşılaştırılması

| Boyutlar | 0-5 yıl ortanca(min-mak) | 6-10 yıl ortanca(min-mak) | 11 yıl ve üzeri ortanca(min-mak) | Test İstatistiği (χ^2) | p |
|--|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması | 2,99 (1,62-4,21)a | 3,12 (1,88-3,98)ab | 3,27 (2,02-4,26)b | 25,037 | <0,001 |
| Birimler içinde ekip çalışması | 3,75 (1,25-5) | 3,75 (2,25-5) | 3,75 (2,5-5) | 0,496 | 0,780 |
| Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri | 2,5 (1-5)a | 2,75 (1-4)ab | 3 (1,25-4,5)b | 16,027 | <0,001 |
| Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme | 3 (1-5) | 3,33 (1-5) | 3,33 (1-5) | 3,864 | 0,145 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 3 (1-4,67)a | 3 (1-4,67)a | 3,33 (1,67-5)b | 20,162 | <0,001 |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 3,25 (1-5)a | 3,5 (1,5-4,5)ab | 3,75 (1,75-5)b | 17,397 | <0,001 |
| Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim | 3,33 (1-5) | 3,33 (1,33-5) | 3,33 (1-5) | 2,628 | 0,269 |
| İletişimin açık tutulması | 3 (1,33-5) | 3,33 (1,33-4,67) | 3,33 (1,33-5) | 5,659 | 0,059 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 3 (1-5) | 3 (1-5) | 3 (1-5) | 3,430 | 0,180 |
| Hastane birimleri arasında ekip çalışması | 3 (1-5)a | 3 (1,25-4,25)ab | 3,25 (1,25-4,75)b | 8,582 | 0,014 |
| Personel sağlama | 2,75 (1-4,5) | 2,75 (1,25-4) | 2,75 (1,5-4) | 2,435 | 0,296 |
| Hastanede devirler ve nakiller | 3,25 (1,25-5)a | 3,5 (1,5-4,5)ab | 3,75 (1,25-5)b | 15,079 | 0,001 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 2,67 (1-5) | 2,67 (1-4,33) | 2,67 (1,33-5) | 3,060 | 0,216 |

χ^2 =Kruskal Wallis test istatistiği a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü boyutları ortanca değerleri şu anda görev yaptıkları kurumda çalışma süresine göre incelendiğinde; birimler içinde

ekip çalışması, örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme, hatalar hakkında iletişim ve geribildirim, iletişimin açık tutulması, hataların raporlanma sıklığı, personel sağlama ve hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutları ortanca değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$).

Katılımcıların hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ortanca değeri kurumda çalışma süresine göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Kurumda 0-5 yıl çalışanlarda ortanca değer 2,99, 6-10 yıl çalışanlarda 3,12, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise 3,27 olarak bulunmuştur. Farklılık 11 yıl ve üzeri çalışanların ortanca değerinin 0-5 yıl çalışanlara göre yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. 6-10 yıl çalışanların ortanca değeri diğer gruplara göre farklı değildir. Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri ortanca değeri kurumda çalışma süresine göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelendiğinde, 0-5 yıl çalışanlar ile 11 yıl ve üzeri çalışanlar arasında olduğu görülmüştür. 0-5 yıl çalışanlarda ortanca değer 2,5, 6-10 yıl çalışanlarda 2,75, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise 3 olarak bulunmuştur. Farklılık 11 yıl ve üzeri çalışanların ortanca değerinin 0-5 yıla göre yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. 6-10 yıl çalışanların ortanca değeri diğer gruplara göre farklı değildir. Kurumda çalışma süresine göre farklılığın olduğu boyutlardan biri de hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutudur ($p<0,001$). 0-5 yıl çalışanlarda ortanca değer 3, 6-10 yıl çalışanlarda 3, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise 3,33 olarak elde edilmiştir. 11 yıl ve üzeri çalışanların ortanca değeri diğer gruplara göre yüksek elde edilmiştir. Güvenliğin kapsamlı algılanması boyutu ortanca değeri kurumda çalışma süresine göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). 0-5 yıl çalışanlarda ortanca değer 3,25, 6-10 yıl çalışanlarda 3,5, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise 3,75 olarak bulunmuştur. Farklılık 11 yıl ve üzeri çalışanların ortanca değerinin 0-5 yıla göre daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. 6-10 yıl çalışanların ortanca değeri diğer gruplara göre farklı değildir. Hastane birimleri arasında ekip çalışması boyutu ortanca değeri kurumda çalışma süresine göre farklılık göstermektedir ($p=0,014$). 0-5 yıl çalışanlarda ortanca değer 3, 6-10 yıl çalışanlarda 3, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise 3,25 olarak bulunmuştur. Farklılık 11 yıl ve üzeri çalışanların ortanca değerinin 0-5 yıl çalışanlara göre yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. 6-10 yıl çalışanlar diğer gruplara göre farklı değildir. Hastanede devirler ve nakiller boyutu ortanca değeri kurumda çalışma süresine göre farklılık göstermektedir ($p=0,001$). 0-5

yıl çalışanlarda ortanca değer 3,25, 6-10 yıl çalışanlarda 3,5, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise 3,75 olarak bulunmuştur. Farklılık 11 yıl ve üzeri çalışanların ortanca değerinin 0-5 yıl çalışanlara göre yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. 6-10 yıl çalışanlar diğer gruplara göre farklı değildir. A1h, A3h, A5h, A6h, A10h ve A12h hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 19. Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algı boyutlarının birimde çalışma süresine göre karşılaştırılması

| Boyutlar | 0-5 yıl ortanca(min-mak) | 6-10 yıl ortanca(min-mak) | 11 yıl ve üzeri ortanca(min-mak) | Test İstatistiği (χ^2) | p |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|------------------|
| Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması | 3 (1,62-4,26)a | 3,27 (1,883,86)b | 3,26 (2,02-4,17)b | 15,800 | <0,001 |
| Birimler içinde ekip çalışması | 3,75 (1,25-5) | 3,75 (2,25-5) | 3,75 (2,5-5) | 1,640 | 0,440 |
| Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri | 2,5 (1-5)a | 2,75 (1-4,5)ab | 3 (1,25-4,5)b | 11,595 | 0,003 |
| Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme | 3 (1-5) | 3,33 (1-4,67) | 3,33 (1-5) | 2,119 | 0,347 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 3 (1-4,67)a | 3,33 (1-4,67)ab | 3,33 (1,67-5)b | 13,817 | 0,001 |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 3,25 (1-5)a | 3,5 (1,5-4,5)ab | 3,75 (1,75-5)b | 13,156 | 0,001 |
| Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim | 3,33 (1-5) | 3,33 (2-5) | 3,33 (1-5) | 1,057 | 0,589 |
| İletişimin açık tutulması | 3,33 (1,33-5) | 3,33 (1,33-4,67) | 3,33 (1,33-4,67) | 2,877 | 0,237 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 3 (1-5) | 3 (1-5) | 2,67 (1-5) | 1,909 | 0,385 |
| Hastane birimleri arasında ekip çalışması | 3 (1-5) | 3 (1,25-4,25) | 3,25 (1,25-4,75) | 4,717 | 0,095 |
| Personel sağlama | 2,75 (1-4,5)a | 2,75 (1,75-4)ab | 3 (1,5-4)b | 6,384 | 0,041 |
| Hastanede devirler ve nakiller | 3,25 (1,25-5) | 3,5 (1,5-4,75) | 3,5 (1,25-5) | 6,141 | 0,050 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 2,67 (1-5) | 3 (1-4,33) | 2,67 (1,67-5) | 5,063 | 0,080 |

χ^2 =Kruskal Wallis test istatistiği a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü boyutları ortanca değerleri şu anda çalışmakta oldukları birime göre incelendiğinde; birimler içinde ekip çalışması,

örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme, hatalar hakkında iletişim ve geribildirim, iletişimin açık tutulması, hataların raporlanma sıklığı, hastane birimleri arasında ekip çalışması, hastanede devirler ve nakiller ve hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutu ortanca değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Katılımcıların hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ortanca değeri birimde çalışma süresine göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Farklılık 0-5 yıl çalışanlar ile 6-10 yıl ve 11 yıl ve üzeri süredir çalışanlar arasındadır. 0-5 yıl çalışanlarda ortanca değer 3, 6-10 yıl çalışanlarda 3,27, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise 3,26 olarak bulunmuştur. Şu anda çalışmakta oldukları birimde 5 yıl ve daha az süredir çalışan katılımcıların genel hasta güvenliği kültürü algılamaları diğer gruplara göre daha düşüktür. Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri boyutu ortanca değeri katılımcıların birimde çalışma süresine göre farklılık göstermektedir ($p=0,003$). 0-5 yıl çalışanlarda ortanca değer 2,5, 6-10 yıl çalışanlarda 2,75, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise 3 olarak bulunmuştur. Farklılık 11 yıl ve üzeri çalışanların ortanca değerinin 0-5 yıl çalışanlarda göre yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutu ortanca değeri birimde çalışma süresine göre farklılık göstermektedir ($p=0,001$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelendiğinde farklılığın 0-5 yıl çalışanlar ile 11 yıl ve üzeri süredir birimde çalışanlar arasında olduğu görülmüştür. 0-5 yıl çalışanlarda ortanca değer 3, 6-10 yıl çalışanlarda 3,33 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise 3,33 olarak bulunmuştur. Birimde 11 yıl ve üzeri süredir çalışanların ortanca değeri, 0-5 yıldır çalışanların ortanca değerine göre daha yüksektir. Güvenliğin kapsamlı algılanması boyutunda 0-5 yıl çalışanlar ile 11 yıl ve üzeri süredir çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,001$). 0-5 yıl çalışanlarda ortanca değer 3,25, 6-10 yıl çalışanlarda 3,5, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise 3,75 olarak bulunmuştur. Güvenliğin kapsamlı algılanması boyutunda 11 yıl ve üzeri süredir çalışanların ortanca değeri, 0-5 yıl çalışanlara göre daha yüksektir. Personel sağlama boyutu ortanca değeri de birimde çalışma süresine göre farklılık göstermektedir ($p=0,041$). 0-5 yıl çalışanlarda ortanca değer 2,75, 6-10 yıl çalışanlarda 2,75, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise 3 olarak elde edilmiştir. Farklılık 11 yıl ve üzeri çalışanların ortanca değerinin 0-5 yıla göre daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Boyutların hiçbirinde birimde, 6-10 yıldır çalışan katılımcılar ile 5

yıl ve daha az süredir çalışanlar ve 11 yıl ve üzeri süredir çalışanlar arasında fark yoktur. A1₁, A3₁, A5₁, A6₁ ve A11₁ hipotezleri kabul edilmiştir.



Tablo 20. Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algı boyutlarının haftalık çalışma süresine göre karşılaştırılması

| Boyutlar | 40 saat ve altı ortanca(min-mak) | 41-60 saat ortanca(min-mak) | 61-80 saat ortanca(min-mak) | 81 saat ve üzeri ortanca(min-mak) | Test İstatistiği (χ^2) | P |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---|------------------|
| Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması | 3,17 (1,88-4,26)b | 3,02 (1,93-4,21)bc | 2,9 (1,95-3,55)ac | 3 (1,62-3,93)c | 21,661 | <0,001 |
| Birimler içinde ekip çalışması | 3,75 (1,25-5) | 3,75 (1,5-5) | 3,5 (2,25-5) | 3,5 (1,5-5) | 8,587 | 0,050 |
| Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri | 2,75 (1-5)a | 2,5 (1-5)b | 2,25 (1-3,25)b | 2,5 (1-4,5)ab | 17,747 | <0,001 |
| Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme | 3,33 (1-5)b | 3,17 (1-5)b | 2,67 (1-4,67)a | 2,67 (1-4,33)ab | 15,224 | 0,002 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 3 (1-5)a | 3 (1-4,67)ab | 3 (1-4,33)b | 3 (1-4,67)ab | 10,923 | 0,012 |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 3,5 (1,5-5) | 3,25 (1-5) | 3 (1,75-4,5) | 3,25 (1,25-5) | 8,401 | 0,050 |
| Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim | 3,33 (1,33-5)b | 3,67 (1-5)b | 2,67 (1-4,67)a | 3 (1-4,67)a | 32,368 | <0,001 |
| İletişimin açık tutulması | 3,33 (1,33-5)b | 3,33 (1,33-5)b | 3 (1,33-4,33)a | 3 (1,33-5)ab | 15,499 | 0,001 |
| Hataların raporlanma sıklığı | 3 (1-5)a | 3 (1-5)ab | 2 (1-5)b | 2,33 (1-4)ab | 12,465 | 0,006 |
| Hastane birimleri arasında ekip çalışması | 3 (1,25-4,75) | 3 (1-5) | 2,75 (1-4,25) | 3 (1,25-5) | 7,255 | 0,064 |
| Personel sağlama | 2,75 (1,25-4,5) | 2,75 (1,5-4,5) | 2,75 (1-4,5) | 2,5 (1-3,75) | 4,076 | 0,253 |
| Hastanede devirler ve nakiller | 3,25 (1,25 - 5) | 3,25 (1,25 - 5) | 3 (1,5 - 4,25) | 3,5 (1,5 - 4,75) | 4,772 | 0,189 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 2,67 (1-5) | 2,67 (1-5) | 3 (1-4,67) | 2,67 (1-3,67) | 3,421 | 0,331 |

χ^2 =Kruskal Wallis test istatistiği a-b-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü boyutları ortanca değerleri haftalık ortalama çalışma süresine göre incelendiğinde; birimler içinde ekip çalışması, güvenliğin kapsamlı algılanması, hastane birimleri arasında ekip çalışması, personel sağlama, hastanede devirler ve nakiller ve hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların hasta güvenliği kültürü geneli ortanca değeri haftalık çalışma süresine göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelendiğinde haftalık ortalama 40 saat ve altı çalışanlar ile 61-80 saat ve 81 saat ve üzeri çalışanlar arasında olduğu görülmüştür. Genel hasta güvenliği kültürü algılaması ortanca değeri en yüksek (3,17) 40 saat ve altı çalışanlarda bulunmuştur.

Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri ortanca değeri haftalık çalışma süresine göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Farklılık haftalık ortalama 40 saat ve altında çalışanlar ile 41-60 saat ve 61-80 saat çalışanlar arasındadır. En yüksek ortanca değer 40 saat ve altı grubunda 2,75 olarak bulunmuştur.

Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme ortanca değeri haftalık çalışma süresine göre farklılık göstermektedir ($p=0,002$). En yüksek ortanca değer 40 saat ve altı grubunda 3,33 olarak bulunmuştur. Farklılık 61-80 saat çalışanlar ile 40 saat ve altında çalışanlar ve 41-60 saat çalışanlar arasındadır.

Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği ortanca değeri haftalık çalışma süresine göre farklılık göstermektedir ($p=0,012$). Tüm gruplarda ortanca değer 3 olarak bulunmuştur. Farklılık 40 saat ve altı grubunun sıra ortalamasının 61-80 saat grubuna göre yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Sıra ortalama değerleri sırasıyla (221,34 - 164,20).

Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim ortanca değeri haftalık çalışma süresine göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelendiğinde 40 saat ve altında çalışanlar ve 41-60 saat arası çalışanlar ile 61-80 saat arası çalışanlar ve 81 saat ve üzerinde çalışanlar arasında olduğu görülmüştür. En yüksek ortanca değer 41-60 saat aralığında 3,67 olarak bulunmuştur.

İletişimin açık tutulması ortanca değeri haftalık çalışma süresine göre farklılık göstermektedir ($p=0,001$). Farklılık haftalık ortalama 40 saat ve altında çalışanlar ve 41-60 saat çalışanlar ile 61-80 saat çalışanlar arasındadır. İletişim açık tutulması

boyutunda 61-80 saat arası çalışan katılımcıların ortanca değeri (3), 40 saat ve altı ve 41-60 saat aralığında çalışan katılımcıların ortanca değerinden (3,33) daha düşüktür.

Hataların raporlanma sıklığı boyutu ortanca değeri haftalık ortalama çalışma süresine göre farklılık göstermektedir ($p=0,006$). Farklılık 40 saat ve üzeri grubun ortanca değerinin (3), 61-80 saat aralığında çalışanların ortanca değerinden (2) daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. A1j, A3j, A4j, A5j, A7j, A8j ve A9j hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 21. Hekim ve hemşirelerin kurumun hasta güvenliği derecesi ile ilgili değerlendirmeleri

| Hasta Güvenliği Derecesi | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|--------------------------|----------|-----------|
| Mükemmel | 16 | 3,9 |
| Çok İyi | 97 | 23,8 |
| Kabul edilebilir | 207 | 50,9 |
| Zayıf | 78 | 19,2 |
| Başarısız | 9 | 2,2 |

Katılımcıların %3,9'u ($n=16$) çalışmakta oldukları kurumun hasta güvenliği derecesini mükemmel, %23,8'i ($n=97$) çok iyi, %50,9'u ($n=207$) kabul edilebilir, %19,2'si ($n=78$) zayıf ve %2,2'si ($n=9$) başarısız olarak değerlendirmiştir.

Tablo 22. Son 12 ayda raporlanan olay sayısı

| Olay Raporu | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---------------|----------|-----------|
| 0 olay raporu | 351 | 86,2 |
| 1 Olay Raporu | 42 | 10,3 |
| 2 olay raporu | 14 | 3,4 |

Katılımcıların %86,2'si ($n=351$) son 12 ay içerisinde hiç olay raporlamadığını, %10,3'ü ($n=42$) 1 olay ve %3,4'ü ($n=14$) 2 olay raporladığını belirtmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların genel iş tatmin ve alt boyut puanları

| Boyutlar | Ortanca | Min. | Maks. | Ort. | ss. |
|------------------|---------|------|-------|------|------|
| Genel iş tatmini | 3,35 | 1,60 | 5,00 | 3,31 | 0,59 |
| İçsel doyum | 3,42 | 1,42 | 5,00 | 3,44 | 0,62 |
| Dışsal doyum | 3,13 | 1,13 | 5,00 | 3,11 | 0,65 |

Katılımcıların genel iş tatmin ortalama puanı $\bar{x}=3,31$ 'dir. En yüksek ortalama puanı ($\bar{x}=3,44$) içsel doyum boyutunda elde edilmiştir.

Tablo 24. Hekim ve hemşirelerin iş tatmini boyutlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

| Boyutlar | Kadın | Erkek | Test İstatistiği (U) | p |
|--------------|------------------|------------------|----------------------|--------------|
| | ortanca(min-mak) | ortanca(min-mak) | | |
| Genel doyum | 3,25 (1,7-5) | 3,43 (1,6-4,85) | 20737 | 0,039 |
| İçsel doyum | 3,42 (1,75-5) | 3,63 (1,42-5) | 20810 | 0,033 |
| Dışsal doyum | 3 (1,13-5) | 3,25 (1,5-4,75) | 20344,5 | 0,086 |

U: Mann Whitney U test istatistiği

Hekim ve hemşirelerin genel iş tatminleri ($p=0,039$) ve içsel doyum ($p=0,033$) boyutu ortanca değerler cinsiyete göre farklılık göstermektedir Kadınların genel iş tatmini ortanca değeri 3,25, erkeklerin ortanca değeri 3,43 olarak elde edilmiştir. Kadınların içsel tatmin boyutu ortanca değeri 3,42 iken erkeklerde ortanca değer 3,63'tür. Erkeklerin genel iş tatmini ve içsel tatminlerinin kadınlara göre daha yüksektir. Dışsal doyum iş tatmini boyutu ortanca değeri cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,086$). B1a ve B2a hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 25. Hekim ve hemşirelerin iş tatmini boyutlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması

| Boyutlar | 30 yaş ve altı | 31-40 yaş | 41 yaş ve üzeri | Test İstatistiği | p |
|--------------|----------------|-----------------|------------------|------------------|-------|
| | Genel doyum | 3,3 ± 0,62 | 3,26 ± 0,57 | | |
| İçsel doyum | 3,46 (1,42-5) | 3,33 (1,5-4,58) | 3,58 (2,17-5) | $\chi^2 = 4,154$ | 0,125 |
| Dışsal doyum | 3,19 (1,38-5) | 3 (1,13-4,75) | 3,13 (1,38-4,25) | $\chi^2 = 1,080$ | 0,583 |

F: Varyans Analizi test istatistiği χ^2 =Kruskal Wallis test istatistiği

Katılımcıların genel iş tatminleri, içsel ve dışsal iş tatmin boyutları yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). B1b, B2b ve B3b hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 26. Hekim ve hemşirelerin iş tatmini boyutlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

| Boyutlar | Evli | Bekâr | Test İstatistiği (U) | p |
|--------------|------------------|------------------|----------------------|-------|
| | ortanca(min-mak) | ortanca(min-mak) | | |
| Genel doyum | 3,35 (1,6-5) | 3,33 (1,6-4,85) | 1,790 | 0,615 |
| İçsel doyum | 3,5 (1,42-5) | 3,42 (1,5-4,92) | 4,154 | 0,390 |
| Dışsal doyum | 3,13 (1,13-5) | 3,13 (1,38-4,75) | 1,080 | 0,868 |

U: Mann Whitney U test istatistiği

Katılımcıların genel iş tatminleri, içsel ve dışsal iş tatmin boyutları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). B1c, B2c ve B3c hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 27. Hekim ve hemşirelerin iş tatmini boyutlarının eğitim duruma göre karşılaştırılması

| Boyutlar | Lise Ort. ±ss. | Ön Lisans Ort. ±ss. | Hemşirelik Lisans Ort. ±ss. | Hemşirelik Yüksek Lisans Ort. ±ss. | Tıp Fakültesi Lisans Ort. ±ss. | Tıpta Uzmanlık Ort. ±ss. | Test İstatistiği (F) | p |
|--------------|-------------------|------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------|
| Genel doyum | 3,11 ± 0,39a | 3,33 ± 0,62ab | 3,2 ± 0,54a | 3,32 ± 0,88ab | 3,31 ± 0,62a | 3,59 ± 0,53b | 6,146 | <0,001 |
| İçsel doyum | 3,21 ± 0,44a | 3,45 ± 0,59ab | 3,33 ± 0,55a | 3,48 ± 0,93ab | 3,41 ± 0,67a | 3,76 ± 0,58b | 6,419 | <0,001 |
| Dışsal doyum | 2,96 ± 0,5ab | 3,16 ± 0,74ab | 2,99 ± 0,63a | 3,08 ± 0,83ab | 3,16 ± 0,65ab | 3,33 ± 0,6b | 3,250 | 0,007 |

F: Varyans Analizi test istatistiği

Hekim ve hemşirelerin genel iş tatmini ve içsel doyum ortalama değeri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Genel iş tatminindeki ve içsel tatmin boyutundaki farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelendiğinde; her iki boyutta da farklılığın, tıpta uzmanlık mezunları ile lise, hemşirelik lisans ve tıp fakültesi lisans mezunları arasında olduğu görülmüştür. Katılımcıların genel iş tatminlerinde en yüksek ortalama değer tıpta uzmanlık mezunlarında 3,59 olarak bulunmuştur. İçsel tatmin boyutunda ise en yüksek ortalama değer yine tıpta uzmanlık mezunlarında 3,76 olarak bulunmuştur. Dışsal doyum boyutu ortalama değeri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir ($p=0,007$). Dışsal doyum boyutunda farklılık hemşirelik lisans mezunları ile tıpta uzmanlık mezunları arasındadır. Tıpta uzmanlık mezunlarının dışsal doyumları hemşirelik lisans mezunlarının dışsal doyumlarından daha yüksektir. En yüksek ortalama değer tıp uzmanlık grubunda 3,33 olarak elde edilmiştir. B1d, B2d ve B3d hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 28. Hekim ve hemşirelerin iş tatmini boyutlarının unvan gruplarına göre karşılaştırılması

| | Prof. Dr. Ort. ±ss. | Doç. Dr. Ort. ±ss. | Dr. Öğr. Üyesi Ort. ±ss. | Uzman Dr. Ort. ±ss. | Arş. Gör.Dr. Ort. ±ss. | Yön. Hemşire Ort. ±ss. | Hemşire Ort. ±ss. | Test İstatistiği (F) | p |
|--------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|
| Genel doyum | 3,53 ± 0,33b | 4 ± 0,43a | 3,44 ± 0,36abc | 3,48 ± 0,67abc | 3,31 ± 0,62bc | 3,23 ± 0,67abc | 3,22 ± 0,56c | 8,164 | <0,001 |
| İçsel doyum | 3,72 ± 0,35b | 4,24 ± 0,45a | 3,43 ± 0,47abc | 3,65 ± 0,71bc | 3,41 ± 0,67bc | 3,3 ± 0,56abc | 3,35 ± 0,57c | 10,066 | <0,001 |
| Dışsal doyum | 3,24 ± 0,44ab | 3,64 ± 0,5a | 3,46 ± 0,43ab | 3,23 ± 0,75ab | 3,16 ± 0,65ab | 3,13 ± 0,85ab | 3,02 ± 0,65b | 3,162 | 0,005 |

F: Varyans Analizi test istatistiği

Tablo 28’de görüldüğü gibi hekim ve hemşirelerin genel iş tatmini ve içsel doyum ortalama değeri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Genel iş tatminindeki farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelendiğinde; doçent doktorların genel iş tatmini ortalama puanının ($\bar{x}=4$) profesör doktor, araştırma görevlisi doktor ve hemşirelerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Doktor öğretim üyesi, uzman doktor ve yönetici hemşirelerin genel iş tatmin ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir. İçsel doyum boyutunda farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelendiğinde; profesör doktorlar ile doçent doktor, hemşireler arasında ve doçent doktorlar ile profesör doktorlar, uzman doktor, araştırma görevlisi doktorlar ve hemşireler arasında olduğu görülmüştür. Profesör doktorların içsel doyum ortalamaları doçent doktorlardan düşük, hemşirelerden yüksektir. Dışsal doyum boyutu ortalama değerleri unvan gruplarına göre farklılık göstermektedir ($p=0,005$). Dışsal doyum boyutunda farklılık doçent doktorlar ile hemşireler arasındadır. Tüm boyutlarda en yüksek tatmin ortalaması doçent doktorlara aittir. B1f, B2f ve B3f hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 29. Hekim ve hemşirelerin iş tatmini boyutlarının meslek gruplarına göre karşılaştırılması

| Boyutlar | Hekim ortanca(min-mak) | Hemşire ortanca(min-mak) | Test İstatistiği (U) | p |
|--------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------|--------|
| Genel doyum | 3,45 (1,6-5) | 3,2 (1,7-4,85) | 15507 | <0,001 |
| İçsel doyum | 3,58 (1,42-5) | 3,33 (1,5-4,92) | 15780 | <0,001 |
| Dışsal doyum | 3,25 (1,5-5) | 3 (1,13-4,75) | 16129,5 | 0,001 |

U: Mann Whitney U test istatistiği

Hekim ve hemşirelerin genel iş tatmini, içsel doyum ve dışsal doyum boyutları ortanca değerleri meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir. Genel iş tatmini, içsel doyum ve dışsal doyum boyutlarının tümünde hekimlerin ortanca değerleri, hemşirelerin ortanca değerlerinden daha yüksektir. Hekimlerin hemşirelere göre işlerinden daha fazla tatmin oldukları bulunmuştur. B1e, B2e ve B3e hipotezleri kabul edilmiştir.

Tablo 30. Hekim ve hemşirelerin iş tatmini boyutlarının hastanede çalışılan birim gruplarına göre karşılaştırılması

| Boyutlar | Dahili Ort. ±ss. | Cerrahi Ort. ±ss. | Diğer Ort. ±ss. | Test İstatistiği (F) | p |
|--------------|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------------|-------|
| Genel doyum | 3,35 ± 0,59 | 3,23 ± 0,58 | 3,16 ± 0,45 | 2,331 | 0,099 |
| İçsel doyum | 3,48 ± 0,62 | 3,36 ± 0,62 | 3,37 ± 0,43 | 1,716 | 0,181 |
| Dışsal doyum | 3,16 ± 0,66 | 3,03 ± 0,64 | 2,86 ± 0,56 | 2,763 | 0,064 |

F: Varyans Analizi test istatistiği

Katılımcıların genel iş tatminleri, içsel ve dışsal iş tatmin boyutları kurumda çalıştıkları birime göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). B1g, B2g ve B3g hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 31. Hekim ve hemşirelerin iş tatmini boyutlarının kurumda çalışma süresine göre karşılaştırılması

| Boyutlar | 0-5 yıl ortanca(min-mak) | 6-10 yıl ortanca(min-mak) | 11 yıl ve üzeri ortanca(min-mak) | Test İstatistiği (χ^2) | p |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------|
| Genel doyum | 3,35 (1,6-5) | 3,35 (1,75-4,7) | 3,33 (1,85-4,55) | 0,432 | 0,805 |
| İçsel doyum | 3,46 (1,42-5) | 3,5 (1,5-5) | 3,42 (2,17-4,92) | 0,234 | 0,890 |
| Dışsal doyum | 3,19 (1,13-5) | 3 (1,38-4,75) | 3 (1,38-4,25) | 3,578 | 0,167 |

χ^2 =Kruskal Wallis test istatistiği

Katılımcıların genel iş tatminleri, içsel ve dışsal iş tatmin boyutları kurumda çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). B1h, B2h ve B3h hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 32. Hekim ve hemşirelerin iş tatmini boyutlarının birimde çalışma süresine göre karşılaştırılması

| Boyutlar | 0-5 yıl ortanca(min-mak) | 6-10 yıl ortanca(min-mak) | 11 yıl ve üzeri ortanca(min-mak) | Test İstatistiği (χ^2) | p |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------|
| Genel doyum | 3,35 (1,6-5) | 3,3 (1,8-4,7) | 3,35 (1,85-4,55) | 0,263 | 0,877 |
| İçsel doyum | 3,42 (1,42-5) | 3,42 (2-5) | 3,5 (2,17-4,92) | 1,855 | 0,396 |
| Dışsal doyum | 3,13 (1,13-5) | 3 (1,38-4,75) | 3 (1,38-4,25) | 2,146 | 0,342 |

χ^2 =Kruskal Wallis test istatistiği

Katılımcıların genel iş tatminleri, içsel ve dışsal iş tatmin boyutları birimde çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). B1₁, B2₁ ve B3₁ hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 33. Hekim ve hemşirelerin iş tatmini boyutlarının haftalık çalışma süresine göre karşılaştırılması

| Boyutlar | 40 saat ve altı Ort. ±ss. | 41-60 saat Ort. ±ss. | 61-80 saat Ort. ±ss. | 81 saat ve üzeri Ort. ±ss. | Test İstatistiği (F) | p |
|--------------|------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------|
| Genel doyum | 3,3 ± 0,61 | 3,37 ± 0,53 | 3,12 ± 0,63 | 3,29 ± 0,66 | 2,018 | 0,111 |
| İçsel doyum | 3,44 ± 0,62 | 3,5 ± 0,56 | 3,23 ± 0,68 | 3,41 ± 0,72 | 2,160 | 0,092 |
| Dışsal doyum | 3,09 ± 0,7 | 3,18 ± 0,6 | 2,96 ± 0,65 | 3,11 ± 0,64 | 1,319 | 0,268 |

F: Varyans Analizi test istatistiği

Katılımcıların genel iş tatminleri, içsel ve dışsal iş tatmin boyutları haftalık ortalama çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). B1_j, B2_j ve B3_j hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 34. Hekim ve hemşirelerin iş tatmini boyutları ile hasta güvenliği kültürü boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi

| Hasta Güvenliği Kültürü Boyutları | | Genel doyum | İçsel doyum | Dışsal doyum |
|--|----|-------------|-------------|--------------|
| Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması | r* | 0,255 | 0,178 | 0,312 |
| | p | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Birimler içinde ekip çalışması | r* | 0,368 | 0,32 | 0,368 |
| | p | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri | r* | 0,161 | 0,080 | 0,266 |
| | p | <0,001 | 0,106 | <0,001 |
| Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme | r* | 0,166 | 0,131 | 0,188 |
| | p | 0,001 | 0,008 | <0,001 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | r* | 0,247 | 0,190 | 0,283 |
| | p | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | r* | 0,181 | 0,123 | 0,231 |
| | p | <0,001 | 0,013 | <0,001 |
| Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim | r* | 0,29 | 0,253 | 0,288 |
| | p | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| İletişimin açık tutulması | r* | 0,242 | 0,199 | 0,254 |
| | p | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Hataların raporlanma sıklığı | r* | 0,021 | -0,007 | 0,058 |
| | p | 0,67 | 0,884 | 0,242 |
| Hastane birimleri arasında ekip çalışması | r* | 0,232 | 0,177 | 0,253 |
| | p | <0,001 | <0,001 | <0,001 |
| Personel sağlama | r* | 0,028 | 0,032 | 0,021 |
| | p | 0,569 | 0,522 | 0,668 |
| Hastanede devirler ve nakiller | r* | 0,054 | 0,024 | 0,086 |
| | p | 0,277 | 0,634 | 0,083 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | r* | -0,010 | -0,046 | 0,032 |
| | p | 0,847 | 0,356 | 0,061 |

*Spearman korelasyon katsayısı

Katılımcıların hasta güvenliği kültürü genel ortalaması ile iş tatmin boyutları arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,005$). Hekim ve hemşirelerin iş tatmin boyutları ile hasta güvenliği kültürü boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; genel doyum, içsel doyum, dışsal doyum boyutları ile birimler içinde ekip çalışması, örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme faaliyetleri, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, güvenliğin kapsamlı algılanması, hatalar hakkında iletişim

ve geribildirim, iletişimin açık tutulması, hastane birimleri arasında ekip çalışması boyutları arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Ayrıca katılımcıların iş tatmini genel doyum ve dışsal doyum boyutları ile hasta güvenliği kültürü yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri boyutu arasında pozitif yönlü zayıf düzey anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,005$).

Tablo 35. İş tatmini ile hasta güvenliği kültürü arasındaki regresyon analizi

| $R^2 = 0,134$ F= 32,483 p= <0,001 | Standardize Edilmemiş Beta | Standart Hata | Standardize Edilmiş Beta | t | p |
|---|-----------------------------------|----------------------|---------------------------------|----------|----------|
| Sabit | 2,407 | 0,118 | | 20,371 | <0,001 |
| İçsel Doyum | -,065 | 0,048 | -,090 | -1,348 | 0,178 |
| Dışsal Doyum | ,294 | 0,045 | 0,432 | 6,480 | <0,001 |

Regresyon analizine göre dışsal doyum hasta güvenliği kültüründeki değişimin %13,4'ünü açıklamaktadır ($R^2=0,134$). Genel doyum regresyon modeline girememiştir. İçsel doyum ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu görülmüştür ($p > 0,05$). Regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < 0,001$). Katılımcıların dışsal doyumunu ($\beta=0,294$) hasta güvenliğini pozitif yönde etkilemektedir.

Tablo 36. Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü ve iş tatminlerinin ilişkine ilişkin hipotezlere ait özet tablo

| Hasta Güvenliği Kültürü Boyutları | a.Cinsiyet | b.Yaş | c. Medeni Durum | d.Eğitim Durumu | e.Meslek | f.Unvan | g.Çalışılan Birim | h.Hastanede Çalışma Süresi | ı.Birimde Çalışma Süresi | j.Haftalık Çalışma Süresi |
|---|------------|-------|-----------------|-----------------|----------|---------|-------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------------|
| A1.Hasta güvenliği kültürü geneli | Y | V | V | V | V | V | V | V | V | V |
| A2.Birimler içinde ekip çalışması | Y | Y | V | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Y |
| A3.Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri | Y | V | Y | V | V | V | V | V | V | V |
| A4.Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme | Y | Y | V | V | V | V | Y | Y | Y | V |
| A5. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | V | V | Y | V | V | V | V | V | V | V |
| A6.Güvenliğin kapsamlı algılanması | Y | V | V | Y | Y | Y | V | V | V | Y |
| A7.Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim | Y | Y | Y | V | V | V | Y | Y | Y | V |
| A8.İletişimin açık tutulması | Y | Y | Y | V | V | V | Y | Y | Y | V |
| A.9Hataların raporlanma sıklığı | Y | Y | Y | V | V | V | V | Y | Y | V |
| A10.Hastane birimleri arasında ekip çalışması | Y | Y | Y | Y | V | Y | Y | V | Y | Y |
| A11.Personel sağlama | Y | Y | Y | V | Y | V | Y | Y | V | Y |
| A12.Hastanede devirler ve nakiller | V | Y | Y | V | V | V | Y | V | Y | Y |
| A13.Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | Y | Y | Y | V | V | Y | Y | Y | Y | Y |
| İş Tatmini Boyutları | | | | | | | | | | |
| B1.Genel doyum | V | Y | Y | V | V | V | Y | V | Y | Y |
| B2.İçsel doyum | V | Y | Y | V | V | V | Y | V | Y | Y |
| B3.Dışsal doyum | Y | Y | Y | V | V | V | Y | V | Y | Y |

V: İncelenen boyutta, bağımsız değişkene göre anlamlı farklılık vardır, hipotez kabul edilmiştir.

Y: İncelenen boyutta, bağımsız değişkene göre anlamlı farklılık yoktur, hipotez reddedilmiştir.

Tablo 37. Hekim ve hemşirelerin iş tatmini ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkiye yönelik hipoteze ait özet tablo

| Hasta Güvenliği Kültürü Boyutları | Genel doyum | İçsel doyum | Dışsal doyum |
|--|--------------------|--------------------|---------------------|
| Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması | V | V | V |
| Birimler içinde ekip çalışması | V | V | V |
| Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri | V | Y | V |
| Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme | V | V | V |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | V | V | V |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | V | V | V |
| Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim | V | V | V |
| İletişimin açık tutulması | V | V | V |
| Hataların raporlanma sıklığı | Y | Y | Y |
| Hastane birimleri arasında ekip çalışması | V | V | V |
| Personel sağlama | Y | Y | Y |
| Hastanede devirler ve nakiller | Y | Y | Y |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | Y | Y | Y |

V: İncelenen iş tatmini boyutu ile hasta güvenliği kültürü boyutu arasında ilişki vardır.

Y: İncelenen iş tatmini boyutu ile hasta güvenliği kültürü boyutu arasında ilişki yoktur.

5. TARTIŞMA

Araştırmada hekim ve hemşirelerde iş tatmini ile hasta güvenliği kültürü algılamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Ayrıca hekim ve hemşirelerin iş tatminleri ve hasta güvenliği kültürlerinin sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

Katılımcıların %66,6'sı (n=271) kadın, %33,4'ü (n=186) erkek, %45,7'si (n=186) 30 yaş ve altı, % 32,2'si (n= 131) 31-40 yaş arasında, %22,1'i (n=90) 41 yaş ve üzerinde, % 59,2'si (n=241) evli, %40,8'i (n=166) bekar, %42'si (n=171) hekim, %58'i (n=236) hemşire, %3,9'u (n=16) lise, %10,1'i (n=41) önlisans, %41,8 'i (n=170) hemşirelik lisans, %2,2'si (n=9) hemşirelik yüksek lisans, %23,8'i (n=97) tıp fakültesi lisans ve %18,2'si (n=74) tıpta uzmanlık mezunudur. Katılımcıların %67,8'i (n=276) dahili birimlerde, %28,7'si (n=117) cerrahi birimlerde, %3,4'ü (n=14) diğer birimlerde, %43'ü (n=175) haftada ortalama 40 saat ve altında, %37,8'i (n=154) 41-60 saat arası, %10,1'i (n=41) 61-80 saat arası ve %9,1'i (n=37) 81 saat ve üzerinde çalışmakta, %68,8'i (n=20) 5 yıl ve daha az, 15,7'si (n=64) 6-10 yıl arası, %15,5'i (n=63) 11 yıl ve üzeri süredir şu anda çalışmakta oldukları birimde, %59,5'i (n=242) 5 yıl ve daha az, %16,5'i (n=67) 6-10 yıl, %24,1'i (n=98) 11 yıl ve üzeri süredir şu anda çalışmakta oldukları kurumda görev yapmaktadır.

Araştırmada, hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamalarının orta düzeyde ($\bar{x}=3,10$) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Birimler içerisinde ekip çalışması boyutu en yüksek ortalamaya ($\bar{x}=3,73$) sahip iken; yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri boyutu en düşük ortalama puanı ($\bar{x}=2,63$) almıştır. Dönmez (2017), tarafından hekim ve hemşirelere yönelik olarak gerçekleştirilen araştırmada hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamaları genel ortalaması $\bar{x}=3,29$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hasta güvenliği kültürü alt boyutlarından üniteler içinde ekip çalışması alt boyutu ($\bar{x}=3,90$) en yüksek ortalamaya sahipken, personel sağlama alt boyutu en düşük ortalamaya ($\bar{x}=2,43$) sahiptir.

Dikmetaş ve ark. (2012) tarafından farklı kamu hastanesi çalışanlarına yönelik yapılan araştırmada en yüksek ortalama puanın hastane müdahaleleri ve değişim boyutunda ($\bar{x}=3,75$), en düşük ortalama puanının hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutunda ($\bar{x}=2,82$) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Teleş (2011) tarafından sağlık personeline yapılan çalışmada, katılımcıların hasta güvenliği kültürü algılamaları genel

ortalaması $\bar{x}=3,33$ bulunmuştur. “Birimler içinde ekip çalışması” boyutu en yüksek, “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” boyutu ise en düşük ortalamaya sahip boyutlardır. Eken (2018) tarafından yapılan araştırmada; katılımcıların hasta güvenliği kültürü genel ortalaması $\bar{x}=3.44$ olarak belirlenmiştir. Eken’in çalışmasında en yüksek ortalama puanı örgütsel öğrenme alt boyutuna aitken, en düşük ortalama puanı hataların raporlanma sıklığı alt boyutuna aittir. Mohr ve ark., (2015) tarafından sağlık çalışanlarına yönelik olarak yapılan araştırmada, hasta güvenliği kültürü genel ortalaması $\bar{x}=4.04$, Danielsson ve ark. (2017) tarafından sağlık çalışanlarına yönelik yapılan araştırmada katılımcıların hasta güvenliği kültürü genel ortalaması $\bar{x}=3,3$ olarak belirlenmiş ve en yüksek puanın birimler içinde ekip çalışması boyutunda olduğu bulunmuştur. Literatürde yer alan araştırmalarda genel hasta güvenliği kültürü ortalama puanlarının birbirine yakın ve genellikle orta düzeyde olduğu söylenebilir. Tartışma kapsamına alınan araştırmalarda birimler içinde ekip çalışması boyutu çoğunlukla en yüksek ortalamaya sahip boyuttur. Katılımcılar genellikle çalışmakta oldukları birimlerde ekip arkadaşları ile birbirlerini desteklediklerini düşünmektedirler.

Araştırmada katılımcıların hasta güvenliği kültürü algılamaları cinsiyete göre incelendiğinde kadın ve erkeklerde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutu ortanca değerleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir ($p=0,003$). Kadınlarda ortanca değer 3 iken erkeklerde 3 olarak elde edilmiştir. Farklılık kadınların sıra ortalama puanının erkeklerle göre daha yüksek elde edilmesinden kaynaklanmaktadır (sıra ortalama puanları sırasıyla 216,15, 179,79). Hastanede devirler ve nakiller boyutu ortanca değerleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir ($p=0,033$). Kadınlarda ortanca değer 3,25 iken, erkeklerde 3 olarak elde edilmiştir. Hastanede devirler ve nakiller boyutu ortanca değeri kadınlarda daha yüksektir. Diğer alt boyutlarda ve hasta güvenliği kültürü genel toplam ortanca değerlerinde cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Dönmez (2017) tarafından hekim ve hemşirelere yönelik olarak gerçekleştirilen araştırmada, katılımcıların hasta güvenliği kültürü algılamaları cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde; güvenliğin kapsamlı algılanması ve personel sağlama alt boyutlarına ilişkin algılamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kadınların "güvenliğin kapsamlı algılanması" alt boyutuna ilişkin algılarının erkeklerden daha yüksek olduğu; erkeklerin personel sağlama" alt boyutuna ilişkin

algılarının ise, kadınlardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dikmetaş ve ark. (2012) tarafından farklı kamu hastanesi çalışanlarına yönelik yapılan araştırmada çalışanların cinsiyetlerine göre; güvenliğin kapsamlı algılanması hataların raporlanma sıklığı, hastanede devirler ve nakiller, birimler içinde ekip çalışması, ve iletişimin açık tutulması, boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Dikmetaş ve ark. (2012) tarafından gerçekleştirilen araştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunduğu boyutların tümünde, kadınların hasta güvenliği kültürü algılamaları daha yüksektir. Teleş (2011)'in çalışmasında sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algılamaları cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde hasta güvenliği kültürü boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Eken (2018) tarafından gerçekleştirilen araştırmada genel hasta güvenliği kültürü algılamalarında, hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim, personel sağlama, hastane yönetiminin desteği, birimler arası ekip çalışması, hastanede devirler ve nakiller ve iletişimin açık tutulması boyutunda katılımcıların cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Eken'in çalışmasında genel hasta güvenliği kültürü algılamalarında, hatalar hakkında iletişim ve geri bildirim, personel sağlama, hastane yönetiminin desteği ve hastanede devirler ve nakiller boyutlarında kadınların güvenlik kültürü algılamalarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tartışma kapsamına alınan çalışmalarda cinsiyete göre farklılığın bulunduğu boyutların çoğunluğunda kadınların güvenlik kültürü algılamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçların yapılan bu araştırma sonuçları ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

Araştırmada katılımcıların hasta güvenliği kültürü algılamaları yaş gruplarına göre incelendiğinde hasta güvenliği kültürü genel toplamında, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği ve güvenliğin kapsamlı algılanması boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu görülmüştür. Hasta güvenliği kültürü genel toplamında farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelendiğinde 30 yaş ve altı çalışanlar ile 41 yaş ve üzeri çalışanlar arasında olduğu görülmüştür. 30 yaş ve altı çalışanların ortanca değeri (2,98) 41 yaş ve üzeri çalışanların ortanca değerinden (3,29) daha düşüktür. Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri boyutu ortanca değeri yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir ($p=0,008$). 30 yaş ve altı çalışanlarda ortanca değer 2,5, 31-40 yaş aralığında 2,75, 41 yaş ve üzeri grupta ise 2,88

olarak bulunmuştur. Farklılık 30 yaş ve altı grubun ortanca değerinin 41 yaş ve üzeri çalışanlara göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutunda yaş gruplarına göre ortanca değerler; 30 yaş ve altı çalışanlarda 3, 31-40 yaş aralığında 3, 41 yaş ve üzeri çalışanlarda ise 3,33 olarak bulunmuştur. Farklılık 30 yaş ve altı çalışanların ortanca değerinin 41 yaş ve üzeri çalışanlara göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Güvenliğin kapsamlı algılanması boyutunda farklılık 30 yaş ve altı çalışanların ortanca değerinin 31-40 yaş çalışanlar ve 41 yaş ve üzeri çalışanların ortanca değerlerine göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Dönmez (2017) tarafından hekim ve hemşirelere yönelik olarak gerçekleştirilen araştırmada, hekim ve hemşirelerin birimler arasında ekip çalışması, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, personel sağlama ve hataların raporlanma sıklığı alt boyutlarına ilişkin algılarının yaş değişkenine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. 26-30 yaş arası çalışanların birimler arası ekip çalışması, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt ve personel sağlama boyutları ile ilgili algılamaları, diğer yaş gruplarına göre daha düşüktür. Hataların raporlanma sıklığı boyutunda ise 25 yaş ve altındaki katılımcılar diğer yaş gruplarına göre en yüksek algıya sahiptir. Teleş (2011) tarafından gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların yaş gruplarına göre hasta güvenliği kültürü algılamaları incelendiğinde; örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, hastane birimleri arasında ekip çalışması, hastanede devirler ve nakiller boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme, hastane birimleri arasında ekip çalışması ve hastanede devirler ve nakiller boyutlarında farklılığın 30 yaş ve altı çalışanlar ile 31-40 yaş arası çalışanlar ve 41 yaş ve üstü çalışanlar arasında, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutunda ise farklılığın 30 yaş ve altı çalışanlar ile 31-40 yaş arası çalışanlar arasında olduğu görülmüştür.

Al-Ateeq (2008) tarafından yapılan araştırmada, katılımcıların yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri ve hataların raporlanma sıklığı boyutları algılamaları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yaş arttıkça hemşirelerin olayları bildirme ve hasta güvenliğini arttırmaya yönelik eylemler sağlama konusunda daha güvenli olduğunu göstermektedir.

Araştırmada katılımcıların hasta güvenliği kültürü genel ortalaması, birimler içinde ekip çalışması, örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme, güvenliğin kapsamlı algılanması boyutları ortanca değerleri medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Farklılığın görüldüğü tüm boyutlarda evlilerin ortanca değerinin bekarlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Dönmez (2017) tarafından hekim ve hemşirelere yönelik olarak gerçekleştirilen araştırmada, katılımcıların hasta güvenliği kültürü geneli ve alt boyutlarına ilişkin algılamalarının medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Eken (2018) tarafından gerçekleştirilen araştırmada hasta güvenliği kültürü algılamaları genel ortalaması ve örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme boyutuna ilişkin algılamalarının katılımcıların medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Hasta güvenliği kültürü geneli ve örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme boyutunda evlilerin güvenlik kültürü algılamalarının bekarlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dikmetaş ve ark. (2012), tarafından gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların medeni durumuna göre hasta güvenlik kültürü algılamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Araştırmada katılımcıların hasta güvenliği kültürü algılamaları eğitim durumlarına göre incelendiğinde; hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü genel ortalaması, yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri, örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, hatalar hakkında iletişim ve geribildirim, iletişimin açık tutulması, personel sağlama, hastanede devirler ve nakiller ve hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutlarında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu görülmüştür. Hasta güvenliği kültürü genel toplamında, yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri ve hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutlarında farklılık tıp fakültesi lisans mezunları ile hemşirelik lisans mezunları arasındadır. Örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme boyutunda ve iletişimin açık tutulması boyutlarında farklılık tıp fakültesi lisans mezunları ile önlisans ve hemşirelik mezunları arasındadır. Tıp fakültesi lisans mezunlarının ortanca puanını, ön lisans ve hemşirelik lisans mezunlarına göre düşüktür. Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim boyutunda farklılık tıpta uzmanlık ve tıp fakültesi lisans mezunlarının ortanca puanının ön lisans ve

hemşirelik mezunlarına göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Hataların raporlanma sıklığı boyutunda farklılık tıp fakültesi lisans mezunlarının ortanca puanının lise ve hemşirelik yüksek lisans mezunlarına göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Personel sağlama boyutunda farklılık tıp fakültesi lisans mezunlarının ortanca puanının tıpta uzmanlık mezunlarının ortanca puanına göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Hastanede devirler ve nakiller boyutunda farklılık tıpta uzmanlık mezunları ile hemşirelik lisans mezunları arasındadır. Tıpta uzmanlık mezunları ortanca puanının hemşirelik lisans mezunlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutunda ise farklılık tıp uzmanlık mezunlarının ortanca puanının ön lisans ve hemşirelik lisans mezunlarına göre daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Dikmetaş ve ark. (2012) tarafından yapılan araştırmada hasta güvenlik kültürü algılamaları personel sağlama boyutunda katılımcıların eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Dikmetaş ve arkadaşlarının çalışmasında üniversite ve üstü mezun katılımcıların, personel sağlama boyutuna ilişkin algılamalarının lise ve altı mezunlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Dönmez (2017) tarafından hekim ve hemşirelere yönelik olarak gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların, hasta güvenliği kültürü alt boyutları eğitim durumu değişkenine göre incelendiğinde; birimler arasında ekip çalışması, örgütsel öğrenme ve sürekli gelişim ve personel sağlama alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Lise/ön lisans mezunlarının birimler arasında ekip çalışması ve örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme boyutlarına ilişkin algılamaları lisans mezunları ve yüksek lisans/doktora mezunlarına göre daha yüksektir. Personel sağlama alt boyutunda ise en yüksek algılamaya sahip olan grup yüksek lisans/doktora mezunlarıdır.

Araştırmada hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamaları mesleklerine göre incelendiğinde; hasta güvenliği kültürü genel ortalaması, yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri, örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, hatalar hakkında iletişim ve geribildirim, iletişimin açık tutulması, hataların raporlanma sıklığı, hastane birimleri arasında ekip çalışması, hastanede devirler ve nakiller, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu sonucuna

ulaşlmıştır. Farklılığın olduğu tüm boyutlara ilişkin hemşirelerin algılamaları hekimlere göre daha yüksektir.

Dönmez (2017) tarafından hekim ve hemşirelere yönelik olarak gerçekleştirilen araştırmada, katılımcıların hataların raporlanma sıklığı ve personel sağlama alt boyutlarına ilişkin algılamalarının mesleklerine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutuna ilişkin algılamaları hekimlerden daha yüksektir. "Personel sağlama" alt boyutuna ilişkin olarak ise hekimler, hemşirelerden daha yüksek bir algılamaya sahiptir.

Teleş (2011) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların hasta güvenliği kültürü algılamaları meslek değişkenine göre incelendiğinde; yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, hastane birimleri arasında ekip çalışması, hastanede devirler ve nakiller" boyutlarında meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu görülmektedir. Bu alt boyutlardaki farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelendiğinde; yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri boyutunda hemşireler ile doktorlar ve diğer sağlık personeli arasında anlamlı farklılık, yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, hastane birimleri arasında ekip çalışması, hastanede devirler ve nakiller boyutlarında diğer sağlık personeli ile doktorlar ve hemşireler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Dursun ve ark., (2010) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların hasta güvenliği kültürü algılamaları meslek grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Rages (2014) tarafından sağlık çalışanlarına yönelik olarak yapılan araştırmada katılımcıların genel hasta güvenliği kültürü ve hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutuna ilişkin algılamalarında meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Hekimlerin genel hasta güvenliği kültürü algılamaları ve hataya karşı cezalandırıcı olmayan boyut algılamaları diğer meslek gruplarına göre daha yüksektir.

Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamaları çalışmakta oldukları birime göre incelendiğinde; katılımcıların hasta güvenliği kültürü genel algılamaları, yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri, hasta

güvenliği için hastane yönetiminin desteği, güvenliğin kapsamlı algılanması ve hataların raporlanma sıklığı boyutlarına ilişkin algılamalarında çalıştıkları birime göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hasta güvenliği kültürü genel algılaması ve güvenliğin kapsamlı algılanması boyutunda farklılık, dahili birim çalışanlarının ortanca değerinin diğer grubuna göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri boyutunda dahili birim çalışanlarında ortanca değer 2,5, cerrahi birim çalışanlarında 2,75 ve diğer birim çalışanlarında 3,38 olarak bulunmuştur. Tüm gruplar, birbirine göre farklıdır. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutunda farklılık diğer birim çalışanları ile dahili birim ve cerrahi birim çalışanları arasındadır. Diğer birimlerde çalışanların ortanca değeri, dahili ve cerrahi birim çalışanlarına göre daha yüksektir. Hataların raporlanma sıklığı boyutunda farklılık dahili birim çalışanlarının ortanca değerinin cerrahi birim çalışanlarına göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Dönmez (2017) tarafından hekim ve hemşirelere yönelik olarak gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların hasta güvenlik kültürü alt boyutlarından birimler içinde ekip çalışması boyutuna ilişkin algıları çalışılan birime istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Cerrahi birimlerde çalışanların birimler içinde ekip çalışması alt boyutuna ilişkin algıları dahili birimlerde çalışanlara göre daha yüksektir.

Araştırmada katılımcıların hasta güvenliği kültürü algılamalarının şu anda görev yapmakta oldukları kurumda çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır ($p < 0,001$). Hasta güvenliği kültürü genel ortalaması, yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, güvenliğin kapsamlı algılanması, hastane birimleri arasında ekip çalışması, hastanede devirler ve nakiller boyutlarının tümünde farklılık 11 yıl ve üzeri çalışanların ortanca değerinin 0-5 yıl çalışanlara göre daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Bu sonuçlara göre hekim ve hemşirelerin kurumda çalışma süresi arttıkça, hasta güvenliği kültürü algılamalarının da arttığı söylenebilir.

Dönmez (2017) tarafından hekim ve hemşirelere yönelik olarak yapılan araştırmada katılımcıların hasta güvenlik kültürü alt boyutlarına ilişkin algılamalarının kurumdaki çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde

hastanede devirler ve nakiller alt boyutuna ilişkin algılarının kurumdaki çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Farklılık, kurumdaki çalışma süresi 1 yıldan az olan katılımcılar ile kurumdaki çalışma süresi 1-4 yıl, 5-9 yıl, 10 yıl ve üzeri olanlar arasındadır. Kurumdaki çalışma süresi 1 yıldan az olan katılımcıların hastanede devirler ve nakiller alt boyutuna ilişkin algıları (kurumdaki çalışma süresi 1-4 yıl, 5-9 yıl ve 10 yıl ve üzeri olanlardan daha yüksektir.

Gözlü (2011) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların hasta güvenliği kültürü algılamalarının kurumda çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.

Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamaları haftalık ortalama çalışma süresine göre incelendiğinde; katılımcıların hasta güvenliği kültürü genel toplamı, yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri, örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, hatalar hakkında iletişim ve geribildirim, iletişimin açık tutulması ve hataların raporlanma sıklığı boyutlarına ilişkin algılamaları haftalık ortalama çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim boyutunda en yüksek ortanca değeri haftalık ortalama 41-60 saat aralığında çalışan katılımcılarda elde edilirken anlamlı farklılığın görüldüğü diğer boyutlarda en yüksek ortanca değer haftalık ortalama 40 saat ve altında çalışan katılımcılara aittir.

Teleş (2011) tarafından gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların, örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, hatalar hakkında iletişim ve geribildirim, iletişimin açık tutulması, hastane birimleri arasında ekip çalışması, personel sağlama, hastanede devirler ve nakiller, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutlarında haftalık çalışma saatine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu görülmektedir. Teleş'in araştırmasında genellikle haftalık çalışma süresi daha uzun olanların algılarının daha olumsuz olduğu görülmüştür.

Dursun ve ark., (2010) ve Dönmez (2017) tarafından yapılan araştırmalarda katılımcıların hasta güvenliği kültürü algılamaları haftalık ortalama çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Araştırmada katılımcıların %3,9'u (n=16) çalışmakta oldukları kurumun hasta güvenliği derecesini mükemmel, %23,8'i (n=97) çok iyi, %50,9'u (n=207) kabul

edilebilir, %19,2'si (n=78) zayıf ve %2,2'si (n=9) başarısız olarak değerlendirmiştir. Teleş (2011)'in çalışmasında yer alan katılımcılar çalışmakta oldukları hastanenin hasta güvenliği derecesini % 4,8 mükemmel, % 29,1 çok iyi, % 47,6 kabul edilebilir bulduğu; %16,1 zayıf, % 2,4 başarısız olarak ifade etmiştir. Korkmazer ve ark. (2016) tarafından yapılan araştırmada katılımcılar hastanedeki hasta güvenliği derecesini % 5,3'ünün mükemmel, % 10,6'sının çok iyi, % 25'inin kabul edilebilir bulduğu; % 35,5'inin zayıf, % 23,6'sının da başarısız olarak ifade ettiği görülmüştür. Akbolat ve Sırakaya (2016) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların %53,3'ü çalıştıkları hastanenin hasta güvenliği düzeyini kabul edilebilir, %14,5'i çok iyi ve %1,8'i mükemmel, %26,7'si hasta güvenliğini zayıf ve %3,6'sı ise başarısız olarak değerlendirmektedir. Wilson (2011) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların kurumun hasta güvenliği derecesi değerlendirmeleri %66 mükemmel ve çok iyi, %30 kabul edilebilir, %4 zayıf ve başarısız şeklindedir. Molloy (2012) Katılımcılar, çalışmakta oldukları kurumun hasta güvenliği derecesini %22 mükemmel, %47 çok iyi, %25 kabul edilebilir, %6 zayıf ve %1 başarısız olarak tanımlamıştır. Türkiye'de gerçekleştirilen araştırmalarda katılımcıların çalışmakta oldukları kurumların hasta güvenliği dereceleri hakkındaki değerlendirmeleri paralellik göstermektedir. Yurt dışında yürütülen araştırmalarda katılımcıların çalışmakta oldukları kurumun hasta güvenliği derecesini mükemmel ve çok iyi olarak değerlendirme oranlarının Türkiye'deki çalışmalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırmada katılımcıların %86,2'si (n=351) son 12 ay içerisinde hiç olay raporlamadığını, %10,3'ü (n=42) 1 olay ve %3,4'ü (n=14) 2 olay raporladığını belirtmiştir.

Molloy (2012) tarafından gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların son 12 ayda raporladıkları olay sayısı incelendiğinde %30'unun hiç olay raporlamadığı, %40'ının 1-2 olay raporladığı, %20'sinin 3-5 olay raporladığı, %6'sının 6-10 olay raporladığı, %2'sinin 11-20 olay raporladığı ve %1'inin 21 ve üzeri olay raporladığı sonucuna ulaşılmıştır. Wilson (2011) Katılımcıların son 12 ay içerisinde hasta güvenliği ile ilgili raporladıkları olay sayısı incelendiğinde %16,8'inin hiç olay raporlamadıkları, %46,1'inin 1-2 olay raporladığı %37,1'inin 3 ve üzeri olay raporladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Gözlü (2011) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların olay raporlama sayıları değerlendirildiğinde son 12 ay içerisinde % 52,9'unun hiç olay rapor etmedikleri, % 30'unun 1-2 olay, % 14,3'unun 3-5 olay rapor ettiği görülmüştür. Korkmazer ve ark. (2016) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların olay raporlama ile ilgili durumu incelendiğinde, sağlık personelinin beşte nden fazlasının (% 67,1) son 12 ay içerisinde hiç olay raporu bildiriminde bulunmadığı, 1-2 olay raporu bildirenlerin oranının % 26,3, 3 ve üzeri olay raporu bildirenlerin oranının ise % 6,6 olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Teleş (2011) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların %79,8'i son 12 ay içinde sıfır olay raporu doldurduğunu, %20,2'si ise 1 ya da 2 olay raporu doldurduğunu ifade etmiştir. Üç ya da daha fazla olay raporu dolduran hiç kimse bulunmamaktadır. Tartışma kapsamına alınan araştırmalarda hiç olay raporlamayan katılımcıların oranın en fazla olduğu ve genellikle 11 ve üzeri sayıda olay raporlanmadığı görülmektedir.

Araştırmada hekim ve hemşirelerin genel iş tatmin ortalama puanı $\bar{x}=3,31$ olarak belirlenmiş ve en yüksek ortalama puanı ($\bar{x}=3,44$) içsel doyum boyutunda elde edilmiştir. Limoncu (2015) tarafından hekim ve hemşirelere yönelik olarak gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların iş tatmini leği içsel tatmin boyutu ortalaması $3,37\pm 0,79$, dışsal tatmin boyutu $3,02\pm 0,92$ ve genel tatmin boyutu $3,23\pm 0,80$ olarak belirlenmiştir. Limoncu (2015)'in çalışmasında katılımcıların iş tatmin düzeylerinin daha düşük olduğu görülmektedir. Arslan ve Demir (2017) tarafından hekim ve hemşirelere yönelik olarak yapılan araştırmada katılımcıların genel iş tatmini ($\bar{x}= 3,74$) düzeylerinin, içsel doyum ($\bar{x}=3,91$) ve dışsal doyum ($\bar{x}=3,49$) düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Arslan ve Demir'in çalışmasında katılımcıların iş tatmin düzeyleri araştırmamızda elde edilen ortalamalardan daha yüksek olmakla birlikte ortalama puanların birbirlerine yakın olduğu söylenbilir.

Araştırmada hekim ve hemşirelerin genel iş tatminleri ($p=0,039$) ve içsel doyum ($p=0,033$) boyutu ortanca değerler cinsiyete göre farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Kadınların genel iş tatmini ortanca değeri 3,25, erkeklerin ortanca değeri 3,43 olarak elde edilmiştir. Kadınların içsel tatmin boyutu ortanca değeri 3,42 iken erkeklerde ortanca değer 3,63'tür. Erkeklerin genel iş tatmini ve içsel tatminlerinin kadınlara göre daha yüksektir. Dışsal doyum iş tatmini boyutu ortanca değeri cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Limoncu (2015) tarafından hekim ve

hemşirelere yönelik olarak yapılan araştırmada katılımcıların iş tatminleri cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde; içsel tatmin, dışsal tatmin ve genel iş tatmininde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmada, erkeklerin içsel tatmin, dışsal tatmin ve genel iş tatmini puanlarının kadınların içsel tatmin puanlarından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Arslan ve Demir (2017) tarafından hekim ve hemşirelere yönelik olarak gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların iş tatminleri cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde genel iş tatmini, içsel tatmin ve dışsal tatminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Farklılık incelendiğinde genel iş tatmini, içsel ve dışsal iş tatmini boyutlarında erkeklerin kadınlardan daha yüksek düzeyde iş tatminine sahip olduğu görülmüştür. Saygılı ve Çelik (2011) tarafından yapılan araştırmada erkeklerin genel iş tatminlerinin, içsel ve dışsal tatminlerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Erşan ve ark. (2013) tarafından gerçekleştirilen araştırmada da benzer bir sonuç olarak genel iş tatmini, içsel tatmin ve dışsal tatminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Farklılık incelendiğinde genel iş tatmini, içsel ve dışsal iş tatmini boyutlarında erkeklerin kadınlardan daha yüksek düzeyde iş tatminine sahip olduğu görülmüştür.

Araştırmada katılımcıların genel iş tatminleri, içsel ve dışsal iş tatmin boyutlarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Arslan ve Demir (2017) tarafından gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların iş tatminlerinin yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiği incelendiğinde ise 40 ve üzeri yaşta katılımcıların 20-29 yaş aralığındaki katılımcılara göre daha yüksek genel iş tatminine, içsel ve dışsal tatmine sahip oldukları görülmüştür. Saygılı ve Çelik (2011) tarafından yapılan araştırmada 40 yaş ve üzerindeki çalışanların genel iş tatminlerinin ve dışsal tatminlerinin 39 yaş ve altındaki çalışanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Emmanuel Olatunde ve Odusanya (2015) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların yaşlarına göre iş tatminlerinde anlamlı farklılık görülmüştür. 40-59 yaş arası katılımcıların iş tatminlerinin 20-39 yaş grubundaki katılımcıların iş tatminlerinden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Limoncu (2015) tarafından hekim ve hemşirelere yönelik olarak gerçekleştirilen araştırmada benzer sonuç olarak katılımcıların yaşlarına göre genel iş tatminleri, içsel ve dışsal iş tatmin boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

Araştırmada katılımcıların genel iş tatminleri, içsel ve dışsal iş tatmin boyutlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Arslan ve Demir (2017) tarafından gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların iş tatminleri medeni durum değişkenine göre incelendiğinde genel iş tatmini, içsel tatmin ve dışsal tatminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Farklılık incelendiğinde, genel iş tatmini, içsel ve dışsal iş tatmini boyutlarında evlilerin bekarlardan daha yüksek düzeyde iş tatminine sahip olduğu görülmüştür. Limoncu (2015) tarafından gerçekleştirilen araştırmada ise bekarların genel iş tatmini, içsel tatmin ve dışsal tatmin puanlarının evlilerin içsel tatmin puanlarına göre yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Emmanuel Olatunde ve Odusanya (2015) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların iş tatminlerinde medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Araştırmada hekim ve hemşirelerin genel iş tatmini, içsel doyum ve dışsal doyum ortalamalarının eğitim durumuna göre farklılık göstermediği görülmüştür. Genel iş tatminindeki ve içsel tatmin boyutundaki farklılığın hangi gruplar arasında olduğu incelendiğinde; her iki boyutta da farklılığın, tıpta uzmanlık mezunları ile lise, hemşirelik lisans ve tıp fakültesi lisans mezunları arasında olduğu görülmüştür. Katılımcıların genel iş tatminlerinde en yüksek ortalama değer tıpta uzmanlık grubunda 3,59 olarak elde edilmiştir. İçsel tatmin boyutunda ise en yüksek ortalama değer yine tıpta uzmanlık grubunda 3,76 olarak elde edilmiştir. Dışsal doyum boyutunda farklılık hemşirelik lisans mezunları ile tıpta uzmanlık mezunları arasındadır. Tıpta uzmanlık mezunlarının dışsal doyumları hemşirelik lisans mezunlarının dışsal doyumlarından daha yüksektir. En yüksek ortalama değer tıp uzmanlık grubunda 3,33 olarak elde edilmiştir. Arslan ve Demir (2017) tarafından yapılan araştırmada lisansüstü eğitim düzeyindeki katılımcıların genel iş tatmini ve içsel tatmin puanlarının eğitim düzeyi lisans olan katılımcılardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Saygılı ve Çelik (2011) tarafından yapılan araştırmada lise ve öncesi eğitim düzeyindeki katılımcıların

içsel ve dışsal doyumlarının önlisans ve lisans mezunu katılımcıların doyumlarından daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Araştırmada hekim ve hemşirelerin genel iş tatmini, içsel doyum ve dışsal doyum boyutlarının ortanca değerlerinin meslek gruplarına göre farklılık gösterdiği görülmüştür. Genel iş tatmini, içsel doyum ve dışsal boyutlarının tümünde hekimlerin ortanca değerleri, hemşirelerin ortanca değerlerinden daha yüksektir. Hekimlerin hemşirelere göre işlerinden daha fazla tatmin oldukları söylenebilir.

Erşan ve ark. (2013) tarafından gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların iş tatminleri mesleklerine göre incelendiğinde; hekim ve hemşireler arasında genel iş tatmini, içsel tatmin ve dışsal tatminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Farklılık incelendiğinde; hekimlerin genel iş tatminlerinin, içsel ve dışsal doyumlarının hemşirelere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Arslan ve Demir (2017) tarafından gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların genel iş tatmini ve içsel tatmine ilişkin görüşleri mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Farklılık incelendiğinde; hekimlerin genel iş tatminlerinin ve içsel tatminlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Limoncu (2015) tarafından gerçekleştirilen araştırmada hekimlerin genel iş tatmini, içsel tatmin ve dışsal tatmininin hemşirelere göre daha yüksek olduğu ve farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmada hekim ve hemşirelerin genel iş tatminleri, içsel ve dışsal iş tatminleri kurumda çalıştıkları birime göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Limoncu (2015) tarafından gerçekleştirilen araştırmada da benzer olarak katılımcıların iş tatminlerinde çalıştıkları birime göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmada elde edilen bulgular kapsamında genel sonuç ve önerilere değinilecektir. Çalışma, hekim ve hemşirelerin iş tatminleri ve hasta güvenliği kültürü algılamalarının belirlenmesi, katılımcıların iş tatminlerinin ve hasta güvenliği kültürü algılamalarının sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi ve iş tatmini ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlarıyla yürütülmüştür.

Araştırma sonucunda hekim ve hemşirelerin iş tatminlerinin orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca katılımcılardan en yüksek puanlar içsel tatmin boyutunda elde edilmiştir. Emek yoğun bir sektör olan sağlık sektöründe, çalışanların mutlu ve memnun olmaları sağlık hizmetlerinin kalitesinde kritik rol oynamaktadır. Bu nedenle çalışanların iş tatminlerinin artırılması kurumda sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin geliştirilmesi için faydalı olabilir.

Araştırmada katılımcıların iş tatminleri meslek gruplarına göre incelenmiş ve hekimlerin iş tatminlerinin hemşirelerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın nedeni olarak hekimlerin meslekleri nedeniyle sahip oldukları statü, maaşlarının hemşirelere oranla daha yüksek olması ve daha serbest çalışabilme imkanına sahip olmaları gibi faktörler gösterilebilir. Hemşirelerin karar verme ve uygulama imkanlarının hekimlerden daha kısıtlı olması, nöbetli çalışma sistemleri ve maaşlarındaki farklılıkların iş tatminlerini düşürdüğü söylenebilir.

Katılımcıların iş tatminleri cinsiyetlerine göre incelendiğinde erkeklerin iş tatminlerinin kadınlardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde farklı sonuçlarla karşılaşılsa da genellikle kadınların iş tatminleri, erkeklerden daha fazladır. Hekim ve hemşirelere yönelik araştırmalarda kadınların iş tatminlerinin erkeklerden düşük olmasının nedeni, sağlık hizmetlerinin yapısı gereği nöbetli çalışma sistemleri ve kadınların iş dışındaki ailevi sorumlulukları olabilir. Özellikle evli kadınların annelik vb. ailevi sorumluluklarının fazla olması kadınların iş tatminlerini düşürebilmektedir.

Kurumlarda çalışanların iş tatminlerinin artırılabilmesi adına, kurumsal kararlara mümkün olabildiğince dahil edilmeleri, personel istihdamının artırılmasıyla iş yüklerinin azaltılması, mümkün olduğunca karar alabilme ve uygulayabilme serbestliğinin sağlanması, kurumda açık iletişimin sağlanması, kurumda adil ücret politikalarının sürdürülmesi gibi uygulamalara gidilebilir.

Araştırma sonucunda hekim ve hemşirelerin genel hasta güvenliği kültürü algılamalarının genellikle orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu noktada sağlık hizmeti sunumunda kilit rol oynayan hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürlerinin geliştirilmesi yönünde çaba harcanmasının, sağlık hizmetleri kalitesinin artırılması için faydalı olabilir. Hasta güvenliği kültürü boyutları puanları incelendiğinde en düşük puanların yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri boyutu, hataların raporlanma sıklığı ve hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutlarında olduğu görülmüştür. Hekim ve hemşirelerin hata ve olay raporlama sıklığının oldukça düşüktür. Bunun nedeni çalışanların olay ya da hata bildirimlerinde suçlanacaklarını düşünmeleri olabilir. Kurum yönetimi tarafından olay ve hata bildirimlerinde cezalandırıcı olmayan yaklaşımların geliştirilmesi ya da var olan yaklaşımların çalışanlara aktarılması hekim ve hemşirelerin olay raporlama sıklıklarını artırabilir. Olay/hata raporlamalarının artışı ile hatalardan öğrenme sağlanarak sağlık hizmetlerinin kalitesinde sürekli iyileştirme sağlanabilir. Böylelikle öğrenen organizasyon kültürü kurumda geliştirilebilir.

Katılımcıların hasta güvenliği kültürü algılamaları eğitim düzeylerine göre incelendiğinde genellikle katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça hasta güvenliği kültürünün de artış gösterdiği görülmüştür. Bu nedenle sağlık kurumları tarafından, hekim ve hemşireleri lisansüstü eğitime teşvik edecek politikalar benimsenebilir. Öyle ki hasta güvenliği kültürü algılamaları yüksek olan çalışanlar hasta güvenliğini sağlama ve sürdürme yönünde davranışlar sergileyeceklerdir.

Katılımcıların hasta güvenliği kültürü algılamaları kurumda ve birimde çalışma süresine göre incelendiğinde kurumda ve birimde çalışma süresi arttıkça hasta güvenliği kültürü algılamalarının da arttığı görülmüştür. Buradaki farklılığın sebebi kurumda ya da birimde daha uzun süredir çalışmakta olan hekim ve hemşirelerin daha fazla hastayla karşılaşmaları ve süre içerisinde hasta güvenliği ile ilgili farkındalıklarının artışı olabilir. Bu noktada kurumda yeni çalışmaya başlayan hekim ve hemşirelere yönelik hasta güvenliği ile ilgili hizmet içi eğitimlerin artırılması hasta güvenliği kültürlerinin gelişmesine yardımcı olabilir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu kurumun hasta güvenliği derecesini kabul edilebilir şeklinde değerlendirirken yaklaşık beşte biri hasta güvenliği derecesini zayıf olarak değerlendirmiştir. Kurumun hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik faaliyetlerini

artırması, bu faaliyetler ile ilgili kurum çalışanlarına bilgi verilmesi ve kurumun hasta güvenliği konusunda hekim ve hemşireler ile iş birliğine gitmesi çalışanların algılarının daha pozitif olmasını ve iş tatminlerinin artmasını sağlayabilir.

Katılımcıların yarısından fazlası Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi'nden haberdar olmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışanlara Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi ile ilgili bilgilendirme toplantılarının yapılması ve sistemin kullanımına teşvik edilmesi katılımcıların güvenlik raporlama alışkanlıklarının gelişmesine yardımcı olabilir.

Hasta güvenliği kültürü anketinin son bölümünde katılımcılarda hastanedeki hasta güvenliği kültürü ile ilgili yorumlarını belirtmeleri istenmiştir. Yorumlarını belirten katılımcılar en fazla birim ve kurum bazında personel eksiliği konusuna değinmiş, personel eksikliği nedeni ile iş yüklerinin fazla olduğunu, bu durumun hastalar ve çalışanlar için risk oluşturduğunu belirtmişlerdir. Bu noktada nitelikli sağlık personeli sayısının artırılması için Sağlık Bakanlığı ile Yükseköğretim Kurumlarının işbirliği içerisinde çalışması hasta ve çalışan güvenliğinin gelişmesine yardımcı olabilir.

Katılımcılar, yorumlarında hastanede kullanılan tıbbi cihaz ve malzemelerin kalitesinin arttırılmasının hasta güvenliğini geliştireceğini belirtmişlerdir. Bununla birlikte katılımcılar, bina içerisinde kapıların el ile açılmasının hasta güvenliği için risk oluşturduğunu düşünmektedirler. Hasta güvenliğinin geliştirilmesi, özellikle kurum içerisinde enfeksiyonların önlenmesi için sensörlü kapıların yaygınlaştırılması faydalı olabilir.

Katılımcıların yorumlarında en fazla değindikleri bir diğer konu da hasta güvenliği konusunda eğitim, seminer vb. faaliyetlerin artırılması gerekliliğidir. Personelin tıbbi hatalar ve olay raporlama konusundaki çekincelerinin giderilmesi için bilgilendirmelerin yapılması, hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi, hasta güvenliğini koruyacak ve geliştirecek faaliyetlerde bulunan çalışanların üst yönetim tarafından takdir edilmesi, ödüllendirilmesi ve memnuniyetin dile getirilmesi kurumda pozitif hasta güvenliği kültürünün gelişmesine yardımcı olabilir.

Kurum içerisinde nöbet değişimleri sırasında hasta bilgilerinin eksiksiz aktarılması konusunda daha hassas çözümler oluşturulabilir. Bu noktada kurumlarda, hasta devirleri için geliştirilmiş iletişim modellerinin uygulaması ile ilgili eğitimler belirli aralıklarla tekrarlanabilir ya da simülasyon programları düzenlenebilir.

Araştırmada hekim ve hemşirelerde iş tatmini ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişki incelenmiş; katılımcıların hasta güvenliği kültürü genel ortalaması, birimler içinde ekip çalışması, yönetici beklentileri ve hasta güvenliği geliştirme faaliyetleri, örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme faaliyetleri, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, güvenliğin kapsamlı algılanması, hatalar hakkında iletişim ve geribildirim, iletişimin açık tutulması ve hastane birimleri arasında ekip çalışması boyutları ile iş tatminleri boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcıların iş tatminlerinin artırılması, ekip çalışması, örgütsel öğrenme, güvenliğin algılanması, hatalar hakkında iletişim kurulması ve geri bildirim yapılması, iletişimin açık tutulmasına ilişkin algılamalarının yükseltilmesine ve dolayısıyla hasta güvenliği kültürünün iyileştirmesine yardımcı olabilir. Gelişmiş hasta güvenliği kültürünün hakim olduğu kurumlarda çalışanlar, hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesi yönünde davranışlarda bulunacaklardır.

Sağlık hizmetleri kalitesinin önemli bir alt kümesi olan hasta güvenliğinin iyileştirilmesi, hizmet kalitesinde artırılmasına yardımcı olacaktır. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ile daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşılabilir ve dolayısıyla toplumun sağlık statüsü yükseltilebilir. Bununla birlikte hasta güvenliği sorunları nedeniyle oluşan ek tedavi ihtiyacı ve uzayan hastane yatış sürelerinin maliyeti gelişmiş hasta güvenliği kültürü ile azaltılarak önemli finansal tasarruflar sağlanabilir.

Literatürde hasta güvenliği kültürü ve iş tatmini arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma sayısının yeterli olmadığı görülmüştür. Bu konu ile ilgili araştırma sayısının artırılması, yapılacak gelecek araştırmaların yalnızca hekim ve hemşirelere değil tüm sağlık çalışanlarına uygulanması ve araştırma sonuçlarının kurumların üst yönetimleri ile paylaşılması, bu doğrultuda kurumlarda mümkün olduğunca gerekli iyileştirmelerin yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Agency For Healthcare Research And Quality. Agency For Healthcare Research And Quality. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>, 2019.
- Agency For Healthcare Research And Quality. The effect of health care working conditions on patient safety. <https://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/work/work.pdf> ,2003.
- Akalın E. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi 2005; 5(3):141-146.
- Akbolat M, Sırakaya İR. Hasta güvenliği kültürünün algılanan örgütsel adalet üzerine etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2016;19(1):1-16.
- Akşit Aşık N. Çalışanların iş doyumunu etkileyen bireysel ve örgütsel faktörler ile sonuçlarına ilişkin kavramsal bir değerlendirme. Türk İdare Dergisi 2010;467(6): 31-51.
- Al-Ateeq EA. The relationship between registered nurses' perceptions of their work environment and their perceptions of patient safety culture. George Mason University, Doktora Tezi, 2008.
- Al-Awa B, De Wever A, Melot C, Devreux C. An overview of patient safety and accreditation: a literature review study. Research Journal of Medical Sciences 2011;5(4):200-223.
- Alpar R. Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik. 3. Baskı, Ankara, Detay Yayıncılık 2014; 432-541.
- Anderson JG, Abrahamson K. Your health care may kill you: Medical errors. Lau F, Bartle-Clar J, Bliss G, Borycki E, Courtney K, Kuo A, editors. In: Building capacity for health informatics in the future. 1st Ed., Amsterdam, IOS Press. 2017; 13-17.
- Andri LP, Soewondo P. Nurses' perception of patient safety culture in the hospital accreditation era: A literature review. KnE Life Sciences 2018;4(9): 60-75.
- Aranda-Gallardo M, Morales-Asencio JM, Canca-Sanchez, JC, Barrero-Sojo S, Perez-Jimenez C, Morales-Fernandez A, Mora-Banderas AM. Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Services Research 2013; 13(1): 122.
- Ardahan M, Alp F. Hasta güvenliği ve hasta güvenliğini sağlamada sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 6(2):85-88.
- Arız T. İş tatmini ile stres düzeyleri ilişkisi: ankara gölbaşı hasvak ve kalecik devlet hastaneleri örneği. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Anabilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 18-26.
- Arif FNT, Rahman SA. Knowledge management and job satisfaction. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences 2018; 8(9):266-274.

- Arslan ET, Demir H. İşe angaje olma ve iş tatmini arasındaki ilişki: Hekim ve hemşireler üzerine nicel bir araştırma. Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2017; 24(2):371-389.
- Ataman H, Esen MF, Vatan A. Medikal turizm kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta güvenliği. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi 2017; 3(1): 28-44.
- Atılğan Ö. İş tatmini ile işgören performansı ilişkisi: Öğretim üyeleri üzerinde bir araştırma, KAÜİİBFD 2017; 8(15):35-55.
- Aykaç A. İş doyumunun örgütsel bağlılık üzerindeki etkisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 8.
- Baycan A. An analysis of the several aspects of job satisfaction between different occupational groups. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. Yayınlanmamış Doktora Tezi, 1985.
- Bayrak Kök S. İş tatmini ve örgütsel bağlılığın incelenmesine yönelik bir araştırma. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2006; 20(1): 291-310.
- Brooks I. Organisational behaviour. 3rd Ed., Essex, Pearson Education Limited. 2006; 25-57, 250.
- Brubakk K, Vist GE, Bukholm G, Barach P, Tjomsland O. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. BMC health services research 2015;15(1): 280.
- Buchanan DA, Huczynski AA. (2017). Organizational behaviour. 9th Ed., United Kingdom, Pearson Education Limited. 2017; 108, 287-290.
- Campbell S. Patient safety and continuous quality improvement: A user's guide, Croskerry P, Cosby KS, Schenkel SM, Wears RL, editors. In: Patient safety in emergency medicine. 1st Ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2009;12-16.
- Cellat T. Performansa dayalı ücret sisteminin hekimlerin iş tatminine etkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta, Yüksek Lisans Tezi, 2015;38-42.
- Centers For Disease Control And Prevention Injection Safety. https://www.cdc.gov/injectionsafety/patients/patient_faqs.html, 2018.
- Choi SL, Goh CF, Adam MBH, Tan OK. Transformational leadership, empowerment, and job satisfaction: the mediating role of employee empowerment. Human resources for health 2016;14(1): 73.
- Connelly LM, Power JL. On-line patient safety climate survey: Tool development and lessons learned. Advances in Patient Safety 2011;4:415-428.
- Çalışkan Z. İş tatmini: Malatya'da sağlık kuruluşları üzerine bir uygulama. Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları 2005;3(1):9-18.
- Çetinkaya Uslusoy E, Taşçı Duran E, Korkmaz M. Güvenli Enjeksiyon Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016;3(2):50-57.

- Danielsson M, Nilsen P, Rutberg H, Årestedt K. A national study of patient safety culture in hospitals in Sweden. *Journal of Patient Safety* 2017;1-6.
- Delobelle P, Rawlinson JL, Ntuli S, Malatsi I, Decock R, Depoorter AM. Job satisfaction and turnover intent of primary healthcare nurses in rural South Africa: A questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing* 2010; 67(2):371-383.
- Derin N. Devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyleri ve etkileyen faktörler. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 6-9.
- Dikmetaş E, Yardan T, Dikmetaş H. Türkiye’de farklı kamu hastane çalışanlarının hasta güvenlik kültürü algılaması. 6. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı 2012;183-190.
- Dönmez B. Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesi: Sivas numune hastanesi örneği. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sivas, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
- Dursun S, Bayram N, Aytaç S. Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. *Sosyal Bilimler Dergisi* 2010;8(1):1-14.
- Eken A. Sağlık çalışanlarında ekip çalışması etkinliği ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin belirlenmesi: Bir kamu hastanesi örneği. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2018.
- Eldem AB, Gökhan Ş. Hasta güvenliği ve hata azaltma: Taktiksel bir yaklaşım. Gökhan Ş, editör. Acil servis yönetimi (çeviri)’nde. Ankara. Akademisyen Kitabevi, 2017;455-462.
- Elmas N. Örgütsel İletişim İle İş Tatmini Arasındaki İlişki. İstanbul Ticaret Üniversitesi Tartışma Metinleri
<https://ticaret.edu.tr/uploads/dosyalar/921/%C3%96RG%C3%9CTSEL%20%C4%B0LEL%C4%B0%C5%9E%C4%B0M%20ile%20%C4%B0%C5%9E%20TATM%C4%B0N%C4%B0%20ARASINDAK%C4%B0%20%C4%B0L%C4%B0%C5%9EK%C4%B0.pdp>, 2015.
- Emmanuel Olatunde B, Odusanya O. Job satisfaction and psychological well-being among mental health nurses. *International Journal of Translation & Community Medicine* 2015;3(3):64-70.
- Ersan EE, Yildirim G, Dogan O, Dogan S. Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2013;14(2):115.
- Etchells E, O’Neill C, Bernstein M. Patient safety in surgery: error detection and prevention. *World Journal of Surgery* 2003;27(8):936-941.
- Filiz E. Hastanede hasta güvenliği kültürü algılamasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunun belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya. Yüksek Lisans Tezi, 2009.

- Fleming MT, Croskerry P. A safe culture in the emergency department. Croskerry P, Cosby KS, Schenkel SM, Wears RL, editors. In: Patient safety in emergency medicine. 1st Ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2009;17-26.
- Ginsburg L, Gilin D, Tregunno D, Norton PG, Flemons W, Fleming M. Advancing measurement of patient safety culture. Health Services Research 2009;44(1): 205–24.
- Glass DS. Teachable moments in human resource management: national culture, organizational culture, and intersectionality. Machado C, Davim JP, editors. In: Organizational behaviour and human resource management. Switzerland, Springer International Publishing, 2018; 23-48.
- Gökçe G, Şahin A, Bulduklu, Y. Herzberg'in çift faktör kuramı ve alt gelir gruplarında bir uygulama: Meram tıp fakültesi örneği. Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi 2010; 10(20): 233-246.
- Gözlü K. Akreditasyon belgesine sahip bir hastanede hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2011;1-35.
- Gruneberg, MM. Understanding job satisfaction. 1st Ed., London, The Macmillan Press. 1979; 11-96.
- Guldenmund F. Organisational safety culture principles. Waterson P, editors. In: Patient safety culture. England, Ashgate Publishing. 2014;15-42.
- Gülten G. Çalışma hayatında örgütsel bağlılık ve iş tatmini. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2018.
- Gündoğdu SK, Bahçecik N. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 15(2):119-128.
- Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: A review of concepts, dimensions, measures and progress. BMJ Quality and Safety 2011;10: 338–43.
- Hamlan NM. The Relationship between inter-professional collaboration, job satisfaction, and patient safety climate for nurses in a tertiary-level acute care hospital. The University of Western Ontario Graduate Program in Nursing, Canada. 2015;19-21.
- Institute Of Medicine. Crossing the quality chasm: Anew health system for the 21st century. <https://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>, 2001.
- Institute Of Medicine. Preventing Medication Error. National Academic Press. Washington DC. National Academic Press, 2006;1-24.
- Institute Of Medicine. Priority areas for national action: Transforming health care quality, Washington DC. National Academic Press, 2003;42.
- Institute Of Medicine. To err is human: Building a safer health system. <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To>

-Err-is
Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf,
1999.

- Institute Of Medicine. To err is human: Building a safer health system. Washington DC. National Academic Press, 2000;36.
- Itoh K, Andersen BH, Mikkelsen KL. Safety culture dimensions, patient safety outcomes and their correlations. Waterson P, editor. In: Patient safety culture. England. Ashgate Publishing Limited, 2014: 43-66.
- Janicijevic I, Seke K, Djokovic A, Filipovic T. Healthcare workers satisfaction and patient satisfaction–where is the linkage? Hippokratia 2013;17(2):157-162.
- Jathanna R, Melisha RD, Mary G, Latha, KS. Determinants of job satisfaction among healthcare workers at a tertiary care hospital. Online Journal of Health and Allied Sciences 2011;10(3).
- Kaur A. Maslow’s need hierarchy theory: Applications and criticisms. Global Journal of Management and Business Studies 2013;3(10):1061-1064.
- Kaya S. Sağlık kurumlarında kalite yönetimi. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları 2013.
- Kaya S. Türkiye’deki Hastanelerde Hasta Güvenliği Kültürü. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi Bildiriler Kitabı. KKTC. KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Vakfı, KKTC Devlet Basımevi. 2007.
- Kıdak L, Aksaraylı M. Sağlık hizmetlerinde motivasyon faktörleri. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2009; 7(1):75-94.
- Kirk S, Marshall M, Claridge T, Esmail A, Parker D. Evaluating safety culture. Walshe K, Boaden R, editors. In: Patient safety research into practice. 1st Ed., England, Open University Press, 2006:173-184.
- Koçel T. İşletme Yöneticiliği. 16. Baskı, İstanbul. Beta Yayınevi, 2015; 737-750.
- Koh MBC, Alcantara R. Transfusion errors and management. ISBT Science Series 2009;4(2):216-220.
- Kondalkar VG. Organizational behaviour. 1st Ed., New Delhi. New Age International (P) Limited Publishers, 2007;89-113.
- Korkmazer F, Yıldız A, Ekingen E. Sağlık personeli hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2013;4(2), 141-154.
- Kuzulugil Ş. Kamu hastaneleri çalışanlarında iş tatminini etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma. Istanbul University Journal of the School of Business 2012;41(1):129-141.
- Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care 2004;13(1):i85-i90.

- Lilja B, Egebart J. Accelerating patient safety through the innovative use of information technology. Koutkias V, Niès J, Jensen S, Maglaveras N, Beuscart R, editors. In: Patient safety informatics. 1st Ed., Hollanda. IOS Press, 2011;18-24.
- Limoncu, A. Kişisel gelişim çabası ve iş tatmini arasındaki ilişkinin incelenmesi: hekim ve hemşireler üzerine bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta, Yüksek Lisans Tezi, 2015;25-41.
- Locke EA. What is job satisfaction?. *Organizational Behavior and Human Performance*. 1969;4(4): 309-336.
- Maslow AH. *Motivation and personality*. USA. Harper&Row, 1970;35-46.
- Mattox E. Medical devices and patient safety. *Critical Care Nurse* 2012;32(4):60-68.
- Merry AF. How does the law recognise and deal with medical? Hurwitz B, Sheikh A, editors. In: *Health care errors and patient safety*. 1st Ed., Blackwell Publishing, 2009;75-88.
- Mikkelsen T, Sokolowski I, Olesen F. General practitioners' attitudes toward reporting and learning adverse events: result from a survey. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2006; (24):27-32.
- Millet NM, Yanık A. Hastanelerde iş tatmini ve sağlık çalışanlarına karşı şiddet davranışları algısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2017;5(48):15-26.
- Mohr DC, Eaton JL, McPhaul KM, Hodgson MJ. Does employee safety matter for patients too? Employee safety climate and patient safety culture in health care. *Journal of Patient Safety* 2018; 14(3):181-185.
- Molloy PA. Examining the relationship between work climate and patient safety among nurses in acute care settings. University of Rhode Island, Doktora Tezi, 2012
- Morath JM, Turnbull JE. *To Do No Harm*. San Francisco. Josey Bass, 2005;23-43.
- Mosadeghrad AM, Ferdosi M. Leadership, job satisfaction and organizational commitment in healthcare sector: Proposing and testing a model. *Materia Socio-Medica* 2013;25(2):121-126.
- Muchinsky PM. *Psychology applied to work*. 8th Ed., USA. Thomson Higher Education, 2006;264-392.
- Murphy MF, Stanworth SJ, Yazer M. Transfusion practice and safety: current status and possibilities for improvement. *Vox sanguinis* 2011;100(1):46-59.
- Myers SA. *Patient safety and hospital accreditation*. 1st Ed., New York. Springer Publishing Company, 2012;1-7.
- National Coordinating Council For Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) What Is the Medication Error? <http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>, 2018.
- National Patient Safety Foundation. Agenda for research and development in patient safety. <https://c.ymcdn.com/sites/www.npsf.org/resource/collection/4B2E552F->

48FA-4DCF-8BD8-574EE15EFD99/Agenda_for_RD_in_Patient_Safety.pdf, 2000.

- National Patient Safety Foundation. Patient safety. <http://www.npsf.org/?page=dictionaryn>, 2016.
- Ng LP, Kuar LS, Cheng WH. Influence of work-family conflict and work-family positive spillover on healthcare professionals' job satisfaction. *Business Management Dynamics* 2016;5(11):1-15.
- Nidadhavolu, A. Impact of Leadership Styles on Employee Job Satisfaction and Organizational Commitment – A Study in the Construction Sector in India. Western Kentucky University, Master's Thesis, 2018;21-28.
- Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ Quality & Safety* 2003; 12(suppl 2): ii17-ii23.
- Onganer E, Bozkurt B, Kılıç M. Hastalar için hasta güvenliği. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 2014;25(2):171-174.
- Orser B, Chen R, Yee D. Medication errors in anesthetic practice: a survey of 687 practitioners. *Canadian Journal of Anesthesia*. 2001;48(2):139-145.
- Ovalı F. Hasta güvenliği yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 2010; 1(1): 33-43.
- Özaydın MM, Özdemir Ö. Çalışanların bireysel özelliklerinin iş tatmini üzerindeki etkileri: Bir kamu bankası örneği. *İşletme Araştırmaları Dergisi* 2014;6(1): 251-281.
- Palmieri PA, DeLucia PR, Peterson LT, Ott TE, Green A. The anatomy and physiology of error in adverse health care events, Grant T. Savage and Eric W. Ford editors. In: *Patient safety and healthcare management*. 1st Ed., United Kingdom. 2008;33-68.
- Pantouvakis A, Mpogiatzidis P. The impact of internal service quality and learning organization on clinical leaders' job satisfaction in hospital care services. *Leadership in Health Services* 2013;26(1):34-49.
- Parker D, Claridge T, Lawrie M. When is an 'error' not an error? Hurwitz B, Sheikh A, editors. In: *Health care errors and patient safety*. 1st Ed., Blackwell Publishing, 2009;2-25.
- Pearce S, Watts F, Watkin A. Team performance, communication and patient safety. Walshe K, Boaden R, editors. In: *Patient safety research into practice*. 1st Ed., England, Open University Press, 2006:208-2016.
- Rages SS. Perceptions of patient safety culture amongst health care workers in the hospitals of Northeast Libya. Liverpool John Moores University, Doktora Tezi, 2014.
- Reason J, Hobbs A. *Managing Maintenance Error : A Pratical Guide*. Boca Raton. CRC Press, 2003;145-146.
- Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320:768-770.

- Reason JT, Carthey J, De Leval MR. Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care* 2001;10(2):21-25.
- Renzi C, Tabolli S, Ianni A, Di Pietro C, Puddu P. Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2005;19(2):153-157.
- Rice MM. Teams and teamwork in emergency medicine. Croskerry P, Cosby KS, Schenkel SM, Wears RL, editors. In: *Patient safety in emergency medicine*. 1st Ed., Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2009;174-187.
- Rozovsky FA. Patient safety: crossing the chasm from legal and regulatory compliance. Rozovsky FA, Woods JR, editors. In: *The handbook of patient safety compliance*. 1st Ed., USA. Jossey-Bass, 2005;1-15.
- Saari LM, Judge TA. Employee attitudes and job satisfaction. *Human Resource Management: Published in Cooperation with the School of Business Administration, The University of Michigan and in alliance with the Society of Human Resources Management* 2004;43(4): 395-407.
- Savage GT, Ford EW. *Patient safety and healthcare management*. 1st Ed., United Kingdom. Emerald Group Publishing, 2008;1.
- Sayek F. Hasta güvenliği: Türkiye ve Dünya. Birinci Baskı. Ankara. Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2011;13-126.
- Saygılı M, Çelik Y. Hastane çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algıları ile iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2011;14(1), 39-71.
- Schein EH. *Organizational culture and leadership*. 3rd Ed., United States of America. Josey Bass, 2004;26.
- Schneider B, Ehrhart MG, Macey WH. Climate and culture. *Annual Review of Psychology* 2013; (64): 361–388.
- Sexton JB, Helmreich RL, Nielands, TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts PR, Thomas EJ. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research* 2006; 6- 44.
- Sezgin G. Hastanelerde yöneticilerin liderlik davranış tarzlarının sağlık çalışanlarının iş tatmini üzerine etkisi: Özel İstanbul Bölge Hastanesinde sağlık çalışanları üzerinde bir uygulama. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Yüksek Lisans Tezi, 2018;32-37.
- Shaikh MA, Bhutto NA, Maitlo Q. Facets of job satisfaction and its association with performance. *International Journal of Business and Social Science* 2012;3(7):322-326.
- Sheikh A, Hurwitz B. Setting up a database of medical error in general practice: conceptual and methodological considerations. *Br J Gen Pract* 2001;51(462):57-60.

- Shiple, M. Factors contributing to registered nurse job satisfaction in the nursing home. Seton Hall University, 2015;12-24.
- Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Workforce perceptions of hospital safety culture: Development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. Health Services Research 2007; 42(5):1999–202.
- Sinha JBP. Culture and organizational behaviour. 1st Ed., India. SAGE Publications, 2008;118,298.
- Söyük S, Erol M, Ateş M. İstanbul İli’ndeki özel hastanelerde çalışan hemşirelerin iş tatminleri. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2016; 3(1):26-36.
- Sözer E. Hasta güvenliği kültürü ve ölçüm yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 55-68.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Verimlilik, Kalite Ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı. Sağlıkta Akreditasyon. <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,8789/saglikta-akreditasyon.html>, 2018.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta kalite standartları-hastane. 2. Baskı. Ankara. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Yayını, 2016;16.
- Talatti Z, Griffin M. Patient safety culture and organizational behaviour: Integrating error, leadership and the work environment. Waterson P, editor. In: Patient safety culture. England. Ashgate Publishing Limited, 2014: 43-66.
- Taş AM. İş tatmininin örgütsel bağlılık üzerindeki etkileri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyonkarahisar, Yüksek Lisans Tezi, 2004;5-11.
- Tekingündüz S, Kurtuldu A, Öksüz S. İş-aile yaşam çatışması, iş tatmini ve iş stresi arasındaki ilişkiler. Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi 2015;3(4):27-42.
- Teleş M. Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algıları ile hastaların sağlık hizmeti kalitesi algıları arasındaki ilişkinin analizi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2011;41-62.
- The Joint Commission. Speak UP. <https://www.jointcommission.org/assets/1/6/speakup.pdf>, 2018
- Türkmen E, Baykal Ü, Seren Ş, Altuntaş S. Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(4):38-46.
- Tütüncü Ö, Küçükusta D. Tedarik zinciri entegrasyonu ve hasta güvenliği ilişkisinin analizi. İşletme Fakültesi Dergisi 2008;9(1):93-106.
- U D, Cohen MR. Medication Safety in Health Care Systems. Croskerry P, Cosby KS, Schenkel SM, Wears RL, editors. In: Patient safety in emergency medicine. 1st Ed., Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2009;135-143.
- Uçar M, Akgün S, Bostan S, Elbeyli L, Kanyılmaz D, Koca E, Oran F, Özata M, Öztürk D, Öztürk Y, Varol Ş, Yazanel A, Yılmaz A. Hasta güvenliği. Müezzinoğlu M,

- editör. Hasta Hakları ve Hasta Güvenliği'nde, Ankara. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2016;96-115.
- Vincent C. Patient safety. 2nd Ed., London. BMJ Books, 2010;273.
- Vincent CA, Adams S. Approaches to understanding success and failure. Croskerry P, Cosby KS, Schenkel SM, Wears RL, editors. In: Patient safety in emergency medicine. 1st Ed., Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2009;49-57.
- Watson BJ, Salmoni AW, Zecevic AA. The use of the Morse Fall Scale in an acute care hospital. *Clinical Nursing Studies* 2016;4(2):32-40.
- Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine* 2013;158(5 0 2):369-374.
- Weiss DJ, Dawis RV, England GW, Lofquist LH. "Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire", Minnesota studies in vocational rehabilitation, Minneapolis: University of Minnesota, Industrial Relations Center, 1967;22.
- Wilson DS. Registered nurses' perceptions of patient safety culture: the influence of nursing unit leadership. The University of Michigan, Doktora Tezi, 2011.
- World Health Organization. 10 Facts on Patient Safety. http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/, 2018.
- World Health Organization. WHO Patient Safety Research. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70145/WHO_IER_PSP_2009.10_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, 2009.
- Wright KB. A communication competence approach to healthcare worker conflict, job stress, job burnout, and job satisfaction. *Journal for Healthcare Quality* 2011;33(2):7-14.
- Wright TA. The emergence of job satisfaction in organizational behavior: A historical overview of the dawn of job attitude research. *Journal of Management History* 2006; 12(3):262-277.
- Yetginoğlu Ö. Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanmasında kalite ve akreditasyon çalışmalarının önemi: Ankara ilindeki iki hastanede hasta güvenliği çalışmalarının değerlendirilmesine yönelik mukayeseli bir uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2009;107-111.
- Yılmaz A. Hasta güvenliği. Kaya S, editör. Sağlık kurumlarında kalite'de. Eskişehir. Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2013;213-235.
- Yılmaz T. Çalışanların iş tatmini ve motivasyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: kamu çalışanları üzerinde bir araştırma. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Büro Yönetimi Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2014;7-44.

EKLER

Ek-1 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Etik Kurul İzin Yazısı

Ek-2 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Tarafından Kabul Edilen Anket İzin Yazısı

Ek-3 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Tarafından Kabul
Edilen İzin Yazısı

Ek-4 Anket Formu





T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1355-1380

12 .02.2018

Sayın Doç. Dr. Türker YARDAN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Hekim ve Hemşirelerde İş Tatmini ile Hasta Güvenliği Kültürü Algulamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi** başlıklı OMÜ KAEK 2018/ 12 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 11.01.2018 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof. Dr. Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : 15374210-044-E.26578
Konu : Anket Çalışması İzni Hakkında

08/03/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 06/03/2018 tarihli ve 93771576-302.08.01-E.25767 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda adı geçen yüksek lisans programı öğrencisi Ferdan Betül BÖLÜKBAŞI'nın, " Hemşirelerde İş Tatmini ile Hasta Güvenliği Kültürü Algılamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde yapma isteği uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Recep SANCAK
Merkez Müdürü

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

Meral TULUM
meral.tulum@omu.edu.tr
Dahili Tel : 2327

5070 Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 19054817-044-E.29855
Konu : Anket İzni Hk.

19/03/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 07/03/2018 tarihli ve 93771576-302.08.01-E.26137 sayılı yazınız.

İlgi yazınızla Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI'nın "Hekim ve Hemşirelerde İş Tatmini ile Hasta Güvenliği Kültürü Algulamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasının anket uygulamasını Fakültemizde yapması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Ayhan DAĞDEMİR
Dekan

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Kurupelit/Samsun
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: 0362 457 60 41
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

Melahat AKYÜZ
melahat.tabak@omu.edu.tr
Dahili Tel: 2300

5070 Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

ANKET
“HEKİM VE HEMŞİRELERDE İŞ TATMİNİ İLE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ
ALGILAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ”

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı hekim ve hemşirelerde hasta güvenlik kültürü ile iş tatmini arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Elde edilen sonuçlar bilimsel çalışma dışında herhangi bir amaçla kullanılmayacaktır. ANKETİ CEVAPLARKEN KESİNLİKLE “AD SOYAD” BELİRTMEYİNİZ.

Katılım gönüllülük esasına dayalıdır ve kişisel bilgileriniz saklı tutulacaktır. Teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Arş. Gör. Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
e-posta: betul.bolukbasi@omu.edu.tr

Hasta Güvenliği: Sağlık hizmeti verilmesi süreçlerinden kaynaklanan hasta yaralanmaları ya da istenmeyen olayları önleme olarak tanımlanmaktadır. Enfeksiyonlar, düşmeler, yanlış cerrahi uygulamalar, transfüzyon hataları, enjeksiyon hataları, ilaç uygulama hataları v.b. hasta güvenliği sorunları arasında yer almaktadır.

Olay: Hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın, herhangi bir hata, yanlış, kaza ya da sapma olarak tanımlanır.

İş Tatmini: Çalışanların işlerindeki rolüne karşı duygusal tepkileri olarak tanımlanır.

BÖLÜM 1: KİŞİSEL BİLGİLER

| | | | | | | |
|--|---|-----------------------------------|--|--|--|---|
| Cinsiyetiniz: | <input type="checkbox"/> Kadın | <input type="checkbox"/> Erkek | | | | |
| Doğum Tarihiniz (Lütfen yıl olarak belirtiniz): | | | | | | |
| Medeni Durumunuz: | <input type="checkbox"/> Evli | <input type="checkbox"/> Bekar | | | | |
| Eğitim Durumunuz: | <input type="checkbox"/> Lise | <input type="checkbox"/> Önlisans | <input type="checkbox"/> Lisans | <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans | <input type="checkbox"/> Doktora | <input type="checkbox"/> Tıpta Uzmanlık |
| Ünvanınız: | <input type="checkbox"/> Prof. Dr. | <input type="checkbox"/> Doç. Dr. | <input type="checkbox"/> Dr. Öğrt. Üyesi | <input type="checkbox"/> Uzman Dr. | <input type="checkbox"/> Arş. Gör. Dr. | |
| | <input type="checkbox"/> Yönetici Hemşire | <input type="checkbox"/> Hemşire | | | | |
| Hastanede çalışmakta olduğunuz birim | | | | | | |
| Bu hastanede kaç yıldır çalışıyorsunuz ? (Lütfen yıl olarak belirtiniz) | | | | | | |
| Şu anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz? (Lütfen yıl olarak belirtiniz) | | | | | | |
| Haftalık ortalama çalışma süreniz (Mesai, nöbet, icap dahil) (Lütfen saat olarak belirtiniz): | | | | | | |
| Daha önce hasta güvenliğini tehdit eden bir durumla karşılaştınız mı? | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır | | | | |
| Hasta güvenliğini tehdit eden bir durumla karşılaştığınız durumda ne yapacağınızı biliyor musunuz? | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır | | | | |
| Sağlık Bakanlığının Güvenlik Raporlama Sisteminden haberdar mısınız? | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır | | | | |
| İşinizden tatmin oluyor musunuz? | <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır | | | | |

BÖLÜM 2: HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ HASTANE ANKETİ
HASTA GÜVENLİĞİ

Bu bölümde hastanenizdeki hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama konusundaki düşünceleriniz sorulmaktadır.

A: Çalışma Alanınız / Biriminiz

Lütfen çalışma alanınız/biriminiz ile ilgili olarak aşağıdaki ifadelere katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

(1: Hiç katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Ne katılıyorum ne de katılmıyorum, 4: Katılıyorum, 5: Tamamen katılıyorum).

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Bu birimde insanlar birbirlerini destekler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. İş yüküyle başa çıkmak için yeterli sağlık çalışanı ve idari personel olduğunu düşünüyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Hızlı şekilde bitirilmesi gereken pek çok iş olduğunda, işi bitirmek için takım olarak beraber çalışırız. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Bu birimde insanlar birbirine saygılı davranır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en iyi olan süreden daha uzun süre çalışırlar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Hasta güvenliğini geliştirmek için aktif olarak çalışmalar yapıyoruz. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 7.Hasta bakımı için gerekenden fazla geçici personel çalıştırıyoruz. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.Çalışanlar, yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.Burada, hatalar olumlu değişikliklere yol açmıştır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.Burada, sadece şans eseri daha ciddi hatalar oluşmamaktadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11.Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında, diğerleri yardım ederler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12.Bir olay rapor edildiğinde, problemin değil, kişinin rapor edildiği hissedilir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13.Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra etkililiğini değerlendiririz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14.Çok fazla şeyi, çok hızlı yapmaya çalışarak "kriz modunda" çalışırız. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15.Bu birimde daha fazla iş yapmak uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16.Çalışanlar, yaptıkları hataların, kişisel dosyalarında tutulduğundan endişe duyarlar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17.Bu birimde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18.Bizim prosedürlerimiz ve sistemlerimiz hataların meydana gelmesini önlemede iyidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

B: Hastane Yönetimi

(1: Hiç katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Ne katılıyorum ne de katılmıyorum, 4: Katılıyorum, 5: Tamamen katılıyorum).

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Hastane yönetimi, hastane tarafından oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir iş gördüğünde takdir eder. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Hastane yönetimi, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.Baskı arttığı zaman, hastane yönetimi kestirme yollar kullanılması gerekse bile daha hızlı çalışmamızı ister. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.Hastane yönetimi, tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği sorunlarını görmezden gelir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

C: İletişim

Çalışma alanınızda/biriminizde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor?

Hastanede çalıştığınız alanı/birimi düşünerek cevaplayınız

(1: Hiçbir zaman, 2: Nadiren, 3:Bazen, 4: Çoğu zaman, 5: Her zaman).

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1.Olay raporlarına dayanarak yapılan değişiklikler hakkında geribildirim alırız. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde, bunu serbestçe dile getirebilirler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Bu birimde olan hatalar hakkında bilgilendiriliriz. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Çalışanlar, yetkisi daha fazla olan kişilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Bu birimde, hataların tekrar olmasını engelleme yollarını tartışırız. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Çalışanlar, bir şey doğru gözükmediğinde, soru sormaktan korkarlar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

D: Rapor Edilen Olayların Sıklığı

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

(1: Hiçbir zaman, 2: Nadiren, 3:Bazen, 4: Çoğu zaman, 5: Her zaman).

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Bir hata yapıldığında, ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde, bu hata ne sıklıkla rapor edilmektedir? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Bir hata yapıldığında, ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında, bu hata ne sıklıkla rapor edilmektedir? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.Hastaya zarar verebilecek bir hata yapıldığında, fakat hastaya zarar vermediğinde, bu hata ne sıklıkla rapor edilmektedir? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

E:Hasta Güvenliği Derecesi

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

1. Mükemmel 2. Çok iyi 3. Kabul edilebilir 4. Zayıf 5. Başarısız

F: Hastaneniz

Lütfen hastanenizle ilgili olarak aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz.
Hastanenizi düşünerek cevaplayınız.

(1: Hiç katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Ne katılıyorum ne de katılmıyorum, 4: Katılıyorum, 5: Tamamen katılıyorum).

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1.Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran çalışma atmosferi sağlamaktadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.Hastane birimleri birbirleri ile uyumlu, koordineli çalışmamaktadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Hastalar bir birimden diğerine nakledilirken bazı şeyler gözden kaçırılır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Birlikte çalışması gereken hastane birimleri arasında iyi bir işbirliği vardır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Nöbet değişimleri sırasında, hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybolur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Hastanenin diğer birimlerindeki personel ile çalışmak genellikle hoş olmamaktadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.Hastane birimleri arasında bilgi alışverişinde sıklıkla problemler oluşur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.Hastane yönetiminin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu göstermektedir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.Hastane yönetimi, sadece istenmeyen bir olay yaşandığında hasta güvenliği ile ilgileniyormuş gibi gözükmektedir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.Hastalara en iyi bakımı sağlamak için hastane birimleri birlikte iyi çalışmaktadır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11.Bu hastanede, nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

G:Raporlanan Olay Sayısı

Son 12 ay içinde kaç tane hasta güvenliğini tehdit eden olay raporu doldurup yöneticinize verdiniz?

Bir cevabı işaretleyiniz

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

H: Yorumlarınız

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

MINNESOTA İŞ TATMİNİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda mesleğinizin çeşitli yönleriyle ilgili cümleler bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyunuz. Mesleğinizden, o cümlede belirtilen şekilde ne derece memnun olduğunuzu karşılıklarına (X) işareti ile belirtiniz.

| MESLEĞİMDEN | Hiç memnun değilim | Memnun değilim | Kararsızım | Memnunum | Çok memnunum |
|---|--------------------|----------------|------------|----------|--------------|
| 1. Beni her zaman meşgul etmesi bakımından | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Bağımsız çalışma imkânının olması bakımından | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Ara sıra değişik şeyler yapabilme imkânı bakımından | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Toplumda "saygın bir kişi" olma şansını bana vermesi bakımından | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Yöneticimin çalışanları iyi yönetmesi bakımından | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Yöneticimin karar verme yeteneği bakımından | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Vicdani bir sorumluluk taşıma şansını bana vermesi yönünden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Bana sabit bir iş sağlaması bakımından | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Başkaları için bir şeyler yapabildiğimi hissetmem yönünden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Kişileri yönlendirmek için fırsat vermesi yönünden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Kendi yeteneklerimle bir şeyler yapabilme şansı vermesi yönünden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. İşimle ilgili alınan kararların uygulamaya konması yönünden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Yaptığım iş karşılığında aldığım ücret yönünden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Terfi imkânının olması yönünden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Kendi fikir- kanaatlerimi rahatça kullanma imkânı vermesi yönünden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Çalışma şartları yönünden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Çalışma arkadaşlarının birbirleriyle anlaşmaları yönünden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Yaptığım iş karşılığında takdir edilmem yönünden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissi yönünden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Mesleğimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme imkânı vermesi açısından | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Katılımınız için teşekkürler...

ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı: Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI

Doğum Yeri: Dört Yol/Hatay

Doğum Tarihi: 22.08.1993

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl): Hacettepe Üniversitesi - Lisans 2015

Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Yüksek Lisans

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 2017-Halen

e-posta: bolukbasibetul@gmail.com