T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILAMALARI VE ÖRGÜTSEL BAĞLILIK DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Zülfiye TOSUN ÖZTÜRKCİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman
Dr.Öğr. Üyesi Emel FİLİZ

KONYA-2019

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELERİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ALGILAMALARI VE ÖRGÜTSEL BAĞLILIK DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Zülfiye TOSUN ÖZTÜRKCİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Emel FİLİZ

KONYA-2019

İÇİNDEKİLER

Sayfa

SİMGELER VE KISALTMALAR iv
ÖZET v
SUMMARY vi
1.GİRİŞ 1
1.1. Güvenlik ve Hasta Güvenliği 2
1.1.1. İlaç Uygulama Hataları 7
1.1.2. Hastane Enfeksiyonları 9
1.1.3. Cerrahi İşlem Hataları 10
1.2. Hasta Güvenliği Kültürü 12
1.2.1. Hemşirelik ve Hasta Güvenliği Kültürü 14
1.3. Örgütsel Bağlılık 16
1.3.1. Örgütsel Bağlılık Kavramı ve Önemi 16
1.3.2. Örgütsel Bağlılığı Etkileyen Bireysel Faktörler 18
1.3.3. Örgütsel Bağlılığı Etkileyen Faktörler 23
1.4. Araştırmanın Önemi 26
1.5. Araştırmanın Amacı 26
2. GEREÇ VE YÖNTEM 27
2.1. Araştırmanın Soruları 27
2.2. Araştırmanın Tasarımı 27
2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 28
2.4. Verilerin Toplanması 28
2.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 28
2.6. Örneklem Tanıtımı 28
2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları 30
2.8. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları 30
2.8.1. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 30
2.8.2. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 33
2.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi 34
2.10. Araştırma Etiği 35

2.11. Araştırmanın Değişkenleri 35
2.12. Araştırmanın Çalışma Takvimi 35
3. BULGULAR 36
3.1. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarına İlişkin Bulgular 36
3.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkiyle Alakalı Bulgular 42
3.3. Hemşirelerin Örgütsel Bağlılık Düzeylerine İlişkin Bulgular 43
3.4. Hemşirelerin Örgütsel Bağlılık Düzeyleri ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkiyle Alakalı Bulgular 44
3.5. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve Örgütsel Bağlılık Düzeyleri Arasındaki İlişkiyle Alakalı Bulgular 46
4. TARTIŞMA 49
4.1. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları 49
4.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki 57
4.3. Hemşirelerin Örgütsel Bağlılık Düzeyleri 58
4.4. Hemşirelerin Örgütsel Bağlılık Düzeyleri ve Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki 60
4.5. Hemşirelerin Hasta Güvenlik Kültürü Algıları ve Örgütsel Bağlılık Düzeyleri Arasındaki İlişki 61
5. SONUÇ ve ÖNERİLER 65
6. KAYNAKLAR 68
7. EKLER 78
EK-A. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 78
EK-B. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 84
EK-C. Etik Kurul İzni 85
EK-D. Karaman İl Sağlık Müdürlüğü İzni 86
EK-E. Anket Formu 87
EK-F. Karaman Devlet Hastanesi Başhekimliği İzni 88
EK-G. Hasta Güvenliği, Tıbbi Hata ve Hata Raporlama Konusunda Bazı Katılımcıların Yorumları. 89
8. ÖZGEÇMİŞ 91

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ACSNI : AdvisoryCommittee on theSafety of Nuclear

AHRQ : Agencyfor Healthcare ResearchandQuality

CDC : Centers for Disease Control and Prevention

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

HGKHA : Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi

HSC : HealthSafetyCommission

IAEA : International AtomicEnergyAgency

ICN : International NursesAssociation

IOM : Institute of Medicine

JCAHO : JointCommission on Accreditation of Healthcare

NPSA : NationalPatientSafetyAgency

NTGK : Nükleer Tesislerin Güvenliği Komitesi

ÖB : Örgütsel Bağlılık

SAKA : Sağlık Ajansı ve Kalite Ajansı

SGK : Sağlık Güvenlik Komisyonu

SHİE : Sağlık Hizmetiyle İlişkili Enfeksiyon

UAEK : Uluslararası Atom Enerjisi Kurumu

UHB : Uluslararası Hemşireler Birliği

UHGA : Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı

Ve ark : Ve arkadaşları

WHO : World HealthOrganization

ÖZET

T. C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılamaları ve Örgütsel Bağlılık Düzeyinin Değerlendirilmesi

Zülfiye TOSUN ÖZTÜRKCİ

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2019

Amaç: Bu tez, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını tespit etmek, örgütsel bağlılık düzeylerini belirlemek ve bu iki değişkenin birbirleri ile olan ilişkilerini ortaya koymak amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, betimsel ve ilişkisel tarama modeline dayanmaktadır. Araştırmanın evreni Karaman ilindeki kamu hastanesinde görev yapan 299 hemşireden oluşmaktadır. Veri toplamada; "hasta güvenliği kültürü hastane anketinin" ve "örgütsel bağlılık ölçeğinin" Türkçesi kullanıldı. Veriler; frekans, yüzdeler, ortalama, standart sapma ile özetlendi. Karşılaştırmalı analizlerde; bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis testinden ve katagorik verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında spearman korelasyon testinden yararlanıldı.

Bulgular: Katılımcıların hasta güvenliği kültürü algıları düşük olarak belirlendi (genel skor %47). Hasta güvenliği kültürü algıları alt alanlarından "üniteler içindeki ekip çalışmasının" en yüksek olumlu cevap yüzde ortalamasına (% 83) sahip olduğu, "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt alanının ise en düşük olumlu cevap yüzde ortalamasına (% 33) sahip olduğu belirlendi. Sosyodemografik özelliklerinin ve hasta güvenliği kültürü algısının yalnızca cinsiyet yönünden anlamlı farklılık oluşturduğu belirlendi. Kadın hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının erkek hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlendi ($\bar{x}$=3,48) (P<0,05).

Katılımcıların örgütsel bağlılık düzeyleri yüksek olarak belirlendi ($\bar{x}$=4,09). Örgütsel bağlılık düzeyleri açısından ortalamalar incelendiğinde hemşirelerde devam bağlılığı ($\bar{x}$=4,16) ve duygusal bağlılığının ($\bar{x}$=4,14) yüksek olduğu, normatif bağlılığının ($\bar{x}$=3,98) ise düşük olduğu belirlendi. Sosyodemografik özelliklerinin örgütsel bağlılık düzeyleri üzerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı belirlendi.

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ile örgütsel bağlılık düzeyleri arasındaki ilişki (r=0,42) Spearman korelasyon katsayısı 0,01 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P≤0,01). Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları arttıkça örgüte olan bağlılıkları da artmaktadır.

Sonuç: Hasta güvenliği kültürünün artması ile örgütsel bağlılık arttığı için kurumların önceliği hasta güvenliği kültürünü geliştirmek olmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Hasta güvenliği; hasta güvenliği kültürü, örgütsel bağlılık**.**

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY

SELÇUK UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Nurses' Perceptions of PatientSafetyCultureand Evaluation of OrganizationalCommitment Level

Zülfiye TOSUN ÖZTÜRKCİ

Department of Health Management

MASTER'S THESIS/KONYA-2019

Purpose: This thesis was planned to determine the nurses' perception of patient safety culture, todetermine their level of organizational commitment and to reveal the relationship of these two variables with each other.

Materialand Methods: This study is based on a descriptive and relational scanning model. The population of the study consists of 299 nurses working in the public hospital in Karaman province. In the data collection, the Turkish version of ''the patient safety culture hospital survey'' and of ''organizational commitment scale'' were used. The datas were summarized by frequency, percentages, mean, standard deviation. Incomparative analyses, fromin dependent samples of t-test, from one-way analysis of variance, from Kruskal Wallis test, and from spearman correlation test for the comparison of categorical data between groups were used.

Findings: Patient safety culture perceptions of participants were determined as low (overall score 47%). It was determined that the teamwork with in the units of patient safety culture perceptions had the highest positive response percentage (%83) of the teamwork with in the units and that the sub-field of responsetonon-punitive against the error had a mean of the lowest positive response (33). It was determined that socio demographic characteristics and patient safety culture perception were significant differences in gender only. It was determined that female nurses' perception of patient safety culture was higher than that of male nurses. ($\bar{x}$=3,48) (P<0,05)

The organizational commitment levels of participants were determined as high ($\bar{x}$=4,09). When the averages of the organizational commitment levels were analysed, it was determined that the continuity of commitment ($\bar{x}$=4,16) and the emotional commitment ($\bar{x}$=4,14) of the nurses were high and as if the normative commitment ($\bar{x}$=3,98) was low. It was determined that socio demographic characteristics did not have a significant difference on organizational commitment levels.

The relationship between the level of patient safety perceptions of the nurses (r=0,42) and the level of organizational commitment was found to be statistically significant at the significance level of Spearman's correlation coefficient 0,01 (P≤0,01).

Conclusion: As organizational commitment in creases with the in crease of patient safety culture, the priority of the in stitutions should be to develop patient safety culture.

Key Words: Patient safety; patient safety culture, organizational commitment.

1.GİRİŞ

Sağlık; bireylerin yaşamlarının sürdürebilmesinde, kaliteli bir yaşamın oluşturulmasında ve bunun korunmasında büyük bir önem taşımaktadır (Usher ve ark 2017). Nitekim tüm ülkelerin önceliğinde sağlık hizmetleri yer almaktadır. Sağlık hizmetinin verilişi esnasında yaşanan "tıbbi hatalar" hem hastayı hem de sağlık hizmeti veren personeli negatif olarak etkilemektedir. Karşılaşılan riskler açısından sağlık hizmetlerinin birçok alanı ile bağlantılı olan "hasta güvenliği", dünya ülkelerinin üzerinde durduğu ortak bir problem olarak yer almaktadır. Bu nedenle sağlık bakım hizmetlerinin hastalara daha güvenli bir şekilde verilebilmesi için ilk olarak yapılması gereken var olan problemin gerçekliğine ve büyüklüğüne dair farkındalığı artırmaktır. Devamında, yapılan hatalardan dolayı kişileri suçlama ve cezalandırma yerine öğrenmeyi kolaylaştıracak kültürü geliştirmek olmalıdır (WHO 2006).

Sağlık hizmetlerinde "hasta güvenliği kültürünü" istenilen seviyeye ulaştırmak için ilk olarak yapılması gereken şey, "tıbbi hata bildiriminde doğruluğu benimsemek ve tıbbi hataların önlenmesi için sistematik bir yaklaşım sergilemektir". Sonrasında ise problem oluşturabilecek riskleri belirleyip önceden gerekli tedbirleri almaktır (Adıgüzel 2010). Bunun yanı sıra sağlık kurumlarının ana hedefi, sağlık personelinde "hasta güvenliği kültürü" algısını oluşturmak ve üzerinde durduğu öncelikli konunun "hasta güvenliği kültürü" olduğunu sağlık personeline benimsetmektir (Azami ve ark 2015). Günümüzde var olan yoğun rekabet ortamında bu algının oluşturulması için işgörenlerin örgütlerine bağlılıklarının oluşturulması zorunlu hale gelmektedir (Eren ve Bal 2015). Ayrıca büyük bir hızla yönetimsel değerler değişmektedir. Bu değişime işgörenlerin uyum sağlayabilmesi için örgütlerin öncelikle işgörenlerinin örgütte kalmasını sağlayacak ilişkilerini yeniden yapılandırması gerekmektedir (Barsbay ve ark 2018).

Etkili ve verimli bir örgüt oluşturmak, yönetimin en önemli görevleri arasında yer almaktadır. Örgütün bu görevini gerçek anlamda icra edebilmesi ise ancak gerçek anlamda motivasyonu sağlanmış iş görenlerle olabilmektedir. Örgütler, çalışanından kendilerine olan bağlılıklarını ve rol davranışlarını beklenen şekilde yerine getirmelerini arzu ederler (Sığrı 2007). Ancak işgörenler örgütlerin kendilerinden

beklediği davranışları yapmaya istekli ve niyetli olmadıkça, istenen doğrultuda yönetimsel süreçlerden olumlu sonuç alınması düşünülememektedir. Bu sebeple yöneticinin öncelikli amacı; istikrarlı bir şekilde bu isteği oluşturmak, geliştirmek ve devamlı olmasını sağlamaktır (Barsbay ve ark 2018). Hasta güvenliğinin sağlık kurumlarında var olmasında hemşirelerin büyük bir etkisinin olduğu bilinen ve kabul edilen bir gerçektir (Ak ve ark 2019). Bu nedenle sağlık kurumlarında istenen başarının elde edilebilmesi için hemşirelerin örgütsel bağlılıklarının artırılması gerekmektedir (Eren ve Bal 2015).

1.1. Güvenlik ve Hasta Güvenliği

Sürekli bir gelişim ve değişim halinde olan sağlık kavramı insanoğlunun var olmasıyla birlikte gelişme göstermiştir. Ayrıca sağlık, herkes tarafından birçok yönü ile farklı algılanmış ve yorumlanmış bir kavramdır (Aktan ve Işık 2007). Ancak World Health Organization, "**sağlık"** kavramını bireyin yalnızca hasta ve sakat olmama durumu olarak tanımlamamakta ayrıca fiziksel, sosyal ve ruhsal olarak tam anlamıyla bir iyilik ve zinde olma hali olarak tanımlamaktadır (WHO 1948). Daha önceleri sağlık kavramı, sadece hastalık ile ilişkilendirip değerlendirilirdi. Ancak gün geçtikçe fizyolojik, sosyolojik, psikolojik ve ruhsal etkenlerin de bu kavramın içinde ele alınıp değerlendirildiği görülmektedir (Aktan ve Işık 2007).

"Güvenlik", sağlık bakım hizmetleri için önemli bir değere sahip olan bu kavram; genel anlamda emniyet içinde olma, hastaya sağlık hizmeti verilirken zarar vermeme, ölümüne neden olmama, tıbbi hataların oluşmasını engelleme ve tıbbi hatalara karşı önlem alma olarak nitelendirilmektedir (Tokuç 2016). Türk Dil Kurumu "güvenlik" kavramını; toplumların ve kişilerin korkusuzca yaşayabilmesi, yasal düzenin aksamadan yürütülmesi ve emniyet olarak tanımlamaktadır (Türk Dil Kurumu 2019).

"Güvenlik kültürü": Çernobil faciası sonrasında dünya kamuoyu, "güvenlik kültürü" ile tanışmıştır. Oluşan facianın ana sebebi kurumdaki güvenlik kültürü yetersizliği olduğu saptanmıştır (IAEA 1986). Yetersizliğin giderilebilmesi için ilk olarak güvenlik kültürünün anlaşılması gerektiği vurgulanmıştır. Güvenlik kültürünün anlaşılması; sorunlu uygulamalara ve kötü iletişime engel olma, kriminal

olmayan olumsuz yanıtlar gibi olay ve hatalara karşı tutumları iyileştirmek için hayati öneme sahiptir (Gaal ve ark 2011). Pozitif bir güvenlik kültürüne sahip kurumlar, iletişime ve engelleyici önlemlerin etkinliğine duyulan güven olarak tanımlanır (Health&Safety Commission 1993). Sağlık bakımı organizasyonu için güvenlik kültürünün elde edilmesinde önemli olan değerler, tutumlar, inançlar ve normlardır. Hasta güvenliği için ise güvenlik kültürü, hangi tutum ve davranışların uygun ve beklenen olduğunu anlamayı gerektirir (Lawati 2015).

"Güvenlik kültürü", kişilerin içinde bulundukları ortak alanlarda kişilerin zarar görmesini en aza indirmeyi amaçlayan, güvenliğe önem ve öncelik veren algılar, tutumlar, davranışlar, roller, yeterlilikler ve sorumlulukların toplamıdır (IOM 2000). "International Atomic Energy Agency" (IAEA) "güvenlik kültürünü" şu şekilde tanımlamıştır: kurumsal sağlık ve güvenlikle ilgili programların uygunluğunu, stilini, odağını belirleyen bireylerin ve grupların tutum, davranış, değer ve rol modellerinin bir ürünüdür (IAEA 1991). WHO ise güvenlik kültürünü; paylaşılan değerler, tutumlar, algılar, yeterlilikler ve davranış kalıpları olarak tanımlar (WHO 2009).

Zhang ve arkadaşları (2004) "güvenlik kültürünün" özelliklerini şöyle sıralamaktadır;

-"Güvenlik kültürü", grup içindeki veya daha üst seviyelerde, kuruluşun tüm üyeleri ve grupları tarafından paylaşılan değerleri ifade eden bir kavramdır.

-"Güvenlik kültürü" ayrıca bir kuruluştaki resmi güvenlik sorunlarıyla da ilgilidir.

-"Güvenlik kültürü", herkesin her seviyede bir kuruluşa katılımını vurgular.

-"Güvenlik kültürü", kurum üyelerinin işyerindeki davranışlarını etkiler.

-"Güvenlik kültürü", ödül sistemleriyle güvenlik performansı arasındaki ilişkiyi de yansıtır.

-"Güvenlik kültürü", bir organizasyondaki kazalar ve hataların sonucu olarak öğrenme ve gelişimdeki gönüllülüğü yansıtır.

-“Güvenlik kültürü”, değişime karşı çok dirençli, istikrarlı ve dayanıklıdır.

“Hasta güvenliği”, tüm ülkelerde öncelikli konu olarak ele alınmıştır (Azami ve ark 2015). Ve ilk çağlardan bu yana tüm toplumlar tarafından önemsenmiştir. Bu nedenle çeşitli uygulamalar yapılmaya ve tedbirler alınmaya çalışılmaktadır. Hasta güvenliği kavramı, tam olarak 1951 yılında ifade edilmiş olmasına rağmen sağlık sisteminde 1960 yıllarında yer almaya başlamıştır (Korkmaz 2018). Amerikan Tıp Enstitüsü tarafından; “1999 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde yayınlanan IOM’ nin “To Err is Human: Building a Safer System (Her İnsan Hata Yapabilir; Daha Güvenilir Bir Sağlık Sistemi Oluşturmak)” isimli birinci raporda ve IOM tarafından 2001 yılında “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century (Kalite Uçurumlarını Aşmak: 21. Yüzyılda Yeni Bir Sağlık Sistemi)” isimli ikinci raporda (IOM 2001) güvenliğin kilit öneme sahip olduğu vurgulanmıştır. Bu, hasta güvenliği için önemli yayın olmakla beraber sağlık hizmetlerinde hatalar ve hastaya zarar verme potansiyeli konusunda bir uyarı niteliğinde olmuştur (Lawati 2015).

Hasta güvenliğinin geliştirilmesi için kalite ve akreditasyon kurumlarının yaptırımlarının yanı sıra çoğu gelişmiş ülkede (ABD, Kanada, Almanya ve İsviçre vb.) kurumsal ve ulusal boyutta belli uygulamalar başlamıştır (Ardahan ve Alp 2015). Ülkemizde ise, “hasta güvenliği” ile ilgili henüz oluşturulmuş bir sistem yer almamaktadır (Ovalı 2010). Hasta güvenliği kavramı son on yıldır önem kazanmış ve kalite programlarının hassasiyetle üzerine eğildiği bir konu olmuştur. Ülkemiz için ilk olan önemli bir gelişme, “Hasta Güvenliği Derneği”nin 2006 yılında kurulmuş olmasıdır. Ayrıca güvenlik kültürünün ses getirmesi ve yayılması için üç kez uluslararası kongreler düzenlenip organize edilmiştir (Korkmaz 2018). Ülkemizde hasta güvenliği ile ilgili ilk kurumsal girişim ise, 2007 yılının Mayıs ayında “Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı” kapsamında "Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı’nın” kurulması olmuştur. Müstakil daire başkanlığı adıyla hizmet veren başkanlık, “Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü” bünyesine Eylül 2009'da aynı isimle dahil edilmiştir. 19 Mart 2012 ve sonrasında ise, “Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü” bünyesinde "Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı" birimi oluşturulmuştur. Bu birim, “hasta güvenliği” ile ilgili çalışmalarını sürdürmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2016).

“Hasta güvenliği”, sağlık bakım hizmetleri kalitesinin önemli bir bileşeni olarak değerlendirilir. Son on yılda, literatürde hasta güvenliği ile ilgili birçok tanım yer almaktadır (Özer ve ark 2019). WHO hasta güvenliğini; sağlık bakımı ile ilişkili hastalara “hataların ve yan etkilerin önlenmesi” ve “hastalara zarar vermemek” olarak tanımlamaktadır (WHO 2009). Sağlık Bakanlığı hasta güvenliğini, sağlık hizmetlerindeki hatalar nedeniyle hastaya verilen zararın önlenmesi veya ortadan kaldırılması olarak tanımlamaktadır (Sağlık Bakanlığı 2009). Diğer bir tanıma göre hasta güvenliği; verilen sağlık hizmeti sırasında istenmeyen durumların ve vakaların önlenmesi, bunlardan sakınılması ve sistemin düzeltilip iyileştirilmesi olarak ifade edilmektedir (Öz 2016). IOM ise hasta güvenliğini: hatalardan kurtulmak değil, kazara yapılan yaralanmalardan kurtulmak olarak tanımlamaktadır (IOM Report 1999). Florance Nightingale; "Tuhaf bir prensip gibi görünebilir ama bir hastanenin öncelikle hastaya zarar vermemeye çalışması gerekir″ sözü ile aslında hasta güvenliği kavramına atıf yapmaktadır (Florance Nightingale 1863). Ulusal Hasta Güvenliği Ajansına göre ise hasta güvenliği; hastanelerde risk değerlendirmesi, hasta risk yönetimi ve tanımlanması, tekrarlayan riskleri azaltmak için raporlama ve analiz, geliştirilmiş çözümleri uygulama ve hastaya daha emniyetli bir şekilde bakım sağlama aşaması olarak tanımlamaktadır (National Patient Safety Agency 2004).

Hasta güvenliğinin amacı; sağlık bakım hizmeti alan hastaları, zararlı uygulamalardan, risklerden ve tehlikelerden uzak tutarak olumlu bir ortam oluşturup emniyeti sağlamaktır (Ak ve ark 2019). Diğer bir amaç ise, sağlık hizmeti veren personele ruhsal ve fiziksel yönden güvenli bir ortam sağlamaktır. Bunun içinde bir güvenlik kültürünün oluşturulması gerekmektedir (Rızalar ve ark 2016). Sağlık hizmeti 24 saat ve 365 gün verilmesi gereken bir hizmet türüdür ve hastanın hayatı ile doğrudan ilgilidir (Akman ve Sekmen 2005). Bu nedenle sağlık hizmetlerinin sağlanması her zaman bir tehlike arz etmektedir. Bu durum bir süreç olarak kabul edildiğinde, sağlık bakım hizmetlerinin verilişinin başından sonuna kadar gereken önlemlerin alınması şarttır. Sağlık hizmetlerinin amacı, hastanın sağlık problemini çözmektir. Hasta güvenliğinin amacı ise kişinin bakım sırasında yeni sağlık sorunları yaşamamasını sağlamaktır. Bu nedenle, fiziksel ve insani olanaklar göz önünde bulundurulmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır (Adıgüzel 2010).

Hasta güvenliği", hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır (Akbulut ve ark 1998). "Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'', sağlık kurumlarında hasta güvenliğini arttırma formülünün, işe alım konusunda kendini gerçek anlamda yetiştirmiş hemşirelerin olması gerektiğinin altını çizer. Ayrıca hemşirelerin eğitimi, görevde tutulması, performanslarının iyileştirilmesi de önem arz eder. Üstelik Uluslararası Hemşireler Birliği hasta güvenliği açısından; enfeksiyon önlemeye, ilaçların emniyetli ve uygun kullanımına, cihaz güvenliğine, sağlıklı klinik uygulamalarına, sağlıklı bakım ortamını içeren çevre güvenliğine, riskli alanlarda kapsamlı tedbirlerin alınmasına, güvenlik konusuna dikkatini vermiş bilimsel bilgiye, hasta emniyetini geliştirmek ve iyileştirmek için bir altyapı oluşturmaya ihtiyaç duyulduğunu düşünmektedir (ICN 2012).

Hasta güvenliğinin sağlanmasında bakım süreci kilit öneme sahiptir. Bakım kalitesini oluşturan sağlık bakım hizmetlerinin Tıp Enstitüsü tarafından yayınlanan iki raporu vardır. Bu raporlara göre sağlık bakım hizmetlerinin iki ana probleminin olduğu vurgulanmaktadır. Bunlar; "sağlık hizmetlerinde kalite ve tıbbi hatalar" şeklindedir (IOM 2000).

"Kalite"; kullanıma veya şartlara uygunluk olarak tanımlanmaktadır (Oksay 2016). Farklı bir tanımı ise hastaya en iyi, en uygun ve en doğru hizmetin verilmesi olarak ifade edilmektedir (Erkılıç 2007). Sağlık hizmetlerinde kalitenin, güvenlik açısından iki boyutu çok önemlidir. Bu iki boyut; "sürekli kalite iyileştirilmesi ve toplam kalite yönetimidir. Söz konusu insan sağlığı ve yaşamı ise sağlık alanı ile ilgili üretilecek hizmetler sosyal yarar sağlarlar. Ek olarak, "sürekli kalite iyileştirilmesi ve toplam kalite yönetimi" kullanımı hasta emniyeti açısından sürekli geliştirme ve iyileştirme için bir fırsat oluşturmaktadır (Tütüncü ve ark 2007).

"**Tıbbi hata";** JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare-Ortak sağlık kuruluşları akreditasyon komisyonu) "tıbbi hata" kavramını, bir sağlık hizmeti sağlayıcısının yetersiz ve dikkatsiz olmakla birlikte uygun ve etik dışı davranışlarıyla hastaya verilen zarar olarak tanımlar (JCAHO 2006). Tıp enstitüsü tarafından yayımlanan raporda Amerika Birleşik Devletleri'nde 98.000 kişi tıbbi hatalar sebebiyle yaşamını yitirmektedir. Tıbbi hataların meydana gelmesinin ise kişisel hatalardan ziyade sistemdeki hatalardan kaynaklandığı belirtilmektedir (IOM

2000). Aiken ve diğerlerinin yapmış oldukları araştırmada hasta mortalitesinin artmasının hemşire sayısının az olmasıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Aiken ve ark 2002). Hemşirelerin hasta güvenliği açısından yaşadıkları sorunların ana nedenlerinden biri de vardiya ve rotasyon sisteminde yapılan yanlışlıklardır. Liyakatlı olmayan personelin tercihi ve atamaları, nöbet sonrası mesai uygulamaları, beden yorgunluğuna neden olan fazla mesai uygulamaları, mobbing ve ergonomik olmayan çalışma ortamı da hatalara yol açıp hasta güvenliğini tehlikeye atmaktadır (Weinger ve Ancoli-Israel 2002).

Hastanelerdeki acil servisler, ameliyathaneler ve yoğun bakım üniteleri diğer birimlere göre hasta güvenliği açısından daha fazla risk oluşturmaktadır (Tütüncü ve ark 2007). Güvenliğin sağlanabilmesi için hastane genelinde risk analizi yapılarak yüksek risk taşıyan hatalardan uzak durulması gerekmektedir (Akpolat ve Sırakaya 2016). Hata risklerinin oldukça düşük olduğu birim ve ortamlarda, hasta güvenliğinin sağlanması açısından daha etkin başarılar elde edilmektedir. Literatür incelendiğinde birtakım hataların ciddi sorunlar teşkil ettiği görülmektedir (Tütüncü ve ark 2007). Bu tıbbi hatalar; hastane enfeksiyonları, cerrahi işlemler, düşmeler, kimlik doğrulama, basınç ülserleri tanı hataları, etkin ve doğru iletişimin sağlanamamasıdır (IOM 2000).

Bu bölümde ilaç uygulama hataları, hastane enfeksiyonları ve cerrahi işlem hatalarına değinilecektir.

1.1.1. İlaç Uygulama Hataları

Hasta güvenliğinde görülen tıbbi hataların başında, hatalı ilaç uygulaması yer almaktadır. Hasta güvenliğinde ilaç uygulamasının son derece önemli olmasının nedeni, ilaçlara bağlı olarak yapılan hatalardan ötürü hastaların sakat kalması ve ölmesi gibi ciddi problemlerin ortaya çıkmasıdır (WHO 2017). Özata ve Altunkan'a göre; *"İstenmeyen olaylar sıralamasında, ilaç hataları dördüncü sıradadır. İlaç uygulamasında; birbirini izleyen reçeteleme, dağıtım, uygulama, izlem ve kontrol süreçleri uygulanır ve bu işlemin herhangi bir aşamasında hatalarla karşılaşılabilir"* (Özata ve Altunkan 2010).

İlaç hataları; reçeteleme, ilaç dağıtımı, etiketleme, paketleme, adlandırma, birleştirme, dağıtım, yönetim, eğitim, gözetim, ilaçların kullanımı, sağlık bakım ürünleri, prosedürler ve sistemsel bağımlılıktan oluşabilmektedir (Sayek 2010). "İlaç uygulama hataları", hastaya yapılan tedavide istenen olumlu sonucun elde edilememesi, ağrı hissi, hastanede uzun süre kalma, hastada organ yetmezliği gelişimi ve yaşam kaybı gibi olumsuz durumlarda ortaya çıkabilir (Mete ve Uslusoy 2006). Birleşik Krallık'da hatalı ilaç uygulama hakkında yayımlanmış bir çalışma analizine göre, hatalı ilaç kullanımının bir sonucu olarak yaklaşık 1200 kişinin hayatını kaybettiği ve son on yıl içinde bu sayının %500 arttığı bildirilmektedir (Preston 2004).

İlaç hatalarında rol oynayan bir diğer etken olan hemşirelerin de önemli hatalar yapabildikleri görülmektedir (Aygin ve Cengiz 2011). Hemşirelik girişimlerinin önemli bir bölümünü oluşturan ilaç uygulamaları ile ilgili olarak İngiltere'de ilaçların yanlış verilmesi, hemşirelerin işten çıkarılma nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Hemşirelerin dava edilme nedeni olarak ilaç uygulama hataları gösterilmektedir (Ardahan 2003). Bu anlamda hemşirelerin "ilaç hataları" konusunda sorumlulukları artmaktadır. Hatalı ilaç uygulamasında hemşirenin rolleri; yasadışı talebe göre ve doktorun talebi dışında ilacın yapılması, görünüm ve okuma benzerliği açısından yanlış ilacın yapılması, hatalı hesaplanan ilaç dozu, yanlış dozun uygulanması, ambalaj ve kutu üzerindeki ilaç bilgilerine dikkat edilmemesi ve en son olarak ilacın uygulanmasının hatırlanmaması olarak ifade edilebilir (Aygin ve Cengiz 2011).

İlaç yapılışına ilişkin hemşirelerin mesleki sorumlulukları; söz konusu ilacın bilinmesi, ilacın hatasız uygulanması, hastanın ilaca verdiği tepkinin izlenmesi, ilaçla bireyin tedavi edilmesi, hemşirelerin eğitilmesi ve bilgilendirilmesi aşamalarını kapsamaktadır (Sayek 2010). İlaç uygulamalarında hemşire, "altı doğru ilkesi"ne göre uygulama yapar. Bu ilkeler; "doğru ilaç, doğru hasta, doğru doz, doğru uygulama şekli, doğru zaman ve doğru kaydetmedir" (Tosun 2014).

1.1.2. Hastane Enfeksiyonları

World Health Organization hastane enfeksiyonunu, enfeksiyon dışında bir nedenle hastaneye kabul edilen hastanın hastanede edindiği enfeksiyon olarak tanımlamıştır (WHO 2012). Hastane enfeksiyonunun kabul edilmesi için hastanın hastaneye yatış sürecinde inkübasyon döneminde olmaması, enfeksiyon bulgularının olmaması gerekmektedir. Ayrıca üzerinden belli bir zaman geçmiş olmalıdır. Bunlar; hastaneye yatıştan kırk sekiz saat, taburcu olduktan üç gün ve bir operasyondan otuz gün sonrasıdır (Pittet ve Donaldson 2005).

Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon (SHİE) yeni doğan grubunda; hastaneye yatış esnasında annede enfeksiyon olmamasına rağmen, 48-72 saat sonra doğan bebekte ortaya çıkan enfeksiyon olarak tanımlanmaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı 2011). Ayrıca dahiliye sorunu olan hastalar, taburcu olduktan 10 gün, ameliyattan sonra ilk 30 gün ve bir yıl içinde kalıcı olarak bir implantın varlığı sonucu ortaya çıkan enfeksiyonlar SHİE'dir (Alcan ve ark 2014). Üstelik insizyon bölgesinde gelişen enfeksiyonlar da SHİE olarak kabul edilmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı 2011).

"Hastane enfeksiyonları tıbbi bir problem olmanın yanı sıra ekonomik bir sorun olarak da ortaya çıkmıştır (Korkmaz 2018). Sağlık hizmeti ile ilişkili tedavi süreçlerinin uzaması, tedavisi mümkün olmayan yeni hastalık ve sakatlıkların ortaya çıkması sonrasında hastaların yaşadıkları ekonomik kayıplar, tedavilerin ölüme yol açması gibi nedenler yüzünden oluşan enfeksiyonların sıklıkla hasta ve yakınlarının hekimler ya da sağlık kurumları ile mahkemelerde karşı karşıya gelmelerine neden olduğu belirtilmektedir (Anderson ve Webster 2001).

Sağlık personelleri enfensiyon kontrolünde bulaş yollarını bilmeli ve gerekli tedbirleri almalıdır. Ancak bu konuda hasta ve hasta yakınlarınında bilgilendirilmesi ve gerekli destek alınmalıdır (Zor Savan 2008). HKÖM (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)'nin tasfiye ettiği; el hijyenine uyulması, santral kateter takarken bariyer önlemlerle uyum, klorheksidinle cilt temizliğinin sağlanması, femoral bölgeye kateter yerleştirilmesinden kaçınılması, işe yaramayan ve işlev görmeyen kateterlerin çıkartılmasından oluşan önerilerin (CDC 2002), Pronovost ve diğerlerinin; sağlık

çalışanları tarafından uygulanmasını sağladıkları 103 YBÜ'sini kapsayan bir çalışma sonucuna göre "SVKİ-KDE" ("santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu") hızlarında %60 oranında azalma sağlandığı gösterilmiştir (Pronovost ve ark 2009).

Hastaneler için en önemli kalite göstergelerinden biride enfeksiyon oranlarının düşük olmasıdır (Karabacak 2014). Son yıllarda, hastanelerdeki enfeksiyon kontrol programlarının hedefinin yalnızca hastanelerde enfeksiyon oranlarını düşürmeyi değil, aynı zamanda hastaneler için "sıfır toleranslı yaklaşım" olan sıfır enfeksiyonlu bir hastane kültürü geliştirmeyi amaçladığı kabul edilmiştir (Hitcho ve ark 2004).

1.1.3. Cerrahi İşlem Hataları

Ameliyathanelerin karmaşık yapıları sebebi ile ortaya çıkan cerrahi hatalar hasta güvenliğini tehdit edebilmektedir (Karayurt ve ark 2017). Hastanede yatan her 50 hastanın birinde cerrahi hata bulunduğu bildirilmektedir (Korkmazer ve ark 2016). WHO ise her 10 hastanın birinde hata bulunduğu bilgisini vermektedir (WHO 2014). Cerrahi hataların sistem ve süreç unsurlarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sistemsel Unsurlar:

-Kurumsal kusurlar / cerrahi işlemin gayri resmi olarak doğrulanması,

-Cerrahi işlemler için preoperatif kontrol listesinin olmaması,

-Cerrahi alanın belirlenmesinden sadece cerrah sorumludur,

-Olağanüstü ve acil vakaların oluşumu,

-Preoperatif hazırlık sürecini kısaltmaya çalışılması,

-Ameliyat sırasında alışılmadık aletlerin veya hastanın özel pozisyonlarının kullanılması,

-Rehberlik ve eğitim eksikliği,

-Anatomik bozukluklar ve obezite gibi unsurlardır.

***Süreçsel Unsurlar İse*:**

-Preoperatif süreçte hastanın yetersiz değerlendirilmesi,

-Tıbbi kayıtların tam olarak gözden geçirilmemesi,

-Sağlıklı/hasta insanlar ile cerrahi ekip azaları arasındaki iletişim eksikliği

-Aynı operasyona katılan birkaç cerrah olması,

-Sağlıklı/hasta bir kişi için aynı zamanda birden fazla operasyon gerçekleştirilmesi,

-Sağlıklı/hasta bireyi ve ailesini operasyon bölgesini belirleme sürecine dahil edilmemesi,

-Cerrahi bölgesinin doğru veya net bir şekilde işaretlenememesi,

-Prosedür açısından cerrahi işlemlere tabi olunmaması,

-Operasyondan hemen önce sağlık/hasta olan kişinin durumunun ve bilgilerinin tekrar incelenmemesi,

-Cerrahi ekip azaları arasında iletişim problemlerinin ortaya çıkmasıdır (Adams ve ark 2006).

Ameliyathanelerde cerrahi planlamaların ilgili tüm taraflarca ortaklaşa yapılmaması ve malzeme teminindeki eksiklikler de önemli bir yer teşkil etmektedir. Özellikle hasta vücutlarında unutulan iğne ve benzeri malzemelerin cerrahi hatalar arasında yer aldığı görülmektedir. Cerrahi hataların kapsamında, hastaya yanlış ameliyatın uygulanması gibi durumlarda söz konusudur (Torrey2008). Mulloy ve Hughes'e göre, 1999 yılına kadar cerrahi hataların önemi fazla anlaşılamamış ve görülme sıklıkları hakkında herhangi bir veriye rastlanılmamıştır. Cerrahi hatalarda özellikle vücudun diğer kısmı üzerinde yapılan hatalı işlemler sıklıkla görülmektedir. Cerrahi hatalar, beklenmeyen ölüm ya da fiziksel sorunların ortaya çıkmalarına sebep olabilmektedir (Mulloy ve Hughes 2007). Ayrıca, kullanılan malzemelerin karışıklığı

ve çeşitliliği nedeniyle o birimde çalışan sağlık personeli stresli ve gergin olmaktadır. Bu sebeple özel dikkat isteyen alanlarda veya yüksek riskli birimlerde çalıştırılan sağlık personellerinin gerekli bilgiye, beceriye ve donanıma sahip olması gerekmektedir (Mansour 2015).

1.2. Hasta Güvenliği Kültürü

"Kültür", en çok tanımlanan kavramlardan biridir. Aslında kültür, her bireyin farklı şekilde ele aldığı bir kavramdır. Kültür, insan hayatına dair tüm maddi ve manevi yaşam biçimlerini içine alan inançlar ve değerler manzumesidir (Nişancı 2012). Genel olarak kültür, çeşitli insan topluluklarında var olan farklı yaşam biçimi anlamına gelmektedir (Şimşek ve Fidan 2005). Kültür, "büyük ölçüde doğal, dinsel, hukuksal, toplumsal, ekonomik ve benzeri durumların eseri" olarak değerlendirilebilir. Bu yönüyle ele alındığında kültür, insanoğluna ve içinde yaşadığı topluma ait birçok şeyi kapsar. Ayrıca, bize bu konuda önemli ipuçları verir. Kültür; insanoğluna bireysel ve toplumsal alanlarda insanlara ne yapmaları, nasıl hareket etmeleri ve davranmaları gerektiğini öğretir (Gündoğdu 2012).

"Örgüt kültürü"; her toplumun ve toplum içinde faaliyet gösteren örgütlerin kendilerine özgü birer kültürü vardır. "Örgüt kültürü", kuruluşun kendi istek ve talebi ile toplum kültürünü benimseyip, etkilenmesiyle oluşan ayrıca çalışan personelin davranışlarını etkilemesi olarak nitelendirilmektedir (İşler 2013).

"Kurumsal kültür", bir kurumda işlerin yapılış şeklidir. Kurumsal kültürün oluşmasında en önemli faktör kurum kaynaklarının (mali-finans, tıbbi malzeme, teçhizat-donanım, personel ve zaman) etkili, verimli ve hakkaniyetli kullanılmasıdır. Hasta güvenliği kültürü ise sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin öncelikli konu ve ortak değeridir (Dursun ve ark 2010).

"Hasta güvenliği kültürü"; sağlık kurumlarında görev yapan, özellikle hizmet alan hasta ve onların yakınlarıyla doğrudan temas halinde olan sağlık personellerinin (Karaca ve Arslan 2014), hasta haklarını bilmesi, koruması, saygı göstermesi ile kurumun tüm çalışanlarının bulunduğu ortamlarda göstereceği dikkat ve özen diye tanımlanmaktadır. Ayrıca "hasta güvenliği kültürü", sağlık bakım hizmeti sunulan kurumların kalite ve güvenilirliği adına kritik bir yer oluşturmaktadır

(Adıgüzel 2010). Bu yüzden sağlık kurumları, çalışan tüm personeline hasta güvenliğini benimsetmelidir (Karaca ve Arslan 2014). Personelin hasta güvenliğini görev tanımının bir parçası olarak görmesini sağlamalıdır (Adıgüzel 2010).

"Hasta güvenliği kültürü", hastaların karşılaştığı olumsuz vakalar bütünüdür. Son yıllarda, sağlık hizmeti veren kurumlarda "hasta güvenliği kültürü" kavramı, kurum içinde yaygınlaşmış ve önem kazanmıştır. "Hasta güvenliği kültürü", sağlık bakım hizmeti sunulan kurumlarda önem kazandıkça hasta güvenliği ve kurum standartlarında yükselme görülmektedir. (Nie ve ark 2013). Hasta güvenliği kültürünün gelişmesi için istenmeyen olayların ve medikal hataların önlenmesi gerekmektedir. Ayrıca çalışanlar arasındaki iletişimle ilişkilerin sağlıklı ve istikrarlı sürdürülmesi gerekmektedir (Kapıkıran ve ark. 2018). Sağlık merkezlerinde hasta güvenliği kültürünün iyileştirilmesi için; yeterli personelin olması, hataların çekinilmeden raporlanması, bu konuda destek veren personele açık ve adil bir ortam oluşturulması gerekmektedir (Tabrizchi ve ark 2012). Hasta güvenliğinin sağlık kuruluşlarında başarılı bir şekilde sürdürülebilmesinde ve kaliteli olabilmesinde kurum idarecilerinin emniyet konusundaki kararlılığı önem arz etmektedir (AHRO 2014). Kurumda olumlu bir hasta güvenliği kültürünün olabilmesi için; sağlık çalışanları, yöneticiler, hastalar, onların aileleri arasında uygun ve açık bir iletişimin olması gerekmektedir (Akgün ve ark 2007).

Hasta güvenlik kültürünün olgunlaşması 5 seviyede gerçekleşmektedir (Ashcroft ve ark 2008).

Şekil (1. 1.) Hasta Güvenlik kültürü Olgunlaşma Düzeyleri

Gelişme Seviyeleri	Hasta Güvenlik Kültürünü Geliştirici Yaklaşım
Patolojik	Olumlu bir güvenlik kültürü geliştirmek için bir sistem yoktur. Kazalar, şanssızlık, kurum dışında hasta davranışı veya personelin başarısızlığı nedeniyle ortaya çıkar. Mümkün oldukça olaylar ve şikayetler sümen altı yapılır. Bireylerin iddianame kültürü oldukça yaygındır. Raporlama konusunda geçici bir sistemi var.

Şekil (1. 1.) (Devam) Hasta Güvenlik kültürü Olgunlaşma Düzeyleri

Reaktif	Soruşturmalardan ve/veya gözetim olaylarından kısmen bir sistem sorumludur. Bu örgütler, kendilerini koşulların / olayların kurbanı olarak görür. Birey, problemlerin nedeni olarak düşünülür. Çözüm, daha fazla eğitim ve cezadır. İyileştirilmemiş bir raporlama sistemi mevcuttur. Personelin kazaları bildirmesi için teşvik edilmez. Kazayı bildirmek için sadece personelin isteksiz olduğu suçlayıcı bir kültür vardır. Kaza olduğunda, hastalara ve etkilenen bölümlere yardımcı olmak için hiçbir şey yapılmaz.
Analitik	Hasta güvenliğine sistematik bir yaklaşım vardır ancak uygulamalar oldukça dağınıktır ve olay incelemeleri, dar bir ortamda gerçekleştirilir. Personel, kazaları bildirmek için teşvik edilir ancak kendilerini güvende hissetmezler. Şikayetler dikkate alınır.
Pro-aktif	Olumlu güvenlik kültürü geliştirmek için kapsamlı bir yaklaşım vardır. Kazalar, sistem ve bireylerin arızasının bir kombinasyonu olarak kabul edilir. Kazaları ve ramak kala hatalarının bildirmesi için teşvik edilir. Çalışanlar, bu raporu bir öğrenme fırsatı olarak değerlendirir.
Üretken	Olumlu, yaratıcı ve koruyucu güvenlik kültürü, organizasyon misyonunun merkezinde yer almaktadır. Organizasyon, başarısızlıklardan ders alarak etkinliği ölçer. Başarısızlıklar, kurumun güvenliği iyileştirmesine izin verecek bir değişiklik anlamına gelir. Çalışanlar, hastalar ve dahil olanlar aktif olarak desteklenir. Ayrıca organizasyon, açık ve güvenlidir.

Kaynak: Ashcroft DM, Morecroft C, Parker D, Noyce PR, 2008. "Safety culture assessment in community pharmacy: development, face validity and feasibility of the manchester patient safety assessment frame work." Quality and Safety in Healthcare 14(6): 417-21.

1.2.1. Hemşirelik ve Hasta Güvenliği Kültürü

Kaliteli hemşirelik eğitimi, "Florance Nightingale" ile başlamıştır. "Kırım Savaşı" esnasında morbidite ve mortalite oranlarında önemli bir azalma sağlayan "Florance Nightingale", 1859 senesinde dünyada ilk kez hastane performansını ölçmüştür (Florance Nightingale 1863).

Günümüzde, hemşirelik uygulamaları genişlemiş ve yeni boyutlara geçmiştir. Bu değişim ve gelişim, hemşirenin öncelikle bakım işlevine odaklanmasına neden olmuştur (Ardahan 2003). Bunlardan biri, hemşirenin bakmakta olduğu kişi veya grup için fiziksel, psikososyal olarak güvenli bir ortam yaratması ve emniyetli bakım sağlamasıdır (Karaca ve ark 2014). Nightingale'ye göre hemşirenin gayesi, hastanın

şifa bulması için doğa içerisinde en uygun ortama yerleştirilmesidir (Florance Nightingale 1863).

Hemşireler, strateji ile sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesinde ve "hasta güvenliği" ile alakalı uygulamalarda önemli rol oynamaktadır (Ak ve ark 2019).

"Hemşirelik"; sağlık düzeni olarak ifade edilen bu kavram; bireyin, ailenin, toplumun sağlığını emniyete almak ve geliştirmektir. Ayrıca hemşirelik, rahatsızlık durumunda tedaviye yönelik çabaların tümüdür (Aygin ve ark 2011). Hemşirelik, sağlık hizmetlerinin tüm alanlarında hasta güvenliği ile yakından ilgilidir. Bu nedenle hemşireler, hastaların taşıyabilecekleri riskleri azaltma konusunda onları eğitmeleri, ayrıca diğer sağlık personeliyle birlikte hasta güvenliğini savunmaları ve olumsuz olayları bildirmeleri de görevlerindendir (ICN 2006).

Hemşire, görevi gereği hasta ile uzun zaman etkileşimdedir. Böylece tedavi öncesi, sırası ve sonrası olmak üzere her aşamada aktif rol oynar. Multidisipliner ekip içerisinde önemli bir yeri olan hemşire, hayatı tehdit eden tıbbi hataların önlenmesi, tanılanması ve düzeltilmesini de kapsar. Kısacası hemşire, hasta güvenliği açısından kritik bir role sahip olan sağlık bakım personelidir (Ak ve ark 2019). Hemşireler sorumluluklarını ilgili kanun ve düzenlemelere, özellikle de hemşirelik yasasına göre sağlık hizmetlerinde "bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız" görevlerini uygulamaktadırlar (Aygin ve ark 2011).

Hemşireler, hataları önlemek için özellikle hasta güvenliğinde kilit bir rol oynamaktadır (Özer 2019). Hemşire liderler, ekibin her üyesinde hasta güvenliğini sağlamada ve desteklemede sorumluluk hissettiren bir çevre oluşturur. Ayrıca onlar, kendi yetenek ve becerilerini kullanarak diğer personelin doğruyu yapmaları konusunda model olurlar. Ayrıca hemşireler; çalışanları yönetme, risk altındaki davranışları tespit etme ve hata riskini azaltmada sorumlu kişilerdir (Ünsal Atan ve ark 2013). "Uluslararası Hemşireler Konseyi" (ICN), hasta güvenliğini bir hemşirelik uygulama ve sağlık kalitesi olarak nitelendirir. Konseye göre hemşireler, hasta güvenliği için güvenli olmayan koşullara maruz kalmasına engel olabilecekleri gibi

onların, doktorların ve eczacıların neden olduğu hataların %86'sını hastalara zarar vermeden önleyebileceklerini de kanıtlamıştır (ICN 2006).

"Hasta güvenliği kültürü" hemşire ile özdeşleşir ve onlara dayanır (Yorgun ve ark 2012). Sağlık kurumlarının hasta güvenliğini tam anlamıyla algılayabilmesi ve gerçekleştirebilmesi için belirli kavramlar ön plana çıkmaktadır. Bunlardan önemli bir tanesi de örgütsel bağlılıktır (Rızalar ve ark 2016). Örgütsel bağlılığın varlığı kültürün oluşumuna ve sürekliliğine katkıda bulunan faktörlerden biridir. Bu faktörün olması çalışanların bağlılıklarının artırılmasının gerekli olduğunu göstermektedir (Mert 2019). Ancak, hasta güvenliği kültürünün sağlık kurumlarında oluşturulması esnasında tüm seviyelerde örgütsel bağlılıkla ilgili problemlere değinilir (AHRO 2014). Bu problemlerin giderilebilmesi için öncelikle örgütün amaçlarının tüm çalışanlar tarafından benimsenmesi veya benimsetilmesi gerektiği düşünülmektedir (Mert 2019).

1.3. Örgütsel Bağlılık

Örgütlerin devamlı olabilmesi için, iş görenlerin sorumluluklarını ve vazifelerini yerine getirmelerinin dışında bütün iş görenlerin bir uyum içinde koordineli çalışmalarını gerektirmektedir (Arslan ve ark 2013). Kurum içinde bunların var olabilmesi için gerekli ortam oluşturulmalıdır. Bu şartların sağlanması, örgütsel bağlılık duygusunu ve yüksek performansı geliştirmektedir (Eren ve Bal 2015). Bu bölümde örgüt kavramı, örgütsel bağlılık ve bağlılığı etkileyen faktörlerin önemine değinilecektir.

1.3.1. Örgütsel Bağlılık Kavramı ve Önemi

Latince bir kelime olan organon'dan (organ) türetilen "**örgüt kavramı",** bireylerin başkalarıyla tanışarak çabalarını, bilgilerini ve becerilerini birleştirip hedeflerine ulaşmalarını sağlayan grup, iş bölümü ve koordinasyon sistemi olarak ifade edilebilir (Şimşek ve Çelik 2012).

Örgüt olgusu; bazılarına göre ortak bir amaç için düzenlenen faaliyetlerin organizasyonudur. Bazılarına göre ise örgüt, birlikte olmamız gerekliliğinden kaynaklanan sosyal bir yapıdır. Örgütün ortaya çıkması için bir çalışmanın gerekliliği ve amacının ortaya çıkması, insanlığa ihtiyacı doğurmuştur (Sayın 2008).

“Bağlılık kavramı” birine karşı duyulan saygı, sevgi, yakınlık ve sadakat olarak tanımlanır (Türk Dil Kurumu 2019).

“Örgütsel bağlılık” ise çalışanın kendisini örgütün bir parçası olarak görmesi, hissetmesi ve örgüt ile kurduğu güç birliğinin derecesidir (Karademir ve Karakaya 2013).

Örgüt-çalışan arasındaki ilişki sonucunda ortaya çıkan örgütsel bağlılık, çalışan bireyin örgüte karşı hissettiği bağın gücünü göstermektedir. Bu sebepten çalışanların işlerindeki ve beraber iş gördükleri örgütlerdeki memnuniyetlerini sağlamak, kuruluşlar için üretim ve satış yapmak kadar önemlidir. Nedeni ise örgütsel performansın örgütsel bağlılık duygusuyla arttığına inanılmasıdır (Eren ve Bal 2015). Bu çerçevede örgütsel bağlılığın “işin geciktirilmesi, devamsızlık ve işten ayrılma” gibi istenmeyen sonuçları azaltması, bireyin ve kuruluşun performansına pozitif etki oluşturduğu ifade edilmektedir (Mert ve ark 2019).

Örgütsel bağlılık hakkında genel anlamda iki görüş öne çıkmaktadır. İlk görüş, Morrow (1983) tarafından ortaya atılmıştır. Morrow örgütsel bağlılığı "işe katılım, iş ahlakı ve kariyer” kavramlarından farklı olarak bağlılık konseptinin “iş gücü devri, performans” vb gibi öğeler üzerindeki tesirlerin ve önemli neticelerinin anlaşılabilmesi için alakalı olduğu kavramlardan ayrı ele alınması gerektiğini ifade etmiştir. İkinci görüş, Reichers tarafından ortaya atılmıştır. Reichers (1985), bağlılığın tek boyutlu bir kavram olmadığını, bağlılıkta pek çok farklı faktörün bir araya geldiğini, bunun sonucunda bağlılığın örgütün bir bileşimi olarak anlaşılması gerektiğini ifade etmiştir. Allen ve Meyer (1990) ise, örgütsel bağlılığı üç şekilde ele almıştır. Bunlar; duygusal, normatif (ahlak) ve devamlı (zorunlu) bağlılıktır.

“Duygusal bağlılık”; bireyin kuruma karşı bağlılığı, arzusu, kuruluşla özdeşleşmesi ve aktif olarak katılma isteği olarak tanımlanmıştır.

“Devamlı bağlılık”, deneyim kaybının iki şekliyle sunulan uygun iş olanaklarının bulunmaması ve bireyin kurumdan ayrılma sonucu maliyetlerinin artması nedeniyle kuruma boyun eğmesi olarak tanımlanmaktadır.

"Normatif bağlılık", bireyin kurumun değerlerine ve hedeflerine bağlılık duygusu olarak tanımlanmaktadır (Mahdavi ve ark 2014)

Hunt ve Morgan örgütsel bağlılığı, kişinin kurumun amacına ve değerlerine ulaşmak için çaba göstermeye istekli, örgütün bir üyesi olarak kalma ve devam etme arzusu olarak değerlendirmektedir. Örgütsel başarının arkasındaki itici güç, örgütsel bağlılıktır (Hunt ve Morgan 1994). Örgütsel bağlılık; bir memnuniyet duygusu, aidiyet, çalışanların kuruma bağlanması ve bağlılığıdır. Ayrıca bu bağlılık, performansa dayalı daha olumlu finansal başarı getirebilmekte, kuruluşun etkinliğini ve verimliliğini artırmaktadır (Nagneh 2017). Kuruluşlarına bağlı çalışanlar; başarıyı artıran, kuruluşun amaçlarını ve ilkelerini benimseyerek işten ayrılma niyetinde olmayanlar haline gelmektedir (Mert 2019). Örgütsel bağlılığı sağlanmış işgörenlerin, hizmetlerini yerine getirirken kurumlarının amacına ulaşması açısından daha fazla çaba sarf ettikleri görülmektedir (Şahin ve Sevinç 2012). Örgütsel bağlılıkla ilgili araştırmalar; daha çok örgütün "ilke, misyon ve değerlerini benimseme, örgüt ile kaynaşma, kaliteyi artırma, motive etme, takım ruhunu güçlendirme, daha fazla çaba harcama, gayret sarf etme gibi işgörenlerin his ve eylemleri ile doğrudan bağlantılı olmaktadır" (Ak 2019).

Kurumların hedeflerine varabilmesi, işgörenlerinin ortaya koymuş olduğu performanslarının yüksek tutulması ve tatmin edilmiş olması ile ilgilidir. Günümüzde varlığını sürdüren "yoğun rekabet ve değişimin getirdiği stres, çatışma bozukluğu ve iletişimsizliğin" işgörenlerin moralini bozduğu düşünülürse, işgörenlerin mesleğine ve onların kurumuna karşı tutumlarının belli dönemlerde ölçülmesinin gerekli olduğu ortaya çıkmaktadır (Sevinç ve Şahin 2012).

1.3.2. Örgütsel Bağlılığı Etkileyen Bireysel Faktörler

"Örgütsel bağlılığı" etkileyen çeşitli faktörler mevcuttur. Bunlar, kişisel ve organizasyonel etkenlerdir (Esen 2019). Ayrıca "örgütsel bağlılığı" belirleyen etmenleri; bireylerin geçmiş iş deneyimleri, durumsal, örgütsel-görev ve kişisel-demografik etkenler olarak sınıflandırmak mümkündür (Yalçın ve İplik 2007). Bu açıdan, aşağıda örgütsel bağlılığı etkileyen bireysel faktörler incelenmiştir.

Cinsiyet

"Örgütsel bağlılık" ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi açıklamak için iki yaklaşım vardır: Bunlar, iş ve cinsiyet modelidir. İş modeline göre, kadın ve erkek çalışanların sadakat düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur. Cinsiyet modeline göre ise tam aksine, kadınların erkeklerden daha az bağlılık göstereceği savunulmaktadır (Allen ve Meyer 1991). Duygulu ve Aban'ın (2007) araştırma sonucuna göre, cinsiyet ile örgütsel bağlılık arasında çelişkili bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Bunlar; bazı kadınların örgüte bağlılık düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek, bazılarının ise daha düşük olduğudur. Ayrıca Durna ve Eren (2005) ile Duygulu ve Aban (2007) gibi, kuruma bağlılıkla cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirten çalışma sonuçlarına da rastlanmaktadır. Karakaya ve Karademir (2013), bunun sebebini kültürel farklılıklara bağlamaktadır.

Küçüközkan tarafından yapılan bir çalışma sonucuna göre kadınların erkeklere oranla duygusal bağlılıklarının daha yüksek, devam ve normatif bağlılıklarının ise erkeklere nispeten daha düşük olduğu belirtilmektedir (Küçüközkan 2015). Örs ve arkadaşları ise, yaptıkları bir çalışma sonucuna göre erkek ve kadın çalışanların örgütsel bağlılık düzeylerinin birbirine yakın olduğunu ifade etmektedir (Örs ve ark 2002). Farklı bir çalışmada erkeklerin kadınlara nispeten örgütlerine daha fazla bağlı olduğu bildirilmiştir (Öztürk ve Özata 2013). Bunun sebebini ise erkeklerin aldıkları ücretin daha fazla olmasına ve daha iyi pozisyonda çalışıyor olmasına bağlanmaktadır. Kadınların örgütlere daha az bağlı olmasının ise aile içindeki rollerini daha çok benimsedikleri ve mesleğindeki rollerini ikinci planda tutmalarından kaynaklandığı ifade edilmektedir (Hoş ve Oksay 2015).

Peterson'un ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada örgütsel bağlılığın dört ülkede (Avustralya, Çin, Macaristan, Jamaika) erkeklerde, iki ülkede (Bulgaristan ve Romanya) kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Sonuçlar; büyük güç mesafesi, belirsizlikten kaçınma, kısıtlama, kadın olma ve bağlılık arasında bir ilişkiyi öngördüğünü göstermektedir. Bunların hepsi, geleneksel modernite temelli cinsiyet ve işyeri anlayışına sınırlamalar getirdiğini göstermektedir (Petrson ve ark 2019).

Yaş

Her yaş dönemi, insanları yaptıkları işlerine karşı algılarını, tutumlarını, beklentilerini ve isteklerini etkilemektedir (Küçüközkan 2015). Hoş ve Aksoy'a göre yaş ve örgütsel bağlılık arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Onlara göre yaş, "devam bağlılığı" ile ilişkilidir. Aynı eserde yaşın ilerlemesine bağlı olarak, çalışanın alternatif istihdam fırsatlarının sınırlandırılması ve kuruluştan ayrılma maliyetinden dolayı zorunlu bağlılık davranışlarına yönlendirileceği ifade edilmektedir (Hoş ve Aksoy 2015). Fakat buna karşılık Duygulu ve Aban'ın yaptığı çalışmada, çalışanın yaşı ilerledikçe sadakatinin arttığı, buna bağlı olarak yaş ile kuruma bağlılık arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Duygulu ve Aban 2007). Kaya, çalışmasında örgütsel bağlılık alt alanlarından devam bağlılığı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ifade etmektedir (Kaya 2010). Öte yandan Hrebiniak ve Alutto (1972) yaş ve örgüte bağlılık ile ilgili fikirlerine, gençlerin mesleğine yatırım yapmaması ve mesleki başarılarının gelişmemesi nedeniyle örgütlerine daha az bağlandıklarını; Blau ve Lunz (1998) ise herhangi bir meslekteki genç bireylerin, daha yüksek düzeyde işten ayrılma eğiliminde olduklarını vurgulamaktadır.

Özetle, yaşlı çalışanların kuruluşlarına genç insanlardan daha fazla bağlı olma eğiliminde olduklarını söyleyebiliriz, çünkü yaşlıların mesleğinden ve kuruluştaki konumlarından daha memnun olmakla beraber yaşlılar, kuruluştaki yatırımlarını da düşünmektedir (Karakaya ve Karademir 2013). Örgütten ayrılmama ise elde edilmiş kazançların kaybedilmesi ve istikrarla devam eden yaşam standartların tehlikeye atılması anlamına geldiği için birey, örgüt üyeliğini sürdürmeyi seçer ve örgüte karşı bağlılığını güçlendirir (Mahdavi ve ark 2014).

Eğitim

Yapılan araştırmalarda genel olarak eğitim düzeyi ile kuruma bağlılık arasında olumsuz bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Hoş ve Oksay 2015). Eğitimle ilgili araştırma sonuçları arasında tamamen tutarsızlık söz konusu olsada eğitim ve organizasyona bağlılık arasında zayıf bir negatif ilişki tespit edilmiştir. Bu negatif ilişkinin nedeni, yüksek eğitim seviyelerine sahip bireylerin daha yüksek beklenti ve daha fazla iş alternatifine sahip olmasıdır (Eren 2004). Çalışanların eğitim düzeyi, onların iş hayatına olan bakış açısını ve beklentilerini etkilemektedir. Eğitim seviyesi

artıkça; iş hayatı, işin anlamı ve işten beklentiler farklılaşmaktadır. Ücrete ve diğer çalışma koşullarına olan talep, eğitime harcanan zamanı artırmaktadır (Demir 2012). Eğitim seviyesi yüksek insanlar için iş hayatı sadece topluluk içinde para kazanma değil aynı zamanda yüksek statüye, prestijli bir işe sahip olma ve sosyal ilişkileri olumlu etkileme anlamına da gelmektedir (Yazıcı Altuntaş 2014).Tersine eğitim düzeyi düşük bireyler, iş bulma olanakları sınırlı kaldığı için çalıştıkları örgütlerine bağlanmaları mümkündür. Bazı araştırmalarda ise eğitim seviyesi ile örgüte bağlılık arasında bir ilişki olmadığı iddia edilmiştir. Bu çalışmalardan birini yapan Rabinowitz ve arkadaşları (1982), eğitim ve örgüte bağlılık arasında bir ilişki tespit etmediklerini belirtmiştir. Ayrıca onlar, bu çalışmada eğitim düzeyi değişkeninin örgütsel bağlılığı belirlemede etken olmadığını da belirtmiştir.

Medeni Durumu

Bireyin medeni halinin örgütsel bağlılık üzerinde tesirli olduğu belirtilmiştir. Bu örgütsel bağ, zayıf ancak olumlu bir bağdır. Öte yandan medeni durumun zorunlu taahhütle ilgili olabileceği muhtemeldir (Hoş ve Oksay 2015). Durna ve Eren (2005)'in yaptıkları çalışmada, medeni durum ile örgütsel bağlılık arasında çok güçlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Alt boyutlarda ise normatif bağlılıkla güçlü ve duygusal bağlılık da zayıf bir ilişki vardır. Ancak normatif ve duygusal bağlılığın, zorunlu bağlılıkla herhangi bir ilişki olmadığı ifade edilmektedir. Arbak ve Kesken (2005), evli veya dul bireyleri özellikle kadınları, onların bağlılık gösterdikleri örgütten ayrılmayı ve onları, bağlılığı olmayan bekâr bireylerden daha fazla maliyetli görmektedir. Hoş ve Oksay (2015), bunun sebebinin evli bireylerin finansman yüklerinin bekâr bireylere göre daha fazla olmasından kaynaklandığını belirtmektedir. Bakan (2011) ise, evli bireylerin ailesine karşı sorumluluk bilinci taşıması nedeniyle işsizliği göze alamadıklarını ifade etmektedir. Hrebiniak ve Alutto (1972) ile Arbak ve Kesken (2005), çalışmalarında yer alan analiz sonuçları çerçevesinde bekârların bağlanma eğilimlerinin evlilere oranla daha düşük olduğunu ifade eder. Öztürk ve Özata (2013) ise, çalışmasında bu sonucun tam tersini yani bekâr hemşirelerin evlilere göre örgütsel bağlılıklarının daha yüksek olduğunu belirtmektedir.

Kıdem (Çalışma Süresi)

Birçok çalışma, çalışan bağlılığını arttırma taahhüdünü etkileyen faktörlere odaklanmaktadır. Bu çalışmaların neticelerine göre; "yaş, cinsiyet, medeni durum ve çalışma süresi" sadakatin en önemli belirleyicileri olarak kabul edilmektedir (Yalçın ve İplik 2007). Örgütsel bağlılıkla ilgili bir diğer değişken, işgörenin organizasyonda çalıştığı zaman onların kıdemi veya hizmet yılı arttıkça organizasyondan elde edeceği kazanımlar artmaktadır. Ayrıca örgüt ve işgören tarafından karşılıklı yapılan bir yatırım olarak kabul görmektedir (Esen 2019).

Araştırmacılar, yaş ve kıdem arasındaki ilişkiyi belirlemek için çalışanların yaş ve hizmet yıllarını karşılaştırmaktadır. Becker (1960), yaş ve kuruluştaki bireysel yatırımlar arasında pozitif bir ilişki bulduğunu belirtir. Ritzer ve Trice (1969) ise, kıdem ve yatırım arasında yakın bir ilişki bulduğunu ifade etmiştir. Allen ve Meyer (1993) yaş ve kıdemi, farklı bağlılık türleri arasındaki ilişkinin ayrı yönleri olarak tanımlarken Çoban (2011), kıdem ve örgütsel bağlılık arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmiştir.

Meslek

Kişinin amacı, kişisel ihtiyaçlarını karşılamak ve hedeflerini gerçekleştirmektir. Kişinin yapacağı işin bu ihtiyaç ve hedeflere ulaşmanın bir yolu olup olmayacağına dair beklentileri vardır. İşgören ile kuruluş arasında imzalanan sözleşme, çalışma şartları ve pazar açısından kurumsal taahhüt ile ilişkilidir. Bu ilişkide kurumlar, bireylerin kişisel hedeflerine ulaşmaları için bir araç olarak kullanılır. Sonuç olarak, kuruluşların bu hedeflere ulaşma becerileri ve yetenekleri kurumsal taahhütü etkiler (Zaccaro ve Dobbins 1989).

Nitekim iş görenlerin sosyalleşme süreci, çalışan ile idareci arasındaki bağ, kurumsal iklim, müşteri merkezli bir kuruluşun atmosferi, kurumsal güvenilirlik boyutu ve işten tatmin olunması tartışılmaktadır. Özellikle, bu grupta belirtilen iş görenlerin mesleki yapılarının örgütsel bağlılığın önemli bir belirleyicisi olduğu düşünülmektedir (Akıncı 2011).

Kişilik

Bağlılık, iki farklı sistemde gerçekleşir. Birincisi, sosyal sistem ve ikincisi ise, kişilik sistemidir. Sosyal sistem; "sosyal kontrol, grubun birliği ve sistemin devamlılığıdır." "Kişilik sistemi; bilişsel, duygusal ve normatif yönelimlerden oluşmaktadır. Kuruluşun üyelerine uyguladığı davranışsal gereksinimler, farklı katılım türlerine yol açmaktadır (Atalay 2010).

Kişilik; bireyi diğerinden ayıran zihinsel, duygusal ve davranışsal özellikler bütünüdür (Doğar ve Gürsoy 2017). Agresif olan ve çevrelerine uyum sağlayamayan insanlar, yaşama ait olumsuz bir bakış açısına sahip oldukları için başkalarıyla rahat bir ilişki kuramadıkları ve genellikle iş memnuniyetsizliği yaşadıkları için örgütlerine bağlı olamayacağı belirtilmektedir (Keser 2006). Genel inanç ise, özel hayatlarında mutsuz insanların işlerinde mutluluk arayacağı için örgütlerine bağlı olacağı yönündedir. Ancak, çalışma bunu doğrulamamıştır. Negatif tutumların olumsuz etkileri gözlenmektedir. Fakat, neden-sonuç ilişkisinin netlik kazanmadığı görülmektedir (Hoş ve Oksay 2015).

1.3.3. Örgütsel Bağlılığı Etkileyen Faktörler

Örgütsel bağlılığı etkileyen faktörler; işin doğası ve önemi, yönetim tarzı, karar alma sürecine katılım, çalışma grupları, örgüt kültürü, rol çatışması, astların beceri düzeyi, iş üzerinde durulması, iş kimliği ve örgütsel ödüllerdir (Glisson ve Durick 1988).

Ek olarak bazı araştırmacılar örgütsel faktörlere; "iş zorluklarını, zayıf ilişkileri, çalışanların kariyer gelişimini ve beklentilerini, onların gereksinimlerine vurgu yapma, ücretsel adalet, kontrol ilişkilerini ve rol belirsizliklerini" eklemektedir (Gaertner ve Nollen 1989). Bu çalışmada ise; "örgütsel faktörler; ücret düzeyi, örgüt kültürü, yönetim, liderlik ve iletişim" başlıkları altında açıklanacaktır.

Ücret Düzeyi

"Ücret düzeyi", çalışanın organizasyondaki ve sosyal yaşamdaki durumunu belirleyen bir unsurdur (Aşık 2010). Kurumsal bağlılığı etkileyen faktörler arasında; "adil ücret dağılımı, ücret politikası ve ücretin dağılımında adalet algısı" yer

almaktadır (Özcan 2008). İşgörenler, kurumlarında uygulanan "ücret sistemi" ve "terfi" politikasının adaletli ve beklentileri doğrultusunda olmasını ister (Aşık 2010).Diğer taraftan, belirlenen maliyetlerin yeterliliği iş görenin işine karşı davranışını ve gereksiniminin karşılanma derecesini belirlemektedir (Özcan 2008). Aynı işi yapan benzer ünvana sahip iş görenlerin farklı ücretlendirilmeleri, sağlık kuruluşu çalışanlarında motivasyon ve verim kaybına sebep teşkil etmektedir (Akpolat ve Sırakaya 2016).

Ücret düzeyi düşüklüğü, çalışanın kendini işe bağımlı hissetmemesini ve kendini işte geçici olarak görmesine sebep olur. Böylece bu durum, çalışanları daha iyi parasal olanaklar aramaya zorlar. Ücret düzeyi düşük işlerin ciro oranı genellikle yüksektir (Akpolat ve Sırakaya 2016). Bir araştırma sonucuna göre işi bırakma ya da çalışmaya devam etmeyi etkileyen en önemli faktörlerden birinin "ücret düzeyi" olduğu öne sürülmüştür. Dolayısıyla ücret düzeyi ile örgütsel bağlılık arasında güçlü bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır (Barutçugil 2004).

Örgüt Kültürü

"Örgüt kültürü", kurumsal bağlılığı belirleyen etmenlerden biridir. "Örgüt kültürü", bir kurum içindeki iş görenlerin davranışlarını yöneten "normlar, davranışlar, değerler, inançlar ve alışkanlıklar sistemi" diye ifade edilir (İşler 2013). Bir kurumda, işlerin nasıl yürüyeceğini örgüt kültürü belirler (Goffee ve ark 2000). Ayrıca, örgüt kültürünün kişisel ve kurumsal çıktılar üzerinde önemli bir etkisi vardır (Chow ve ark 2001).

"Örgüt kültürü" ve "örgütsel bağlılık", son yıllarda en çok tartışılan konular arasındadır (Çavuş ve ark 2008). Rekabet nedeniyle dünyadaki hızlı değişim şirketleri, bir yandan insan kaynaklarına önem vermeye diğer yandan da eldeki azami işgücünden yararlanmaya ve yatırıma zorlamaktadır (Demir ve Öztürk 2011). Bu, çalışanların örgüt kültürü ve bağlılık algılarının önemini artırmıştır (Çavuş ve Gündoğan 2008).

İletişim

İletişim, örgütsel taahütü etkileyen en önemli fartörlerden bir tanesidir. Örgüt içi iletişim, yönetici ile çalışan arasında bilgi ve düşüncelerin karşılıklı aktarımıdır (Barutçugil 2004). İletişim kurmadaki gaye, karşı tarafa anlamlı mesajlar iletme ve iletilen bu mesaj sayesinde karşı tarafın tutum ve davranışlarında değişiklikler yaratmaktır (Tutar ve ark 2003).

İletişim ortamı ve organizasyon içinde bilgi paylaşımı, çalışan bağlılığını sağlamada kilit unsurlardır. Bilgilendirilmiş ve dikkatle dinlenilen bir işçi, kendisinin değerli ve önemli olduğunu hissedecektir. Böylece çalışanlar kurumuna ve idarecilerine daha güçlü bir bağlılık ve adama duygusu içinde olacaktır (Doğan ve Kılıç 2007). Ayrıca, üstlerin çalışanlarla pozitif ilişki içerisinde olması çalışanların işe katılım seviyesini artıran bir diğer etkendir (Yazıcı Altuntaş 2014). Bunun yanı sıra "örgütsel bağlılık, iş gören ve örgüt arasında çok boyutlu olarak bir etkileşime dayanmaktadır" (Ak 2019).

Liderlik

Örgütsel bağlılığı etkileyen faktörlerden biriside liderlik rolleridir. "Örgüt kültürü; yönetim ve liderlik biçimi, çalışanların kişisel ve demografik özellikleri, örgütün içinde faaliyet gösterdiği sosyoekonomik yapı, toplumsal özellikler ve çevresel şartlar, tutumsal, davranışsal veya çoklu bağlılık türünün uygulanmasında son derece önemli içsel ve dışsal faktörler konumundadır" (Gül 2002). Williams ve Hazer, örgütsel bağlılıkla liderlik arasında bir ilişki bulmuşlardır. Onlara göre organizasyonlardaki yöneticilerin yönetim ve liderlik stilleri, organizasyonel hedef ve değerlere bağlılığı etkiler. Yöneticilerin iş görenlere yaklaşımının baskıcı ve kontrol edici olduğu ölçüde, çalışanların kendilerini ifade etmeleri ve yenilikçi fikirler üretmeleri gerçekleşememektedir (Williams ve Hazer1986). Bu bağlamda, organizasyonun önemli bir organını oluşturan üst düzey yönetim davranışlarının iş görenlerin sadakatinin belirleyicisi olduğunu ifade edebiliriz (Demir ve Öztürk 2011).

1.4. Araştırmanın Önemi

Sağlıkta hizmetlerinde sürekli gelişen teknoloji, hastaların ve refakatçilerinin artan istekleri ve hastanelerin yoğun sirkülasyonu sebebiyle sağlıkta çalışanlara daha fazla görev ve sorumluluklar düşmektedir (Usher ve ark 2017). Bu, klinik kararlarda ve uygulamalarda bazı hatalara neden olmakta ve hastaya zarar vermektedir. Yaşanan zarar, "ciddi yaralanmalara, hastanede uzun süre kalmaya, sakatlığa ve hatta ölüme" neden olabilmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde son zamanlarda hasta güvenliği konusu ve bireysel hatalar üzerinde durulmaktadır (Gökdoğan ve Yorgun 2010). Kurumlar, bir güvenlik kültürünün oluşturulmasının her aşamasında örgütsel bağlılıkla ilgili sorunlar tespit etmektedir (Rızalar ve ark 2016). Sağlık kurumlarında çalışan personelin örgütsel bağlılıklarının yetersizliği "hasta bakım kalitesine, hasta güvenliğine, mesleki değerlere" negatif etki oluşturduğu gibi nitelikli çalışan gücünün azalmasına ve sağlık kurum yönetimleri için maliyet problemlerinin ortaya çıkmasına neden olduğu tespit edilmiştir (Demirel ve ark 2014). Bu yüzden, işi bırakma veya bırakmama eylemi üzerinde büyük etkiye sahip olan örgütsel bağlılık kavramına kurumların daha fazla önem vermesi gerekmektedir. Ayrıca, sağlık kurumlarının örgütsel bağı artırıcı çalışmalarının sistematik bir şekilde devam ettirmeleri ve gerekli tedbirler için stratejilerini belirlemeleri gerekmektedir (Rızalar ve ark 2016).

1.5. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını tespit etmek, örgütsel bağlılık düzeylerini belirlemek ve bu iki değişkenin birbirleri ile olan ilişkilerini ortaya koymak amacıyla planlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Soruları

1. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algı düzeyi nedir?

2. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ile demografik özellikleri arasında ilişki var mıdır?

3. Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeyleri nedir?

4. Hemşirelerin örgütsel bağlılıkları düzeyleri ile demografik özellikleri arasında ilişki var mıdır?

5. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ile örgütsel bağlılık düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2.2. Araştırmanın Tasarımı

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişkisel bir tarama modeline dayanmaktadır. Veriler, konuların mevcut özelliklerinde herhangi bir değişiklik yapılmadan toplandı. Tanımlayıcı model, geçmişte veya mevcut bir durumu belirtmeyi amaçlayan bir araştırma yaklaşımıdır. Araştırmanın konusu, kendi terimleriyle olduğu gibi tanımlanmaya çalışılmaktadır. Olayı değiştirme ve etkileme gösterilmez. Önemli olan, ne istediğini gözlemlemek ve tespit etmektir (Karasar 2005). Bu bağlamda araştırma modeli, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını ve örgütsel bağlılık düzeylerini belirlemek için tanımlayıcı araştırma modeline dayanmaktadır.

"İlişkisel tarama modelleri, iki veya daha fazla değişken arasındaki eşgüdümün varlığını veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir" (Karasar 2005). Bu nedenle, aynı zamanda çalışma hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeyleri ile hasta güvenliği kültürü algıları arasındaki ilişkiyi belirlemek istendiği için ilişkisel tarama modeline dayanmaktadır.

2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın evreni, Karaman'ın merkezinde bulunan kamu hastanesinde çalışan hemşirelerdir. Çalışma, 15.05.2018- 15.06.2018 tarihleri arasında gerçekleşmiştir.

2.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, bizzat araştırmacının kendisi tarafından Karaman il merkezinde bulunan kamu hastanesinde tesadüfen seçilen bireylerle yüz yüze anket uygulama tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Veriler, "Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi ve "Örgütsel Bağlılık Ölçeği" kullanılarak toplanmış ve bir ay süre içerisinde tamamlanmıştır.

2.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Karaman'daki kamu hastanesinde görev yapan 350 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimi yoluna gidilmemiştir. Araştırma, tam evren yöntemi kullanılarak "çalışmaya katılmaya gönüllü olarak katılım" ve "hemşireye ulaşılabilme durumu" esas alınarak uygulanılmıştır. Katılım oranı %85 (n=299) olarak hesaplanmıştır, %15'i (n=51) ise izinli, raporlu ve çalışmaya katılım sağlamayan hemşirelerden oluşmuştur.

2.6. Örneklem Tanıtımı

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan hemşirelerin demografik bilgileri metin ve çizelge olarak verilmiştir.

Çalışmadaki katılımcıların %41'inin yaş ortalaması 40±4'tür, %86'sı kadın, %14'ü erkektir, %71'i evli, %29'u bekârdır, %60'ı lisans ve üzeri mezunudur, %72'si vardiyalı, %28'i vardiyasız çalışmaktadır. Katılımcıların %87'si kadrolu, %48'inin meslekteki kıdemi 10 yıl ve altıdır. Kurumda çalışma yılı (%42) ve birimde çalışma yılı (%49) 5 yıl ya da altıdır. Hemşirelerin %43'ü acil, ameliyathane, yoğun bakım birimlerinde, %52'si 41-49 saat arası çalışmaktadır. Ayrıca bazı hemşireler, haftada ortalama 62 saat çalışmaktadır (Çizelge 2.6.1.).

Çizelge 2.6.1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri.

Sosyo-demografik özellikler		n	%
Görev	Kadrolu	261	87,3
	Diğer	38	12,7
Cinsiyet	Erkek	41	13,7
	Kadın	258	86,3
Medeni Durum	Bekar	86	28,8
	Evli	213	71,2
Çalışma Türü	Vardiyasız	83	27,8
	Vardiyalı	216	72,2
Hastanedeki çalışma yılına	1 yıldan az	24	8,0
	1-5 yıl	124	41,5
	6-10 yıl	77	25,8
	11yaş ve üzeri	73	24,7
Birimdeki Çalışma Yılı	1 yıldan az	52	17,4
	1-5yıl	147	49,2
	6-10 yıl	74	24,7
	11 yıl ve üzeri	26	8,7
Haftalık Çalışma Saati	40 saatten az	67	22,4
	41-49 saat arası	154	51,5
	50 ve üzeri	78	26,1
Mesleki Kıdem	1-10 yıl	143	47,8
	11-20 yıl	102	34,1
	21 yıl ve üzeri	54	18,1
Yaş	18-25 yaş	38	12,7
	26-35 yaş	112	37,4
	36-44 yaş	123	41,1
	45 yaş ve üzeri	26	8,6
Öğrenim Durumu	Lise	36	12,0
	Ön lisans	85	28,4
	Lisans ve üzeri	178	59,5
Çalışılan Birim	Dahili Birimler	103	34,4
	Cerrahi Birimler	58	19,4
	Acil-YB-Amlyt	127	42,5
	Gündüzlü Birim	11	3,7

2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Karaman'daki kamu hastanesinde çalışan hemşirelerle nispeten küçük bir örneklemle yapıldı. Bu nedenle örneklem, tüm sağlık çalışanlarına genellenemez.

2.8. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri iki formla toplandı:

1. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (Bkz. Ek-A)

2. Örgütsel Bağlılık Ölçeği (Bkz. Ek-B)

2.8.1. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi

Çalışmada, "Araştırma ve Kalite Ajansı" (AHRQ) tarafından (2004) geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanan, sağlık hizmetlerinde veri toplama aracı olarak geliştirilen, Bodur ve Filiz (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (HGKHA)" kullanıldı. Anket, toplam 42 madde, 12 alt boyut ve "A, B, C, D, E, F, G, H, I," bölümlerinden oluşmaktadır. Cevaplamada A, B ve F bölümlerinde "kesinlikle katılmıyorum'', "katılmıyorum'', "ne katılırım ne katılmam'', "katılıyorum'' ve "kesinlikle katılıyorum'' şeklindeki beşli likert tipi cevaplamaya olanak tanındı. Ayrıca, C ve D bölümlerinde "hiçbir zaman'', "nadiren'', "bazen'', "çoğu zaman", ve "her zaman" şeklindeki beşli likert tipi cevaplamaya olanak sundu. E bölümünde, "hasta güvenliği derecesi" ve G bölümünde "raporlanan olay sayısı" ile ilgili birer soru yer almaktadır. Anketin H bölümünde katılımcıların demografik bilgilerinin yer aldığı on bir soru bulunmaktadır. En son olarak I bölümünde katılımcıların "hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama" hakkındaki görüş ve yorumlarını yazmaları istenmektedir. HGKH anketinde yer alan ve olumsuzluk ifade içerdikleri için "A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9, F11" maddeleri istatistiksel hesaplamalarda ters kodlanmıştır. Ölçeğin alt boyutları aşağı belirtilmektedir;

"Güvenliğin kapsamlı algılanması" (A10, A15, A17, A18),

"Hataların raporlanma sıklığı" (D1, D2, D3),

“Hastane üniteleri arasında ekip çalışması” (F2, F4, F6, F10),

“Hastane müdahaleleri ve değişim” (F3, F5, F7, F11),

“Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti” (B1, B2, B3, B4),

“Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme” (A6, A9, A13),

“Üniteler içinde ekip çalışması” (A1, A3, A4, A11),

“İletişimin açık tutulması” (C2, C4, C6),

“Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim” (C1, C3, C5),

“Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” (A8, A12, A16),

“Personel sağlama” (A2, A5, A7, A14),

“Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği” (F1, F8, F9).

Çalışmada, HGKH anketindeki her 42 madde için ayrı ayrı olumlu cevap yüzde ortalamaları verilen olumlu cevaplara göre (“katılıyorum”, “kesinlikle katılıyorum” ve “çoğu zaman”, “her zaman”) hesaplanmıştır. Ayrıca elde edilen veriler doğrultusunda kullanılan anketin puanlaması için bir kesme noktası olmamasına rağmen, anketin kullanıldığı çalışmalarda bütün alt boyutları yüksek olan yüzdeler olumlu olarak değerlendirilmiştir. Kardaş Özdemir ve ark (2015)’ı ise alınacak minimum puanın 19, maksimum puanın ise 95, alınan puan yükseldikçe hasta güvenliği kültürü algısının olumlu olduğunu ifade etmektedir.

Elde edilen veriler doğrultusunda kullanılan ölçeklerin bu çalışma için güvenilirlikleri Cronbach’s Alpha (α) katsayısı ile belirlenmektedir. Güvenilirlik, ölçekte yer alan soruların homojen bir yapı gösterip göstermediğini gösterir. “Kalaycı (2008); Cronbach’s Alpha (α) katsayısının; $0{,}00 \leq \alpha < 0{,}40$ aralığında ise ölçeğin güvenilir olmadığını, $0{,}40 \leq \alpha < 0{,}60$ aralığında ise ölçeğin güvenilirliğinin düşük olduğunu, $0{,}60 \leq \alpha < 0{,}80$ aralığında ise ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu, $0{,}80 \leq \alpha < 1{,}00$ aralığında ise ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu belirtmektedir. Sorra ve Nieva (2004) tarafından yapılan çalışmada “Cronbach’s

Alpha katsayısının" alt boyutlar için değeri 0,63 ile 0,84 arasında değişmiştir. On iki alt boyuttan oluşmaktadır ve 8 alt boyutunun "Cronbach's Alpha katsayısı 0,50'nin üzerinde belirlenmiştir (0,57; 0,86).

Çalışmada, HGKH anketinin 8 alt boyutunun "Cronbach's Alpha katsayısı" 0,50'nin üzerinde belirlendi (0,51; 0,88) ve 4 alt boyutunun "Cronbach'sAlpha katsayısı" ise 0,50'nin altında belirlendi (0,22; 0,40). Belirlenen "Cronbach's Alpha" değerleri kabul edilebilir sınırlar içerisindedir. Çalışmada kullanılan HGKH anketinde "Hataların raporlanma sıklığı" alt boyutunun en yüksek ve "Personel sağlama" alt boyutunun ise en düşük güvenilirliğe sahip olduğu belirlendi (Çizelge 2.8.1.).

Çizelge 2.8.1. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Alt Alanlarının İç Tutarlılık Güvenilirlikleri

Hasta güvenliği kültürü alt alanları	**Madde Sayısı**	**(Cronbach's Alpha)**
Hasta güvenliği kültürü	42	0,86
Güvenliğin kapsamlı algılanması	4	0,32
Hataların raporlanma sıklığı	3	0,88
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	4	0,52
Hastane müdahaleleri ve değişim	4	0,70
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti	4	0,37
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	3	0,53
Üniteler içinde ekip çalışması	4	0,83
İletişimin açık tutulması	3	0,62
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	3	0,76
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	3	0,62
Personel sağlama	4	0,22
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	3	0,40

2.8.2. Örgütsel Bağlılık Ölçeği

Hemşirelerin örgütlerine olan bağlılık düzeylerini belirlemek için orijinali Allen ve Meyer'e (1991) ait, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Wasti (2000) tarafından yapılan örgütsel bağlılık ölçeği kullanılmıştır. Ölçek; "duygusal bağlılık, normatif bağlılık ve devam eden bağlılık" olmak üzere 18 madde, 3 alt boyut ve her alt boyutta 6 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki ifadeler, yedili likert ölçeği kullanılarak puanlanmıştır. ("Kesinlikle Katılmıyorum"; 1, "Katılmıyorum"; 2, "Bir Parça Katılmıyorum"; 3, "Tarafsızım"; 4, "Bir Parça Katılıyorum"; 5, "Katılıyorum"; 6, "Kesinlikle Katılıyorum"; 7). Alt boyut puanlarının hesaplanmasında; 3, 4, 6 ve 7'inci ifadeler olumsuz tutum içerdiğinden istatistiksel testlere geçmeden önce ters kodlanmıştır. Her alt boyuttaki maddelerden alınan puanlar toplanıp içerdikleri madde sayısı olan 6'ya bölünerek alt boyut puanları elde edilmiştir.

Ölçeğin puanlaması için bir kesme noktası olmamasına rağmen, ölçeğin kullanıldığı çalışmalarda "4" nötr bir puan göstermektedir. Bu değerin altında kalanlar düşük ve üzerinde olanlar ise yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Wasti (2000), Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,50'den büyük, kamu çalışanları için (0,58; 0,79), özel sektör çalışanları için Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı (0,60; 0,80)olarak belirlenmiştir.

Çalışmada örgütsel bağlılık alt boyutunun üçünde Cronbach's Alpha katsayısı 0,50'den büyük olarak belirlendi (0,66; 0,72). Ortalamalar incelendiğinde hemşirelerde devam bağlılığı ve duygusal bağlılığın yüksek, normatif bağlılığın ise düşük olduğu belirlendi (Çizelge 2.8.2.).

Çizelge 2.8.2. Örgütsel Bağlılık Ölçeğinin Alt Alanlarının, Ortalama, Standart Sapma ve İç Tutarlılık Güvenilirlik Analizleri

	Alınacak min-max	Alınan min-max	$\bar{x} \pm SS$	Crosbach's Alpha
Örgütsel Bağlılık	1,00-7,00	3,49-4,48	4,090±0,848	0,74
Duygusal Bağlılık	1,00-7,00	3,67-4,22	4,142±1,226	0,66
Normatif Bağlılık	1,00-7,00	3,49-4,35	3,979±1,262	0,72
Devam Bağlılığı	1,00-7,00	3,87-4,48	4,152±1,223	0,70

2.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Bu araştırma, betimsel ve ilişkisel tarama modeline dayanmaktadır. Araştırmanın evreni, Karaman'daki kamu hastanesinde görev yapan 350 hemşireden oluşmaktadır. Araştırma da örneklem seçimi yoluna gidilmemiş olup tam evren yöntemi kullanılmıştır.

Öncelikle araştırma yapılacak hastanenin yetkililerinden gerekli izinler alınmış ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelere anket uygulanmıştır. Gerekli görüşmelerden ve anket formları uygulandıktan sonra bilgisayar ortamına veriler aktarılmıştır. Veriler, bilgisayar programı ile analiz edilmiştir. Veri kaybına neden olmamak için uygulanan anketler, belli bir düzende numaralandırılarak programa girilmiştir. Pozitif ve negatif yönlerde yazılan maddeler, öncelikle negatif olarak belirlenenler ters kodlanmıştır. HGKH anketi için beşli likert, ÖB ölçeği için yedili likert skalası yöntemine göre puanlanmıştır. Böylece, iç tutarlığın sağlanması için "Cronbach's Alfa" değeri bulunmuş ve güvenirlilik katsayısı elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde uygun sorular belirlenmiş ve bu sorular, uygun istatistiksel yöntemler ile test edilmiştir. Araştırmada test edilen sorular; hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının ve örgüte olan bağlılıklarının demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermeyeceğine dayanmaktadır. Ayrıca hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ile örgütsel bağlılık düzeyleri arasındaki ilişki sınanmıştır. Kullanılan değişkenlerin dağılımlarına göre, parametrik olan ya da olmayan yöntemler tercih edilmiştir. Ayrıca yapılan normallik dağılım testi sonucu

basitlik ve çarpıklık değerleri -1 ile +1 arasında olduğu belirlenmiştir. Veriler; frekans, yüzdeler, ortalama, standart sapma ile özetlendi. Karşılaştırmalı analizlerde; bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis testinden ve katagorik verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında pearson ve spearman korelasyon testlerinden yararlanılmıştır. Güven aralığı %95 ve anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak değerlendirilmiştir.

2.10. Araştırma Etiği

Araştırma için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurul Kararı (Ek-C) 28.02.2018 tarih 2018/87 karar sayısı ile alındı. Çalışmanın yapılacağı kurum için izin Karaman İl Sağlık Müdürlüğünden 02.05.2018 tarih ve 19286923-774.99-99-115 sayılı yazı ile alındı (Ek-D). Ayrıca katılımcılar, çalışma hakkında bilgilendirilerek onayları alındı (Ek-E).

2.11. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

- Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamaları

- Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeyleri

Bağımsız değişkenler

-Sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, mesleki çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, birimde çalışma yılı, haftalık çalışma saati, çalışma şekli).

2.12. Araştırmanın Çalışma Takvimi

Araştırma, Ekim 2017- Nisan 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

3. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümü, beş alt kısımdan oluşmaktadır.

3.1.Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarına ilişkin bulgular

3.2. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ile demografik özellikleri arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular

3.3. Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeylerine ilişkin bulgular

3.4. Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeyleri ile demografik özellikleri arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular

3.5. Hemşirelerin hasta güvenlik kültürü algıları ve örgütsel bağlılık düzeyleri arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular

3.1. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırma örneklemini oluşturan 299 hemşirenin kurumlarındaki hasta güvenliği kültürü algılamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları olumlu cevap yüzde ortalama genel skoru %47 olarak belirlendi. Ankete ait maddelerin incelenmesi sonucunda en yüksek olumlu cevap yüzdesinin %88 ile "üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutundaki "acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız" maddesine ait olduğu tespit edildi. En düşük olumlu cevap yüzdesinin ise, %12 ile ''personel sağlama'' alt boyutundaki "yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde kriz modunda çalışırız" maddesine ait olduğu bulundu (Çizelge 3.1.1.).

Çizelge 3.1.1. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Maddelerine Verilen Olumlu Cevap Skorları (%)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Olumlu cevap (%)
Güvenliğin kapsamlı algılanması	
Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır	70
Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir	80
Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır	64
Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır	68
Hataların raporlanma sıklığı	
Bir hata yapıldığında ancak *hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde* ne sıklıkla rapor ediliyor?	38
Bir hata yapıldığında ancak *hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında* ne sıklıkla rapor ediliyor?	36
Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	48
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	
Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz	58
Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir iş birliği vardır	53
Diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz	66
Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır	52
Hastane müdahaleleri ve değişim	
Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	69
Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir	61
Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur	59
Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir	76

Çizelge 3.1.1. (Devam) Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Maddelerine Verilen Olumlu Cevap Skorları (%)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Olumlu cevap (%)
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	
Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	48
Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	47
Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.	42
Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.	70
Üniteler içinde ekip çalışması	
Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.	81
Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.	88
Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.	84
Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.	80
İletişimin açık tutulması	
Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	63
Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.	27
Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar.	60
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	
Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiririliriz.	55
Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiririliriz.	69
Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.	61
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	
Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.	25
Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusu vardır.	35
Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.	38

Çizelge 3.1.1. (Devam) Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Maddelerine Verilen Olumlu Cevap Skorları (%)

Hasta güvenliği kültürü alt alan ve maddeler	Olumlu cevap (%)
Personel sağlama	
Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.	44
Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar.	14
Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.	70
Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.	12
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	
Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.	81
Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	54
Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	65
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	
Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	61
Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	57
Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir.	49
Genel skor	47

"Hasta güvenliği kültürü hastane anketi" alt alanlarından "üniteler içinde ekip çalışması" maddesinin en yüksek olumlu yüzde ortalamasına sahip olduğu belirlendi (%83). "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt alanın ise en düşük olumlu yüzde ortalamasına sahip olduğu saptandı (%33) (Çizelge 3.1.2.).

Çizelge 3.1.2. Hasta Güvenliği Kültürü Anketi Ortalama Alt Alan Skorları (% Ort)

Hasta güvenliği kültürü ve örgütsel bağlılık alt alanları	Madde Sayısı	Olumlu % Skorları
Hasta güvenliği kültürü	42	47
Güvenliğin kapsamlı algılanması	4	71
Hataların raporlanma sıklığı	3	41
Hastane üniteleri arasında ekip çalışması	4	57
Hastane müdahaleleri ve değişim	4	66
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyeti	4	52
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	3	67
Üniteler içinde ekip çalışması	4	83
İletişimin açık tutulması	3	50
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	3	62
Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt	3	33
Personel sağlama	4	35
Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği	3	56

Çalışmada; hemşirelerin %44,2'i hasta güvenliği derecesini "çok iyi" düzeyde, %5,6'sının ise birimlerindeki hasta güvenliği derecesini zayıf ve başarısız olarak algıladığı belirlendi. Bu konuda; acil, ameliyathane ve yoğun bakım birimlerinin %19,4 ile en yüksek yüzdeye sahip olduğu tespit edildi (Çizelge 3.1.3.). Acil, ameliyathane ve yoğun bakım birimlerinin yüzde olarak daha yüksek çıkması hasta güvenliğinin iyi algılandığını bunun sebebinin ise birim içerisinde yapılan eğitim ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Çizelge 3.1.3.Bölümlere Göre Hasta Güvenliğinin Derecesi ile İlgili Cevaplar (%)

	Dahili Servisler (n=103)	Cerrahi Servisler (n=58)	Acil-Ameliyathane-Yoğun Bakım (n=127)	Gündüzlü Birimler (n=11)
Hasta Güvenliği Sonuçları				
Mükemmel	6,4	4,0	11,4	0,7
Çok İyi	15,4	7,4	19,4	2,0
Kabul Edilebilir	11,7	6,0	9,4	0,7
Zayıf ve başarısız	1,0	2,0	2,3	0,3

Çalışmada; hemşirelerin bölümlere göre hasta güvenliği ile ilgili hata raporlama oranında %21,4'lük bir dönüş olduğu ve %78,6'sının ise son 1 yıldır hiç hata rapor etmediği belirlendi. Yetersiz hata raporlamada en yüksek yüzdeye %32,8 ile acil, ameliyathane ve yoğun bakım birimleri olduğu belirlendi (Çizelge 3.1.4.).

Çizelge3.1.4.Bölümlere Göre Hasta Güvenliği ile İlgili Hatalı Olay Raporlama Durumu (%)

	Dahili Servisler (n=103)	Cerrahi Servisler (n=58)	Acil-Ameliyathane-Yoğun Bakım (n=127)	Gündüzlü Birimler (n=11)
Raporlanan Olayların Sonuçları				
Hiç	27,8	14,4	32,8	3,7
1-2 olay raporu	4,0	3,3	7,0	0,0
3-5 olay raporu	1,7	1,0	2,3	0,0
6 ve üzeriolay raporu	1,0	0,7	0,3	0,0

3.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkiyle Alakalı Bulgular

Demografik özelliklerine göre, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı belirlendi. Ancak, katılımcıların cinsiyetlerine göre hasta güvenliği kültürü algıları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturduğu belirlendi (P<0,05) ($\bar{x}$=3,48). Farklılığa neden olan cinsiyet düzeyini belirlemek için PostHoc testlerinden LSD uygulandı ve testler sonucunda, kadın hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının erkek hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlendi (Çizelge 3.2.1.).

Çizelge 3.2.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi, ANOVA, T Testi veKruskal Wallis Testi Sonuçları

Hasta Güvenlik kültürü		**n**	$\bar{x}$	**SS**	**t**	**p**
Görev	Kadrolu	261	3,46	0,46	0,216	0,829
	Diğer	38	3,44	0,39		
Cinsiyet	Erkek	41	3,31	0,42	-2,292	**0,023**
	Kadın	258	3,48	0,45		
Medeni Durum	Bekar	86	3,44	0,47	-0,311	0,756
	Evli	213	3,46	0,45		
Çalışma Türü	Vardiyasız	83	3,45	0,45	-0,163	0,871
	Vardiyalı	216	3,46	0,45		
Hasta Güvenlik kültürü		**n**	$\bar{x}$	**SS**	**F**	**p**
Öğrenim Durumu	Lise	36	3,42	0,43	0,183	0,833
	Ön lisans	85	3,45	0,39		
	Lisans ve üzeri	178	3,47	0,48		
Haftalık Çalışma Saati	40 saatten az	67	3,46	0,49	0,654	0,521
	41-49 saat arası	154	3,48	0,47		
	50 ve üzeri	78	3,41	0,37		
Mesleki Kıdem	1-10 yıl	143	3,44	0,46	0,286	0,752
	11-20 yıl	102	3,46	0,42		
	21 yıl ve üzeri	54	3,49	0,49		

Çizelge 3.2.1. (Devam) Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesi, ANOVA, T Testi ve Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Hasta Güvenlik kültürü		n	Sıra ortalaması	df	x^2	p
Yaş	18-25 yaş	38	139,24	3	1,558	0,669
	26-35 yaş	112	146,33			
	36-44 yaş	123	156,82			
	45 yaş ve üzeri	26	149,27			
Çalışılan Birim	Dahili Birimler	103	144,54	3	7,118	0,068
	Cerrahi Birimler	58	159,62			
	Acil-YB-Amlyt	127	144,73			
	Gündüzlü Birim	11	211,23			
Hastanedeki çalışma yılına	1 yıldan az	24	157,10	3	0,693	0,875
	1-5 yıl	147	145,56			
	6-10 yıl	95	151,69			
	11yaş ve üzeri	33	155,09			
Birimdeki Çalışma Yılı	1 yıldan az	52	140,54	3	3,730	0,292
	1-5yıl	147	145,22			
	6-10 yıl	74	157,52			
	11 yıl ve üzeri	26	174,56			

3.3. Hemşirelerin Örgütsel Bağlılık Düzeylerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırma örneklemini oluşturan 299 hemşirenin kurumlarındaki örgütsel bağlılık ölçeğinin her bir maddesine ait ortalama ve standart sapma sonuçları verilmiştir. Ölçek puanlaması için bir kesme noktası olarak ölçeğin kullanıldığı çalışmalarda, "4" nötr bir puan göstermektedir. Bu değerin altında kalanlar düşük, üzerinde olanlar ise yüksek olarak değerlendirilmektedir. Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeylerine ilişkin ortalama değerleri incelendiğinde; "D1, D5, N8, N10, N11, Z13, Z14, Z16"maddeleri yönündeki örgütsel bağlılık düzeylerinin yüksek, "D2, D3, D4, D6, N7, N9, N12, Z15, Z17, Z18" maddeleri yönündeki örgütsel bağlılık düzeylerinin ise düşük olduğu belirlendi. En yüksek ortalama değerin "devam bağlılığı" alt boyutundaki "istesem de şu anda kuruluşumdan ayrılmak benim için çok zor olurdu" (Z14) ($\bar{x}$=4,48) maddesine ait, en düşük ortalama değerin ise "normatif bağlılık" alt boyutunun "kuruluşumdan şimdi ayrılsam kendimi suçlu hissederim" maddesine ait olduğu belirlendi (N9) ($\bar{x}$=3,49) (Çizelge 3.3.1.).

Çizelge 3.3.1. Örgütsel Bağlılık Ölçeğinin Maddelerine Ait Ortalama ve Standart Sapma Sonuçları

Örgütsel bağlılık alt alan ve maddeleri	$\bar{x}$	SS
Duygusal bağlılık		
1.Meslek hayatımın geriye kalanını bu kuruluşta geçirmek beni çok mutlu eder	3,97	2,10
2.Bu kuruluşun meselelerini gerçekten de kendi meselelerim gibi hissediyorum	4,22	1,94
3.Kendimi kuruluşumda "ailenin bir parçası" gibi hissetmiyorum	3,76	2,04
4.Bu kuruluşa kendimi "duygusal olarak bağlı" hissetmiyorum	3,67	2,04
5.Bu kuruluşun benim için çok özel bir anlamı var	4,05	2,00
6.Kuruluşuma karşı güçlü bir aitlik hissim yok	3,97	1,97
Normatif Bağlılık		
7.Mevcut işverenimle çalışmaya devam etmek için hiçbir manevi yükümlülük hissetmiyorum	3,99	1,99
8.Benim için avantajlı da olsa kuruluşumdan şu anda ayrılmanın doğru olmadığını hissediyorum	4,35	1,95
9.Kuruluşumdan şimdi ayrılsam kendimi suçlu hissederim	3,49	1,92
10.Bu kuruluş benim sadakatimi hak ediyor	4,13	1,98
11.Buradaki insanlara karşı yükümlülük hissettiğim için kuruluşumdan şu anda ayrılmazdım	4,11	1,92
12.Kuruluşuma çok şey borçluyum	3,78	1,92
Devam (zorunlu) bağlılığı		
13.Şu anda kuruluşumda kalmak istek meselesi olduğu kadar mecburiyetten	4,00	1,97
14.İstesem de, şu anda kuruluşumdan ayrılmak benim için çok zor olurdu	4,48	1,96
15.Şu anda kuruluşumdan ayrılmak istediğime karar versem, hayatımın çoğu alt üst olur	3,87	2,04
16.Bu kuruluşu bırakmayı düşünemeyeceğim kadar az seçeneğim olduğunu düşünüyorum.	4,15	1,95
17.Bu kuruluştan ayrılmanın az sayıdaki olumsuz sonuçlarından biri alternatif kıtlığı olurdu	3,99	1,81
18.Eğer bu kuruluşa kendimden bu kadar çok vermiş olmasaydım, başka yerde çalışmayı düşünebilirdim.	3,87	1,93

3.4. Hemşirelerin Örgütsel Bağlılık Düzeyleri ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkiyle Alakalı Bulgular

Hemşirelerin demografik özelliklerine göre örgütsel bağlılıklarının istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı belirlendi (Çizelge 3.4.1.).

Çizelge 3.4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Örgütsel Bağlılık Algılarının Değerlendirilmesi, ANOVA, T Testi ve Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Örgütsel Bağlılık		**n**	$\bar{x}$	**SS**	**t**	**p**
Görev	Kadrolu	261	4,07	0,84	-1,323	0,187
	Diğer	38	4,26	0,92		
Cinsiyet	Erkek	41	3,98	1,00	-0,909	0,364
	Kadın	258	4,11	0,82		
Medeni Durum	Bekar	86	4,07	0,93	-0,273	0,785
	Evli	213	4,10	0,82		
Çalışma Türü	Vardiyasız	84	4,04	0,72	-0,624	0,533
	Vardiyalı	215	4,11	0,90		
Örgütsel Bağlılık		**n**	$\bar{x}$	**SS**	**F**	**p**
Öğrenim Durumu	Lise	36	4,03	0,92	0,378	0,686
	Ön lisans	85	4,16	0,77		
	Lisans ve üzeri	178	4,07	0,87		
Haftalık Çalışma Saati	40 saatten az	67	3,89	0,71	2,430	0,090
	41-49 saat arası	154	4,14	0,87		
	50 ve üzeri	78	4,16	0,89		
Mesleki Kıdem	1-10 yıl	143	4,03	0,86	0,750	0,473
	11-20 yıl	102	4,15	0,82		
	21 yıl ve üzeri	54	4,14	0,88		
Örgütsel Bağlılık		**n**	**Sıra Ortalaması**	**df**	x^2	**p**
Yaş	18-25 yaş	38	160,17	3	1,500	0,682
	26-35 yaş	112	143,38			
	36-44 yaş	123	149,66			
	45 yaş ve üzeri	26	159,52			
Çalışılan Birim	Dahili Birimler	103	146,05	3	1,625	0,654
	Cerrahi Birimler	58	141,01			
	Acil-YB-Amlyt	127	154,65			
	Gündüzlü Birim	11	166,82			
Hastanedeki çalışma yılı	1 yıldan az	24	139,79	3	0,734	0,865
	1-5 yıl	147	149,48			
	6-10 yıl	95	147,26			
	11yaş ve üzeri	33	158,62			

Çizelge 3.4.1. (Devam) Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Örgütsel Bağlılık Algılarının Değerlendirilmesi, ANOVA, T Testi ve Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Örgütsel Bağlılık		n	Sıra Ortalaması	df	x^2	p
Birimdeki Çalışma Yılı	1 yıldan az	52	139,38	3	1,941	0,584
	1-5yıl	147	148,47			
	6-10 yıl	74	160,17			
	11 yıl ve üzeri	26	145,04			

3.5. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve Örgütsel Bağlılık Düzeyleri Arasındaki İlişkiyle Alakalı Bulgular

Spearman korelasyon analizi sonucuna göre; hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının örgütsel bağlılık alt boyutlarından duygusal bağlılık ve normatif bağlılık arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki belirlendi. Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının (“güvenliğin kapsamlı algılanması”, “hataların raporlanma sıklığı”, “hastane üniteleri arasında ekip çalışması”, “hastane müdahaleleri ve değişim”, “organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme”, “üniteler içinde ekip çalışması”, “hatalar hakkında geribildirim ve iletişim”, “personel sağlama” ve “hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği”), örgütsel bağlılık alt boyutlarından devam bağlılığı ile arasında anlamlı bir ilişki belirlenmedi. Ancak hasta güvenliği kültürü alt boyutlarından “yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri” (r=-0,144) (p=0,013), iletişimin açık tutulması” (r=-0,146) (p=0,012) ve “hataya karsı cezalandırıcı olmayan yanıtın” (r=-0,138) (p=0,017) örgütsel bağlılık alt boyutlarından devam bağlılığı ile anlamlı fakat negatif bir ilişki olduğu belirlendi (3.5.1.). Hemşirelerin “hasta güvenliği kültürü algıları” arttıkça “örgütsel bağlılık düzeyleri” de yükselmektedir. Bununla beraber hasta bakım kalitesi de artmaktadır.

Çizelge 3.5.1. Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutlarının Örgütsel Bağlılığın Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

Hasta güvenliği kültürü		Duygusal bağlılık	Normatif bağlılık	Devam bağlılığı
Güvenliğin kapsamlı algılanması	r	0,223**	0,194**	0,032
	p	≤0,001	≤0,001	0,587
Hataların raporlanma sıklığı	r	0,214**	0,189**	-0,089
	p	≤0,001	≤0,001	0,125
Hastane üniteleri arası ekip çalışması	r	0,404**	0,321**	-0,041
	p	≤0,001	≤0,001	0,480
Hastane müdahaleleri ve değişim	r	0,308**	0,240**	-0,053
	p	≤0,001	≤0,001	0,361
Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri	r	0,440**	0,326**	-0,144**
	p	≤0,001	≤0,001	**0,013**
Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme	r	0,198**	0,222**	0,033
	p	≤0,001	≤0,001	0,564
Üniteler içinde ekip çalışması	r	0,248**	0,221**	-0,006
	p	≤0,001	≤0,001	0,912
İletişimin açık tutulması	r	0,408**	0,337**	-0,146*
	p	≤0,001	≤0,001	**0,012**
Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim	r	0,408**	0,334**	-0,028
	p	≤0,001	≤0,001	0,630
Hataya karsı cezalandırıcı olmayan yanıt	r	0,236**	0,126**	-0,138**
	p	≤0,001	0,029	**0,017**
Personel sağlama	r	0,225**	0,231**	-0,059
	p	≤0,001	≤0,001	0,306
Hastane güvenliği için hastane yönetim desteği	r	0,338**	0,341**	0,015
	p	≤0,001	≤0,001	0,795

**. Korelasyon 0,01 önem düzeyinde anlamlı

*. Korelasyon 0,05 önem düzeyinde anlamlı

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının duygusal ve normatif bağlılık düzeyleri arasında pozitif yönlü orta derecede ilişki belirlendi. Devam bağlılığı düzeyi arasında negatif yönlü düşük derecede ilişki belirlendi. Çalışanların kuruma özellikle duygusal olarak bağlı olması güvenlik kültür algısını olumlu etkilemektedir (Çizelge 3.5.2.).

Çizelge 3.5.2. Hasta Güvenliği Kültürünün Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Bağlılığın Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

			Örgütsel Bağlılık Alt Boyutları		
		Örgütsel Bağlılık	**Duygusal Bağlılık**	**Normatif Bağlılık**	**Devam Bağlılığı**
Hasta Güvenliği Kültürü	r	0,443	0,551**	0,473**	-0,118*
	p	≤0,001	≤0,001	≤0,001	**0,041**

**: Değişkenler arasındaki ilişki 0,01 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı.

*. Korelasyon 0,05 önem düzeyinde anlamlı.

4. TARTIŞMA

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını tespit etmek, örgütsel bağlılık düzeylerini belirlemek ve bu iki değişkenin birbirleri ile olan ilişkilerini ortaya koymak amacıyla planlanmış araştırmanın bulguları beş başlık altında tartışılacaktır;

1-Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları (genel skor) düşük olarak belirlendi. Alt alanlar açısından "üniteler içinde ekip çalışması" algısı en yüksek, "hataların raporlanma sıklığı", "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" ve "personel sağlama" algıları düşük olarak bulundu. Ayrıca hasta güvenliği derecesi çok iyi ancak hata/olay raporlamanın yetersiz olduğu saptandı.

2-Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ile demografik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ancak cinsiyet değişkeni ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.

3-Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeylerinin yüksek olduğu saptandı.

4-Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeyleri ile demografik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi.

5-Hemşirelerin hasta güvenlik kültürü algıları ve örgütsel bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.

4.1. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları

Genel skor: Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları genel skoru %47 olarak belirlendi (Çizelge 3.1.1.). Sonucun %50'nin altında olması, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının düşüklüğünü göstermektedir.

Ünsal Atan ve ark (2013)'nın yapmış olduğu çalışmada, hasta güvenliği kültürü algıları genel skorunun %40, Bodur ve Filiz (2009)'in çalışmasında hasta güvenliği kültürü algıları genel skorunun %44 olduğu belirtilmektedir. Ghobashi (2014) çalışmasında, güvenlik kültürü algısının Kuveyt'te düşük olduğunu ifade etmektdir. İran'da Bahrami ve ark (2014)'nın üniversite hastanelerinde çalışan 302 hemşire ile, Çin'de Wang ve ark (2014)'nın 463 hemşire ile yapılan çalışmalarında hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamalarının istendik düzeyde olmadığı

belirtilmektedir. Genel skorlarının %50'nin altında olması hasta güvenliği kültürü algısının düşüklüğünü düşündürmektedir.

Sorra ve ark (2008a)'nın çalışmasında, Benchmark skorunun %56 olduğunu belirtmektedir. Jardali (2010) çalışmasında, hasta güvenliği kültürü algıları olumlu cevap yüzde ortalama genel skorunun %55 olduğunu belirtmektedir. Keza Tabrizchi (2012) çalışmasında da hasta güvenliği kültürü algıları genel skorunu %57 olarak belirtmektedir. Kardaş Özdemir ve ark (2015)'nın yaptıkları çalışmada, hasta güvenliği kültürü algılama puan ortalaması %64 olarak belirtilmektedir. Onlar, alınacak minimum puanın 19, maksimum puanın ise 95 ve alınan puan yükseldikçe hasta güvenliği kültürü algısının olumlu olduğunu ifade etmektedir. Genel skor sonuçlarının %50'nin üstünde çıkması, hasta güvenliği kültürü algısının yüksek olduğunu düşündürmektedir. Ertürk ve ark (2016)'nın yaptıkları çalışma sonucu, çalışanların hasta güvenliği kültürü algılarının orta düzeyin üzerinde olduğunu ifade etmektedir. Galhardi ve ark (2018)'nın benzer bir çalışmasında, sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürünün alt boyutlarını olumlu algıladığını ifade etmektedir (genel skor %74). Ayrıca, %75 veya üzerinde puan alan alt boyutlar pozitif kabul edilmektedir. Aboshaigah (2013) yaptığı çalışmada, hemşirelerin çoğunun pozitif bir hasta güvenliği kültürü algıladıklarını ifade etmektedir. Adıgüzel'e göre sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültür algısının iyileşmesi ve gelişmesi için öncelikle iletişimin sağlanması gerektiğini belirtmektedir (Adıgüzel 2010). Bu nedenle sağlık kurumlarında üniteler içinde, birimler, yöneticiler ile çalışanlar arasında, hasta ile çalışan arasında iletişimin artması için gerekli düzenlemelerin ve politikaların oluşturulması gerekmektedir.

Üniteler İçinde Ekip Çalışması ve Hastane Birimleri Arası Ekip çalışması: Ankete ait alt boyutların incelenmesi sonucunda; en yüksek olumlu cevap yüzde ortalamasının "üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutuna ait olduğu (%83) ve "hastane üniteleri arasında ekip çalışması" olumlu cevap yüzde ortalaması ise %57 olarak belirlendi (Çizelge3.1.2.).

Ankete ait maddelerin incelenmesi sonucunda; en yüksek olumlu ortalamanın %88 ile "üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutundaki "acilen yapılması gereken

çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız" maddesine ait olduğu belirlendi (Çizelge 3.1.1.).

Korkmazer ve ark (2016), "üniteler arası ekip çalışması" alt alanının en yüksek ortalama değerine sahip olduğunu ifade etmektedir. Aboshaigah (2013) ve Ghobashi (2014) çalışmalarında, "ünite içindeki ekip çalışması" alt boyutunun en yüksek olumlu cevap yüzde ortalaması değerine sahip olduğunu bildirmektedir. Sorra ve ark (2008a)'nın çalışmasında, en yüksek olumlu cevap yüzde ortalamasının "üniteler içindeki ekip çalışmasına" ait olduğunu belirtilmektedir (%75). Bodur ve Filiz (2009)'in çalışmasında, "üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutunun en yüksek olumlu cevap yüzde ortalamasına sahip olduğunu belirtilmektedir (%71). En yüksek olumlu ortalamanın ise, %75 ile "üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutundaki "acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız" maddesinde belirtilmektedir. Wagner ve ark (2013) tarafından yapılan bir çalışmada; "üniteler içinde ekip çalışması" alt boyutunun olumlu cevap yüzde ortalamasının, Hollanda'da ki 45 hastanenin %85, Tayvan'daki 74 hastanenin %81, Amerika'da ki 622 hastanenin ise %79 olduğu ifade edilmektedir. Ancak aynı çalışmada Hollanda da "hastane birimleri arasındaki ekip çalışması" alt boyutuna ait olumlu cevap yüzde ortalaması en düşük olarak belirlenmiştir (%28). "Hastanede birimler arası ekip çalışması" alt alanın düşük olması birimler arasında beraber iş görme ve iş birliği yapma aşamasında problem yaşandığını göstermektedir.

Galhardi ve ark (2018)'nın çalışmasında, "üniteler arası ekip çalışması" alt alanının yüzde ortalamasını %79, Atan ve ark (2013)'nın çalışmasında en yüksek olumlu cevap yüzde ortalamalarının "güvenliğin kapsamlı algılanması" (%64) ve "üniteler arasında ekip çalışması" (%60) alt boyutlarına ait olduğu belirtilmektedir. Jardali (2010) çalışmasında, en yüksek olumlu cevap yüzde ortalamasının "birimler arasındaki ekip çalışması" alt boyutuna ait olduğunu belirtmektedir (%82). Aynı şekilde Tabrizchi (2012) çalışmasında, en yüksek olumlu cevap yüzde ortalamasının "birimler arası ekip çalışmasına" ait olduğunu ifade etmektedir (%77,7). "Hastanede birimler arası ekip çalışması" alt alanın yüksek olması, birimler arasında beraber iş görme ve iş birliği yapma aşamasında problem yaşanmadığını göstermektedir. Adıgüzel (2010), hasta güvenliği kültürü ile ilgili uygulamalarda sağlık personellerinin "ekip çalışması ve uyumunu" ön plana aldığını belirtmektedir.

Yerli-yabancı çoğu çalışmada "üniteler arasındaki ekip çalışması" ve "üniteler içindeki ekip çalışması" alt boyutlarının olumlu cevap yüzde ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun ana sebebinin ise, üniteler arasındaki ve içindeki iletişimin yüksek olduğunu ve sağlık personellerinin takım çalışmasını önemsedikleri sonucuna vardırmaktadır.

Hataların Raporlanma Sıklığı ve Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt: Çalışmada, HGKH anketi alt boyutlarından "hataların raporlanma sıklığı" ve **"**hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutlarının olumlu cevap yüzde ortalamaları sırasıyla %41 ve %33 olarak belirlendi (Çizelge 3.1.2.).

Wagner ve ark (2013)'nın yaptığı çalışmada, "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutunun olumlu cevap yüzde ortamasının %44 ile Amerika'da ve %31 ile Tayvan'da en düşük alt boyut olduğu belirtilmektedir. Çalışmada, en düşük alt alanların sadece ülkeden ülkeye değil hastaneden hastaneye değiştiği görülmektedir. Karademirler çalışmasında (2017), "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutu %29 ile en düşük olumlu cevaba sahip olduğunu belirtmektedir. Aynı şekilde Tabrizchi çalışmasında (2012), en düşük olumlu cevap yüzdesinin "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt alanına ait olduğunu belirtmiştir (%17). Bodur ve Filiz (2009) çalışmasında, en düşük olumlu cevap yüzde ortalamalarının "hataların raporlanma sıklığı" (Ort. %15) alt boyutu olduğunu belirtmektedir. Onlar en düşük olumlu cevap yüzdesinin ise, "hataların raporlanma sıklığı" alt alanındaki; "bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor" (%14) ve "bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor" (%14) maddelerineait olduğunu belirtmektedir. Ayrıca onlar, "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutundaki "çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler" (%14) maddesinin de aynı şekilde düşük olduğunu belirtmektedir. Atan ve ark (2013) çalışmasında, en düşük olumlu cevap ortalamasının da "hataların raporlanma sıklığı" (%23) alt boyutuna ait olduğunu ifade etmektedir. Jardali (2010) çalışmasında, en düşük olumlu cevap yüzde ortalamasının "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutunun olduğunu belirtmektedir (%24). Ghobashi (2014) ile Korkmazer ve ark (2016)'nın benzer çalışmalarında, "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" ve "hataların raporlanma

sıklığı" alt boyutlarını ortalamalarının düşük olduğunu belirtmektedir. Sorra ve ark (2008a) çalışmasında, "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt boyutunun olumlu cevap yüzde ortalaması düşük olarak belirlenmiştir (%37). Ancak, "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutunun olumlu cevap yüzde ortalaması yüksek olarak belirlenmiştir (%54).

Yapılan yerli veya yabancı çoğu çalışmada, "hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" ve "hataların raporlanma sıklığı" alt boyutlarının olumlu cevap yüzde ortalamalarının düşüklüğü, çalışanlar ve yönetim arasında iletişimin düşük olduğunu ayrıca onlar hata yaptıklarında bunu özgürce ifade edemediklerini düşündürmektedir.

Personel Sağlama: Çalışmada, HGKH anketi alt boyutlarından "personel sağlama" alt boyutunun olumlu cevap yüzde ortalaması %35 olarak belirlendi (Çizelge3.1.2.). En düşük değerler, "bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar" (%14) ve "yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde kriz modunda çalışırız" (%12) maddelerinde belirlendi (Çizelge 3.1.1.).

Işık ve ark (2012)'nın çalışmasında, hemşirelerin sağlık personelini sayı olarak yetersiz gördüklerini belirtmektedir. Jardali (2010) çalışmasında, "personel sağlama" alt boyutunun en düşük olumlu cevap yüzde ortalamasına sahip olduğunu belirtmektedir. Sorra ve ark (2008a)'ı çalışmasında, "personel sağlama" alt boyutu olumlu cevap yüzde ortalamasını %48 olarak belirtmektedir.

Ghobashi çalışmasında, "personel sağlama" alt alanının düşük pozitifliğe sahip olduğunu ifade etmektedir (Ghobashi 2014). Türkiye'de hekimlerin çoğu zaman hasta muayenesi yanında eğitim, idari görev ve akademik çalışmalar gibi sorumluluklarının da olması ve yetersiz elemanla çalışmanın getirdiği artmış iş yükü hata yapma riskini artırmaktadır (Kumaş ve Beyaztaş 2007). Gece vardiyasında çalışan asistan hekimlerin hata yapmaya daha yatkın oldukları belirtilmektedir (Sarıcaoğlu ve ark 2005). Hemşirelerin de günlük çalışma süresinin uzunluğu hata yapma olasılığını artırmaktadır (Rogers 2004). Özcan (2018) çalışmasında, hemşire sayısının yetersiz olması daha çok hemşirelerin önemli bulduğu bir hata sebebi olarak belirtmektedir. Blendon ve ark (2002)'ının çalışmasında doktorlar,

hastanelerdeki hemşire yetersizliğini en önemli hata sebebi olarak gördüklerini belirtmektedir. Dang ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada, yoğun bakım ünitesinde hemşire sayısının yetersiz olmasının cerrahi komplikasyon gelişme riskini artırdığı belirtilmektedir (Dang ve ark 2002). Yapılan farklı birkaç çalışmada; sağlık hizmetlerinde tıbbi hata riskini artıran faktörler yoğun çalışma temposu, yetersiz personel, olumsuz fiziki ve teknik koşullar olduğu belirtilmektedir (Tütüncü ve Büyükusta 2006). Hemşirelerin uzun çalışma saatleri nedeniyle istenen sağlık bakım hizmetlerini veremedikleri ve buna bağlı birçok tıbbi hataya sebep olduğu belirtilmektedir (Gökdoğan ve Yorgun 2010). Hicks ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; tıbbi hata sebebi olarak çalışma saatlerinin haddinden fazla olması, hemşire sayısının azlığı veya yetersizliği, yorgunluk, dikkat dağınıklığı, işe konsantre olamama, iş yükünün çok fazla olması, tecrübesizlik ve deneyimsizlik, çalışanların hasta hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması, stresli ve gergin çalışma ortamı, vardiya değişiklikleri, geçici eleman çalıştırılması, tıbbi cihazlar, kayıtların düzenli alınmaması, tutulmaması, iletişim yetersizliği ve eksikliği vb gibi risk faktörleri belirtilmektedir (Hicks ve ark 2008). Tabrizchi (2012) çalışmasında; hasta güvenliği kültürünün iyileştirilmesi için yeterli personelin olması, hataların çekinilmeden raporlanması ve bu konuda destek veren personele, açık ve adil olan bir ortam oluşturulması gerektiğini ifade etmektedir.

Hemşirelerin Bölümlere Göre Hasta Güvenliği Derecesini ve Hatalı Olay Raporlama Durumu: Çalışmada, hemşirelerin %44,2'sinin hasta güvenliği derecesini "çok iyi" düzeyde algıladıkları belirlendi. Bu konuda acil, ameliyathane ve yoğun bakım birimlerinin %19,4 ile daha yüksek olduğu belirlendi (Çizelge 3.1.3.). Bölümlere göre hasta güvenliği ile ilgili hata raporlama oranında %21,4'lük bir dönüş olduğu ve %78,6'sının ise son bir yıldır hiç hata rapor etmediği belirlendi. Yetersiz hata raporlamada en yüksek yüzdeye %32,8 ile acil, ameliyathane ve yoğun bakım birimleri olduğu belirlendi (Çizelge 3.1.4.).

Sırakaya ve Akpolat (2016) çalışmasında, hemşirelerin %53'ünün hasta güvenliği derecesini kabul edilebilir olarak değerlendirirler. Ancak tıbbi hata raporlamada ise yetersizlik olduğunu ifade etmektedirler. Karaca ve Arslan (2014) tarafından yapılan hemşirelerle ilgili araştırmada, katılımcıların %82'inin hasta güvenliğini yeterli bulduğu, ancak hata raporlama oranının %9 olması güvenlik ve

raporlama algısının yeterli bir şekilde algılanmadığını düşündürmektedir. Atan ve ark (2013)'ı çalışmasında, katılımcıların %43'ü hasta güvenliğini "kabul edilebilir", %12'si zayıf olarak değerlendirmektedir. Ayrıca aynı çalışmada, katılımcıların %83'ünün son bir yıldır hata/olay bildiriminde bulunmadıkları belirtilmektedir. Benzer şekilde Göz ve Kayahan (2011), hasta güvenliğini "kabul edilebilir" olarak değerlendirirken, tıbbi hata raporlamada yetersizlik olduğunu ifade etmektedir. Jardali (2010) çalışmasında, katılımcıların %60'ının son 12 ayda herhangi bir hata/olay raporu vermediğini bildirmektedir. Ancak, katılımcıların %70'inden fazlası ise hasta güvenliği derecesini mükemmel/çok iyi olarak değerlendirmektedir. Gündoğdu ve Bakçecik (2012), devlet kurumunda çalışan hemşirelerin %72'sinin ve özel kurumda çalışanların ise %74'ünün son bir yılda üstlerine hiç olay/hata raporu bilgisini vermediklerini ifade etmiştir. Çalışmada, hata raporlamada ciddi yetersizlik olduğu görülmektedir. Ünsal Atan ve ark (2013) ile Esen ve ark (2014) bu durumun sebebini, sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün tam oturmadığını ve yapılan hata sonucunda ceza sisteminin devreye girmesi nedeniyle çalışanların hataları bildirme konusunda "(ceza alma, dışlanma, kariyerinin olumsuz etkilenmesi vb. gibi nedenlerle)" rahat olmadıkları gerekçelerine dayandırmaktadırlar. Connelly ve ark (2010) tarafından ABD'deki 37 hastanede hasta güvenliği iklimi ölçeğini geliştirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, çalışanların klinikte yapılan hataları düzenli olarak raporladığını bildirmişlerdir. Fakat aynı çalışmada olay/hata raporlama oranının çok düşük çıkması, personelde olay/hata raporlama konusunda endişenin ve isteksizliğin devam ettiğini düşündürmektedir. Bu çalışmaların yapılan çalışmaya benzerliği bulunmakla beraber, rapor etmeyle ilgili endişelerin olabileceği üzerinde durulması ve konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılması gerektiğini göstermektedir. Uribe ve ark (2002) tarafından ABD'de 122 hekim ve hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada ise, tıbbı hataları raporlamayı engelleyen durumlar incelenmiştir. Bu faktörlerin başında; ayıplanma korkusu, disiplin cezası alma korkusu, dava açılması korkusu, kurumun verilen bilgileri ne yönde kullanacağını bilememe ve buna bağlı yaşanan korkuların olduğu tespit edilmiştir. Kim ve Yoon (2007) tarafından Kore'de hata raporlamayla ilgili hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısının incelendiği çalışmada ise, hemşirelerin sadece %5'i hataları raporlamaktan çekinmediğini ifade ettikleri belirtilmiştir. Osborne ve ark (1999) tarafından, hemşirelerin ilaç hatalarının raporlanmasıyla ilgili algılamalarının

incelendiği bir çalışmada hemşirelerin, yöneticilerinin tepkisinden korktuğu için ilaç hatalarını raporlamadıkları ifade edilmiştir.

Webster ve Anderson tarafından ilaç hatalarını azaltmak için hazırlanan kılavuzda hemşirelik uygulama hatalarının raporlanmasında ayıplanma ve suçlanma korkusunun çok baskın olduğu bildirilmektedir (Webster ve Anderson 2002). Oysa literatürde, suçlama kültürünün olumlu güvenlik kültürüne zıt bir durum olduğu bildirilmektedir (Gearhart 2008). Adıgüzel (2010) çalışmasında, sağlık personellerinin hata yapma farkındalığı konusunda daha duyarlı olduklarını ifade etmektedir. Bu araştırma, sağlık personellerinin gerçekleşecek tıbbi bir hatanın telafisinin imkansız konusunda bilinçli olduklarını düşündürürken gerçekleşen tıbbi hataların raporlanmaması ve arşivlenmemesi de konunun ciddiyetinin yeterince anlaşılmadığını göstermektedir. Bu sonuçlar, yapılan çalışmaya benzerlik göstermekte olup raporlamanın kişilerin aleyhine kullanılabileceği düşüncesini akla getirmektedir. Arslan ve ark (2009) tarafından yapılan bir diğer çalışmada, hastane personelinin %20'si tıbbi hataları ceza almaktan korktuğu, %30'u ise ilişkileri bozmamak için bildirmeyeceğini ifade etmiştir. Barsbay ve ark (2018) çalışmalarında, hekimlerin %11'i ile hemşirelerin %10'u tıbbi hata yaptığını bildirirken, hekimlerin %34'ü ve hemşirelerin %46'sı ise diğer sağlık çalışanlarının yaptığı tıbbi hataların hastaya zarar verecek boyutta olduğunu ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının kendi ve diğer personelin hatalarını ifade etmedeki bu farklılığın suçlanma psikolojisi nedeniyle olduğunu akla getirmektedir. Dursun ve ark (2010)'nın çalışmasında, sağlık personelleri kendi kurumunu hasta güvenliği açısından değerlendirirken %92'si olumlu ve %8'i ise olumsuz olarak değerlendirmiştir. Tıbbi hata raporlama açısından ise sağlık personelinin %71'inin hiçbir olayı raporlamadıkları belirlenmiştir. Öztürk ve Fidan (2014) çalışmasında, çalışan personelin %89'unun hatalı olayları hiç rapor etmedikleri ve %11'inin ise hatalı olayları rapor ettikleri tespit edilmiştir. Karayurt ve ark (2017)'nın çalışmasında, katılımcıların %72'sinin hiç olay raporlamadığı ve %23'nün bir-iki olay raporladığı saptanmıştır. Ameliyathanede çalışanların %59'unun ameliyathanenin hasta güvenliği düzeyini kabul edilebilir olarak değerlendirmiştir. Korkmazer ve ark (2016)'nın yapmış olduğu bir çalışmada, katılımcıların %71'i hasta güvenliği derecesini zayıf olarak değerlendirmiş ve hata raporlama konusunda

katılımcıların %67'sinin son bir yıl hiç olay raporlamadıkları tespit edilmiştir. Genel olarak bakıldığında çoğu çalışmada, hata raporlamada ciddi yetersizlik olduğu görülmektedir. Bu bulgular, gerçekten hata yapılmıyor mu yoksa hasta güvenliği kültürü yerleşmediği için mi raporlanmıyor sorusunu akla getirmektedir. Yüksek oranlarda hata bildiriminin yapılmaması, hemşirelerin cezalandırılma korkusu nedeniyle rapor vermekten kaçındıklarını düşündürmektedir. Özer'e göre yapılması gerekenin ise bireyleri suçlamak yerine sistemin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi olmalıdır (Özer 2019).

Yoğun çalışma saatlerinin olması, yorgunluğa, dikkat dağınıklığına, işe konsantre olamama nedeniyle birçok tıbbi hataya sebep olacağı düşünülmektedir. Ayrıca yoğun çalışma, hasta güvenliğini olumsuz etkileyeceği gibi bu durumun sağlık çalışanının kurumuna ve işine karşı bağlılığını olumsuz etkileyebilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 393 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada, 12 saatten fazla nöbet tutan ve haftada 40 saatten fazla çalışan hemşirelerin hata olasılığını arttırdığı ve hasta güvenliğini tehlikeye attığı belirtilmektedir. Ayrıca, hemşirelerin çalışma saatleri uzadıkça hastanın durumundaki olumlu veya olumsuz değişiklikleri fark etmede azalma, "ilaç uygulama hataları, klinik karar vermede hatalar, hastane enfeksiyonunda ve yatak yaralarında" artış görüldüğü ifade edilmektedir (Rogersetal 2004). Sauza ve ark (2019)'nın yaptığı çalışmada, sağlık profesyonellerinin sağlık hizmetindeki hataların varlığını kabul ettikleri bildirilmektedir. Bunun sebebinin örgütsel sistemden ve bireysel başarısızlıklardan kaynaklandığını ancak çözüm olarak kişilere cezai olmayan bir güvenlik kültürünün desteklenmesi ve toplu öğrenmeye teşfikin artırılması gerektiği ifade edilmektedir.

4.2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki

Çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları demografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık olduğu saptandı ($P=0,023<0,05$) ($\bar{x}=3,48$) (Çizelge 3.2.1.). Çalışma sonucunda kadın hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları (%86), erkek hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edildi (%14) (Çizelge 3.2.1.).

Önler (2010) çalışmasında, kadınların güvenlik tutumlarının erkeklere nispeten daha yüksek olduğunu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmektedir. Çalışmanın yapıldığı ortamın cinsiyete ve yaşa bakmaksızın aynı özelliklere sahip olduğu göz önüne alındığında beklenen bir sonucun ortaya çıktığı düşünülmektedir. Aboshaigah (2013)'ın yaptığı bir çalışmada, hasta güvenliği kültürü algısının cinsiyete göre anlamlı bir fark oluşturduğunu ifade etmektedir. Bektemur (2018) çalışmasında, çalışanların demografik özelliklerine göre hasta güvenliği kültürü algılarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ancak cinsiyete göre anlamlı olduğunu belirtmektedir. Özer (2019), hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarına ilişkin algılarının cinsiyete göre farklılık oluşturduğunu ifade etmektedir.

Erdağı ve Özer (2015) yaptıkları çalışmada, hasta güvenliği kültürü ölçeğinin ortalama puanlarının cinsiyete göre karşılaştırıldığında tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını söylemektedir. Ertürk ve ark (2016) ise, yaptığı çalışma sonucu hasta güvenliği kültürü algılarının cinsiyete göre anlamlı olmadığını ifade etmektedir. Karaca ve Arslan (2014)'ın yapmış olduğu çalışmada, hasta güvenliği kültürü ölçeğinin ortalama puanlarının demografik özellikler yönünden anlamlı bir fark oluşturmadığını dile getirmektedir. Aynı şekilde Türk ve ark (2018) da hasta güvenliği kültürü ölçeğinin alt alanları ile demografik özellikleri arasında anlamlı bir fark olmadığını ifade etmektedir. Şahin (2015) yapmış olduğu çalışmasında, hiçbir alt alanın cinsiyete göre anlamlı bir farklılık oluşturmadığını belirtmektedir.

Sonuç olarak cinsiyete göre anlamlı farklılık tespit edilen çoğu çalışmada, kadın katılımcıların hasta güvenliği kültürü algıları, erkek katılımcılara göre daha yüksek belirlenmiştir. Bunun sebebi olarak kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre işlerinden daha fazla memnun olduklarını düşündürmektedir.

4.3. Hemşirelerin Örgütsel Bağlılık Düzeyleri

Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeylerine ilişkin ortalama değerleri incelendiğinde hemşirelerde örgütsel bağlılık düzeylerinin yüksek olduğu tespit edildi ($\bar{x}$=4,090). Alt boyutlar yönünden ele alındığında ise devam ($\bar{x}$=4,152) ve

duygusal bağlılık düzeylerinin yüksek ($\bar{x}$=4,142), normatif bağlılığın ise düşük olduğu belirlendi ($\bar{x}$=3,979) (Çizelge 2.8.2.).

Ölçek, maddeleri yönünden ortalamalar ele alındığında ise; en yüksek ortalama değerin "devam bağlılık" alt boyutundaki "istesem de şu anda kuruluşumdan ayrılmak benim için çok zor olurdu" maddesine ait olduğu saptandı ($\bar{x}$=4,48). En düşük ortalama değerin ise "normatif bağlılık" alt boyutundaki "kuruluşumdan şimdi ayrılsam kendimi suçlu hissederim" ($\bar{x}$=3,49) maddesine ait olduğu belirlendi (Çizelge 3.3.1.).

Şahin ve Sevinç'in yaptığı bir çalışmada hastanede uzun süredir çalışan hemşirelerin kurumlarına bağlılık düzeyinin düşük olduğu, başka bir deyişle, hemşirelerin kuruma bağlılık hissetmedikleri ifade edilmiştir (Şahin ve Sevinç 2012). Hemşirelerin düşük örgütsel bağlılık hissetmesi hizmet sunumunda verimlilik, etkililik ve performans ile ilgili sorunlar çıkarabilirdiği düşünülmektedir. Seyedghibi ve arkadaşları Şiraz Üniversitesi'ne bağlı hastanelerde çalışan hemşireler üzerinde yürütülen çalışmasında, devamlı ve normatif bağlılık ortalama değerleri sırasıyla 4.05 ve 3.14 olarak belirlenmiştir. Ortalama puanları göz önüne alındığında hemşirelerin örgütsel bağlılıklarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (%52,57) (Seyedghibi ve ark 2014). Sığrı'nın kamu ve özel sektörde yaptığı bir çalışmada kamu çalışanların devam bağlılıklarının, özel sektörde çalışanların ise duygusal ve normatif bağlılıklarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Sığrı 2007). Özmen ve arkadaşlarının akademisyenlerle ilgili bir çalışmasında, akademisyenlerin örgütlerine duygusal ve normatif bağlılıklarının yüksek, devam bağlılıklarının ise düşük olduğu belirlemiştir. Bunun sebebi olarak akademisyenlerin duygusal bağlılık açısından kurumlarında çalışmaya devam etmek istedikleri, normatif bağlılık açısından kurumlarından ayrılmayı uygun bulmadıkları, devam bağlılığı açısından ise mesleki ve kişisel özelliklerden kaynaklandığı ifade edilmektedir (Özmen ve ark 2005). Karakaya ve Karademir (2013), katılımcıların görev yaptığı kurumlarına örgütsel bağlılıklarının olumlu olduğunu, onların görevlerine ve kurumlarına karşı bağlılık hissettiklerini belirtmektedir. Bulut ve Hovardaoğlu (2018)'nun benzer bir çalışmasında, katılımcıların kurumdan ayrılamama nedeninin duygusal bağlılık ve devamlı bağlılıktan ziyade toplulukçu kültürden (ahlaki bağlılık) kaynaklandığı ifade edilmektedir.

İntepeler ve arkadaşlarına ait bir çalışmada, hemşirelerin 2007 ve 2011 yılları arası örgütlerine bağlılık oranlarının git gide düşüş gösterdiği ifade edilmiştir (İntepeler ve ark 2014). Aynı şekilde yurt dışında yapılan birkaç çalışmada da hemşirelerin örgütsel bağlılıklarının düşük seyrettiği tespit edilmiştir (Gregory 2007, Chang 2014).

Katılımcıların örgütsel bağlılık alt alanlarına verilen cevaplar incelendiğinde, duygusal bağlılıklarının yüksek olması onların kendilerini bulundukları örgüte ait hissettiklerini, amaç ve hedeflerini benimsediklerini gösterir. Ancak normatif bağlılıklarının düşük olması ise katılımcıların farklı bir iş bulma potansiyelinin olduğunu ve kendilerini örgütlerine karşı borçlu hissettikleri için devam ettiklerini düşündürmektedir (Yücel ve Koçak 2014). Katılımcıların devam bağlılıklarının yüksek olması, "emekliliğinin yakın olması, yerleşmiş bir düzen, alışılmış bir ortam ve mali nedenlerden" kaynaklandığı düşünülmektedir (Kaya 2009).

4.4. Hemşirelerin Örgütsel Bağlılık Düzeyleri ve Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki

Hemşirelerin demografik özellikleri ile örgütsel bağlılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak ilişki bulunmadı (Çizelge 3.4.1.).

Ak (2019) ile Çakar ve Ceylan (2005) çalışmalarında, örgütsel bağlılık ve demografik özellikler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirtmiştir. Yücel ve Koçak (2014) yaptıkları çalışmada, demografik özelliklerin örgütsel bağlılık alt boyutları yönünden anlamlı bir fark oluşturmadığını ifade etmiştir. Özutku (2008) yaptığı çalışmada, örgüte bağlılık alt boyutlarının demografik özelliklere göre anlamlı bir farklılık göstermediği ancak devamlılık bağlılığın farklılık gösterdiğini ifade etmektedir. Eren ve Durna (2005) ile Sığrı ve ark (2007)'nın çalışmalarında, çalışanların demografik özellikleri ile örgütsel bağlılık alt boyutlarından duygusal ve normatif bağlılık arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğunu ifade etmektedir. Ancak aynı çalışmada, devamlı (süreklilik) bağlılık ile anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı belirtilmektedir. Kaya (2009) çalışmasında sağlık kurumlarındaki hemşirelerin örgütsel bağlılık alt boyutlarının 0,05 düzeyinde

anlamlı farklılık olduğunu belirtmektedir. Özkaya ve ark (2006) çalışmasında ise demografik özelliklerin örgütsel bağlılık üzerinde etkili olduğunu belirtmektedir.

Çalışmalar genel olarak değerlendirildiğinde, benzer sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Ancak çalışmalarda sadece devam bağlılıkta farklılık olduğu belirlenmiştir. Son olarak çalışanlar kurumlarında zaman geçirdikçe bireysel ve örgütsel uyumu, memnuniyetin duygusal bağlılığı, sadakat ve kendini örgüte adamanın ise normatif bağlılığı artıracağı düşünülmektedir.

4.5. Hemşirelerin Hasta Güvenlik Kültürü Algıları ve Örgütsel Bağlılık Düzeyleri Arasındaki İlişki

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ile örgütsel bağlılık düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan korelasyon analiz sonuçlarına göre, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları ile örgütsel bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. Hasta güvenliği kültürü algılarının tüm alt boyutlarının, örgütsel bağlılık düzeyleri alt boyutlarından duygusal ve normatif bağlılık ile pozitif bir ilişki belirlendi. Devam bağlılık alt alanı ile (hasta güvenliği kültürü alt alanlarında "güvenliğin kapsamlı algılanması", "hataların raporlanma sıklığı", "hastane üniteleri arasında ekip çalışması", "hastane müdahaleleri ve değişim", "organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme", "üniteler içinde ekip çalışması", "hatalar hakkında geribildirim ve iletişim", "personel sağlama" ve "hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği") arasında herhangi bir ilişki belirlenmedi. Ancak, "yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri", "iletişimin açık tutulması" ve "hataya karsı cezalandırıcı olmayan yanıt" alt alanları ile anlamlı fakat negatif bir ilişki olduğu belirlendi. Sonuç olarak hemşirelerin "hasta güvenliği kültürü algıları" arttıkça "örgütsel bağlılık düzeyleri" yükselmektedir. Bununla beraber hasta bakım kalitesi de artmaktadır (Çizelge 3.5.1.).

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının örgütsel bağlılık düzeyleri alt alanlarından duygusal ve normatif bağlılık düzeyleri arasında pozitif yönlü orta derecede, devam bağlılığı ile arasında, negatif yönlü düşük derecede bir ilişki belirlendi. Çalışanların kuruma özellikle duygusal açıdan bağlı olması, güvenlik kültür düzeyini olumlu etkilediği tespit edildi (Çizelge 3.5.2).

Hortwitz ve ark (2017)'nın "hasta güvenliği kültürü ile iki tutum yapısı (örgütsel bağlılık, yapısal güçlendirme) arasındaki ilişki" çalışmasında hem duygusal bağlılığın hem de yapısal güçlendirmenin hasta güvenliği kültürü ile pozitif yönlü bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Aynı zamanda çalışmada, iki tutum yapısının hasta güvenliği kültürü üzerindeki potansiyel etkileşim etkisinin test edildiği ancak böyle bir etkinin tespit edilmediği vurgulanmaktadır. Harsul ve ark (2018)'nın örgütsel bağlılık ile hasta güvenliği kültürü ilişkilendirmeli çalışmasında, örgütsel bağlılık ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı bir ilişki (p=0,039) ve örgütsel bağlılığı iyi olan hemşirelerin %9'luk daha yüksek bir hata/olay raporlama kültürüne sahip olduğu ifade edilmektedir. Hemşirelerin sahip olduğu örgütsel bağlılığın artırılması özellikle hasta güvenliğinde hata/olay raporlama kalite iyileştirmelerini ve geliştirmelerini destekleyeceği düşünülmektedir. Ayrıca örgütsel bağlılığın, hasta güvenliği uygulamasında hemşirelerin çalışma tutumlarıyla ilişkili faktörlerden biri olduğunu belirtilmektedir. Lotfi ve ark (2016)'nın, "hasta güvenliği kültürü algısının hemşirelerin etik liderliği ile örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişki" çalışmasında yönetici hemşirelerin etik liderliği, hasta güvenliği kültürü algısı ile örgütsel bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir pozitif ilişkinin olduğu ifade edilmektedir. Hemşirelerin etik liderlik ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişki ile ilgili olarak örgütsel bağlılığın optimizasyonu ve hastanelerdeki yöneticilerin etik liderliğe bağlılıklarını, hasta güvenliği açısından performansı artıracağı görülmektedir. "Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı" (2017)'na göre örgütsel bağlılık, hasta güvenliğini oluşturmada önemli bir etkiye sahiptir. Hwang ve Lee (2017) iyi bir örgütsel bağlılığa sahip olan hemşireler, gelişmeye olumlu bir yanıt ve yürütülen hizmetlere karşı bir sorumluluk üstleneceğini böylece hemşirelik hizmetlerinin kalitesini ve özellikle hasta güvenliğini artırabileceğini ifade etmektedir. Hamdan ve arkadaşları (2018), hemşirelerin profesyonel bağlılığının hasta güvenliği ile ilişkisinin olduğunu ifade etmektedir. Im ve Park'ın "hastane genelinde hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algısı ve örgütsel bağlılığın hasta güvenliği yönetimi faaliyetlerine etkisi" çalışmasında, hasta güvenliği yönetimi faaliyetlerinin hem hasta güvenliği kültürü algısıyla hem de örgütsel bağlılık düzeyiyle anlamlı bir ilişki içerisinde olduğunu belirtmektedir. Ayrıca, hasta güvenliği kültürü algısı ile örgütsel bağlılık arasında da anlamlı pozitif bir ilişki olduğunu ifade etmektedir (Im ve Park 2018).

Özutku (2008) "örgütsel bağlılık ve iş performansı arasındaki ilişkinin incelenmesi" çalışmasında, örgüte duygusal ve devamlı bağlılık ile iş performansı arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğunu belirtir. Ancak Özutku, normatif bağlılık ile iş performansı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ifade etmektedir. Cihangiroğlu ve ark (2013)'na göre, örgüte bağlı olan iş görenlerin kendilerinden istenilen gayretin üzerinde yüksek performans göstermeleri ve örgütlerin var olmalarını sağlamaları için büyük bir önem taşımaktadır. Bu durumda artan örgütsel bağlılık, hasta bakım kalitesinede yansımaktadır. Bu durum, dolayısıyla hasta güvenliği kültürünü de artırmaktadır. Çakar ve Ceylan (2005) çalışmasında, örgütsel bağlılık ile "işe katılım, işe bağlılık ve işten ayrılma niyeti" arasında %1 ve %5 düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunduğu belirtilmektedir.

İş görenlerin çalıştıkları kurumların değerlerine ve amaçlarına olan inançları arttıkça kurumun amaç ve değerlerine olan bağlılıkları da artmaktadır (Eren ve Bal 2015). Bu bağlılık kurum içerinde ekip çalışmasını, olumlu iletişimi ve hata bildirimlerinin yapılmasını olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Ak ve ark (2019)'nın yaptığı çalışmada; tıbbi hataların önlenmesinde, ekiplerin başarılı olmasında, hasta memnuniyetinin sağlanılmasında, etkili ekip çalışmasında ve iletişimin iyileştirilmesinde, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi açısından önemli yarar oluşturduğu ifade edilmektedir. Ayrıca sağlanmış olumlu ekip çalışması ve iletişim, örgütsel bağlılığı duygusal ve normatif olarak pozitif yönde artıracağı, devam bağlılığını ise negatif yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Bu yönüyle çalışma ile benzerlik göstermektedir. Emül (2018) çalışmasında, etik iklim algısı ile hasta güvenliği kültürünün birbiri ile olan ilişkisi sınamıştır. Emül, bu ilişkinin pozitif yönde ve vasat olduğu, etik iklimin hasta güvenliği kültürüne %28 oranında etki ettiğini belirtmektedir. Türe Yılmaz ve ark (2019) etik ilke ve davranışlarla var olan etik iklimi, örgütün çalışandan beklediği davranışı göstermesi olarak tanımlar. İş gören ne kadar istenilen davranışı gösterirse etik iklim o derece kabul görmüşlüğü ifade eder. Örgütte iş görenden istenilen davranışı elde etmek ise ancak iş göreni birçok anlamda memnun etmekle ve örgütsel bağlılığı artırmakla sağlanılacağı düşünülmektedir. Hoş ve Oksay (2014)'ın "hemşirelerde örgütsel bağlılık ile iş tatmini ilişkisi" çalışmasında, örgütsel bağlılık düzeyi ile iş tatmini düzeyi arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Karamanoğlu ve ark (2007) ile

Köse ve Akman (2010) yaptığı çalışmalarda ise iş tatmini sağlanmış hemşirelerin mesleklerinden memnun olduklarını, daha profesyonel çalıştıklarını belirtmektedir. Ayrıca aynı çalışmada, onların iş memnuniyetlerini artırdığı oranda başarı sağlayacakları ve bunun bakım kalitesini dolayısıyla hasta güvenliğini de olumlu etkileyeceği ifade edilmektedir. Akpolat ve Sırakaya (2016)'nın "sağlık kuruluşlarında örgütsel adalet ile hasta güvenliği arasındaki ilişkiyi belirlemek ve hasta güvenliğinin örgütsel adalete etkisi" çalışmasında, istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif ilişki olduğu belirtilmektedir. Hasta güvenliği kültürünün var olması, sağlık kurumlarının hizmet sunumu ve hastaların hizmet alımı yönünden çok önemlidir. Ayrıca örgütsel adaleti olumlu açıdan etkilemesi, sağlık personellerinin kurumlarını benimsemesini ve güvenmesini sağlamaktadır. Böylece bu durum, örgütsel bağlılığı yükseltmektedir. Feng ve ark (2011) Çin'de bir üniversite hastanesinde çalışan 248 katılımcı hemşireyle yaptığı çalışmada, yönetimin güvenliğe olan bağlılığı ile hasta güvenliği kültürü arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Demir ve Öztürk (2011)'ün yapmış olduğu bir çalışmada, örgüt kültürünün örgütsel bağlılığı pozitif yönde etkilediği ve örgüt kültürü artıkça örgütsel bağlılığın arttığını ifade etmektedir. Mohr ve ark (2018)'nın yaptığı bir çalışmada, çalışan güvenliği hasta güvenliğinin gelişimi için bir önkoşul olabilir. Böylece, çalışan güvenliği kültürünün hasta güvenliği kültürüyle güçlü ve pozitif bir şekilde ilişki içerisinde olacağı varsayımında bulunulmaktadır.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını tespit etmek, örgütsel bağlılık düzeylerini belirlemek ve bu iki değişkenin birbirleri ile olan ilişkilerini ortaya koymak amacıyla planlanan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Hasta Güvenliği Kültürü ile İlgili Sonuçlar:

- Hemşirelerin "hasta güvenliği kültürü algıları" düşük olarak belirlenmiştir. HGK alt boyutlarından "Üniteler arası ekip çalışması" algısı yüksek, "Hataların raporlanma sıklığı", "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" ve "Personel sağlama" algıları düşük olarak belirlenmiştir.
- Hemşireler, "hasta güvenliği derecesi" konusunda birimlerini yeterli bulmaktadır.
- Hemşirelerin yeterince tıbbi hata/olay raporlamadığı görülmektedir.
- Çalışmada hemşirelerin "hasta güvenliği kültürü algıları" demografik özelliklerine göre yalnızca cinsiyet yönünden farklılık göstermektedir. Kadın hemşirelerin "hasta güvenliği kültürü algıları" erkek hemşirelere göre daha yüksektir.

Örgütsel Bağlılık ile İlgili Sonuçlar:

- Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeyleri yüksek olarak belirlenmiştir.
- Çalışmada hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeyleri demografik özelliklerine göre farklılık göstermemektedir.
- Çalışmada hemşirelerin duygusal ve devam bağlılık düzeylerinin normatif bağlılık düzeylerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hasta Güvenliği Kültür Algısı ile "Örgütsel Bağlılık" Algısı Arasındaki İlişki ile İlgili Sonuçlar:

- Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü alt boyutlarının duygusal ve normatif bağlılık düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu belirlendi. Ancak, onların devam bağlılık düzeyi ile hasta güvenliği kültürü alt boyutları arasında ise negatif bir ilişki olduğu saptandı. Sonuç olarak hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarına bağlı olarak örgüte bağlılık düzeyleri de artmaktadır.

- Hemşirelerin “hasta güvenliği kültürü” algılarının “duygusal” ve “normatif bağlılık” düzeyleri arasında pozitif yönlü orta derecede, “devam bağlılığı” düzeyi arasında negatif yönlü düşük derecede ilişki saptandı. Sonuç olarak hemşirelerin kuruma özellikle duygusal olarak bağlanması güvenlik kültür düzeyini olumlu etkilemektedir.

Bu Sonuçlara Göre Aşağıdaki Öneriler Geliştirilebilir;

Hemşireler İçin;

- Hemşirelerin, hasta güvenlik kültürüne ilişkin güvenliği kapsamlı bir şekilde ele alarak bu konuda gereken desteği almaları önerilebilir.
- Hemşirelerin örgütsel bağlılıklarının artırılması için yöneticilerin gereken uygulamaları yapmaları önerilebilir. Bunlar; “çalışanları kararlara katılım konusunda cesaretlendirme, değerlilik hissi ve bağlılığın kendilerine de yararlı olacağı bilincini oluşturma” şeklinde sıralanabilir.

Örgüt ve Kurumlar İçin;

- Hasta güvenliği konusunda problemleri “bildirme, tartışma ve hatalardan ders almayı” sağlayacak ve kolaylaştıracak sistemler geliştirilmesi önerilebilir.
- Gizlilik, elektronik ortamda raporlama gibi hata raporlamayı benimseyen ve destekleyen ortamlar oluşturulması, hata bildiren sağlık personelini güvence altına alan yasal düzenlemeler yapılması önerilebilir.
- Hasta güvenlik kültürü ve örgütsel bağlılık düzeyinin, eğitim ve anket çalışmaları ile süreklilik kazandırılması önerilebilir.

Araştırmacılar İçin;

- Araştırmacılara, çalışanların HGK algılamaları ve ÖB düzeyinin ilişkilendirilmesi konusu ile ilgili daha büyük ve farklı örneklem gruplar üzerine benzer çalışmalar yapması önerilebilir.

Yöneticiler İçin;

- Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması çalışanların hizmet sunumu ile hastaların hizmet alımı açısından çok önemlidir. Ayrıca bu durumun örgütsel

bağlılığı olumlu açıdan etkilemesi ve yapılan çalışmaların gerçekleşmesi için tüm sağlık personelinin ve yönetiminin hasta güvenliği kültürünü benimsemeleri ve güvenmeleri önerilmektedir.

- Yöneticilerin sağlık personellerinde örgütsel bağlılık düzeyini ve hasta güvenliği kültürünü iyileştirmek, geliştirmek ve artırmak için kurum içerisinde iletişimi artırıcı çalışmalar yapmaları önerilebilir. Bunlar; yemek organizasyonları ve hediyeleşme şeklinde olabilir.

Yapılan çalışma sonucu hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamaları düşük, örgütsel bağlılık düzeyi yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak her iki değişkenin birbirleri ile pozitif ilişki içinde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarına bağlı olarak örgüte bağlılık düzeyleri de artmaktadır. Kuruma özellikle duygusal olarak bağlanması güvenlik kültür düzeyini olumlu etkilemektedir. Bu ilişkinin iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve istikrarlı devam etmesi için bu konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

Aboshaigah AE, 2013. Assessment of nurses perceptions of patient safety culture in a Saudi Arabia hospital. Et al. Journal Nurs Care Qual.

Acencyfor Healthcare ResearchandQuality (AHRQ), 2014. PatientSafetyculture.

Adams F, Fraser SG, 2006. Wrong Site Surgery. Br J Ophthalmol, 90(7): 814-16

Adıgüzel O, 2010. Hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanları tarafından algılanmasına yönelik bir araştırma. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 28: 159-70.

Agency for Health Care Research and Quality, 2017. Patient Safety Primare: Culture of Safety. Redrieved from https://psned.ahrq.gov/primers/primer/5/culture-of-safety.

AHRQ Publication, 2008. Patient Safety and quality: An evidence-basedh and book for nurses. Hughes RG, editor.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J ve Silber HJ, 2002. Hospital nurses taffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. Journal of the American Medical Association, 288(16),1987-93.

Ak ES, Kandemir D, Ayoğlu T, Ayhan MK, 2019. Hemşirelik öğrencilerinin ameliyat öncesi hasta güvenliğine ilişkin görüşleri ve uygulamaları. Florence Nightingale Journal of Nursing (FNJN), 27(1): 26-37.

Ak M, 2019. Yapısal değişim ekseninde kamuda örgütsel bağlılık: acil sağlık hizmetleri istasyonlarında ampirik bir analiz. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 33, Sayı: 1

Aka B, 2018. Bebek patlaması, X ve Y kuşağı yöneticilerin örgütsel bağlılık düzeylerinin kamu ve özel sektör farklılıklarına göre incelenmesi: Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, Cilt: 9, Sayı: 20, ss.118-35.

Akalın HE, 2004. Hasta güvenliği kültürü; nasıl geliştirebiliriz? ANKEM Dergisi. 18: 12-3.

Akalın HE, 2005. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi, 5(3), 141-46.

Akalın HE, 2010. Hasta güvenliği kültürü. Sağlıkta Nabız, 7(25), 10-3.

Akbulut T, Coşkun N, Abbasoğlu A, 1998. İşyeri hekimliği ders notları. Türk Tabipler Birliği Yayını, Ankara.

Akgün S, Al Assaf AF, 2007. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürü nasıl oluşturabiliriz? Hastane Yönetimi Dergisi, 11 (1-2), 1-8.

Akıncı ÇA, Pınar R, 2011. Hemşirelerin etik kodlara uyma düzeyi ve etkileyen faktörler. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.

Akpolat M, Sırakaya İB, 2016. Hasta güvenliği kültürünün algılanan örgütsel adalet üzerine etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(1):1-16.

Aktan CC, Işık K, 2007. Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik evrensel sağlık bildirgelerine toplu bir bakış. T.C Sağlık Bakanlığı ve AuraYayınları (Edt. Aktan ve Saran), Ankara, s.1.

Aktan CC, Işık AK, 2013. Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik evrensel sağlık bildirgelerine toplu bir bakış. http://www.canaktan.org/ekonomi/sağlık-değişim-çağında/pdf-aktan/sağlığın korunması.pdf

Al-Ateeq EA, 2008. Therelationship Between Registered nurses "perceptions of theirwork environment andtheirperceptions of patient safety culture. Doctor of Philosophy, George Mason University, Fairfax.

Alcan Z, Eren Tekin D, Özbucak Civil S, 2012. Hasta Güvenliği. Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü. İstanbul, Nobel Matbaacılık, 1-216.

Allen N, Meyer J, 1990. The measurement and antecedents of affective, continuanceand Normative commitmenttotheorganization. Journal of OccupationalPsychology, 63, ss.118.

Altunkan H, Özata M,2010. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi, 8(2): 100-11.

Anderson DJ, Webster CS, 2001. Systemsapproachtothereduction of Medication error on the hospital ward. Journal of AdvencedNursing, 35(1), 34-41.

Arbak Y, Kesken J, 2005. Örgütsel bağlılık; sağlık hizmetlerinde sürekli gelişim için davranışsal bir yaklaşım. 1. Baskı, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 64-75.

Ardahan M, 2003. Hemşirelerin savunuculuk rolü. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7: 23-27.

Ardahan M, Alp FY, 2015. Hasta güvenliği ve hasta güvenliğini sağlamada sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(2): 85-88.

Arslan R, Efe D, Aydın E, 2013. Duygusal zekâ ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişki sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. Uluslararası Alanya İletişim Fakültesi Dergisi,5:3,169-80.

Aşık NA, 2010. Çalışanların iş doyumunu etkileyen bireysel ve örgütsel faktörler ile ilişkin kavramsal bir değerlendirme. Türk İdare Dergisi, ss. 31-51.

Atalay CG, 2010. İnsan kaynakları yönetimi. İstanbul, Detay Yayıncılık.

Aygin D, Cengiz H, 2011. İlaç uygulama hataları ve hemşirelerin sorumluluğu. Sisli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni, 45: 110-14.

Azami Aghdash S, Ebadifard Azar F, Rezapour A, Azami A, Rasi V, Klvany K, 2015. Patient Safety culture in hospitals of Iran: a systematic review and meta-analysis. The Medical Journal of the Islamic Republic of Iran; 29-251.

Bahrami MA, Chalak M, Razieh Montazeralfaraj R, Tafti AD, 2014. Iranian nurses' perception of Patient Safety culture. Iranian Red Crescent Medical Journal, 16(4): 2-9.

Bakan İ, 2011. Örgütsel stratejilerin temeli örgütsel bağlılık, kavram, kuram, sebep ve sonuçlar. Gazi Kitabevi, Ankara.

Barsbay S, Çakmak Barsbay M, 2018. Healtcare Professional sattitudesregarding Patient Safety inclinics. JoCReHeS (Journal of Current Researches on Health Sector), 8(2), P: 67-68.

Barutçugil İ, 2004. Stratejik insan kaynakları yönetimi. İstanbul, Kariyer Yayıncılık, 148-145.

Becker HS, 1960. Notes on theconcept of commitment. The American Journal of Sociology, 66(1), 32-40.

Bektemür G, 2018. İç girişimciliğinin hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi: bir özel hastane uygulaması. Sağlık Akademisyen Dergisi, Vol:5, issue:3, 161-77.

Berwick DM, 2003. Errors today and errors tomorrow. The New England Journall of Medicine, 348: 2-2570.

Blau G, Lunz M, 1998. Testing thein cremantal effect of Professional commitment on intentto leave one's profession beyond the effects of external, personal and work relatedvariables. Journal of Vocational Behavior, 52, 260-69.

Bodur S, Filiz E, 2009. "A survey on Patient Safety culture in primary health care services in Turkey", International Journal for Quality in Health Care; Volume 21, Number 5: pp. 348-55.

Boylu Y, Pelit E, Güçer E, 2007. Akademisyenlerin örgütsel bağlılık düzeyleri üzerine bir çalışma. Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar, Cilt: 44 Sayı:511

Bulut MB, Hovardaoğlu İS, 2018. Örgütsel bağlılık, örgütsel sinizm ve işten ayrılma niyetinin yatırım modeli çerçevesinde incelenmesi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, Cilt: 11, Sayı: 56.

Centers for Disease Control and Prevention, 2002. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSAHand Hygiene Task Force. MMWR ;51 (No. RR-16).

Chang CS, 2014. Modarating effects of Nurses organizational support on there lationship Between job satisfaction and organizational commitment. Western Journal of Nursing Research, 36:4, 1-22.

Cihangiroğlu N, Teke A, Çelenk Ö, 2013. Örgütsel bağlılığın iş tatmini üzerine etkisi: Gülhane askeri tıp fakültesi eğitim hastanesinde bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C.18, S.3, s.399-10.

Cohe AR, 1992. Effective Behaviorin Organizations, Irwin Inc., Usa, s.192.

Chow CW, Harrison GL, Mc Kinnon JL, Wu A,2001. Organizational Culture, Association with Affective Commitment, Job Satisfaction, Propensityto Remain and Information Sharing in a Chinese Cultural Context. San Diego StateUniversity, CiberWorking Paper Series, Publication 111, Fall.

Connelly L, Powers J, On-line Patient Safety Climate survey: Tool Development and lessons learned. http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol4/Connelly.pdf, 2010.

Çakar DN ve Ceylan A, 2005. İş motivasyonunun çalışan bağlılığı ve işten ayrılma eğilimi üzerindeki etkileri. Doğuş Üniversitesi Dergisi, Cilt:6, Sayı:1

Çakmakçı M, 2010. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hataları ile İlgili görüşleri. Editörler; Çakmakçı M, Akalın EH, Füsun Sayek TTB Raporları/Kitapları, 1. Baskı, TTB yayınları, Ankara, 26-31.

Çavuş Ş, Gürdoğan A, 2008. Örgüt kültürü ve örgütsel bağlılık ilişkisi: beş yıldızlı bir otel işletmesinde bir araştırma. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 1: 18-34.

Çırpı F, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabay M, 2009. Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3), 26-34.

Çoban D, Demirtaş H, 2011. Okulların akademik iyimserlik düzeyi ile öğretmenlerin örgütsel bağlılığı arasındaki ilişki. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 17 (3), 317-48.

Demir C, Öztürk UC, 2011. Örgüt Kültürünün Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:26, Sayı:1, ss.17-41.

Demir M, 2012. Örgütsel destek, örgütsel bağlılık ve işten ayrılma eğilimi ilişkisi: havalimanı yer hizmetleri işletmelerine yönelik bir araştırma. Endüstri İlişkiler ve İnsan Kaynakları Dergisi, Cilt: 14 Sayı: 1 Sıra: 5 / No: 476, ss. 1-2.

Demirel Y, Öz BF, Yıldırım G, 2014. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin kurumlarına bağlılıklarının değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi, 21(2), ss.92-100.

Doğan S, Kılıç S, 2007. Örgütsel bağlılığın sağlanmasında personel güçlendirmenin yeri ve önemi. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Fakültesi Dergisi, 29, 37-61.

Doğar N, Gürsoy A, 2017. Kişilikle örgütsel bağlılık arasındaki ilişki ve bu ilişkide iş tatmininin aracılık etkisi. Kara Harp Okulu BilimDergisi, Cilt:27, Sayı: 1, 113-46.

Dursun S, Bayram N, Aytaç S, 2010. Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama. Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:8, Sayı:1, ss.1-14.

Duygulu S, Abaan S, 2007. "Örgütsel bağlılık: Çalışanların kurumda kalma ya da kurumdan ayrılma kararının bir belirleyicisi". Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 61-73.

Duygulu S, Korkmaz F, 2008. Hemşirelerin örgüte bağlılığı, iş doyumları ve işten ayrılma nedenleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:12, Sayı:2.

Emiroğlu N, 1994. İş sağlığı hemşireliği. Türk Hemşireler Dergisi, 44(6): 35-38.

Emül E, Demirel ET, Gündoğdu G, 2018. Etik iklim algısının hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi: Elazığ örneği. Fırat Üniversitesi Dergisi.

Er F, Altuntaş S, 2016. Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, Sayı: 3, Cilt: 3.

Erdağı S, Özer N, 2015. Araştırma cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18:2.

Eren E, 2004. Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi. 8. Basım. İstanbul: Beta Yayınları.

Eren H, Demirgöz Bal M, 2015. Hemşirelikte örgütsel bağlılık. Sağlık ve Hemşirelik Dergisi, Cilt:2, Sayı:1

Eren V, Durna U, 2005. Üç bağlılık ekseninde örgütsel bağlılık. Doğuş Üniversitesi Dergisi, 6 (2), 210-19.

Erkılıç Turan A, 2007."Toplam kalite yönetimi ilkelerinin yönetim yaklaşımları bağlamında tartışılması", GAU Journal Soc. & Appl. Sci., Cilt. 2, Sayı.4, 50-62.

Ertürk C, Dönmez P, Özmen D, 2016. Manisa il merkezindeki hastanelerde görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 32(1): 19-33.

Esen M, 2019. İş stresi, mesleki tükenmişlik ve örgütsel bağlılık ilişkisi: sağlık çalışanları üzerine bir araştırma. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, Cilt 15, Yıl 15, Sayı 1.

Feng XQ, Acord L, Cheng YJ, Zeng JH, Song JP, 2011. There lationship between management commitment and patient safety culture. International Nursing Review 58:249-54.

Gaal S, Verstappen W, Wensing M, 2011. What do primary care physicians and researchers consider the most important patient safety improvement strategies? BMC HealthServRes. 102-11.

Gaertner KN, Nollen SD, 1989. Careerexperiences, perceptions of employment practices and psychological commitment to the organization. Human Relations, 42, 11, 975-91.

Galhardi NM, Souza Orlandi CERF, 2018. Assessment of the patient safety culture in primary healtycare. Rosely Moralez de Acta Poulista de Enfermagem, 31(4), 409-16.

Gearhart SF, 2008. There lationship between care provider perceptions of safety culture and patient perceptions of care on three hospital units, Doctor Of Philosophy, Universty Of California, San Francisco.

Ghobashi MM, 2014. Evaluation of patient safety culture in primary health care institutions in Kuwait. Epidemiol Biostat Public Health, 11(3): e9101-e9109.

Glisson C, Durick M, 1988. Predictors of Job Satisfaction and Organizational Commitment in Human Service Organizations. Administrative Science Quarterly, 33, 1, 61-81.

Goffee R, Gareth J, 2000. Kurum Kültürü. (Çeviren: K. Kutmandu). MediCat Yayınları, Ankara.

GregoryDM, Way CY, Lefort S, Barrett BJ, Perfrey PS, 2007. Predictors of Registered Nurses organizational commitment and intent to stay. Health Care Management Review, 32:2, 119-27.

Gökdoğan F, Yorgun S, 2010. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13,2.

Göz F, Kayahan M, 2011. "Evaluation of the Patient Safety culture: survey of nurses/Hemşirelerin çalıştıkları kurumlardaki hasta güvenliği kültürünü değerlendirmeleri. Journal of Education and Research in Nursing, vol. 8, no. 2, p. 44+. Academic One File, Accessed 23 Apr. 2019.

Gül H, 2002. Örgütsel bağlılık yaklaşımlarının mukayesesi ve değerlendirmesi, Ege Üniversitesi Ege Akademik Bakış Dergisi, Cilt:2 say.

Gündoğdu S, Bahçecik N, 2012. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(2), 119-28.

Hamdan Z, Dalky H, Ramadneh J, 2018. Nurses Professional commitment and its effect on patient safety. Global Journal of Health Science, 10(1), doi:10.5539/gjhs.v10n1p111.

Harsul W, Irvan AM, Sjattar EL. 2018. Relationship of organizational commitment with patient safety incident report culture. Journal Ilmu Keperevatan, Volum 2, No:6.

Health&Safety Commission, 1993. ACSNI study group on human factors. 3rd Report: Organising for Safety. HMSO, London

Henneman PL, Fisher DL, Henneman EA, Pham TA, Campbell MM ve Nathanson BH, 2010. Patient identification errors are common in a simulated setting. Annals of Emergency Medicine. 55(6),503-509.

Hicks RW, Sikirica V, Nelson W, Scheın JR, Cousins DD, 2008. Medication errors in volving patient-controlled analgesia. Am Journal Health Syst Pharm., 65(5):425-40.

Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, Dunagan CW, Fischer I, Johnson S ve diğerleri, 2004. Characteristics and circumstances of falls in a Hospital setting a prospective analysis. Journal of General Internal Medicine, 19, 732-39.

Holden LM, Watts DD, Hinton Walker P, 2009. Patient safety climate in primary care: Age Matters. Journal Patient Safety, March;5 (1):8-23.

Hortwitz KS, Hortwitz IB, 2017. The effects of organizational commitment and structural empowerment on patient safety culture: An analysas of a physicion cohort. Journal of Health Organization and Management, Vol.31 Issue:1, pp.10-27.

Hrebiniak LG, Alutto JA, 1972. Personal and role related factors in the development of organizational commitment, Adminis trative Science Quarterly, 17, 4: 555-73.

Hunt SD, Morgan RM, 1994. Organizational commitment: Oneway of many commitment sor keymediating construct. Academy of Management Journal, Vol 37, Is.6, 1568-587.

Hwang H, Lee YM, 2017. Effects of professional automony, organizational commitment, and perceived patient safety culture on patient safety management activities of nurses in medium and small-sized hospitals. Journal Korean Critical Care Nurse, 10(1), 63-74.

IAEA, 1986. Summary report on the post accident rewiew meeting on the Chernobyl accident. (Wien, IAEA).

IAEA, 1991. Safety series. International Atomic Energy Agency, Vienna.

In SA, Park MJ, 2018. The effects of patient safety culture perception and organizational commitment on patient safety management activities in general hospital nurses. Journal of Digital Convergence Vol. 16, No. 6, pp. 259-70.

Institute of Medicine: To err is human: Building a safety health system. (2000). Washington DC: National Academy Press.

Institue of Medicine-IOM. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century/Committe On Quality Health Care in America. National Academy Pres, 2101 Constitution Avenues NW, Washington DC, 2001: 39-60

International Counsil of Nursing (ICN), 2006. International nurses day theme: Healthy employment saves lives. Information and Action Guide, Ek 8, 31.

International Counsil of Nursing (ICN), 2012. Patient safety. http:/www.inc/chimages/stories/documant/publications/positionstatements/DO5, Patient Safety Pdf.

Işık O, Akpolat M, Çetin M, Çimen M, 2012. Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. TAF PreventiveMedicineBulletin, Vol.11, Issue 4, P.421.

İnce ve Gül (2005), Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık, Birinci Baskı, Çizgi Kitabevi Yayınları, Konya.

İntepeler SŞ, Güneş N, Bengü N, Yılmazmış F, 2014. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumu ve kurumsal bağlılıklarındaki değişim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik dergisi, 7: 1, 1-6.

İşler MC, 2013. İş sağlığı ve güvenliği eğitimleri ile güvenlik kültürünün iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesindeki etkisi. İş Müfettişi Yardımcılığı Etüdü, Ankara, Türkiye.

Kahramanoğlu Yavuz A, Özer G, Tuğcu A,2009. "Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi", Fırat Tıp Dergisi, Cilt XIV, Sayı I, s.12-17.

Kalaycı Ş, 2008. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri, Asil Yayın, 321s 36. W, Ankara.

Kapıkıran G, Bülbüloğlu S, Eti Aslan F, 2018. Ameliyathanede hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, medikal hatalar ve istenmeyen olaylar. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 5(2); 132-40.

Karabacak Ü, 2014. Enfeksiyonu önleme ve kontrol. İçinde: Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı, cilt 1. Ed: Atabek Aştı T, Karadağ A, İstanbul: Kayhan Matbaacılık, 410-39.

Karaca A, Arslan H, 2014. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, Sayı 1, Cilt 1.

Karakaya YE, Karademir T, 2013. Beden eğitimi öğretmenlerinin örgütsel bağlılık düzeyleri. Hacettepe Spor Bilimleri Dergisi, 24(1), 37-44.

Karasar N, 2005. Bilimsel araştırma yöntemi. 14. Baskı, Nobel; 147-53, Ankara.

Karayurt Ö, Damar HT, Bilik Ö, Özdöker S, Duran M, 2017. Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün ve güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının incelenmesi. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi, 16-23.

Kardaş Özdemir F, Akgün Şahin Z, 2015. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları: Kars İli Örneği. ODÜ Tıp Dergisi/ODU Journal of Medicine, e139-e144

Kaya DŞ, 2010. Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeyleri üzerine bir araştırma. Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 20, 77-96.

Keser A, 2006. Çağrı merkezi çalışanlarında iş yükü düzeyi ile iş doyumu ilişkisinin araştırılması. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11(1), 100-19.

Kim J, An K, Kim MK, Yoon, SH, 2007. Nursesperception of errorreportingand patient safetyculture in Korea, Western Journal of Nursing Research, 29: 827-44.

Kohn TL, Corrigan JM, Donaldson MS, 2000. Toerr is human building a safer Health system. National Acadedemy of Sciences, Washington.

Korkmaz Ç, 2018. Geçmişten günümüze hasta güvenliği. Derleme Makalesi, İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, ISSN: 2147-7892, Cilt 6 Sayı 1;10-19.

Korkmazer F, Yıldız A, EkingenE, 2016. Sağlık personeli hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Cilt: 4, Sayı: 2.

Kumaş H, Yücel Beyaztaş F, 2007. Türkiye'deki hekimlerin çalışma koşullarının irdelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Cilt: 29 Sayı: 3, 127-123.

Lawati MHA, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN, 2015. Patient safety and safety culture in primary health care: A systematic review..https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6026504/

Lotfi Z, Atashzadeh Shoorideh F, Mohtashami J, Nasiri M, 2018. Relationship Between ethical leadership and organisational commitment of nurses with perception of patient safety culture. Journal Nurs Manag, 726-34.

Lukewich J, Edge DS, Tranmer J, Raymond J, Miron J, Ginsburg L ve diğerleri, 2015. "Under graduate baccalaureate nursing students" Self-Reported confidence in learning about patient safety in the classroom and clinical settings: An annualcross-sectional study (2010–2013). International Journal of Nursing Studies, 52, 930-38.

Jardali EF, Jaafar M, Dimassi H, JarnalD, Hamdan R, 2010. Current situation of the culture of patient safety in Lebanese hospitals: a study at the beginning. Journal of Quality in International Health Services, Volume 22, Issue 5, 386-95,https://doi.org/10.1093/intghc/mgz047

JCAHO. Sentinel Event Statistics, URL: ttp://www.jointcommission.org/Library/T M_hysicians/mp_11_06. htm. 2006. (Erişim tarihi: 07.05.2019).

Mahwah NJ, 2004. An introduction to criticald is course analysis in education. Rogers R, (Ed), Lawrence Eribaum Associates Publishers, US.

Mahdavi M, Arab M, Mahmoudi M, Fayazbakhsh A, Akbari F, 2014. Organizational commitment and in tention to leave a mong hospitals' employees in Tehran hospitals. Journal of Hospital, 12 (4): 19-29.

Mert İS, Bekmezci M,Eroğluer K, 2019. Gayri resmi iletişimin örgütsel bağlılık üzerindeki etkisi. Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi, Cilt:7, Sayı:1

Mohr DC, Litkowitz Eotan J, Mc Phaul KM, Hodgson MJ, 2018. Doesemployee safety matter for patients too? Employee safety climate and patient safety culture in healthcare. Journel of Patient Safety14(3), 181-85.

Morrow PC, 1983. Concept redundecy in organizational research. The case of work commitment. Akademy of Management Review, 8, 500-501.

Mearns K, Flin R, Gordon R, Fleming M, 1998. Measuring Safety climate on off shore in stallations. Work&Stress, 12(3): 238-54.

Meyer JP, Allen NJ, Smith CA, 1993. Commitment to organizations and occupations: some methodological considerations. Journal Of Applied Psychology, 78, 538-51.

Naghneh MHK, Tafreshi MZ, Naderi M, Shakeri N, Bolourchifard F, Goyaghaj NS, 2017. The relationship between organizational commitment and nursing care behavior. PMC, ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi, Ulusal Sağlık Enstitüleri.

National Patient Safety Agency, 2004. The seven steps to patient safety: a guidefor NHS staff. London: National Patient Safety Foundation. Improve the safety of patients. Erişim: 22.12.2014. http://www.nrls.npsa.nhs.uk/ resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/

Nie Y, Mao X, Cui H, He S, LiJandZhang M, 2013. Hospitalsurvey on PatientSafetyculture in China, BMC Health Service Research, 13: 228.

Nişancı ZN, 2012. Toplumsal kültür-örgüt kültürü ilişkisi ve yönetim üzerine yansımaları. Journal of Life Sciences,1(1), 1279-93.

Nunnally JC, Bernstein IH 1994.Evaluation of Reliability. Psychometric Theory, 3, 248-92.

Oksay A, 2016. Sağlık hizmetlerinde kalite tam olarak ne demek? Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt:8, Sayı:14, s: 181-92.

Osborne J, Blais K, Hayes SJ, 1999. Nurses perceptions when is it a medication error? Journal of Nursing Administration, 29 (4): 33-38.

Ovalı F, 2010. "Hasta güvenliği yaklaşımları". Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Sayı;1, s. 34.

Örs M, Acuner AM, Sarp N, Önder ÖR, Hastanelerde çalışan hekimler ile hemşirelerin örgütlerine bağlılıklarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. TCDD Hastaneleri Tıp Bülteni, 2003;15:10-19.

Öz HH, 2016. Hasta güvenliğini etkileyen faktörler. Sağlık kurumlarında kalite yönetimi kitabı, Açıköğretim Fakültesi Yayını no;1821.

Özcan M, Özkaymak V, Tokaş İ, 2008. Silvan devlet hastanesine başvuran kişilerin memnuniyet düzeyleri. Dicle Tıp Dergisi, 35(2). 96-101.

Özer Ö, Şantaş F, Gün Ç, Şentürk S, 2019. Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(2), 161-68.

Özkaya MO, Kocakoç İD, Karaa E, 2006. Yöneticilerin örgütsel bağlılıkları ve demografik özellikleri arasındaki ilişkileri incelemeye yönelik bir alan çalışması. Yönetim ve Ekonomi 13/2, 77-96.

Özmen ÖT, Özer PS, Saatçioğlu ÖY, 2005. Akademisyenlerde örgütsel ve mesleki bağlılığın incelenmesine ilişkin bir örnek araştırma. İşletme Fakültesi Dergisi, Cilt 6, Sayı 2, 1-14.

Öztürk YE, Özata M, 2013. Hemşirelerde örgütsel vatandaşlık davranışı ile tıbbi hataya eğilim arasındaki ilişkinin araştırılması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 18.3, 365-81.

Öztürk YE, Fidan Y, 2014. Dış kaynak kullanımı hizmet alımı usulü ile çalıştırılan personelin hasta güvenliği kültürünün incelenmesi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Yıl: 2, Sayı: 5, s. 228-37.

Özutku H, 2008. Örgüte duygusal, devamlılık ve normatif bağlılık ile iş performansı arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, Cilt/Vol:37, Sayı/No:2, 79-97.

Peterson MF, Kara A, Fanimokun A, Smith PB, 2019. Country culture moderators of the relationship between gender and organizational commitment. Baltic Management Journal, https://doi.org/10.1108/BJM-04-2018-0143

Pittet D, Donaldson L, 2005. CleanCare is Safer Care: Thefirst global challenge of the WHO World alliance for patient safety. Infection Control And Hospital Epidemiology, 26(11), 891-94.

Preston RM, 2004. Drugerrorsand Patient safety: The need for a change in practice. Br Journal Nurs; 13: 72-78.

Pronovost PJ, Sexton JB, Pham JC, Goeschel CA ve Winters BD, Miller MR, 2009. Measurement of quality and assurance of safety in the critically, III. Clinics in Chest Medicine, 30, 169-79.

Rızalar S, Tural Büyük E, Şahin R, As T, Uzunkaya G, 2016. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi (DEUHFED), 9(1): 9-15.

Reichers AE, 1985. A reiew and reconceptualization of organizational commitment. Academy of Management Review, Vol.10, p: 465-76.

Ritzer G, Trice HM, 1969. An empirical study of Howard Becker's side-bet theory. Social Forses, 47, 475-79.

Rommers MK, Teepe Twiss IM, Guchelaar HJ, 2007. Preventing adversed rugevents in hospital practice: An overview. Pharmaco Epidemiology and Drug Safety, 16,1129-135.

Sağlık Bakanlığı, 2009. Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve korunmasına ilişkin usul ve esaslar hakkında tebliğ.

Sayek F, 2010. "Hasta güvenliği: Türkiye ve Dünya". TTB Raporları/ Kitapları, Ankara, 42-36.

Sayın S, 2008. Bilimsel araştırmalarda yapılan bazı istatistiksel ve yöntembilimsel hatalar-III: Güvenilirlik kestirimlerine yönelik hatalar. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 15, 5369.

Seyedghibi FA, Borhani F, 2014. The relationship between organizational commitment and moral sensitivity of nurses in hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. International Journal of Management and Humanity Sciences, 3 (8):2852–62.

Sığrı Ü, 2007. İş görenlerin örgütsel bağlılıklarının Meyer ve Allen tipolojisiyle analizi: Kamu ve özel sektörde karşılaştırmalı bir araştırma. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, *7*(2), 261-78.

Singer S, 2007. Safety clımate in US hospitals: Its measurement, variation and relationship to organizational safety performance, Doctor of Philosophy, Harvard Unıversıty.

Singer SJ, Hartmann CW, Hanchate A, Zhao S, Meterko M, Shokeen P, Lin Gaba DM, Rosen AK, 2009. Comparing Safety Climate Between two populations of hospitals in the United States, Health Services Research, Part I October 2009, (44):5.

Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Khanna K, Hospital Survey on patient safetyculture: 2008 comparative database report. Part II, III. Rockville MD: AHRQ Publ. No. 08-0039. 2008.

Souza CS, Tomaschewski Barlem JG, Rocha LP, 2019. Patient safety culture in intensive care units: perspective of health professionals. Revista Guacha De Enfermagem, 40(SPE).

Sur H, Özsarı H, Say B, 2013. Hasta güvenliği. Sur H, Palteki T, Ed. Hastane Yönetimi. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 509-19.

Şahin A, Sevinç İ, 2012. Kamu çalışanlarının örgütsel bağlılığı: Karşılaştırmalı bir çalışma. Maliye Dergisi, Sayı:162.

Şahin A, Ayhan F, Kursun S, 2015. Evaluation of surgical nurses'attitudes concerning patient safety. International Journal of Human Sciences, 12:1537-44 (Crossref)

Şimşek N, Fidan M, 2005. Kurum kültürü ve liderlik. Sebat Ofset Matbaacılık, Konya.

Şimşek MŞ, Çelik A, 2011. Yönetim ve organizasyon. Eğitim Akademi Yayınları, s. 194-96, Konya.

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2011. Güvenli cerrahi. Ankara. http://www.kalite.saglik. Gov.tr/content /files/duyurular/0901guvenlicerrahi.pdf.

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane, Pozitif Matbaa, Ankara.

Tabrizchi N, Sedathat M, 2012.The first study of patient safety culture in Iran primary health centers. Acta Med İran, 50(7); 505-10.

Terzi AR, 2000. Örgüt kültürü. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

Tokuç B, 2016. Güvenlik kültürü. Trakya Üniversitesi, Y Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne.

Tosun H, 2014. İlaç Yönetimi. İçinde: Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimive Sanatı, cilt 2. Ed: Atabek Aştı, T., Karadağ, A. İstanbul: Kayhan Matbaacılık, 727-66.

Tutar H, Yılmaz MK, Erdönmez C, 2003. Genel ve teknik iletişim. Nobel Yayınları, Ankara.

Türe Yılmaz A, Yıldırım A, 2019. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin etik iklim algısı. Electronic Journal of SocialSciences, Vol.18, Issue; 69, p.162-76.15p.

Türk Dil Kurumu (TDK) 2019. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5cd17ad168ab93.59242433 (Erişim tarihi: 07.05.2019).

Türk I, Akgül S, Tekingündüz S, Zekioğlu A, 2018. Hasta güvenliği kültürü üzerine bir araştırma: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, Vol.5, Issues;1, p.25-33.

Tütüncü Ö, Küçükusta D, 2006. Hasta güvenliği kültürü ve hemşirelere yönelik bir uygulama. Hastane Yönetimi Dergisi, 10(2): 61-68.

Tütüncü Ö, Küçükusta D, Yağcı K, 2007. Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği kültürü ve bir ölçme aracı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 9(1): 519-33.

Tütüncü Ö, Yağcı K, Küçükusta D, 2006. "Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği ve akreditasyon: Tıbbi laboratuvarlar değerlendirmesi", Dokuz Eylül Üniversitesi, SBE Dergisi, C.8, S.4, s. 287.

Uribe CL, Schweikhart SB, Pathak DS, Dow M, Marsh GB, 2002. Perceived barriers to medical-errorreporting: An exploratory in vestigation, Journal of Healthcare Management, July-August,

Usher K, Woods C, Parmenter G, Hutchinson M, Mannix J, Power T, et al. 2017. Self-reported confidence in patient safety know ledge among Australian under graduate nursing students: A multi-site cross-sectional Survey study. International Journal of Nursing Studies, 71, 89-96.

Uzun Ş, Arslan F, 2008. İlaç uygulama hataları. Türkiye Klinikleri Journal Med Sci, 28: 217-22.

Ünsal Atan Ş, Dönmez S, Taşçı Duran E, 2013. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün incelenmesi. F.N. Hem. Dergisi, Cilt 21 Sayı 3,172-80.

Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang CC, 2013. ‟Assessing patient safety culture in hospitals across countries‟‟‟,International Journal for Quality in Health Care, 25(3), 213-21.

Wang X, Liu K, YouL, Xiang J, Hu H, Zhang L, 2014.The relationship between patient safety culture and adverseevents: A question naire survey. International Journal of NursingStudies, 2333: 1-5.

Wasti SA. Meyer ve Allen üç boyutlu örgütsel bağlılık ölçeğinin geçerlilik ve güvenirlilik analizi. 8. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildirileri, 401-10. 2000.

Webster CS, Anderson DJ, 2002. A practical quide to the implementation of an effective incident peporting scheme to reduce medication error on the Hospital word. İnternational Journal of Nursing Practice, 8,176-83.

Weinger MB, AncoliIsrael SA, 2002. Sleep deprivation and clinical performance. JAMA; 287:7-955.

Williams LJ, Hazer JT, 1986. "Antecedent and conseguences of satis faction and commitment in turnover models: a reanaly sisusing latent variables tructural education methods". Journal of Applied Psychology, 71(29), 219-31.

World Health Organization, 2006. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası 7 Nisan 1948, http://www.who.org.tr.

World Health Organization, 2009. Hasta güvenliği ve uluslararası sınıflandırma için kavramsal çerçeve. İçinde: Sürüm1.1 son teknik raporu.

World Health Organization, 2012. http://www.who.int/ mediacentre /factsheets/fs344/en/.

World Health Organization, 2014. Fact file, 10 facts on patient safety. http://.www.who.int/features/factfiles/patient.

World Health Organization, 2017. Patient Safety Making Health Care Safer.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?ua=1, Erişim Tarihi:14.12.2017.

Yalçın A, İplik FN, 2005. "Beş yıldızlı otellerde çalışanların demografiközellikleri ile örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik biraraştırma: Adana ili örneği", Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4(1), 395-12.

Yazıcı Altuntaş S, 2014. İş doyumu ve işten ayrılma niyeti. İçinde: Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi. Ed: Tatar Baykal Ü, Ercan Türkmen E, İstanbul: Kayhan Matbaacılık, 639-52.

Yücel İ, Koçak D, 2014. Örgüt kültürü ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkiye yönelik bir araştırma. Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (ERZSOSDER), VII – II: 45-64.

Zaccaro S, Dobbins G, 1989. Contrasting Group and Organizational Commitment: Evidence for Differences Among Multilevel Attachment. Journal of Organizational Behavior, 10, 3, 267-73.

Zhang DA, Wiegmann H, Von Thaden TL, Sharma G, Gibbons AM, 2004. "Safety culture: An integrative review". International Journal of Aviation Psychology, Vol: 14, No: 2,117-34.

Zor Savan S, 2008. Enfeksiyon Kontrolü. İçinde: Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar, Ed: Akça Ay F, İstanbul: Medikal Yayıncılık, 151-82.

7. EKLER.

EK-A. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi

Yönlendirme: Bu ankette size ***hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama*** konusunda sorular sorulmaktadır.

"Olay"*, hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın yapılan bir hata, yanlış veya kaza olarak tanımlanmaktadır.*

"Hasta güvenliği"*, sağlık bakım hizmetleri verilirken hastanın yaralanması veya istenmeyen olayların ortaya çıkmasını önlemedir.*

BÖLÜM A: Çalıştığınız Birim

Hastanedeki çalışma biriminiz………

Lütfen çalışma biriminizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum ▼	Katılmı-yorum ▼	Ne Katılırım Ne Katılmam ▼	Katılıyorum ▼	Kesinlikle Katılıyorum ▼
1. Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2. Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3. Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
4. Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
5. Bu bölümde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
6. Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
7. Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
8. Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
9. Yapılan hatalar bölümde pozitif değişikliklere yol	☐1	☐2	☐	☐4	☐5

göstermiştir.			3		
10. Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
11. Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
12. Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusu vardır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
13. Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
14. Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
15. Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
16. Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
17. Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
18. Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

BÖLÜM B: Yöneticileriniz/supervisor

Yönetici/supervisor veya doğrudan bağlı olduğunuz kişiler ile ilgili aşağıdaki konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmı-yorum ▼	Katılmı-yorum ▼	Ne Katılırım Ne Katılmam ▼	Katılıyorum ▼	Kesinlikle Katılıyorum ▼
1. Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

2. Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3. Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
4. Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

BÖLÜM C: İletişim

Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor?

	Hiçbir zaman ▼	Nadiren ▼	Bazen ▼	Çoğu zaman ▼	Her zaman ▼
1. Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiririz.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2. Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3. Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiririz.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
4. Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
5. Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
6. Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

BÖLÜM D: Raporlanmış Olayların Sıklığı

Biriminizde aşağıdaki hatalar olduğunda *ne sıklıkla rapor ediliyor?*

	Hiçbir zaman ▼	Nadiren ▼	Bazen ▼	Çoğu zaman ▼	Her zaman ▼
1. Bir hata yapıldığında ancak hastayı *etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde* ne sıklıkla rapor ediliyor?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2. Bir hata yapıldığında ancak *hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında* ne sıklıkla rapor ediliyor?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3. *Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen* bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

BÖLÜM E: Hasta Güvenliği Derecesi

Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.

☐	☐	☐	☐	☐
A	**B**	**C**	**D**	**E**
Mükemmel	Çok iyi	Kabul edilebilir	Zayıf	Başarısız

BÖLÜM F: Hastaneniz

Hastanenizle ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmı-yorum ▼	Katılmı-yorum ▼	Ne Katılırım Ne Katılmam ▼	Katılıyorum ▼	Kesinlikle Katılıyorum ▼
1. Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2. Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3. Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

4. Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir iş birliği vardır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
5. Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
6. Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
7. Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
8. Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
9. Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmektedir.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
10. Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
11. Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

BÖLÜM G: Raporlanan Olay Sayısı

Son 12 ayda kaç kez "olay" raporu yazıp idarecilerinize verdiniz?

(Olay*: hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın yapılan bir hata, yanlış veya kaza)*

☐ a. Hiç

☐ b. 1-2 olay raporu

☐ c. 3-5 olay raporu

☐ d. 6-10 olay raporu

☐ e. 11-20 olay raporu

☐ f. 21 ve üzeri olay raporu

BÖLÜM H: Kişisel bilgiler

1. **Kaç yıldır bu hastanede çalışıyorsunuz?** …….
2. **Şu anda çalıştığınız birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?** ……..…..
3. **Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?**……..

   ☐a. 40 saati geçmiyor ☐b. 41-49 saat ☐c. 50 saatten fazla (lütfen belirtiniz) ……saat

4. **Hastanedeki göreviniz nedir? Pozisyonunuzu en iyi tanımlayan sadece BİR cevabı işaretleyiniz**

   ☐ a. Kadrolu Hemşire

   ☐ b. Sözleşmeli Hemşire

   ☐ c. Diğer…….

5. **Mesleğinizi kaç yıldır yapıyorsunuz?** ……
6. **Yaşınız** …….
7. **Cinsiyet** ☐Erkek ☐ Kadın
8. **Öğrenim Düzeyi** ( ) Lise ( ) Ön Lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü
10. **Medeni durum:** ( ) Bekâr ( ) Evli ( ) Dul/ Boşanmış/ Ayrı yaşıyor
11. **Çalışma saatleriniz:**( ) Sadece gündüz ( ) Sadece gece ( ) Vardiyalı

BÖLÜM I: Yorumlarınız

Lütfen hastanenizdeki **'hasta güvenliği, tıbbi hata ve olay raporlama'** konularındaki düşünce/yorumunuzu yazınız.

Hasta güvenliği:*(Çalıştığınız birimde hasta güvenliği konusunda neler yapılıyor?*

Tıbbi hatalar: *(Hiç tıbbi hata yaptınız mı, ekip arkadaşlarınızın hatasına şahit oldunuz mu? Ne tür hatalardı ve sonuçları ne oldu?)*

Olay/hata raporlama: *(Hata yapıldığında raporlanıyor mu, raporlanmıyorsa sebepleri nelerdir)*

EK-B. Örgütsel Bağlılık Ölçeği

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Bir Parça Katılmıyorum	Tarafsızım	Bir Parça Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Meslek hayatımın geriye kalanını bu kuruluşta geçirmek beni çok mutlu eder.							
2. Bu kuruluşun meselelerini gerçekten de kendi meselelerim gibi hissediyorum.							
3. Kendimi kuruluşumda "ailenin bir parçası" gibi hissetmiyorum.							
4. Bu kuruluşa kendimi "duygusal olarak bağlı" hissetmiyorum.							
5. Bu kuruluşun benim için çok özel bir anlamı var.							
6. Kuruluşuma karşı güçlü bir aitlik hissim yok.							
7. Mevcut işverenimle çalışmaya devam etmek için hiçbir manevi yükümlülük hissetmiyorum.							
8. Benim için avantajlı da olsa kuruluşumdan şu anda ayrılmanın doğru olmadığını hissediyorum.							
9. Kuruluşumdan şimdi ayrılsam kendimi suçlu hissederim.							
10. Bu kuruluş benim sadakatimi hak ediyor.							
11. Buradaki insanlara karşı yükümlülük hissettiğim için kuruluşumdan şu anda ayrılmazdım.							
12. Kuruluşuma çok şey borçluyum.							
13. Şu anda kuruluşumda kalmak istek meselesi olduğu kadar mecburiyetten.							
14. İstesem de şu anda kuruluşumdan ayrılmak benim için çok zor olurdu.							
15. Şu anda kuruluşumdan ayrılmak istediğime karar versem, hayatımın çoğu alt üst olur.							
16. Bu kuruluşu bırakmayı düşünemeyeceğim kadar az seçeneğim olduğunu düşünüyorum.							
17. Bu kuruluştan ayrılmanın az sayıdaki olumsuz sonuçlarından biri alternatif kıtlığı olurdu.							
18. Eğer bu kuruluşa kendimden bu kadar çok vermiş olmasaydım, başka yerde çalışmayı düşünebilirdim.							

EK-E. Anket Formu

ANKET FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu anket "Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamaları ve Örgütsel Bağlılık Düzeyinin Değerlendirmesi" konulu tez çalışmasına veri toplamayı amaçlamaktadır. Yapılan araştırma tamamıyla bilimsel nitelikli olup vermiş olduğunuz cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır. Bu nedenle anket formlarına isim ve soy isim yazmamanız rica olunur. Çalışmaya yapacağınız değerli katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Zülfiye TOSUN ÖZTÜRKCİ

EK-G. Hasta Güvenliği, Tıbbi Hata ve Hata Raporlama Konusunda Bazı Katılımcıların Yorumları.

"Çalışan birey veya ekip takdir edilmemekte, motivasyonu sağlanılmamakta, işini hakkıyla yerine getiren sağlık personelinin iş yükü artırılmakta, işten kaytaran sağlık personelinin iş yükü azaltılmakta ve daha rahat servislere alınmaktadır" (Hemşire, K, 33 y, Karaman Devlet Hastanesi).

"Farklı bir bölüm bitirdiğimiz halde ünvan değişikliği yapıp kendi mesleklerimizi icra edememekteyiz" (Hemşire, K, 29 y, Karaman Devlet Hastanesi).

"Ekip çalışmasını ve diyaloğunu olumsuz etkilemesi, hatayı yapan çalışanın siciline yazılabileceği korkusu nedeniyle birçok tıbbi hata raporlanmamakta, hatta yapılan bilimsel akademik çalışmalarda anketleri doldururken de bu tedirginlikleri yaşamaktayız" (Hemşire, K, 40 y, Karaman Devlet Hastanesi).

"Yönetim ve çalışan olarak hasta güvenliğine, tıbbi hataların olmamasına ve olan hataları bildirmeye elimizden geldiğince dikkat etmekteyiz. İstenilen kaliteyi yakalamak için istikrarlı devam edilmesi, birim içi eğitimlerin artması, mesleğe başlamadan bu konuların eğitim müfredatında da yer alması çalışan ve kurumlar için çok iyi olabilir" (Hemşire, K, 42 y, Karaman Devlet Hastanesi).

"Yüksek riskli bir birimde çalışmaktayız, hasta güvenliği konusunda çok hassas davranmaktayız. Lakin bu hassasiyeti hekimlerimiz birçok defa hastaya özel olarak çiğneyebilmektedir. Misal olarak; gereğinden fazla hasta yakını aynı anda birimimize alınabilmektedir. Bu da birimdeki tüm hastalar açısından enfeksiyon riski oluşturmaktadır. Tüm meslek gruplarının hasta güvenliği konusunda hassas ve tedbirli davranmasını istemekteyiz" (Sağlık memuru, E, 34 y, Karaman Devlet Hastanesi)

"Birçok birimde tıbbi hata yapılmaktadır. Zarar verici riski varsa sorumluya veya ünite doktoru ile paylaşılmaktadır. Düzeltilecek bir hata ise raporlanmamakta olup birim içinde tolere edilmeye çalışılmaktadır. Ancak düzeltilemeyecek bir hata ise raporlanmaktadır. Yapılan çoğu hataların nedeni ise fazla çalışma saati, yetersiz eleman çalıştırılmasıdır. Ayrıca toplumun aile hekimi hizmeti alımı bilincinin tam

olarak yerleşmemesi, aile hekimine gidip tedavi olabileceği basit rahatsızlıklarda bile kuruma başvurup sağlık personelini meşgul etmekte ve daha ağır vakalara zamanında müdahale edilmesini engellemektedir" (Hemşire, K, 35y, Karaman Devlet Hastanesi).

"Hata raporlanmasına dikkat edilmektedir. Fakat bu raporlanmaların hasta ve çalışan için bir fayda sağladığını düşünmemekteyim, çoğu hataların sebebi yoğun çalışma saatleri, personel yetersizliği ve tek personelin nöbete bırakılması" olarak düşünmekteyim (Hemşire, K, 38 y, Karaman Devlet Hastanesi).

"Genellikle raporlanmamaktadır, ekip arkadaşlarımdan dinlediğim kadarıyla hastaya zarar vermediği sürece yapılan raporlamaların çalışana iş yükü olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca sistem üzerinden raporlama işleminin nasıl gerçekleştirileceği tam anlamıyla bilinmemektedir" (Hemşire, K, 29 y, Karaman Devlet Hastanesi).

8. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

İsim-Soyisim: Zülfiye TOSUN ÖZTÜRKCİ

Gmail:zulfiye.tosunozturkci@gmail.com

Eğitim

Lisans: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Van Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü (2000-2004)

Yüksek Lisans: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı (2016-Devam ediyor)

Deneyim

2003-2004: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi (Hemşire)

2004-2008: Eczacıbaşı Firmasında Hemşire

2008-2014: Lardimer Sağlık Eğitim ve Turizm A.Ş. (Başhemşire ve Personel Müdürü)

2015-2016: Selçuk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu (Öğretim Elemanı)

2018- Devam ediyor: Sağlık Bilimleri Fakültesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Hemşire)

Sertifikalar

Tekwando Siyah Kuşak Sertifikası. Türkiye Tekwando Federasyonu, 19.08.2006, Konya.

Hemodiyaliz Hemşireliği Sertifikası. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü,29.04.2007, Ankara.

Temel Resüsitasyon Kursu. Türk Nefroloji Derneği, 28.11.2010, Konya.

Kişisel Gelişim Eğitim Sertifikası, Özel Eğitim Akademisi, 2010, Karaman.

TNDTHD 5. Hemodiyaliz Hemşireliği Kursu. Türk Nefroloji Derneği,15.11.2012, Antalya.

22. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi.Türk Nefroloji Derneği,14-18.11.2012, Antalya.

Pedagojik Formasyon Eğitimi Sertifikası. TCBartınÜniversitesiEğitim Fakültesi Dekanlığı 28.05.2015, Bartın.

17. DönemSiyaset Akademi Eğitim Programı. Ak Parti Siyaset Akademisi, 2017, Karaman.

İlleri SPSS Analizi ve Akademik Raporlama Eğitim Programı. 2018, İstanbul.

İngilizce A1 sertifikası. Cennet Kültür Merkezi, 2018, İstanbul.

İngilizce A2 sertifikası. Cennet Kültür Merkezi, 2019, İstanbul.

Konferanslar

2. Dönem Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018, İstanbul.

1. Dönem Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019, İstanbul.