



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

**KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİNİN HASTA GÜVENLİĞİ
KÜLTÜRÜ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

NURAN ERASLAN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. OSMAN EROL HAYRAN

İSTANBUL – 2022

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans () Doktora (X)
Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Tez Sahibi : Nuran ERASLAN
Tez Başlığı : Klinik Yönetişim İkliminin, Hasta Güvenliği Kültürü İle İlişkisinin İncelenmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 28.06.2022
Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Prof.Dr. Osman Erol HAYRAN

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr. Yeter USLU

İstanbul Medipol Üniversitesi

Doç.Dr. Serhat YÜKSEL

İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Murat Dinçer ÇEKİN

Marmara Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Ali ARSLANOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Doktora Tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür Vekili

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmasının kendi tez çalışmam olduğunu tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi, aynı zamanda bu kaynakları kaynak listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı esnasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tez Sahibi

Nuran ERASLAN

İmza

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimi ve tez yazımı yolculuğum sırasında, bana her zaman destek olan ve klinik yönetişim konusuna teşvik eden değerli hocam Prof. Dr. Osman HAYRAN' a, beni cesaretlendiren ve her zaman destekleyen Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı değerli hocam Prof. Dr. Yeter Demir USLU' ya, bilgi birikimleri ve değerli katkılarıyla, tez çalışma ve değerlendirme süreçlerinde yanımda olan, tez izlem sürecinde yanımda olan değerli hocam Doç. Dr. Serhat YÜKSEL' e, ayrıca Dr. Öğretim Üyesi Pakize YİĞİT'e teşekkürü borç bilirim.

Tezin hazırlanma ve geliştirilmesi sürecinde katkılarını desteğini esirgemeyen Dr. Öğretim Üyesi Leman KUTLU, Öğretim Görevlisi Recep MİNGA' ya ve Dr. Öğretim Üyesi Naci MURAT'a gönülden teşekkür ederim.

Tezimde ölçüm aracı olarak kullandığım 'Klinik Yönetişim İklimi' Ölçeğini Türkçeye kazandıran ve kullanım izni veren Doç. Dr. Eylem PASLI GÜRDOĞAN ve 'Hasta Güvenliği Kültürü' ölçeğini Türkçeye kazandıran ve kullanım izni veren Dr. Öğretim Üyesi Emel FİLİZ' e teşekkürü borç bilirim.

Tez yazım sürecinde ilgi ve desteklerini esirgemeyen, Medipol Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde görev yapan değerli hocalarıma, araştırma görevlilerine ve enstitü çalışanlarına teşekkür ederim.

Berber doktora eğitimi aldığım ve dostluklarından mutluluk duyduğum Dr. Öğretim Üyesi Fatma AZİZOĞLU, Dr. Öğretim Üyesi Aliye Aslı SONSUZ, Dr. Öğretim Üyesi Ayşe AKŞAHİN, Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül KARACA DEDEOĞLU, Mehmet KOCA, Nesrin TOPÇU ve doktora eğitim sürecindeki tüm arkadaşlarıma, ayrıca araştırma izinlerini veren hastane yöneticilerine, araştırmanın yapıldığı hastanelerdeki hekim ve hemşirelere, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü yöneticilerine ve çalışma arkadaşlarıma en özel teşekkürlerimi sunarım. Son olarak, aileme şükranlarımı ve en derin minnettarlığımı sunarım.

Çalışmamı, 'COVID 19 Pandemisi' sürecinde hayatını kaybeden ve toplum sağlığı için ön saflarda fedakârca çalışan, hekim ve hemşirelere ithaf ederim.

İÇİNDEKİLER

	sayfa no
TEZ ONAY FORMU	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Klinik Yönetişim İklimi	6
4.1.1. Yönetişim kavramı ve kapsamı	6
4.1.2. Klinik yönetişimin tarihçesi	7
4.1.3. Klinik yönetişim iklimi tanımı ve amacı	10
4.1.4. Klinik yönetişimin yararları	11
4.1.5. Klinik yönetişim bileşenleri	12
4.1.6. Klinik yönetişimle ilgili girdi, yapı, süreç ve çıktılar	15
4.1.7. Klinik yönetişimde hekim ve hemşirenin rolü	16
4.1.8. Dünyada ve ülkemizde klinik yönetişim uygulamaları	18
4.1.9. Klinik yönetişimin uygulanmasındaki zorluk ve engeller	23
4.1.10. Klinik yönetişime yönelik süregelen tartışmalar	23
4.2. Hasta Güvenliği Kültürü	25
4.2.1. Evrensel pencereden hasta güvenliği tarihçesi	25
4.2.1.1. <i>Sporadik dönem (Sporadic era)</i>	26
4.2.1.2. <i>Kült dönemi (The cult era)</i>	26
4.2.1.3. <i>Kırılma dönemi (Breakout era)</i>	27
4.2.1.4. <i>Türkiye’de hasta güvenliğinin gelişimi</i>	27
4.2.2. Hasta güvenliği kültürü	28
4.2.3. Akreditasyon ve hasta güvenliği kültürü	29
4.2.4. Hasta güvenliği kültürünün boyutları	31

4.2.5. Hasta güvenliği kültürünün ölçümü ve geliştirilmesi	32
4.3. Klinik Yönetişim İklimi ve Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisi	36
4.4. Literatür İncelemesi	39
4.4.1. Klinik yönetim iklimi literatür incelemesi	39
4.4.2. Hasta güvenliği kültürü literatür incelemesi	41
4.4.2.1. Ulusal Çalışmalar	41
4.4.2.2. Uluslararası Çalışmalar	42
5. MATERYAL ve METOT	46
5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	46
5.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi	46
5.3. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Analiz Birimi	47
5.4. Evren ve Örneklem	47
5.4.1. Araştırmanın evreni	47
5.4.2. Araştırmanın örnekleme	49
5.4.3. Evrenin alt birimleri	49
5.4.4. Örnek büyüklüğü hesaplama	50
5.4.5. Araştırmaya kabul ve red kriterleri	51
5.5. Araştırma Modeli ve Hipotezler	51
5.6. Veri Toplama Araçları	53
5.6.1. Klinik yönetim iklimi ölçeği	53
5.6.2. Hasta güvenliği kültürü ölçeği	54
5.7. Araştırmanın Etik Yönü	56
5.8. Veri Toplama Süreci	56
5.9. Verilerin Analizi	57
5.9.1. Yapısal eşitlik modellemesi tanımı ve varsayımları	58
6. BULGULAR	60
6.1. Araştırma Grubunun Hastanelere Göre Dağılımı	60
6.2. Araştırma Grubunun Sosyo Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular	60
6.3. Ölçeklere İlişkin Puan Dağılımı	64
6.3.1. Klinik yönetim iklimi (Hipotez 1 ve 2)	64
6.3.2. Hasta güvenliği kültürü	67
6.4. Verilerin Normallik ve Çoklu Normallik Bulguları	68
6.5. Ölçeklerin Analiz Sonuçları	69

6.5.1. Ölçeklerin birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonuçları.....	70
6.5.2. Ölçüm modeli doğrulayıcı faktör analizi	80
6.5.3. Ölçüm modeli geçerlilik ve güvenilirlik analizleri	82
6.5.4. Ölçeklerin ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonuçları	88
6.6. Klinik Yönetişim İkliminin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi (Hipotez 3) ...	94
7. TARTIŞMA.....	98
7.1. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik, İş yaşamı ve Çalıştığı Kurum Özellikleri	98
7.2. Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri	100
7.2.1. Klinik yönetişim iklimi genel düzeyi.....	100
7.2.2. Akreditasyon durumuna göre klinik yönetişim iklimi düzeyleri (Hipotez 1).....	103
7.2.3. Mesleklere göre klinik yönetişim iklimi düzeyleri (Hipotez 2).....	104
7.3. Hasta Güvenliği Kültürü Düzeyleri	105
7.3.1. Hasta güvenliğinin derecesi ile ilgili yanıtlar	107
7.3.2. Hasta güvenliği ile ilgili hatalı olay raporlanma durumu	108
7.3.3. Hasta güvenliği kültürü ölçeğindeki yorumlar.....	109
7.4. Klinik Yönetişim İkliminin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlişkisi (Hipotez 3)	110
8. SONUÇ.....	115
9. KAYNAKLAR.....	120
10. EKLER.....	138
11. ETİK KURUL ONAYI.....	165
12. ÖZGEÇMİŞ.....	167

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality-Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı
AICG	: The Avustralasia Institute of Clinical Governence- Avustralya Klinik Yönetişim Enstitüsü
AMOS	: Analysis of Moment Structures
ADF	: Asimptotik Dağılım Fonksiyonu
AEKK	: Ağırlıklandırılmış En Küçük Kareler Yöntemi
AVE	: Average Variance Extracted-Açıklanan Ortalama Varyans
CA	: Cronbach's Alpha
CPSI	: Canada Patient Safety Institute-Kanada Hasta Güvenliği Enstitüsü
CFI	: Karşılaştırmalı Uyum Endeksi
CR	: Composite Reliability-Birleşik Güvenilirlik
C.R.	: Critical Ratio- Kritik Oran
CV	: Convergent Validity-Yakınsama Geçerliliği
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DOH	: Department of Health-Sağlık Departmanı
EFQM	: European Foundation for Quality Management-Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı
FY	: Faktör Yüğü
GFI	: Uyum İyiliği Endeksi
GMC	: General Medicine Consey-Genel Tıp Konseyi
GRS	: Güvenlik Raporlama Sistemi
HGK	: Hasta Güvenliği Kültürü
HCQI	: Health Care Quality Indicator-Hasta Güvenliği Gösterge Seti
ISO	: Uluslararası Standardizasyon Teşkilatı
İKY	: İnsan Kaynakları Yönetimi
IOM	: Institute of Medicine-Amerikan Tıp Enstitüsü
JCI	: Joint Commision International-Uluslararası Ortak Komisyon
KYİ	: Klinik Yönetişim İklimi

LEED	: Leadership in Energy and Environmental Design- Enerji ve Çevre Dostu Tasarımda Liderlik
NHS	: National Health Services- Ulusal Sağlık Servisi
NPSA	: National Patient Safety Agency-Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı
NRLS	: The National Reporting and Learning System-Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi
NSQHS	: The National Safety and Quality Health Service Standarts-Ulusal Güvenlik ve Kaliteli Sağlık Hizmeti Standartları
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
SRMR	: Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü
RMSEA	: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
YEM	: Yapısal Eşitlik Modellemesi

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1.	Klinik Yönetişimin Olumlu Etkileri	11
Tablo 4.2.	Klinik Yönetişimin Uygulanmasındaki Zorluk ve Engeller	23
Tablo 4.3.	OECD Hasta Güvenliği Araştırması, 2017	38
Tablo 4.4.	Literatürde Klinik Yönetişimi Destekleyen Çalışmalar.....	39
Tablo 4.5.	Literatürde Klinik Yönetişimi Desteklemeyen Çalışmalar.....	40
Tablo 5.1.	Araştırmada yer alan hastane grupları ve özellikleri	49
Tablo 5.2.	Evrenin Alt Birimleri	50
Tablo 5.3.	Örnek İçin Hefelenen Sayılar ve Kişi Sayılarının Dağılımı	51
Tablo 5.4.	Araştırmanın Hipotezleri	53
Tablo 5.5.	Veri Toplamada Kullanılan Ölçekler	53
Tablo 5.6.	Klinik Yönetişim İklim Ölçeği Alt Boyutları	54
Tablo 5.7.	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları	55
Tablo 5.8.	Sağlık Alanında Yapılan YEM Çalışmaları	58
Tablo 6.1.	Araştırma Grubunun Hastanelere Göre Dağılımı	60
Tablo 6.2.	Araştırma Grubunun Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı	61
Tablo 6.3.	Araştırma Grubunun İş Yaşamı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	62
Tablo 6.4.	Araştırma Grubunun Çalışılan Kurum Özelliklerine Göre Dağılımı...	63
Tablo 6.5.	Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Puan Ortalamaları	64
Tablo 6.6.	Akreditasyon Durumuna Göre KYİ Ölçeği Puanları (Hipotez 1)	65
Tablo 6.7.	Meslek Gruplarına Göre KYİ Puanları (Hipotez 2).....	66
Tablo 6.8.	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Olumlu Puan Ortalamaları.....	67
Tablo 6.9.	Hasta Güvenliğinin Derecesi ile İlgili Yanıtlar.....	68
Tablo 6.10.	Hasta Güvenliği ile İlgili Hatalı Olay Raporlanma Durumu	68
Tablo 6.11.	Doğrulayıcı Faktör Analizinde Kullanılan Uyum Ölçütleri	70
Tablo 6.12.	Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Birinci Düzey DFA Sonuçları	71
Tablo 6.13.	KYİ Ölçeği Boyutlar Arası Kovaryans Değerleri.....	74
Tablo 6.14.	Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Birinci Düzey DFA Uyum Ölçütleri ..	74
Tablo 6.15.	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Birinci Düzey DFA Sonuçları.....	75
Tablo 6.16.	HGK Ölçeği Boyutlar Arası Kovaryans Değerleri	78
Tablo 6.17.	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Birinci Düzey DFA Uyum Ölçütleri .	79

Tablo 6.18.	Ölçüm Modeli Doğrulayıcı Faktör Analizi	80
Tablo 6.19.	Ölçüm Modeli Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum Ölçütleri.....	82
Tablo 6.20.	Ölçeklerin Korelasyon Matrisi ve Ayrışma Geçerliliği	84
Tablo 6.21.	KYİ Ölçeği Boyut ve Maddeler İçin İkinci Düzey DFA Sonuçları	88
Tablo 6.22.	HGK Ölçeği Boyut ve Maddeler İçin İkinci Düzey DFA Sonuçları	91
Tablo 7.1.	Uyum Ölçütleri Özet Tablo.....	112
Tablo 7.2.	Yapısal Eşitlik Modellemesi Sonucu ve Açıklanma Oranı	112

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1.	Klinik Yönetişimin Ortaya Çıkışı.....	7
Şekil 4.2.	Klinik Yönetişim Bileşenleri.....	13
Şekil 4.3.	Klinik Yönetişimle İlgili Girdi, Yapı, Süreç ve Çıktılar.....	15
Şekil 4.4.	Sağlık Bakanlığı Klinik Yönetişim Unsurları.	22
Şekil 4.5.	Hasta Güvenliği Kültürü Modeli.....	29
Şekil 4.6.	Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Çalışmalar.....	34
Şekil 5.1.	Klinik Yönetişimin Yapıtaşları	46
Şekil 5.2.	İstanbul'daki Hastanelerin Dağılımı	48
Şekil 5.3.	Evrendeki Hekim ve Hemşire Sayıları.....	48
Şekil 5.4.	Araştırmanın Modeli	52
Şekil 6.1.	Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Birinci Düzey DFA Grafik Yapısı	73
Şekil 6.2.	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Birinci Düzey DFA Grafik Yapısı	77
Şekil 6.3.	Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği İkinci Düzey DFA Grafik Yapısı	90
Şekil 6.4.	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği İkinci Düzey DFA Grafik Yapısı	93
Şekil 6.5.	Yapısal eşitlik modellemesi analizi sonuçları	95
Şekil 6.6.	Yapısal Eşitlik Modeli Özet Tablo.....	94

1. ÖZET

KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Klinik yönetim, ülkemiz için henüz yeni bir kavramdır ve etkili bakımın ön planda olduğu, tıbbi hataların dikkate alındığı bir yaklaşımdır. Bu araştırmanın amacı, farklı statülerdeki hastanelerde klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürü ile ilişkisinin incelenmesidir. Kesitsel nitelikteki bu araştırma; Haziran 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında İstanbul'da farklı statüdeki 9 hastanede görev yapan, çok aşamalı örnekleme yöntemiyle seçilen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan, 2.055 hekim ve hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, kişisel bilgi formu, klinik yönetim iklim ölçeği ve hasta güvenliği kültürü ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Toplanan veriler, Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) ile değerlendirilmiş, verilerin analizinde SPSS 24,0 ve AMOS 24,0 programları kullanılmıştır. Ölçüm modelinin doğrulayıcı faktör analizi sonucu, standart faktör yüklerinin 0,52-0,90 aralığında olduğu, 6 alt boyuttan oluşan klinik yönetim iklimi ve 12 alt boyuttan oluşan hasta güvenliği kültürü ölçeklerinin boyut yapısının korunduğu tespit edilmiştir. YEM analizi sonuçlarına göre; klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürüne etkisinin ($\beta=0,690$; $p<0,05$) pozitif yönde ve istatistik olarak anlamlı olduğu ayrıca, klinik yönetim iklimi (KYİ) değişkeninin, hasta güvenliği kültürü (HGK) değişkenini %39,8 oranında açıkladığı ($R^2=0,398$) belirlenmiştir. Hastanelerde klinik yönetim iklimi değişkeni ile hasta güvenliği kültürü değişkeni arasında pozitif yönde önemli ilişki olduğu, hasta güvenliği kültürünün gelişmesi için klinik yönetimin güçlendirilmesinin önemli olduğu anlaşılmaktadır.

Özgün Değer: Bu iki değişken arasındaki ilişkinin, YEM ile incelenmesi ülkemizde ilk kez bu çalışmada kullanılmıştır. Bu çalışmada elde edilen bulguların, sağlık politikacılarına strateji oluşturmada yol gösterebileceği ayrıca sağlık hizmetlerinin daha kaliteli ve güvenli sunulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği Kültürü, Hastaneler, Klinik Yönetişim İklimi, Yapısal Eşitlik Modellemesi

2. ABSTRACT

EXAMINING THE RELATIONSHIP OF CLINICAL GOVERNANCE CLIMATE AND PATIENT SAFETY CULTURE

Clinical governance is still a new concept for our country, and it is an approach which effective care is at the forefront and medical errors are considered. The purpose of this study is to evaluate the relationship between clinical governance climate and patient safety culture in hospitals with different statuses. This cross-sectional study is conducted with 2055 volunteer physicians and nurses, working in 9 different hospitals in Istanbul between June 2020 and April 2021. Subjects are chosen on a volunteer basis and multi-stage sampling method is used. Research data is collected via a questionnaire consists of a clinical governance climate scale, patient safety culture scale and demographics. Data is evaluated with the Structural Equation Modelling (SEM) and data is analyzed by using SPSS 24.0 and AMOS 24.0 programs. As a result of the confirmatory factor analysis of the measurement model, it is determined that the standard factor loads are in the range of 0.52-0.90 the dimensional structure of the clinical governance climate scales consisting of 6 sub-dimensions and the patient safety culture scales consisting of 12 sub-dimensions are preserved. According to the results of SEM analysis; the effect of clinical governance climate on patient safety culture ($\beta=0.690$; $p<0.05$) is positive and statistically significant. In addition, the clinical governance climate (CGC) variable is able to explain the patient safety culture (PSC) variable at a rate of 39.8% ($R^2=0.398$). There is a significant positive relationship between clinical governance climate variables and patient safety culture variables in hospitals and strengthening, clinical governance is important for the development of patient safety culture.

Original Value: Examination of the relationship between these two variables with SEM was used for the first time in our country in this study. Findings of this study may guide health politicians in strategy development and contribute to better quality and safe delivery of health services.

Keywords: Clinical Governance Climate, Hospitals, Patient Safety Culture, Structural Equation Modelling

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde, tıbbi bilgi hızla değişmektedir. Güvenli ve uygun hasta bakımı sağlamak için çalışanların en son bilgilerle donatılması, hasta bakımı hakkında karar verirken kanıta dayalı uygulamaların kullanılması, riskli olaylardan ders alınması ve paylaşılması gerekmektedir. Güvensiz hasta bakımının; hastalara, sağlık sistemlerine ve toplumlara maliyeti oldukça fazladır (1). Sağlık hizmet sunumunda hasta güvenliği ekonomisine yönelik maliyetler (2-5), birçok ülkede sağlık sistemleri üzerinde önemli bir yük oluşturmakta ayrıca bireyin yaşam kalitesini etkilemekte, sakatlık ve ölüme kadar gidebilmektedir. Bu nedenle, ekonomik yük oluşturan güvensiz hasta bakımı için sağlık kuruluşlarında gerekli tedbirlerin alınması, hasta güvenliği kültürü ve klinik yönetim çerçevelerinin oluşturulması gerektiği tavsiye edilmektedir (6).

Tıbbi hataların, pek çok ülkede önemli bir sorun hatta önde gelen ölüm nedenlerinden birisi olduğu ve bunların önlenmesinde örgütsel kültürün önemli rol oynadığı bilinmektedir (7). ABD’de, yapılan bir çalışmada tıbbi hataların kalp-damar hastalıkları ve kanserin ardından ölüm sebepleri arasında üçüncü sırada geldiği vurgulanmıştır (8) AHRQ’ ya göre, tıbbi hataları azaltmak için güvenlik raporlama sistemlerinin (GRS) kurulması ve tıbbi hatalara yönelik örgüt kültürünün geliştirilmesi gerekmektedir (9). Gönüllü olay raporlama sistemlerinin en önemli avantajlarından birisi, kuruluş içindeki güvenlik tehlikelerinin belirlenmesinde personelin katılımını içermesidir. Literatürde, “Elektronik hastane olay raporlama sistemleri” üzerine yapılan araştırmalar, genellikle ilaç hatalarının ve hasta düşmelerinin en sık rapor edilen olaylar arasında olduğunu göstermektedir (10). Türkiye’de hasta güvenliği kavramı son yıllarda özellikle, kalite ve akreditasyon programlarının üzerinde yoğunlaşılacak bir konu olup, hasta güvenliğine verilen önem, yakın zamanda ivme kazanmaya başlamıştır. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı tarafından hasta güvenliğine yönelik olarak oluşturulan, Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) 2016 yılında faaliyete geçirilmiştir. Bu sistemle, sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği konusunda istenmeyen olayların belirlenmesi amaçlanmıştır. GRS (2017) istatistiklerine göre, hasta güvenliğini tehdit eden olayların en çok laboratuvar, ameliyathane ve kliniklerde yaşandığı görülmektedir (11). Ülkemizde, yakın zamanda yargıtay’a konu olan tıbbi hata dava dosyaları üzerinden retrospektif yöntemle incelenen bir çalışmada, tıbbi hataların en çok jinekoloji ile genel cerrahi branşlarında ortaya çıktığı tespit edilmiştir

(12). Bir başka çalışmada ise, yargıtaya intikal eden ve karara bağlanan tıbbi hata konularının %53,9'unun yarısından fazlasının hatalı tedavi nedeniyle olduğu görülmüştür (13).

Klinik yönetim, sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda mükemmel ve güvenli hizmetin sunulabilmesi hususunda, yüksek standartları sağlayan bir ortam oluşturulmasının yanı sıra, sürekli kalite iyileştirilmesi konularında hesap verebilirliği ifade etmektedir (14). Klinik yönetim çerçevesinin merkezinde, hasta güvenliği bulunmaktadır ve hasta güvenliği önemi sürekli olarak artan bir konudur (15). Hasta güvenliği, sağlık bakımıyla ilişkili hataların ve hastalara yönelik olumsuz etkilerin önlenmesi olarak tanımlanır (16). Hasta güvenliği bakımından önemli bir kavram olan hasta güvenliği kültürü organizasyon kültürünün bir parçası olup; bu konuda paylaşılan inanç, tutum, değer, norm ve davranışları ifade etmektedir (17). Yapılan araştırmalarda hasta güvenliği kültürünün anahtar unsurları; birim içinde ekip çalışması, hastane yönetiminin desteği, olay bildirim sıklığı, örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme faaliyetleri olarak bildirilmiştir (18). Dolayısıyla, literatürde elde edilmiş bu bulgulardan yola çıkılarak, klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği kültürü arasında nedensel bir ilişki olabileceği varsayılmıştır.

Klinik yönetim 1990'lı yılların sonundan itibaren ortaya çıkmıştır ve o zamandan beri; İngiltere, Avustralya, Kanada, Yeni Zelanda ve İran gibi birçok ülkenin sağlık sisteminde yer almaktadır (19). Klinik yönetim konusu, bu ülkelerde bugüne kadar birçok araştırmaya konu olmuş olup, ülkemiz sağlık yönetiminde ise, yeni sayılabilecek bir kavram olup henüz önemli araştırmalara konu olmamıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından, klinik yönetim kavramına ilk kez Haziran 2020'de "Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)" rehberinde yer verilmiştir. Temmuz 2021'de yayımlanan bir duyuru ile, hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesine ilişkin süreçlerde klinik yönetimin tanımlanması ve uygulanması gerektiği bildirilmiş ve bu kapsamda, klinik yönetimin bileşenleri; klinik süreçlerin denetimi, klinik risklerin yönetimi, kalite güvencesi, klinik etkinlik, kurumsal ve bireysel gelişim olarak tanımlanmıştır (20).

Çeşitli ülkelerde yapılan çalışma sonuçlarına göre; klinik yönetim ikliminin güçlendirilmesinin iş doyumu, klinik birimlerin bazı performans göstergeleri ve mortalite oranları, klinik laboratuvar hizmet kalitesi ve enfeksiyon kontrolünü olumlu yönde etkilediği görülmektedir (21-24). Klinik yönetim son yıllarda birçok ülkede

hizmet kalitesini artırmak için, sağlık politikalarının temel bir bileşeni olarak görülmekte ve düzenli olarak gelişimi izlenmektedir. Klinik yönetişimin anahtar bileşenlerinden birisi de hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Dolayısıyla hasta güvenliği kültürüne etki eden hususların belirlenmesi sağlık politikalarında alınacak stratejik kararlarda önem teşkil etmektedir.

Gerek dünyada gerekse ülkemizde, klinik hizmetlerin yönetişimi ve hasta güvenliği konularının taşıdığı önem çok sık dile getirilmesine rağmen yapılan çalışmalarda bu iki konunun genellikle ayrı ele alındığı dikkati çekmektedir. Bu bilgilerden hareketle planlanan bu **çalışmanın amacı**, İstanbul ilinde hizmet vermekte olan farklı statülerdeki hastanelerde klinik yönetişim ikliminin hasta güvenliği kültürü ile ilişkisini araştırmaktır. Araştırma grubunda yer alan özel, kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan hekim ve hemşirelerin KYİ düzeylerinin ölçülmesi bununla birlikte, KYİ düzeylerinin ve hastanenin akreditasyon durumuna göre ve mesleklere göre farklı olup olmadığının incelenmesi de çalışmanın diğer amaçlarını oluşturmaktadır. Bu bağlamda araştırmamızda; klinik yönetişim iklimi ile hasta güvenliği kültürü ilişkisi araştırmanın **temel hipotezi** olmuştur.

Literatürde klinik yönetişime yönelik birçok çalışma bulunmaktadır. Buna karşın, farklı kapsamdaki hastanelerde klinik yönetişim ikliminin, hasta güvenliği kültürüyle ilişkisini inceleyen çalışmaların sayısı oldukça kısıtlıdır. Yapılan literatür taramasında klinik yönetişim iklimi ve hasta güvenliği kültürünün farklı yönleriyle ele alınarak incelendiği belirlenmiştir. Çalışmamızda, sağlık kurumlarında klinik yönetişim ilke ve uygulamalarının önemini vurgulanmakta ayrıca, klinik yönetişimi iklimi ve hasta güvenliği kültürü ilişkisi incelenmektedir. Bu kapsamda, çalışmamızın **özgün bir yönü** mümkündür. Yapısal eşitlik modellemesi bu iki değişken arasındaki ilişkinin incelenmesi bakımından bu çalışmada, ilk kez kullanılmaktadır. Belirtilen hususlar kapsamında, araştırmadan elde edilecek bulguların sağlık politika yapıcılarına strateji oluşturmada alternatif yol gösterebileceği ayrıca, sağlık sektörünün daha etkin faaliyet göstermesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

Araştırmanın genel bilgiler kısmı iki ana başlığa ayrılmıştır. Birinci ana başlıkta klinik yönetim iklimi, ikinci ana başlıkta hasta güvenliği kültürü, üçüncü ana başlıkta ise klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği kültürü ilişkisi ele alınmıştır.

4.1. Klinik Yönetişim İklimi

4.1.1. Yönetişim kavramı ve kapsamı

Yönetişim, İngilizce “*governance*”, sözcüğünden gelmektedir ve sözlük anlamı birlikte yönetmek, katılımcı yönetmek demektir. Yunancada ise, yönlendirmek fiilinden gelmektedir. Yönetişim sözcüğü kısaca, “birlikte, etkileşim içerisinde yönetmek” anlamına gelmektedir. Globalleşmenin etkisiyle yönetim anlayışı da büyük ölçüde değişime uğramıştır. Güçlü merkezîyetçi yapı desantralize ve esnek yönetime, dışa kapalılık şeffaf yönetime, bürokratik yapı etkileşimli ve işlevsel yapıya, çalışanları dışarıda bırakan karar alma süreçleri, katılımcı uygulamaları beraberinde getirmiştir (25). Günümüzde yönetim, yönetimden daha geniş kapsamlı bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Yönetimin görevi işlerin yürütülmesi iken yönetişimin görevi ise, işlerin amaca uygun yürütülmesinin sağlanmasıdır. Ayrıca yönetişimin, yapılması gereken işleri doğru biçimde belirleme sorumluluğu bulunmaktadır. Yönetimin ise, belirlenen işleri doğru biçimde yapma görevi bulunmaktadır (26).

Yönetişim, temelde güç, ilişkiler ve hesap verebilirlikle ilgilidir. Daha çok örgütleri ve toplumları yönetme aynı zamanda çatışma çözme sanatı olarak görülmektedir (27). Bir başka tanıma göre ise, yönetişim kavramı bir tarafın diğer tarafı yönettiği bir ilişkiden karşılıklı etkileşimlerin ön plana çıktığı bir ilişkiler bütününe doğru dönüşümü ifade etmektedir. İyi yönetişimin yedi ana unsuru bulunmaktadır bunlar; şeffaflık, açıklık, hesap verebilirlik, katılımcılık, etkinlik, hukuka bağlılık ve toplumsal sorumluluktur. Toplumsal hayatta, iyi yönetişim, **dört** düzeyde gerçekleştirilebilmektedir (28);

1-Kamu Düzeyinde Yönetişim: Devlet organlarının ve kamu hizmeti veren kuruluşların şeffaflığı ile başlayıp, hesap verebilirlikten geçen ve verimlilikle sonuçlanan bir süreci ifade etmektedir.

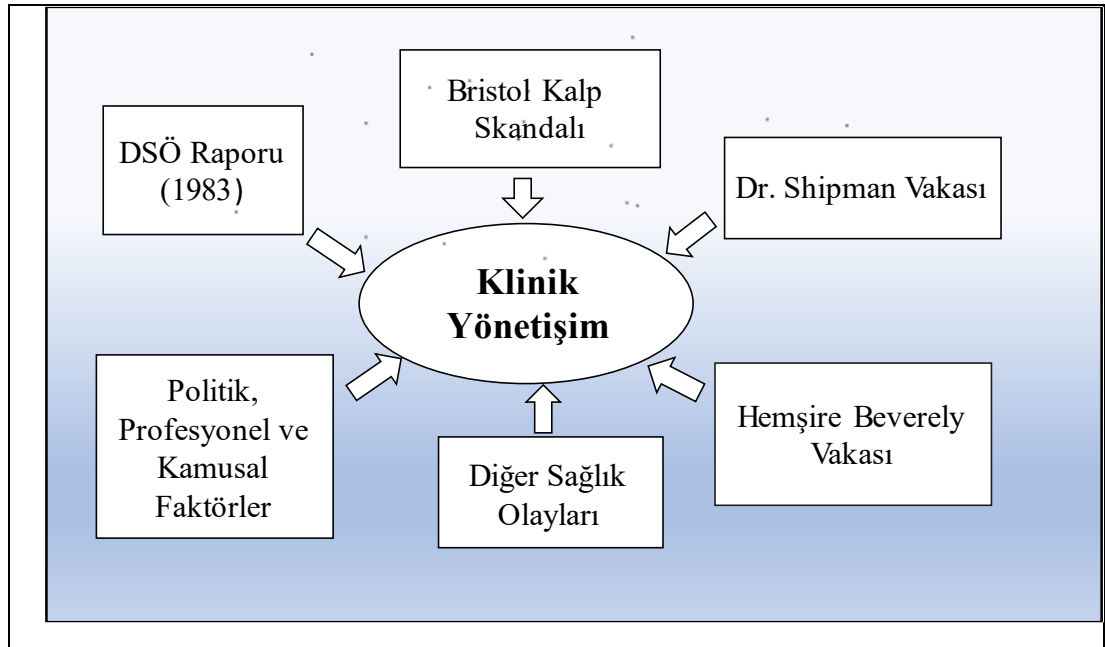
2-Özel Sektör Düzeyinde Yönetişim: Yönetişim özel sektörde iki kanal aracılığı ile gerçekleşebilir bu husus hem kurumsal yönetişimi hem de sivil toplum kuruluşları düzeyindeki yönetişimi kapsamaktadır.

3-STK'lar Düzeyinde Yönetişim: Sivil toplum kuruluşlarının, kendi içlerinde iyi yönetim ilkelerini esas alarak sosyal sorumluluklarını da yerine getirmelerini ifade etmektedir.

4-Kişisel Düzeyde Yönetişim: İyi yönetim ilkelerinin hayata geçmesinde, kişilerin taşınması gereken sorumluluğu ifade etmektedir.

4.1.2. Klinik yönetişimin tarihçesi

Sağlık hizmetlerinde kalite ve verimliliğin artırılmasına yönelik, pek çok farklı görüş bulunmaktadır. Özellikle İkinci Dünya savaşından sonra, öne çıkan bu görüşler arasında; Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu (1951), Donabedian Modeli (1966), Toplam Kalite Yönetimi (1980), Magnet Standartları (1983) ve Kanıta Dayalı Tıp Uygulamaları (1990) bulunmaktadır. 1990'lı yılların sonunda ortaya çıkan klinik yönetişim, sürekli kalite geliştirme ile ilgilidir ve sağlık hizmetlerinin modernizasyonunda politik bir araç olarak tanıtılmıştır. Klinik yönetişimin ortaya çıkmasında etkili olan unsurlar, beş başlık altında toplanmaktadır (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Klinik Yönetişimin Ortaya Çıkışı (30-33).

1. DSÖ (1983) Raporu: Dünya Sağlık Örgütü, sağlık hizmet sunumunu güçlendirebilecek strateji ve yapıların tartışılmasında sorumlu ana organ olarak, yer almaktadır. Bu kapsamda, sağlık bakımı için nüfusun artan talepleri karşısında mevcut kaynakları yönetmeyi hedeflemektedir (29). Kalite geliştirmeye vurgu yapan, klinik yönetişimin temel yapıtaşları 1980’li yıllarda ortaya çıkmaya başlamış ve 1983 yılında İsviçre’deki Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) toplantısında, klinik yönetişim yapıtaşlarının 4 unsur üzerine kurulduğu ifade edilmiştir, söz konusu bu unsurlar aşağıda belirtilmiştir; (30)

- Profesyonel yönetim (teknik kalite),
- Kaynak kullanımı (verimlilik),
- Risk yönetimi (sağlanan hizmetten kaynaklanan yaralanma veya hastalık riski dahil),
- Hasta memnuniyeti (hizmet sunumuna bağlı),

2. Sağlık Hizmetlerine Yönelik Kamuoyu Algısı: İngiltere’de, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve kalitesiyle ilgili sürekli artan kamuoyu endişesi, klinik yönetişimin ortaya çıkışında kilit bir faktör olmuştur (31). İngiltere’de, 1990’lar boyunca sağlık kuruluşlarının bakım kalitesindeki farklılıklar (14) ve sağlık hizmet sunumunu etkileyen bazı olumsuz olaylar, dikkat çekmiştir. Gottwalt ve Landsdown (2014)’e göre; sağlık hizmetlerine yönelik kamuoyunda yankı uyandıran bu algı ve olayların olası nedenleri aşağıda belirtilmiştir (32);

A) Bristol Kalp Skandalı: Klinik yönetişim reformuna neden olan olayın esas kökeni, olarak bilinmektedir. İngiltere’de Bristol Kraliyet Hastanesi pediatrik kalp cerrahisinde, hayatını kaybeden bebeklerle ilgili yüksek ölüm oranı anestezi uzmanı Dr. Stephen Bolsin tarafından ortaya çıkarılmıştır. Genel Tıp Konseyi (GMC) tarafından yapılan incelemeler sonucu; 1991 ile 1995 yılları arasında ameliyat edilen çocuklar arasında ülke ortalamasına kıyasla daha fazla ölümlerin (ulusal ortalamanın yaklaşık 2 katı) gerçekleştiği tespit edilmiştir.

B) Dr. Shipman’ın Faaliyetleri: İngiltere Manchester’da aile hekimi olan Dr. Harold Shipman’ın tedavi ettiği hastalarına, ölümcül dozlarda morfin uyguladığı hastaların ölüm belgelerini imzaladığı ve tıbbi kayıtları tahrif ettiği tespit edilmiştir. Çalışma hayatı boyunca Dr. Shipman’ın yaklaşık 220 ile 240 hastasını öldürdüğü iddiaları, kamuoyunda oldukça geniş yer bulmuş ve yapılan soruşturmalar sonucunda 15 hastasını kasıtlı olarak öldürmekten, ömür boyu hapse mahkûm olmuştur.

C) Hemşire Allitt Vakası: 1990'lı yıllarda İngiltere'de bir çocuk hastanesinde görevli 22 yaşındaki hemşire Beverely Allitt, dört çocuğun ölümüne sebep olmaktan ve sekiz çocuğu da yaralamaktan suçlu bulundu. Ancak Allitt'in psikolojik rahatsızlığı çalıştığı hastanedeki, iş sağlığı bölümü tarafından biliniyordu ancak yine de bir pediatri ünitesinde çalışmak için istihdam edilmişti. Hemşire Allitt, "Munchausen Sendromu" nedeniyle, Nottinghamshire'de bir psikiyatri hastanesinde cezasını çekmek üzere hapse mahkûm edilmiştir.

D) Diğer Sağlık Olayları: Yukarıda belirtilen nedenlere ek olarak İngiltere'de yaşanan diğer sağlık olayları; clostridium difficile salgını, servikal tarama, göğüs taraması ve patolojik yanlış tanılarla ilgili diğer tıbbi olaylar olarak sıralanmaktadır (33).

3. Politik, Profesyonel ve Kamusal Faktörler: Hasta Bildirgesi (*The Patient's Charter, 1992*) ve Yurttaş Bildirgesi (*The Citizen's Charter, 1993*) gibi bazı önemli belgelerin yayınlanması, sağlık profesyonelleri ve kamuoyunun daha bilgili ve eğitilmiş olması ayrıca, özellikle 1980'lerden sonra tüketim toplumunun ortaya çıkması ile halkın sağlık hizmetleri konusunda bilinci artmış ve daha sorgulayıcı bir toplum yapısı meydana gelmiştir. Bu nedenle, klinik yönetişimin ortaya çıkışına katkıda bulunan politik, profesyonel ve kamusal faktörlerin bir kombinasyonu ortaya çıkmıştır (31);

A) Politik Nedenler: Sağlık politikalarındaki değişim, sağlık hizmetleri sunumunda örgütsel değişimin etkisi, sağlık harcamalarındaki artış ve verimlilik ihtiyacının ortaya çıkması, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması,

B) Profesyonel Nedenler: Sağlık mesleklerinin hesap verebilirliğini etkileyebilecek veya tehlikeye atabilecek çeşitli faktörlerdir. Bunlar; Hasta bağımlılığının artması, hastanede yatış sürelerinin azalması, sağlık teknolojisindeki gelişmeler, hasta şikayetleri nedeniyle hukuki davaların artması,

C) Kamusal Nedenler: Hasta beklentilerindeki artışlar, demografik değişiklikler (yaşlı nüfus artışı, yaşam beklentisi artışı, diyabet ve obezite prevalansında artış mortalite ve morbidite değişiklikleri), medya nedeniyle halkın sağlık hizmetlerine güveninin azalması, toplumun bilgiye daha kolay erişmesini sağlayan bilgi teknolojileri ve internet dünyasındaki gelişmelerin artması, Cochrane Kütüphanesi ve Sağlık Bakanlığı gibi web tabanlı sağlık bilgilerine daha fazla erişimin artmasıdır.

4. İşçi Partisinin Seçimleri Kazanması: İşçi Partisi 1997’de seçimleri kazanmasının ardından kısa bir süre sonra kamuoyunda yer alan, sağlık sorunlarına bir dizi reformla yanıt vermiştir. İşçi Partisinin en önemli reformlarından birisi olan, klinik yönetim İngiltere Ulusal Sağlık Servisi'ne (NHS) tanıtılmıştır (34). Ulusal sağlık servisi ve altyapısı, kısa sürede modernize edilerek klinik bakım kalitesini de içerecek şekilde, hizmet kalitesine odaklanması amaçlanmıştır (35).

5. Klinik Yönetişimin Resmi Hükümet Politikası Olması: Klinik yönetim, İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) genelinde, yerel düzeyde klinik standartları sağlamak ve iyileştirmek için yeni bir girişim olarak tanımlanmış (36) ve 1998 yılında NHS'de kaliteyi geliştirmek için 10 yıllık bir programın bir parçası olarak tanıtılmıştır (33). Klinik yönetişimin, suçlayıcı ve korku ortamından uzak, öğrenmeyi sağlayan, hizmet gelişiminin rapor edilmesine yönelik bazı kültürel değişiklikler gerektirdiği belirtilmiştir (37).

6. 2000 Yılı ve Sonrası: Klinik yönetim, kalite ve güvenlik konularını ele almak için uluslararası bir yaklaşım olarak, 2000’li yıllardan itibaren pek çok ülkede benimsenmiştir (38). Günümüzde birçok ülkede, hizmet kalitesini artırmak için kilit bir strateji olarak uygulanmaktadır (39).

4.1.3. Klinik yönetim iklimi tanımı ve amacı

Klinik yönetim; sağlık hizmetlerinde sürekli kalite iyileştirme için geçerli bir çerçevedir. Sağlık hizmeti sunan kuruluşların, mükemmel ve güvenli hizmet sunumu konusunda yüksek standartları sağlayıcı bir ortam oluşturması ve kalitenin sürekli iyileştirilmesi konularında hesap verebilirliğidir. Belirlenecek ve izlenecek standartlar çerçevesini ifade eder ayrıca, hizmetlerde sürekli iyileştirme ve yüksek bakım standartlarının sağlanması ile ilgilidir (14). 1997’de İngiltere’de, Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) örgütlerinde kabul gören klinik yönetim sağlık hizmetlerindeki başarısızlıklara yanıt olarak, riskleri azaltma ve klinik bakımın kalitesini arttırmada bütünleşmiş bir yaklaşım olarak gösterilmiştir. NHS’de klinik yönetim, kalite reformlarının merkezinde yer almaktadır ve hasta bakımının sağlanmasında, yol gösterici bir çerçeve ve altın standart olarak tanımlanmaktadır (40).

Örgütsel iklim, bir kuruluşta klinik yönetim faaliyetlerinin uygulanabilmesi için çok önemlidir. Dolayısıyla klinik yönetim iklimi, personelin klinik yönetişime

ulaşmasıyla ilgili görev ve süreçleri olarak tanımlamıştır. Klinik yönetim ikliminin değerlendirilerek belirli periotlarla ölçülmesi, örgütsel gelişme çabalarının nerede yoğunlaşılması gerektiğine yardımcı olmaktadır (37). Köroğlu (2018)'e göre, klinik yönetim iklimi; klinik yönetim ve örgütsel iklim kavramlarının biraraya gelmesiyle oluşmuştur. Bu bağlamda, klinik yönetim iklimi klinikte, iletişim ve etkileşimin egemen olduğu, çalışanların yönetime ortak olduğu, düşüncelerini serbestçe ifade edebildiği, doğru davranışların ödüllendirildiği, hatalardan ders çıkarılan bir ortam olarak tanımlanmıştır (41).

Klinik yönetimde genel amaç, hizmetleri iyileştirmek ve olumsuz sonuçları önlemektir bu nedenle tüm sağlık çalışanları bundan sorumludur (42). Klinik yönetim, iyi uygulamaları teşvik etmek için tasarlanmıştır. Dolayısıyla; iyi bir klinik yönetimin temel özellikleri arasında; klinik ve klinik dışı personelin liderliği ve hesap verebilirliği, açık bir kültür ve hatalardan öğrenme, kanıta dayalı karar verme, inovasyon bulunmaktadır (43).

4.1.4. Klinik yönetimin yararları

Klinik yönetim, bireylerin klinik performans için kurumsal sorumluluktan kaynaklanan güvenli, açık ve adil bir ortamda ihtiyaç duydukları bakımı almalarını sağlamaya yardımcı olur. Klinik yönetimi geliştirmenin faydası iyileştirilmiş hasta deneyimleri ile, kalite ve güvenlik açısından daha iyi sonuçlarda yatmaktadır (44).

Onion (2000)'e göre klinik yönetim; tıbbi uygulamaların kalitesini artırmak için bir araç olmasının yanı sıra hastalar için, klinik uygulamalar esnasında kötü tıbbi uygulamalara (malpractice) karşı hastayı koruma aracıdır. NHS açısından ise, işgücünü yönetme ve kamu fonları için maksimum değeri sağlamanın bir yoludur (43). Klinik yönetimin örgütsel anlamdaki olumlu etkileri ise, Tablo 4.1'de belirtilmiştir.

Tablo 4.1. Klinik Yönetimin Olumlu Etkileri

<i>S. No</i>	<i>Olumlu Etkiler</i>
1	Hasta bakımındaki varyasyonları yani farklılıkları önleyerek bakım verenleri koruma altına almaktadır,
2	Güvenli, etkili, kaliteli ve sağlık hizmeti sunumu sağlayarak, hastalara ve topluma karşı sorumlu olmayı sağlar (45)
3	Personel değerlendirmeleri ve sürekli mesleki gelişimin sağlanmasından

	sorumludur,
4	Ekip çalışmasını kolaylaştırarak iş birliği içinde çalışılmasını, bakım kalitesinin iyileştirilmesini sağlamanın yanısıra, ayrıca suçlamanın olmadığı destekleyici bir iklim sağlar (37)

Kaynak: (37 ve 45).

4.1.5. Klinik yönetim bileşenleri

Esasen, klinik yönetim kavramı bireysel hizmetlerde hizmet sonuçlarının değişkenliğini azaltmak için gerekli olan organizasyonel süreçlerin, yapıların ve kültürün sistematik olarak düzenlenmesi anlamına gelmektedir. İngiltere Sağlık Komisyonu (DOH, 1998) tarafından, klinik yönetimin bileşenleri; risk yönetimi, kanıta dayalı uygulama, hasta odaklı bakım, eğitim ve gelişim, bilgi yönetimi ve personel yönetimi olarak tanımlanmış ve bu bileşenlerin, sürekli kalite iyileştirme için organizasyonel bir çerçeve sağlamak üzere birbirleriyle etkileşime girdiği belirtilmiştir (46).

Literatürde klinik yönetim bileşenlerine yönelik; klinik denetim, risk yönetimi ve sürekli kalite iyileştirme konularında çalışmalar bulunmaktadır (47-50). Freeman (2003) tarafından dokuz bileşen olarak tanımlanırken (37), Murray ve arkadaşları (2004) tarafından ABD’de yapılan bir çalışmada, klinik yönetim yedi bileşen olarak ele alınmıştır bunlar; risk yönetimi, klinik denetim, personel yönetimi, eğitim-geliştirme-yaşam boyu öğrenme, klinik bilgi ve araştırma ve etkililiktir (51).



Şekil 4.2. Klinik Yönetişim Bileşenleri (52).

Chandran ve Arulkumaran (2007) tarafından ise, Şekil 4.2’de görülebileceği üzere klinik yönetim on bileşen olarak tanımlanmış ve aşağıda bu bileşenlere dair detaylar verilmiştir (52);

1-Risk Yönetimi: Sağlık kuruluşlarında risk yönetimi; hizmet sunumu esnasında ortaya çıkabilecek risklerin analiz edilerek tanımlanması, risklerin izlenmesi ve bu riskleri ortadan kaldıracak önlemlerin alınması faaliyetlerini içerir. Sağlık kuruluşlarında risk yönetimine örnek olarak; olumsuz olayların raporlanması ve ders çıkarılarak tekrarının önlenmesi, risk değerlendirme, enfeksiyon kontrolü gibi olaylar verilebilir.

2-Personel Yönetimi ve Performans: Bu bileşen, klinik yönetimin en önemli bileşenlerinden birisidir ve yüksek kalitede hasta bakımını sağlamak için gerekli koşulların sağlanması gerekir. Örneğin; işe alım, elde tutma, işgücü planlaması, esnek çalışma, performans yönetimi ve değerlendirmeleri verilebilir. Motive edilmiş ve iş memnuniyeti arttırılmış bir çalışanın daha iyi performans göstermesi beklenir.

3-Eğitim, Öğretim ve Sürekli Mesleki Gelişim: Güvenli ve uygun hasta bakımı sağlamak için, personelin sürekli güncel bilgilerle donatılması gerekir çünkü tıbbi bilgiler hızla değişmektedir. Klinik becerilerin geliştirilmesinin, hasta bakımının kalitesi üzerindeki etkileri bilinmektedir. Bu nedenle, eğitim ve sürekli mesleki gelişim

üzerinde durulması gereken bir konudur ve sürekli mesleki gelişimin teşvik edilmesi gerekir.

4-Klinik Etkililik: Klinik yönetim, klinik etkililiğe odaklanan kanıta dayalı uygulamaları içermektedir. Kanıta dayalı uygulamalar; bireysel hasta bakımı hakkında karar verirken, mevcut ve güncel en iyi kanıtların kullanılmasını ifade eder. Kanıta dayalı uygulamalar, iyileştirmenin temelini oluşturur. Ayrıca, klinik etkililik hasta bakımının iyileştirilmesine yardımcı olabilecek, yeni yönetim stratejilerinin bulunması için araştırmaların teşvik edilmesini ifade eder.

5-Bilgi Yönetimi: Sağlık kuruluşlarında; bilginin uygun şekilde toplanması, etkin yönetilmesi ve uygun şekilde kullanılmasıdır. Bilgi yönetimine örnek olarak; hasta kayıtları, istem formları, randevular ve barkod kullanımı verilebilir. Bilgi yönetimi sayesinde; sağlık kuruluşlarından hizmet alanlara zarar verebilecek hataların önüne geçilerek, bakım kalitesi artırılır.

6-İletişim: İletişim hataları riskli olaylara neden olabilmekte ve hasta bakımını olumsuz etkileyebilmektedir. Hastalarla, kurulan güvenli iletişim, kaliteli hasta bakımı açısından çok önemlidir. Hekimler açısından iletişim özellikle psikiatri, jinekoloji, çocuk koruma evleri ve sosyal hizmet kurumları gibi spesifik birimlerde doğru tanı koymak önemlidir. Sonuçta iyi iletişim, hastanın ihtiyaçlarına uygun yüksek kaliteli bakım sağlar.

7-Liderlik: Klinik yönetim ilkeleri, liderlik ve yönlendirme olmadan uygulanamaz. Liderler genellikle, yönetim kurulu üyesi, başkan ve icracı olmayan müdürler, sağlık kuruluşu yöneticileri, klinisyenler ve klinik dışı personel de dahil olmak üzere, organizasyon genelinden olabilir.

8-Takım Çalışması: Sağlık kuruluşlarında, kaliteli hasta bakımının sağlanması karmaşık ve zor bir hizmettir dolayısıyla, bu karmaşıklığın üstesinden gelebilmek için, etkili iletişim ve karşılıklı destek gerekir. Multi disiplinler yaklaşımlar ve ekip toplantıları, hasta bakımının kalitesini ve güvenliğini arttırarak hastalara olumlu bir deneyim sağlayabilir.

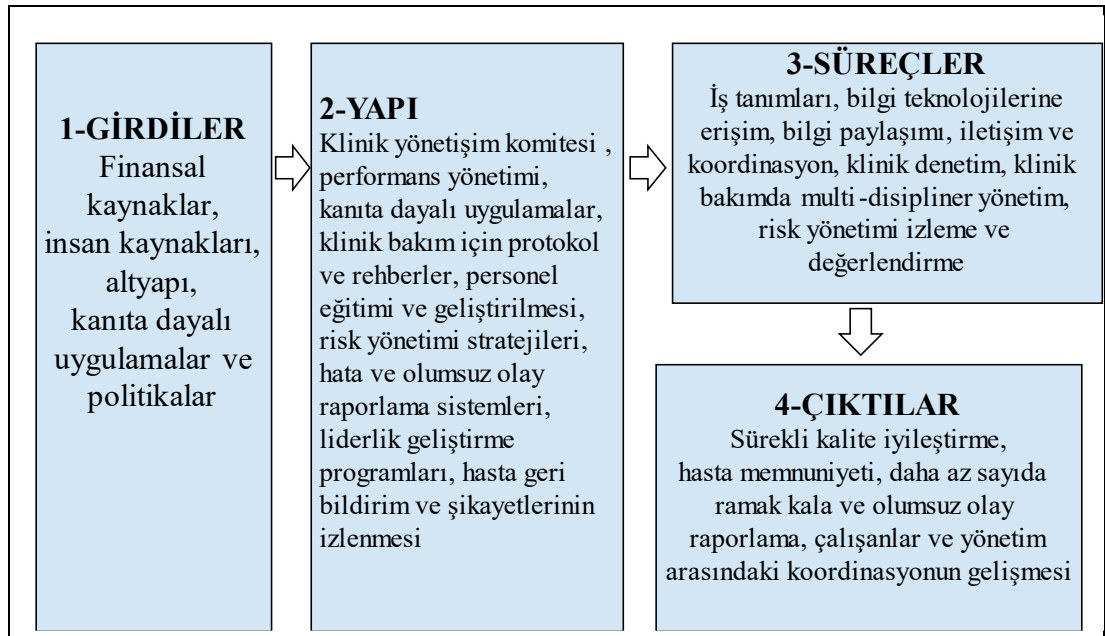
9-Hasta ve Yakınlarının Katılımı: Klinik yönetim, hasta merkezli bir yaklaşımdır. Hastaların kendileriyle ilgili kararlara dahil edilmesi, kararlarına saygı gösterilmesi ve desteklenmesi gerekliliğini savunur. Ayrıca çok kültürlü bir ortamda, hastanın yerel ihtiyaçları da gözönünde bulundurularak hasta bakımı planlanmalıdır.

10-Stratejik Planlama: Kuruluşların hizmetlerini; yerel, bölgesel veya ulusal olarak bölge halkının ihtiyaçlarını da gözönüne alarak stratejik planlama yapması gerekmektedir. Örneğin; bir bölgede, ergen gebelikler görülüyorsa orada bir ergen kliniği oluşturulması ihtiyacı oluşabilir (52).

Sonuç olarak; klinik yönetim, sağlık bakım kuruluşlarının standartlarını iyileştirmek için sürekli bir çaba sağlamaktadır. Bu bileşenler aracılığıyla; kontrol, izleme ve iyileştirme döngüsü sağlanarak hastalar için daha kaliteli bakım ortamı elde edilmektedir.

4.1.6. Klinik yönetimle ilgili girdi, yapı, süreç ve çıktılar

Klinik yönetim, destekleyici bir ortamın yaratılması yoluyla klinik kaliteyi ve yüksek standartları teşvik etmek için sağlık kurumları tarafından benimsenen önlemleri ifade eder. Sağlık bakım kuruluşlarında klinik yönetimin uygulanması; girdiler (*kaynaklar ve politikalar*), yapı (*sistem ve uygulamalar*) ve süreçler (*iletişim, bilgi paylaşımı gibi*) üzerinde etkilidir. Dolayısıyla sağlık personelinin sağlık hizmeti sunumunun sonucunu iyileştirmek için; girdilerin, yapıların ve süreçlerin yönetimine yönelik entegre bir yaklaşımı desteklenmesi gerekmektedir (53) (Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Klinik Yönetişimle İlgili Girdi, Yapı, Süreç ve Çıktılar (53).

Klinik yönetim sürecinde olumlu bir çıktı elde edebilmek için; kaliteyi iyileştirmek, güvenliği artırmak ve hizmet sunumundaki çeşitliliği azaltmak amacıyla,

birbirine bağılı bir dizi organizasyonel düzenleme ve girişimlerin oluşturulması gerekmektedir (54). Dolayısıyla, sağık kuruluşlarında klinik yönetişime yönelik aşığıda belirtilen 10 adımın atılması gerekmektedir (55);

- 1-Klinik kalite iyileştirmenin, sürekli kalite iyileştirme faaliyetleriyle entegre edilmesi,
- 2-İyi uygulamaların sistematik olarak yaygınlaştırılması,
- 3-Klinik risk azaltma programlarının oluşturulması,
- 4-Mesleki değerlendirme ve klinik liderlik becerilerinin geliştirilmesi,
- 5-Kanıta dayalı uygulama sistemlerinin oluşturulması,
- 6-Olumsuz olay ve ramak kala olayların tespit edilerek araştırılması ve bunlardan ders alınması,
- 7-Hastalar tarafından yapılan şikayetlerden sistematik öğrenmenin sağlanarak, klinik uygulamalarda kullanılması,
- 8-Klinik bakım ve performansın izlenmesi için veri toplama,
- 9-Yetersiz klinik performansın erken evrede farkedilerek, hastalara ve sağık çalışanlarına vereceği zararın en aza indirilmesi,
- 10-Klinik yönetişim ilkeleri ile uyumlu sürekli mesleki gelişimin sağlanması,

4.1.7. Klinik yönetişimde hekim ve hemşirenin rolü

Klinik yönetişim, tüm klinisyenlerin bakım standartlarını sürekli olarak korumalarına ve geliştirmelerine yardımcı olan bir çerçevedir (56). Dolayısıyla, sağık kuruluşlarında ön saflarda bulunan hekim ve hemşireler klinik çalışmaların merkezinde yer aldığından, hasta bakımının sağlanmasında ve bakımın sürekli geliştirilmesinde önemli bir konuma sahiptir. Gauld ve Horsburg (2015)'e göre ise; klinik yönetişimde sağık çalışanlarının 2 rolü bulunmaktadır; bunlardan birincisi bakım sağlama rolü, diğeri de bakım sağlama sisteminin yanı sıra kalite ve güvenliğe odaklanarak bakım sunumunun iyileştirilmesidir (57).

Hekimler açısından, klinik yönetişimin uygulanması ve geliştirilmesi kalitenin güvence altına alınması kilit bir sorumluluktur. Bu kapsamda hekimler için, klinik rehberlerin kullanılması, olay raporlama, sürekli mesleki gelişim ve önemli olayların analizi gibi klinik yönetişimi destekleyebilecek bir dizi süreç ve faaliyetlerin yanı sıra,

ekip çalışması ve sürekli iyileştirme konularında teşvik edilmesi önemli bir husustur (58). Hekim ve hemşireler, tüm hastaların en iyi bakımı alması ve hasta bakımının optimize edilmesi için ortak bir hedefi paylaşır dolayısıyla, kendi mesleki uygulamalarının kalite ve güvenliğinden sorumludur. Bu kapsamda klinik yönetimdeki yükümlülükleri aşağıda verilmiştir (59);

1-Yönetişim, Liderlik ve Kültür: Kalite ve hasta güvenliğini ön planda tutan bir organizasyon kültürünün oluşturulması, meslektaşların teşvik edilmesi, klinik hizmetlerin yönetimi konularını kapsar. Sağlık bakım ortamlarında, liderlik kalite sonuçlarının bir göstergesidir. Bunu sağlamak için de iyi bir liderlik sergilenmelidir.

2-Kalite Sistemleri ve Hasta Güvenliği: Kalite yönetiminde hasta güvenliği çok önemlidir. Hekimlerin hasta bakımı, risk yönetimi, olay yönetimi, geri bildirim ve şikâyet yönetimi konusunda belirlenen sistem ve süreçlere katılımını içerir.

3-Klinik Performans ve Etkinlik: Mesleki bilgi ve becerilerin güncel tutulması, klinik eğitim ve öğretim, klinik uygulama kapsamının belirlenmesi ve tanımlanması, performans izleme ve yönetimi, klinik güvenlik konularını kapsamaktadır.

4-Hastalarla İş birliği: Hastaların kendi sağlığı hakkında karar vermeleri ve kendi sağlık bilgilerine erişimi için desteklenmesidir.

Hemşirelerin, hasta bakımının kalitesinin artırılmasında ve sürekli iyileştirilmesinde temel rolleri bulunmaktadır. Hemşirelerle 21 hastanede yapılan bir çalışmada, klinik yönetişimin uygulamasında hemşirelerin kilit role sahip olduğu ancak, suçlama kültürü ve iş stresinin en büyük zorluk olduğu ayrıca yöneticiler ile hekimlerin klinik yönetişim uygulamalarıyla ilgili, hemşireleri desteklemediği tespit edilmiştir (60).

Ayrıca, etkili klinik yönetişim sistemleri için hekim ve hemşirelere yönelik revalidasyon uygulamaları önerilmektedir (58). Revalidasyon, tıbbi yeniden doğrulama (geçerleme) anlamına gelmektedir. Revalidasyon; hataları azaltmak, en iyi uygulamaya bağlı kalmak ve bakım kalitesini iyileştirmek için etik ve mesleki bağlılığı güçlendirmek için sağlık pratisyenlerinin yetkinliğini teyit etmek için kullanılan bir mekanizmadır (61). Örneğin, İngiltere’de revalidasyon (yeniden doğrulama); hekimler için genellikle 5 yıl, hemşireler için her 3 yılda bir yenilenmektedir (62). 2020 yılında yapılan bir çalışmada; revalidasyonun hasta şikayetleri ile ciddi olaylar üzerinde etkili olduğu ve hekimlerin hesap verebilirliğini arttırmada önemli bir rol oynadığı tespit

edilmiştir (63).

4.1.8. Dünyada ve ülkemizde klinik yönetim uygulamaları

Klinik yönetim, ulusal sağlık sistemlerindeki hizmetlerin kalitesini küresel düzeyde güvence altına almaya ve iyileştirmeye yönelik bu çabaların en sonuncusunu temsil etmektedir (64). Klinik yönetim, son yıllarda birçok ülkede sağlık politikasının ve hizmet yönetiminin temel bir bileşeni haline gelmiştir (19). Bu kapsamda, klinik yönetim uygulamalarına yönelik bazı ülke uygulamalarının detayları aşağıda verilmiştir.

İngiltere: Klinik yönetimi, resmi olarak uygulayan ilk ülkedir. İngiltere ulusal sağlık servisi (national health services-NHS) kuruluşları ve çalışanları, hasta bakımının kalitesini sürekli iyileştirmekten sorumludur. Bu nedenle, klinik yönetim kaliteyi NHS' nin merkezine yerleştirir. Klinik yönetim, yüksek bakım standartlarını sürdürmek ve hizmet kalitesini sürekli olarak iyileştirmek için, NHS kuruluşlarında hesap verebilirlik ihtiyacını vurgulamaktadır. Bu nedenle NHS kuruluşları için, klinik yönetim ile kaliteyi en üst düzeye çıkarmak için yasal zorunluluktur (51). Bu yasal zorunluluğun devamı olarak İngiltere Sağlık Bakanlığı tarafından revalidasyon şartı (*yeniden doğrulama*) 2012 yılında hekimlere (63). 2016 yılında ise, hemşirelere yasal bir zorunluluk olarak getirilmiştir (65). Birçok ülkede klinik yönetime öncülük eden İngiltere'de, NHS kapsamındaki sağlık kuruluşlarında uygulanan, klinik yönetim faaliyetlerine örnekler aşağıda belirtilmiştir;

- Her hastanenin bir klinik yönetim lideri (genellikle tıbbi direktör) bulunmaktadır,
- Hastanelerde belirli periodlarla mortalite ve morbidite (M&M) toplantıları yapılarak sağlık çalışanları paylaşmaya ve konuşmaya teşvik edilmektedir,
- Olay raporlama ulusal raporlama ve öğrenme sistemi olan (The National Reporting and Learning System-NRLS) ile aracılığıyla yapılmaktadır (66).
- Sevk verileri ve hasta şikayetleri değerlendirilmektedir (58).

Ayrıca literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, klinik yönetim konusundaki araştırmaların önemli bir kısmının İngiltere'de gerçekleştirildiği görülmüştür (14,33,35,37,38,51).

Avustralya: Sağlık hizmet kuruluşları için, "Ulusal Klinik Yönetişim Çerçevesi" oluşturulmuştur. Avustralya Güvenlik ve Kalite Komisyonu tarafından, oluşturulan bu çerçeve Ulusal Güvenlik ve Kaliteli Sağlık Hizmeti Standartlarına (The National Safety and Quality Health Service Standarts-NSQHS) dayanmaktadır (67). Ulusal Klinik Yönetişim Modeline göre; tüm hastaların en iyi bakımı alması için; yönetici, ebe ve hemşireler hasta bakımının optimize edilmesinden sorumludur. Bu bağlamda çalışanlar, hasta güvenliğini destekleyen hastane süreçlerine katılma, olumsuz olay bildirimini yapma, mortalite ve morbidite toplantılarına katılarak bu konuların ele alınmasından sorumludur (58). Ayrıca, Avustralya'da 2019 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından, kamu ruh sağlığı (public mental health) klinik yönetişim faaliyetlerinin incelenmesine dair, bağımsız bir komisyon kurulmuş ve klinik yönetişime yönelik rapor oluşturulmuştur. Söz konusu bu raporda; ruh sağlığı hizmetleri için klinik liderlik desteği, hasta güvenliğine öncelik veren işbirlikçi bir kültür oluşturulması, kalite iyileştirme kültürünün yerleştirilmesi ve personel için mesleki eğitimler önerilmiştir (68).

İran: Klinik yönetişim politikası 2009'da yayımlanan bir genelge ile, İran'da resmi olarak uygulamaya konulmuştur. İran'da tüm hastanelerde klinik bakım kalitesi ve güvenliğini artırma yaklaşımı olarak klinik yönetişim desteklenmektedir (60). Ülke çapında, tüm kamu ve özel hastanelerin benimsediği yedi sütunlu klinik yönetişim modeli benimsenmiştir. Bu yedi sütun; klinik etkinlik, klinik denetim, risk yönetimi, hasta, personel yönetimi, eğitim ve öğretim, bilgi kullanımından oluşmaktadır (69). İran Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığına bağlı, 2010 yılında klinik yönetişim ofisi kurulmuştur. Bu ofisin görevleri (70);

- Kalite iyileştirmesi için destekleyici bir kültür oluşturulması,
- Klinik yönetişim eğitimlerinin verilmesi,
- Klinik yönetişim gelişimi için uygun yapıların oluşturulması,
- Belirlenen politika ve hedeflere göre klinik yönetişim programlarının uygulanmasıdır.

Kanada: Sağlık harcamaları açısından, OECD ülkeleri arasında en yüksek sıralarda yer almaktadır. Kanada'da yaşanan nüfusla birlikte artan sağlık hizmeti ihtiyacı, sağlık ve sosyal bakım maliyetlerini katlanarak arttırmaktadır. Kanada'da sağlık bakım hizmetlerinde, hasta merkezli bir bakım modeline önem verildiğinden, bu durum etkili

linik yönetim uygulamalarına olan ihtiyacı güçlendirmektedir. Bu kapsamda, Kanada Hasta Güvenliği Enstitüsü (CPSI) ve Kanada Akreditasyon (Accreditation Canada) klinik yönetişimin iyileştirilmesi için sağlık kuruluşlarını desteklemektedir (71).

İrlanda: Klinik yönetim faaliyetleri, İrlanda hükümeti tarafından ulusal düzeyde desteklenmektedir. Sağlık hizmet sunucuları için, ‘‘Ulusal Kalite ve Hasta Güvenliği Müdürlüğü’’ tarafından klinik yönetişime yönelik kılavuz ve rehberler hazırlanmıştır. Ayrıca, hekim ve hemşirelerin belirli periotlarla, mesleki yeterliliğe yönelik revalidasyon (yeniden doğrulama/geçerleme) uygulaması bulunmaktadır (72).

İtalya: 1999 yılında İtalyan hükümeti tarafından klinik yönetim kavramı, bileşenleri ve araçları tanıtılmıştır. Bu kapsamda, sağlık hizmetlerinde klinik risk yönetimi ve hasta güvenliğini belirleyen kalite iyileştirme aracı olarak ulusal bir program başlatılmıştır (36). Dolayısıyla tüm sağlık kuruluşları klinik yönetim yoluyla, kalite iyileştirmeden yasal olarak sorumlu tutulmuştur. Klinik yönetim bileşenlerini uygulayan ilk İtalyan Bölgesi, Emilia Romagna’dır (73). Son yıllarda İtalya’da, kalite ve klinik yönetim politikası kapsamında ulusal modelin bir parçası olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından bölgesel düzeyde anlaşmalar sağlanarak hasta güvenliği ve risk yönetimi ile ilgili birçok faaliyet yürütülmektedir (74).

Yeni Zelanda: 2009 yılında hükümet tarafından, sağlık sisteminde farkındalığı artırmak ve daha iyi sağlık sonuçları elde edilmesi için ulusal klinik yönetim politikası başlatılmıştır. Bu kapsamda, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde, güçlü klinik liderlik, iş birliğine dayalı ortaklıklar ve yönetişimi destekleyen sistemler kurulmuştur. Hükümet politikasının yayınlanmasından sonra klinik yönetim politikasının uygulanmasındaki ilerlemeyi değerlendiren, ulusal bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada anket yoluyla, sağlık çalışanlarının görüşlerine başvurulmuş ve klinik yönetim politikasının temel bileşenlerinin ne ölçüde uygulandığına dair sağlık çalışanlarının algıları araştırılmıştır. Bu anket sonuçlarına göre, hükümet politikası yayımlandıktan sonra, 2010 ile 2012 arasında iyi bir ilerleme kaydedildiği sonucuna varılmıştır (75).

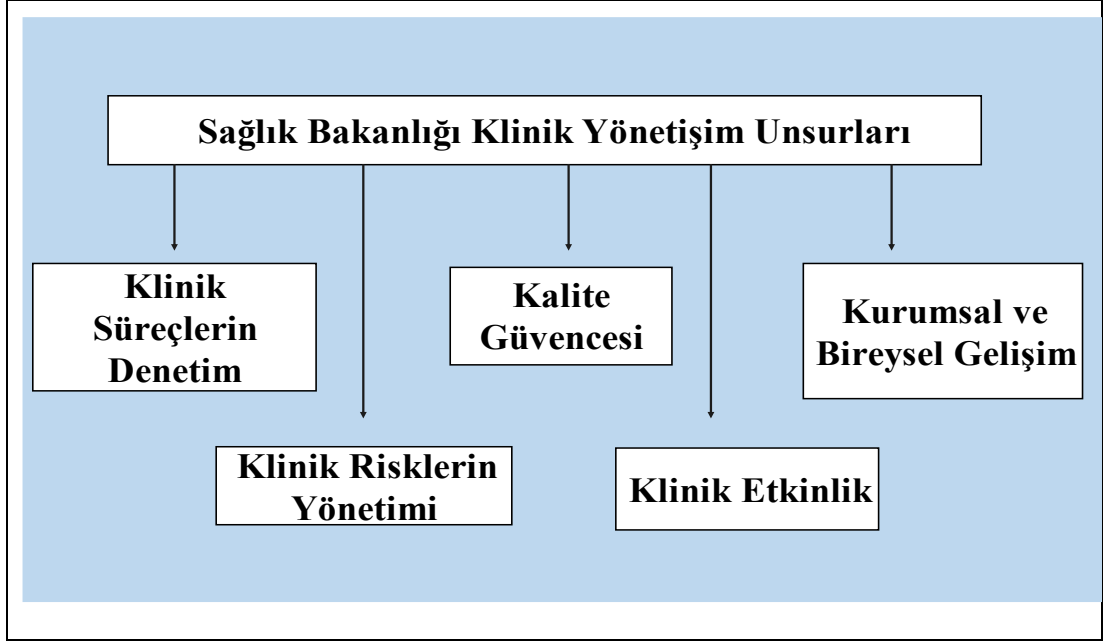
ABD: Amerikan Tıp Enstitüsü tarafından, 1999 yılında ‘‘*To Err Is Human*’’ isimli devlet raporunun, ABD hastanelerinde tıbbi hataların açığa çıkmasının ardından,

hastanelerin kalitesini iyileştirmede birçok gelişme yaşanmıştır. ABD’de özellikle 1990’lı yıllardan itibaren kapsamlı klinik kalite geliştirme programları, Cochrane Kütüphanesi ve kanıta dayalı tıp hareketi ile sağlık hizmetlerinin kalite ve standardizasyonuna yönelik çalışmalar ivme kazanarak (76) klinik yönetim uygulamalarında etkili olmuştur. ABD’de klinik yönetim, bazı sağlık kuruluşlarında bireysel yani, hastaneye özgü bir politika olarak uygulanmaktadır (19).

Güney Afrika: 2018 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından, sağlık hizmetlerinin kaliteli, güvenli ve verimli sunumu için 9 bileşenden oluşan, “İdeal Hastane Çerçevesi” (*ideal hospital framework*) projesi hayata geçirilmiştir. Söz konusu bu çerçevenin en önemli bileşenlerinden birisi olan, klinik yönetişimden tüm klinik yöneticiler sorumlu tutulmuştur. Bu kapsamda klinik yönetişim; insan kaynakları, sağlık destek hizmetleri, altyapı ve operasyon yönetimi olmak üzere diğer bileşenlerle desteklenmiştir (77).

Sahra Altı Afrika Ülkeleri: Sahra Altı Afrika'daki popülasyon, yüksek ölüm oranları ve düşük yaşam beklentisi ile kendini gösterdiği gibi sağlıklı olmayan koşullar ile karşı karşıya kalabilmektedir (78). Etkili sağlık hizmeti sunumunda klinik yönetişim önemlidir. Bu nedenle, sağlık sonuçlarının iyileştirilmesinde klinik yönetişim kavramının aracılık etmesi zorunlu hale gelmektedir. Sahra Altı Afrika ülkelerinde, klinik yönetişim hakkında çok az şey bilinmekte (79) ve klinik yönetişime yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Türkiye: Sağlık Bakanlığı tarafından, klinik yönetişim kavramına ilk kez Haziran 2020’de yayınlanan, “Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane” (versiyon 6) setinde yer verilmiştir. Daha sonra Temmuz 2021’de yayınlanan “Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane” (versiyon 6.1) setinde klinik yönetişim tanımına yer verilmiş ve klinik yönetişim sürekli iyileştirme temelinde örgüt kültürünü destekleyen klinik bir lider öncülüğünde, hasta bakım sürecindeki tüm aktörlerin katılımıyla oluşturulan ve mükemmel klinik bakımı hedefleyen yapı veya düzen olarak tanımlanmıştır. Buna göre; hastanelerde klinik yönetişim unsurlarına yönelik, Şekil 4.4’te şematize edilen ve aşağıda detaylı açıklamalarına yer verilen, asgari süreçlerin tanımlanması ve uygulanması gerektiği belirtilmiştir (20).



Şekil 4.4. Sağlık Bakanlığı Klinik Yönetişim Unsurları (20).

1.Klinik süreçlerin denetimi: Klinik süreçlere ilişkin iyileştirme faaliyetlerinin izleme ve değerlendirme çalışmalarını ifade etmektedir.

2.Klinik risklerin yönetimi: Hasta bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarından korunmak için klinik risk değerlendirmelerinin yapılmasıdır. Ayrıca hastanın kliniğine göre, ek değerlemelerinin hasta bazında yapılmasını ifade etmektedir.

3.Kalite güvencesi: Hizmet kalitesi ve klinik kalitenin toplamı kalite güvencesini oluşturmaktadır. Bu bağlamda, hizmet kalitesi "Sağlıkta Kalite Standartları" ile sağlanırken klinik kalite ise, "Türkiye Klinik Kalite Programı (2019/15)" kapsamında hazırlanan göstergeler ile takip edilmektedir.

4.Klinik etkinlik: Klinik kalitede elde edilen gösterge sonuçları, klinik etkinlik parametresinin karşılanma durumuyla ilgili yol göstericidir. Klinik etkinlik, klinik sonuç ve veriler ile, bunların iyileştirilmesine yönelik düzeltici önleyici faaliyetleri kapsamaktadır.

5.Kurumsal ve bireysel gelişim: Sağlık personelinin eğitim ve gelişime yönelik ihtiyaçlarının tespit edilmesi, hasta bakımına yönelik alanlarda bilgi ve tecrübe paylaşımını hedefleyen etkinliklerin uygulanması ve mesleki anlamda gelişimini sağlayacak kurs, eğitim, seminer gibi etkinliklere katılımının desteklenmesidir (20).

Sonuç olarak; çeşitli ülkelerdeki uygulamalar, ülkelerin sağlık sistemleri ne olursa olsun klinik yönetişimin uygulanabileceğini göstermektedir. Klinik yönetişim

uygulamasıyla ilgili olarak, literatürde çoğunlukla gelişmiş ülkelerin ve özellikle İngiltere'nin klinik yönetim konusuna odaklandığı, diğer ülkelerin de çalışanlarını ilgili rollere hazırlamak için bir dizi çaba içerisinde olduğu görülmektedir. Türkiye'de ise, yakın zamanda klinik yönetim kavramına yer verilmiş olup hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesine ilişkin süreçler tanımlanmış ve uygulamaya başlanmıştır.

4.1.9. Klinik yönetişimin uygulanmasındaki zorluk ve engeller

İngiltere'de politik bir araç olarak tanıtılan, klinik yönetim yaklaşımının arkasındaki amaç, yüksek bakım standartlarını teşvik etmektir. Bu bakımdan araştırmacılar, klinik yönetim perspektifi ve programlarına yönelik sahada birçok çalışma gerçekleştirmiştir. Yapılan bu çalışmalardan elde edilen bulgulara göre, klinik yönetişimin uygulanabilmesi için; etkili insan kaynakları yönetimi (53), destekleyici örgüt kültürü, etkin ekip çalışması, yeterli kaynak ve yönetim desteğinin olması (69) klinik yönetişimin kurum kültürünün bir parçası olarak algılanması gerektiği görülmekte ve bu konunun sürekli gelişen bir süreç olduğu vurgulanmaktadır (80).

Klinik yönetişim, uygulamada bir dizi sorun veya engelle karşılaşabilmektedir. Literatürde, klinik yönetişimin nasıl başarılı bir şekilde uygulanabileceği tartışılmakta aynı zamanda uygulanmasındaki zorluk ve engellere vurgu yapılmaktadır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Klinik Yönetişimin Uygulanmasındaki Zorluk ve Engeller

1	Bilgi teknolojileri, finansman ve zaman yetersizliği (81),
2	Kanıt dayalı uygulama ile ilgili araştırmaya yönelik olumsuz tutumlar (82)
3	Eğitim ve örgütsel kültür değişimi gerekliliği (83),
4	Değişime kültürel direnç (84)

Kaynak: (81-84).

4.1.10. Klinik yönetişime yönelik süregelen tartışmalar

Klinik yönetişim, son yıllardaki en önemli politika gelişmelerinden birini temsil etmektedir. Sağlık hizmeti kalitesini iyileştirmek ve riski yönetmek için gerekli sistemleri, standartları ve süreçleri geliştirmek için tüm sağlık hizmeti kuruluşlarına bir sorumluluk yüklemektedir. Klinik yönetişim temelde, 'yukarıdan aşağıya' olup resmi standartlar, prosedürler ile düzenli izleme ve raporlama şeklinde

yapılandırılmıştır (54). NHS hiyerarşisinde, yukarı doğru hesap verebilirlik söz konusu iken, akranlar için yatay hesap verebilirlik söz konusudur (85). Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışmada, klinik yönetim yapısının yöneticiler arasında yukarıdan aşağıya doğru olduğu ve farklı hizmetler arasında yatay bir bağlantının olmadığı tespit edilmiştir (75). Bir başka çalışmada ise, klinik yönetime yaklaşımın aşağıdan yukarıya doğru bir yaklaşımla benimsendiği vurgulanmıştır (80). Bazı yazarlara göre ise; klinik yönetimde çift yönlü yaklaşım olduğu yani, klinik yönetim kaldıraçlarının (*levers*) hem yukarıdan aşağıya hem de aşağıdan yukarıya doğru bir yaklaşımla dengelenmesi gerektiği önerilmektedir. Bu yaklaşıma göre; sağlık çalışanlarının algularına değer veren ve işgücünü harekete geçiren aşağıdan yukarıya bir yaklaşımla da dengelenmesi gerektiği öne sürülmektedir (86). Diğer taraftan, tüm bu eleştirilere rağmen, klinik yönetim yaklaşımında hesap verebilirliğin sadece yukarıdan aşağıya doğru uygulanmasının, çalışanlara yönelik olumsuz bir durum yaratabileceği ve çalışanların klinik yönetim faaliyetlerine yönelik ilgisiz hale gelebileceği gibi bir tehlikenin söz konusu olduğu vurgulanmaktadır (87).

Literatürde yukarıda belirtilen hususlara ek olarak, klinik yönetim yaklaşım ve uygulamalarına yöneltilen en önemli eleştiriler şu şekilde sıralanmaktadır;

1-Klinik yönetim politika yanıtıdır: Klinik yönetim girişimi, daha kaliteli sağlık hizmetleri için hastaların artan beklentilerine bir politika yanıtı olarak görülmektedir. Yani, klinik yönetim sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğiyle ilgili endişelere yanıt olarak tanımlanmıştır (88). Klinik yönetim; kalite iyileştirmeye yönelik entegre yaklaşımı sayesinde, multidisipliner çalışma, koordinasyon, ekip çalışması ve iş birliğine vurgu yaparak kültürel değişim anlamına gelen unsurları yerine getirir. Bu yaklaşımda sağlık personelinin rolünden ziyade politika yapıcılar önem kazanmaktadır, çünkü "neyi ve ne kadar yapacağına, hizmetlerin nasıl sunulacağına ve hangi hastalara öncelik verileceğine politika yapıcılar karar vermektedir (89).

2-Klinik Yönetişim Normatif ve Kuralcıdır: Klinik yönetim stratejilerinin merkezinde, ilkelere güçlü bir bağlılık vardır (90). Klinik yönetim; klinisyenlerin, yayımlanan rehber ve protokollere göre performanslarını düzenlemelerini ve değerlendirmelerini gerektirir, diğer yandan da bunu yapmadıklarında onları bütün bunlardan sorumlu tutan bir sistemdir (91).

3-Etkili İKY Gerektirir: Klinik yönetim; örgütlenme türü, çalışanların değerleri, eğitim-geliştirme düzeyi, çalışanların hastalara nasıl davrandığı ve meslektaşların birbiriyle olan iletişim şekllinden etkilenmektedir. Dolayısıyla, klinik yönetim uygulamaları için kuruluşların, proaktif bir insan kaynakları yaklaşımını benimsemeleri gerekmektedir. Herhangi bir sağlık kuruluşunda, klinik yönetimi desteklemek için etkili insan kaynakları yönetimi olmadan, büyük değişikliklerin uygulanabilmesinin ve yüksek düzeyde performansın sürdürülebileceğinin mümkün olmadığı ileri sürülmüştür (53).

4-Sadece Hastanelere Özgüdür: Bazı yazarlara göre, klinik yönetim sadece hastanelere özgü bir politikadır ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde nasıl işleyeceği belirsizliğini korumaktadır (92). Bu nedenle literatür incelendiğinde, klinik yönetimle ilgili birinci basamakta yapılan çalışmalar sınırlı sayıda olduğu bilinmektedir (93,94).

5-İç/Dış Kalite Geliştirme Aracıdır: Yönetim kavramı, büyük ölçüde iç kontrollerin gerekliliğine dayanmaktadır. Risk yönetimi, kalitenin sürekli iyileştirilmesi, eğitim ve sürekli mesleki gelişim, personel yönetimi, takım çalışması ve iletişim gibi klinik yönetimin bileşenleri de iç kalite geliştirmeye işaret etmektedir (14). Klinik yönetim iç kalite iyileştirme bir göstergesi olarak geliştirilmiştir (37). Literatürde; klinik yönetim dış kaynaklı merkezi kontrol mekanizmasından, iç kaynaklı sürekli kalite iyileştirme aracına kadar çeşitli şekillerde tanımlanarak literatürde çok tartışılan bir kavram haline gelmiştir (64).

4.2. Hasta Güvenliği Kültürü

Bu bölümde ilk olarak hasta güvenliği tarihçesine yer verilecek ardından konuya ilişkin kavramlardan bahsedilecektir. Bunun akabinde, hasta güvenliği kültürü ve önemi, hasta güvenliği kültürü bileşenleri son olarak hasta güvenliği kültürünün ölçümü ve geliştirilmesi hakkında bilgi verilecektir.

4.2.1. Evrensel pencereden hasta güvenliği tarihçesi

Hasta güvenliği, sağlık bakım süreçlerinden kaynaklanan yaralanmaların veya olumsuz olayların önlenmesi olarak tanımlanmaktadır (17). Son yıllarda kaydedilen ilerlemeye rağmen sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğinin iyileştirilmesi önemli bir

halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Hasta güvenliğinin evrimi  dönemden oluşmaktadır (95) ve bu dönemlere ait ne çıkan önemli gelişmeler aşağıda verilmiştir.

4.2.1.1. Sporadik dönem (Sporadic era)

Hasta güvenliğine yönelik, tek başına kanıtların ortaya çıktığı, ancak bu kanıtların tutarlı bir düşünce bütünü içinde birleştirilemediği dönem olarak görülmektedir. Hasta güvenliği kavramı ilk kez Hipokrat döneminde, "*Primum non-nocere*" (*nce zarar verme*) ifadesine dayanırken, modern hemşireliğin kurucularından Florence Nightingale 1860 yılında, "*Her hemşire, gün içinde ellerini çok sık yıkamaya zen göstermelidir.*" ifadeleriyle, her iki meslek öncüsünün de hasta güvenliğinin önemine vurgu yaptđı görülmektedir. Bu dönemde Viyana Genel Hastanesi'nden, Dr. Semmelweis hasta güvenliğine yönelik çalışmaları ile dikkat çekmiştir. 1847 yılında Dr. Semmelweis, Viyana Genel Hastanesi'nde el hijyeni konusundaki tavsiyeleri ile ölüm oranlarını büyük ölçüde azaltmada başarılı olmuştur. Yine bu dönemde, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarıyla dikkat çeken bir başka alışmacı Dr. Ernest Codman olmuştur. Harvard Tıp Okulunda ğretim yesi olan Dr. Codman, hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik olarak, hasta sonuçları ve komplikasyonları üzerinde durmuş, hasta merkezli bakımı savunmuştur (95).

4.2.1.2. Kült dönemi (The cult era)

Hasta güvenliği konusunun önemine inanan profesyonel grupların ortaya çıkmasıyla karakterize olan bir dönemdir. Dr. Codman'ın çabaları bu profesyonel grupların dikkatini çekmiş ve akreditasyon sistemlerinin oluşumunda, Codman'ın çalışmaları önemli bir rol oynamıştır. Böylece 1951 yılında ABD'de sağlık hizmetlerinde ilk akreditasyon kuruluşu olan JCI (uluslararası ortak komisyon), hasta güvenliği konusunda çalışmalarına başlamıştır (95). Bu profesyonel grupların ardından, 1979'da ABD'de kurulan Ayakta Tedavide Akreditasyon Birliği (*The Accreditation Association for Ambulatory Health Care*) kurulmuş ve sağlık hizmetlerinde kalite çalışmaları önemli bir gelişme göstermiştir. 1980'li yıllara gelindiğinde ise, cerrahi hastalarındaki mortalite oranının artması sebebiyle Amerikan Anestezi Uzmanları Derneği tarafından, Anestezi Hasta Güvenliği Vakfı kurulmuş ve

ilk kez "hasta güvenliği" terimi kullanılmıştır (96). 1994 yılında Harvard Halk Sağlığı Profesörü Leape tarafından, "Tıpta Hata" isimli makale yayınlanmış ve tıbbi hataların azaltılmasında sistem teorisinin uygulanması önerilmiştir. Bu gelişmelerin ardından, 1997 yılında ABD'de hasta güvenliği ve sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik olarak, "Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı" kurulmuştur.

4.2.1.3 Kırılma dönemi (Breakout era)

Hasta güvenliğinin, sağlık hizmetlerinde ve toplumda daha geniş anlamda resmi bir faaliyet ve araştırma alanı olarak görüldüğü dönemdir (95). 1999'da ABD Tıp Enstitüsü'nün (IOM) "Hata İnsana Özgüdür: Güvenli Bir Sağlık Sisteminin İnşası" raporu ile halkın, medyanın daha da önemlisi politikacıların dikkati bu konuya çekilmiş ve söz konusu raporda, yılda minimum 44.000 ile maksimum 98.000 hastanın hayatını kaybettiği öngörülerek, tıbbi hataların en önde gelen ölüm nedenlerinden birisi olduğu belirtilmiştir (5). Benzer şekilde 2000 yılında İngiltere Sağlık Departmanı (DOH) tarafından yayınlanan, "An Organization with Memory" isimli bir başka raporda ise, sağlık kuruluşlarındaki insan hataları, advers olaylar, güvenli bilgi sistemleri, hata raporlama gibi hasta güvenliğine yönelik unsurlar incelenerek, kalite ve güvenliğin önemi vurgulanmıştır (97).

Kırılma döneminin (*breakout era*) ardından, 2000'li yıllardan itibaren başta ABD olmak üzere, pek çok ülkede hasta güvenliği ve kalitenin geliştirilmesine yönelik yasal düzenlemelerle birlikte hasta güvenliği ayrı bir disiplin olarak gelişmeye başlamıştır (98). 2001 yılında Amerikan Tıp Enstitüsü'nün önerisiyle, ABD Sağlık Bakanlığına bağlı 12 ajanstan biri olan, Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ) hasta güvenliği ve sağlık araştırmalarından sorumlu olarak faaliyetlerine başlamış (99) ve bu konuda önemli gelişmeler gerçekleşmiştir.

4.2.1.4. Türkiye'de hasta güvenliğinin gelişimi

Hasta güvenliği, kaliteli sağlık hizmetinin temel yapı taşlarından birisidir. Ülkemizde hasta güvenliğinin tıp tarihi açısından henüz detaylı bir çalışması yapılmamış olup, Osmanlı Devleti'nde hasta güvenliğine yönelik olarak onam belgelerinin alındığı bilinmektedir (98). Cumhuriyet döneminden sonra, 1928 yılından çıkarılan "Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanunu" ve 1960 yılındaki "Tıbbi Deontoloji Kanunu" ile hekim-hasta ilişkisine yönelik düzenlemeler

yapılmıştır. 1954 tarih/6283 sayılı Hemşirelik Kanunu ve 1983 tarih/499 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde yer alan hükümler, hemşirelik hizmetlerinin düzenlenmesine ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir. 1990'lı yılların sonunda ise, "Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998" yayımlanmıştır. Bunu müteakiben 1999'da SSK hastaneleri'nde toplam kalite yönetimi ve ISO 9001 serisi çerçevesinde hasta güvenliğine yönelik prosedür ve standartlar uygulanmaya başlamıştır (100). 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı programı ile hasta güvenliği konusu ivme kazanmaya başlamış, daha sonra 2006 yılında "Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği" ve "Hasta Güvenliği Derneği" gibi sivil toplum kuruluşlarının desteğiyle ilerleme kaydedilmiştir. Sağlık Bakanlığı 2009 yılında, çalışanların sağlık hizmeti sunumu sürecinde karşılaşılabileceği olası risk ve zararlardan korunmasına yönelik, usul ve esasları düzenleyen "Hasta ve Çalışan Güvenliği" tebliği yayımlanmıştır. Ayrıca, hasta ve çalışan güvenliği konusu, Sağlık Bakanlığı "Sağlıkta Kalite Standartları" içerisinde yer almakta olup içeriği, JCI ve DSÖ'nün hasta güvenliği hedeflerine uygun oluşturulan, standartlar kapsamında ele alınmaktadır (101).

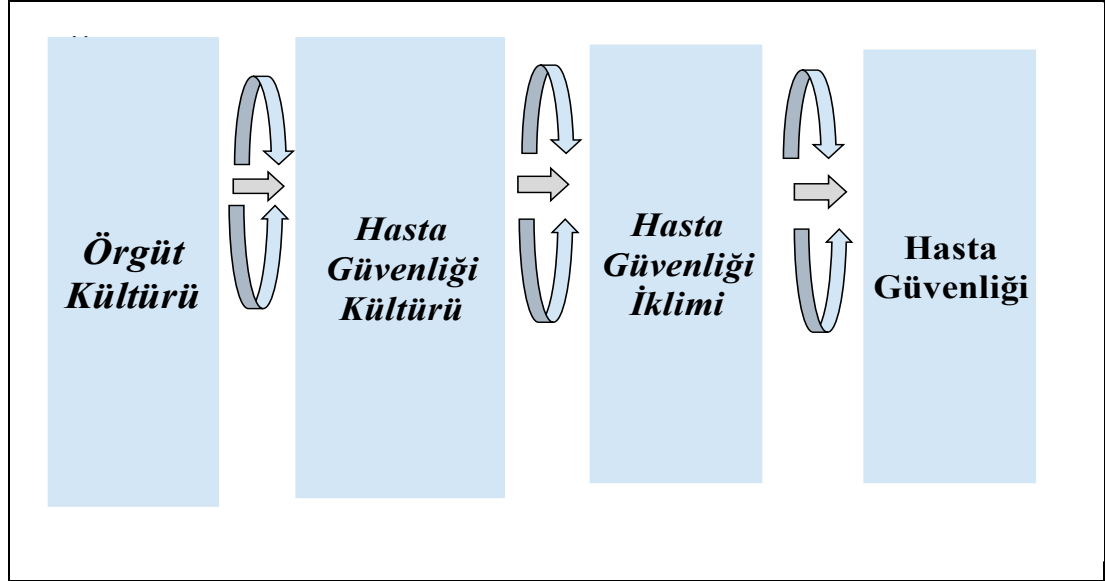
Ülkemizde, 2016 yılında GRS (Güvenlik Raporlama Sistemi) uygulaması başlatılmıştır. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı tarafından hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek ramak kala ve istenmeyen olayların bildirilmesinin sağlanması, bu olayların izlenmesi ve yapılan olay bildirimlerine yönelik olarak gerekli önlemlerin alınması hedeflenmiştir (11).

Sonuç olarak, ülkemizde hasta güvenliği uygulamalarının diğer ülkelere göre daha yavaş seyrettiği, sağlık kurumlarındaki kalite ve akreditasyon uygulamalarının yasal mevzuat çerçevesinde desteklendiği ve 1990'lı yıllardan sonra ivme kazanmaya başladığı söylenebilir.

4.2.2. Hasta güvenliği kültürü

Hasta güvenliği kültürü organizasyon kültürünün bir parçası olup; paylaşılan inanç, tutum, değer, norm ve davranışları içerir (17). Hasta güvenliğinde, kültür ve iklim kavramları birbirinden farklıdır. Kültür; kökleşmiş değerleri, normları ve inançları temsil etmektedir ve daha geniş bir anlayış sağlar iklim ise, belirli bir andaki güvenlik durumunu ölçer ve hasta güvenliği kültürünün bir alt kümesidir (102). Hasta

güvenliğinin başarısında, hasta güvenliği kültür, önemli bir etkidir. Choi ve arkadaşlarına (2004) göre ise, hasta güvenliği sadece bir politika, program veya prosedür değil aynı zamanda kurum içinde sorunların çözülmesinde, bireylere rehberlik eden bir değerdir (103). Literatürde, hasta güvenliği kültürü ve hasta güvenliği iklimi sıklıkla birbirinin yerine kullanılmakta ya da karıştırılmaktadır (104). Şekil 4.5'te hasta güvenliği kültürü modeli verilmiştir.



Şekil 4.5. Hasta Güvenliği Kültürü Modeli (104).

Olumlu bir güvenlik kültürüne sahip sağlık kuruluşları; karşılıklı güven, ortak güvenlik algısı, örgütsel öğrenme, olay bildiriminde suçlama kültürünün olmaması, proaktif yaklaşım ve risklerin önlenmesi gibi özelliklere sahip iken (105), az gelişmiş güvenlik kültürüne sahip sağlık kuruluşları ise, ekip çalışması ve iletişimin zayıf olması nedeniyle artan hata oranlarıyla ilişkilendirilmektedir (106). Ayrıca, olumlu bir hasta güvenliği kültürünün hem hasta (107), hem de çalışan memnuniyetini artırdığı gösterilmiştir (108).

4.2.3. Akreditasyon ve hasta güvenliği kültürü

Akreditasyon, sağlık hizmetleri örgütlerinin bakım kalitesini artırmak için oluşturulmuş bir dizi standardın, gerekli yeterlilik ve uygunluğu sağlayıp sağlamadığının, belirlenmesi için, bağımsız bir kurum tarafından değerlendirilmesi sürecidir. Akreditasyon programları; standartlar, uygulama, kanıta dayalı klinik ve organizasyon uygulamalarını artırma yoluyla, sağlık hizmeti veren kuruluşların kalite

ve güvenliğini yükseltmeyi amaçlayan, sistemsel müdahaleleri kapsamaktadır (109). Sağlık alanında akreditasyona yönelik çalışmalar, Amerika, Kanada ve Avustralya'da başlamış, özellikle 1990'lı yılların sonunda diğer ülkelerde de önemli bir araç haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinde akreditasyon ile ulaşılmaması beklenen hedefler; hasta güvenliğinin yanısıra, sunulan hizmet kalitesinin artırılmasıdır. Uluslararası Akreditasyon Programları arasında, ABD'de Uluslararası Ortak Komisyon (Joint Commission International-JCI), Kanada'da Akreditasyon Kanada (Accreditation Canada-AC) ve Avustralya'da, Sağlık Hizmetleri Standartları Konseyi (The Australian Council on Healthcare Standards-ACHS) Akreditasyon Programları gelmektedir.

Türkiye'de ise, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik, sağlıkta akreditasyon konusundaki çalışmalar Sağlık Bakanlığı öncülüğünde kalite çalışmaları sonucunda başlatılmıştır. 2014 yılında Türkiye Sağlık Enstitüsü Başkanlığı (TÜSEB)'in kurulması ile, Türkiye Sağlık Hizmetleri ve Kalite Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) ile hız kazanmıştır (110).

Uluslararası Akreditasyon Programlarından en bilineni ve ülkemizde de sağlık kuruluşlarının akreditasyonunda önemli bir yere sahip olan, Joint Commission International (JCI, 2017) hasta güvenliği kültürünü; bir hastanenin kaliteli ve güvenli sağlık hizmetine bağlılığını ölçen kişisel ve grup inançları, görüşleri, yeterlilikleri ve faaliyetlerinin bir ürünü olarak tanımlamaktadır (111). Uluslararası akreditasyon kuruluşları tarafından desteklenen, hasta güvenliği kültürü değerlendirmeleri (112);

- Sağlık kuruluşlarının dikkat gerektiren hasta güvenliği konuları hakkında net bir görüş elde etmelerine olanak sağlar,
- Güvenlik kültürlerinin güçlü ve zayıf yönlerini belirlenmesine yardımcıdır,
- Hasta güvenliği sorunlarının belirlenmesine katkı sağlar,
- Sağlık bakım kuruluşlarının performanslarının birbiriyle kıyaslanmasını sağlar,

JCI (6th edition, 2017) göre; uluslararası hasta güvenliği hedefleri, hastayı doğru tanımlanma, etkin iletişim geliştirme, yüksek riskli ilaç güvenliğinin geliştirilmesi, doğru taraf cerrahisi, hasta bakım uygulamalarından kaynaklanan enfeksiyon riskini azaltma, hasta düşmelerinin önlenmesi ve düşme sonucu oluşan hasar riskinin azaltılmasıdır (111).

JCI, 16 üyeden oluşan bir uluslararası komisyonun oluşturduğu Uluslararası

Akreditasyon Standartlarını 1999 yılında yayınlamıştır ve bu tarihten beri dünya çapında sağlık organizasyonlarının akreditasyon işlemlerinde destek vermektedir. Birçok ülkede, sağlık hizmetlerinde akreditasyon desteği ile hizmet gelişiminin ve hasta güvenliliğinin sağlanmasına katkıda bulunmaktadır. Ülkemizde 2022 itibarıyla, 33 sağlık kurumunun JCI akreditasyonu bulunmakta ve bu sağlık kurumlarının 22'si İstanbul'da hizmet vermektedir (113). Ülkemiz, Ulusal Sağlık Akreditasyon Sisteminin oluşturulması kapsamında teknik destek ve iş birliği amacıyla, JCI ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan protokol nedeniyle ülkemiz, yüksek akreditasyon rakamları ile ön plana çıkmaktadır.

4.2.4. Hasta güvenliği kültürünün boyutları

Hasta güvenliği kültürü, çok faktörlü bir çerçeve sunmaktadır. Literatürde yapılan sistematik derleme çalışmaları incelendiğinde, güvenlik kültürü kavramının birden çok alt bileşenden oluştuğu ve sıklıkla; liderlik, iletişim, olay raporlama, öğrenme ve ekip çalışmasına vurgu yapıldığı belirlenmiştir (114,115,116). Literatürde yapılan bu sistematik derleme çalışmalarında, hasta güvenliği kültürü ile ilgili boyutlar tanımlanmıştır. Sammer (2010) yaptığı çalışmada, sağlık kuruluşları için güvenlik kültürü modeli oluşturmuştur. Modelde, hasta güvenliği kültürünün temel kavramlarını belirlemek ve hasta güvenliği kültürünün tipolojisini geliştirmek için 7 boyut (*alt kültür*) belirlenmiştir bunlar (115);

1.Liderlik (*leadership*): Güvenlik kültürü, liderlikle başlar. Riskli bir ortama sahip olan sağlık hizmetlerinde lider; vizyon, misyon, personel yetkinliği, finansman, insan kaynakları gibi konularda önemli bir role sahiptir. Ayrıca liderler, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için çalışanları destekleme ve güçlendirme, sürekli iyileştirmeyi kurum kültürü haline getirme ve sürekli farkındalığı sağlama gibi sorumlulukları bulunmaktadır.

2.İletişim (*communication*): Sağlık hizmetlerinde güvenlik kültürünün sağlanmasında, iletişim önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle hasta devirleri esnasındaki iletişimin, şeffaf olması, aynı zamanda teknoloji ve otomasyon unsurlarını içermesi önem teşkil etmektedir. Örneğin bir çalışanın, iş tanımını ne olursa olsun, herhangi bir hasta adına konuşma hakkının olduğu bir ortam olmasının gerektiği belirtilmektedir.

3.Olay Raporlamada Cezalandırıcı Olmayan Yaklaşım (*nonpunitive reporting-blame free*): Hataları bireysel hatalar olarak değil, sistem hataları olarak gören ve bununla birlikte bireyleri eylemlerinden sorumlu tutmayan bir kültürü ifade eder.

4.Ekip Çalışması (*teamwork*): Modern sağlık hizmetlerinin en önemli unsurların birisi çalışanların birbiriyle uyum içerisinde olmasıdır. Yöneticiler ve çalışanlar arasında meslektaş olma, iş birliği ve ekip ruhu mevcuttur. Bu kişiler arasındaki ilişkiler şeffaf, güvenli, saygılı ve esneklik.

5.Öğrenme (*learning*): Sağlık bakım kurumları, hatalarından ders çıkarır ve performans iyileştirme için yeni fırsatlar arar. Tıbbi personel de dahil olmak üzere, tüm personel için öğrenmeye önem verilmesi gerekmektedir.

6.Kanıt Dayalı Uygulamalar (*evidence-based practices*): Hasta bakımı uygulamaları kanıtla dayanır ve iyi uygulamaları içerir. Hasta bakımında varyasyonu azaltmak için, gerekli standardizasyonun gerçekleştirilmesi gerekmektedir dolayısıyla, süreçler hasta güvenliğine yönelik olarak tasarlanmalıdır.

7.Hasta Merkezli Bakım (*patient centered care*): Bu yaklaşımda, hasta bakımı hasta ve hasta ailesi etrafında odaklanır. Buna göre, hasta yalnızca kendi bakımı için aktif bir katılımcı olmayıp, aynı zamanda sağlık kuruluşu ve toplum arasında bir aktif bağı bulunan bir unsuru temsil etmektedir.

4.2.5. Hasta güvenliği kültürünün ölçümü ve geliştirilmesi

Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için sağlık hizmetlerinde bir dizi faaliyet ve çalışmaların yürütülmesi gereklidir. Bu faaliyet ve çalışmaların en önemlileri aşağıda verilmiştir;

1.Çalışanların hasta güvenliği kültürü algı ve tutumlarının ölçülmesi: Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi, hastalara sağlanan bakımın kalitesini iyileştirmek için eylemleri planlamada sağlık bakım kuruluşlarına yardımcı olan önemli bir adımdır (117). Hasta güvenliği kültürünü ölçme ve değerlendirme araçlarıyla, hangi faktörlerin hasta güvenliği kültürüne yönelik çabaları desteklediği veya engellediği tespit edilmektedir (118). Güvenlik kültürünü anlamaya yardımcı olmak için, çeşitli anket ve değerlendirme araçları geliştirilmiştir bunlar;

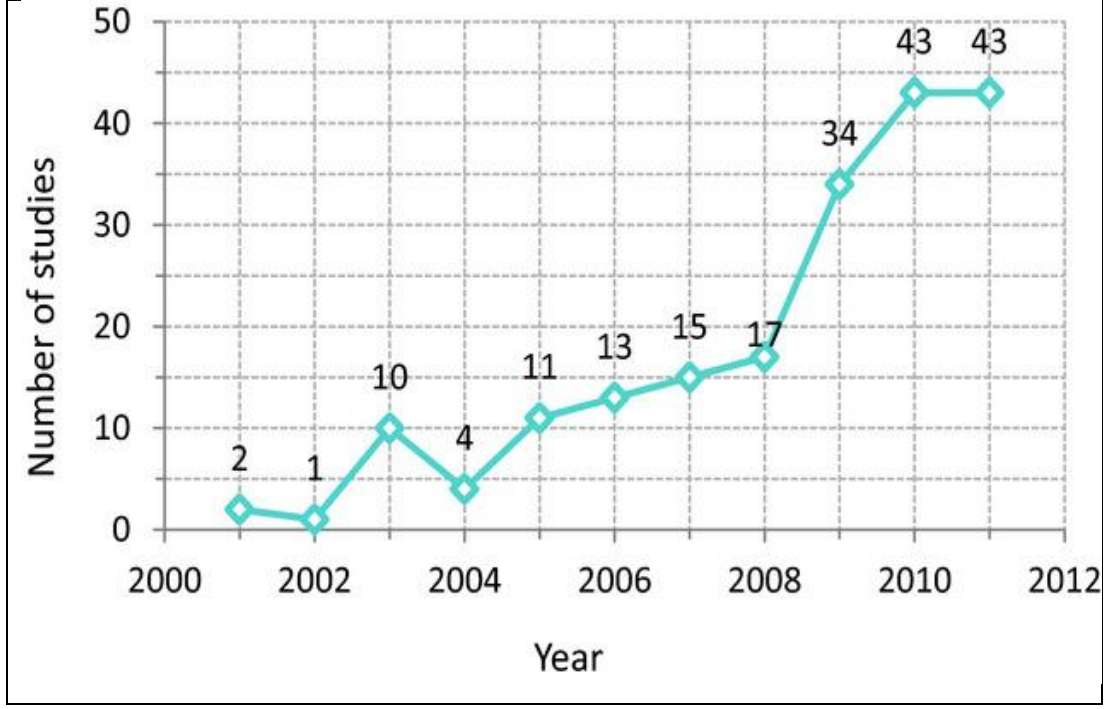
A) Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Ölçeği (HSPCO): İngilizce’de, ‘‘Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPCO)’’ olarak isimlendirilir. Hasta güvenliği

kültürünü ölçmek ve izlemek için DSÖ'nün tavsiye ettiği araçlar içerisinde yer almaktadır. Ölçek ABD'de, Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından geliştirilmiş olup, hasta güvenliği kültürünün tanıtımına önemli ölçüde katkıda bulunmuş ve birçok dile çevrilmiştir (119). Ölçeğin, Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (120) ve ulusal literatürdeki çalışmalarda yaygın şekilde kullanılmaktadır.

B) Güvenlik Eğilimi Ölçeği (SAQ): İngilizce'de, "Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)" olarak isimlendirilir. ABD'de, Texas Üniversitesi tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 6 boyuttan oluşur bunlar; takım çalışması, iş tatmini, yönetimin güvenlik algısı, güvenlik iklimi, çalışma koşulları, stres düzeyidir (121). Ölçeğin, Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (122) ve ulusal çalışmalarda kullanılmaktadır.

C) Modifiye Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (MSI): İngilizce'de, "The Modified Stanford Instrument (MSI)" olarak isimlendirilir. Ölçek, 5 boyuttan oluşmaktadır bunlar; güvenlik için kurumsal liderlik, güvenlik için birim liderliği, güvenliğin algılanması, utanç ve suçlanma korkusu, güvenli ve sürekli öğrenmedir (123). Ölçeğin, Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması henüz yapılmamıştır.

Sonuç olarak, özellikle Amerikan Tıp Enstitüsü (2000) raporunun (7) yayınlanmasının ardından bu ölçme araçlarıyla birlikte, hasta güvenliği kültürüne yönelik araştırma sayısında artış görülmüş ve en dikkat çekici artış %62,2 ile 2009-2011 yılları arasındaki dönemde kaydedilmiştir (Şekil 4.6).



Şekil 4.6. Hasta Güvenliği Kültürüne Yönelik Çalışmalar (117).

2.Hasta Geri bildirimleri: Geri bildirim, sağlık hizmet süreçlerinin en önemli aşamalarından birisidir. Geri bildirim, hizmet sürecinde karşılaşılan hataların tespit edilmesine ve bu hataların azaltılmasında faydalı olabilmektedir. Dolayısıyla hasta şikâyetlerinin dikkate alınıp, bir strateji kapsamında yönetilmesi son derece önem teşkil etmektedir (124). OECD 2018 raporuna göre; ülkelerin sağlık sistemleri üzerinde önemli bir ekonomik yük oluşturan güvensiz hasta bakımı için, bir hasta güvenlik ölçüm sisteminin bileşenleri en az 3 bileşen olarak olarak tanımlanmıştır bunlar; hasta geri bildirimlerinin analizi, rutin veri toplama ve olay bildirimleridir. Bu kapsamda; hasta geri bildirimleri ve deneyimlerinin sağlık bakımının iyileştirilmesinde ve öğrenmede kullanılabileceği tavsiye edilmektedir (125).

3.Olay Bildirimleri: Olay bildirim sistemleri, sağlık hizmeti alan bireylerin güvenli sağlık hizmeti almaları için tasarlanmış sistemlerdir (126). Dünyada, yapısı ve kapsamı bakımından değişkenlik gösteren çeşitli olay bildirim sistemleri geliştirilmiştir. Örneğin; Çek Cumhuriyeti, Danimarka ve Kanada’da zorunlu olay bildirimleri yapılmakta iken, İrlanda, Hollanda, Slovenya, İsveç ve Türkiye’de gönüllü olay bildirimleri yapılmaktadır (127).

A) Olumsuz (adverse) Olay Bildirimi: Bu yaklaşımda hatayı kimin yaptığına değil,

hatanın kendisine odaklanmak ön plandadır. Olumsuz olay bildirimini, belirli türdeki istenmeyen olaylara (tıbbi cihaz, kan transfüzyonu, ilaç kullanımı gibi) odaklanmaktadır (128). Amerikan Tıp Enstitüsüne göre, olumsuz olaylar genellikle sağlık hizmeti sunum sistemlerinin, zayıf tasarımından kaynaklanmaktadır (7).

B) Ramak Kala (near miss) Olay Bildirimi: Hastaya zarar verebilecek bir olayı tesadüfen, önleme veya hafifletme sonucunda zarar verilmemesidir (129). Başka bir deyişle, bir olayın yada hatanın tam olacakken olmaması durumunu ifade etmektedir.

C) Vahim (sentinel) Olay Bildirimi: Vahim olay; ölüm, ciddi fiziksel veya psikolojik yaralanmayı içeren, beklenmedik bir olay olarak tanımlanmaktadır. Hasta güvenliği alanında, bildirilmesi gereken en ciddi olayları kapsar. JCI gibi bazı akreditasyon programlarındaki en önemli kriterlerden birisi, sentinel (vahim) olay bildirimleridir. Bu olaylar aynı zamanda, never events (asla olmaması gereken) olaylardır. Tüm sağlık kuruluşlarının, bu vahim (sentional) olaylara yanıt vermek için bir politikası olmalıdır (126).

4.Liderlik: Liderlik, başarılı bir hasta güvenliği programında kritik unsurdur. Lider, tıbbi hataların ve hastalara verilen zararın altında yatan sistemsel nedenleri ele almak için, gereken örgütsel kültürü destekler ve yönlendirir. Literatürde yapılan çalışmalarda hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde en iyi uygulamaların, lider desteği ve hasta güvenliği eğitim programları olduğu belirtilmektedir (130).

5.Yönetici Yürüyüşleri (PSW): Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde, yönetici yürüyüşleri (*PSW-patient safety walkrounds*) oldukça önemlidir. Yöneticilerden oluşan çekirdek bir grup, hastanenin farklı alanlarına haftalık ziyaretler gerçekleştirir. Yönetici yürüyüşleri hem güvenlik kültürünü geliştirmek hem de olumsuz olay risklerinin belirlenmesine katkıda bulunan ayrıca, organizasyonu her düzeyde iyileştirilmesinde etkili bir araçtır. Bu yöntemde, hasta güvenliğine yönelik mevcut veya potansiyel tehditleri gözlemlemek amacıyla hasta bakım alanlarını ziyaret edilerek olayların yerinde tartışılması ve hasta güvenliği kültürüne yönelik yeni önlemlerin alınmasının sağlanacağı vurgulanmaktadır (131).

6.Kalite ve Güvenlik Modelleri: Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde yukarıda sözü edilen akreditasyon sistemlerinin yanı sıra ayrıca, ISO 9001 Standartları, EFQM Mükemmellik Modeli, OECD Hasta Güvenliği Gösterge Seti

gibi bazı kalite ve güvenlik modelleri hasta güvenliği kültürü oluşturulmasında önem teşkil etmektedir (132);

A) ISO 9001 Standartları: İsviçre’de bulunan ve çok sayıda ülkenin üye olduğu, Uluslararası Standardizasyon Örgütü (International Organization of Standardization–IOS) tarafından geliştirilmiştir. ISO 9001 standartları kapsamında; ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemleri ve ISO 9001:2015 sistemleri ile hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik kriterler tanımlanmaktadır.

B) EFQM Mükemmellik Modeli: Kalite yönetiminde önemli modellerden birisidir. Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı’nın Mükemmellik Modeli, dokuz ana kriter üzerine kurulmuştur. Girdi kriterleri beş (5) kriterden oluşmakta olup yapılan faaliyetleri içerirken, sonuç kriterleri dört (4) kriterden oluşmakta ve yapılan faaliyetleri göstermektedir. Böylelikle, yapılan faaliyetler ve iş sonuçları düzenli olarak gözden geçirilir.

C) OECD Hasta Güvenliği Gösterge Seti (HCQI): OECD’nin hasta güvenliği gösterge seti (Health Care Quality Indicators-HCQI) projesi, hasta güvenliğini sağlık bakımı alanında çözülmesi gereken en önemli kalite sorunlarından biri olarak tanımlamıştır. Söz konusu bu gösterge seti, uluslararası kapsamda karşılaştırılabilir ve evrensel kurallara dayalı kalite göstergelerini tanımlamayı amaçlamaktadır. Bu projede; kardiyoloji, birinci basamak sağlık hizmetleri, diyabet, ruh sağlığı alanları başta olmak üzere, 2021 yılından itibaren toplam 64 göstergede hasta güvenliğine yönelik konularda veri toplanmaktadır (133).

Ayrıca, Dünya Sağlık Örgütü (2019)’a göre; hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde tıbbi verilerin izlenmesi, nitelikli sağlık uzmanları, klinik rehberler, hasta ve ailelerinin bakım sürecine etkin katılımının yanısıra, proaktif sistem analizi yapmak, risk azaltma stratejileri geliştirmek, süreç ve ekipmanları standardize edilmesi önerilmektedir (134).

4.3. Klinik Yönetişim İklimi ve Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisi

Klinik yönetim, yönetsel, örgütsel ve klinik yaklaşımları organizasyondaki herkesi hasta bakımının kalite ve güvenliğinin bir parçası olmaya ve geliştirmeye teşvik eden bir çerçeve sunmaktadır (135).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında, hizmetten

faydalananların karşılaşılabileceği; risk, hata ve zararı önlemeyi ya da azaltmayı amaçlamaktadır. Hasta güvenliği kaliteli sağlık hizmeti sunmak için esastır. Bu nedenle, literatürde kaliteli sağlık hizmetlerinin etkili, güvenli ve insan merkezli olması gerektiği konusunda bir görüş birliği bulunmaktadır. (136). Hasta güvenliği, kaliteli hasta bakımı için birincil kuraldır. Hasta güvenliğinin artırılmasına yönelik faaliyetlerin; sağlık bakım profesyonellerinin işe alınması, eğitimi ve elde tutulması, performans iyileştirilmesi, çevre güvenliği ve enfeksiyon kontrolü, ilaçların güvenli kullanımı, ekipman güvenliği, güvenli klinik uygulama ve risk yönetimi de dahil çok çeşitli eylemleri içerdiği belirtilmektedir. Sözü edilen bu faktörlerin bütünleştirilmemesi sonucunda, sağlık profesyonelleri kurumlarında görevlerini tam olarak yerine getirmesi ve istenmeyen olaylarla karşılaşması bakımından sorunlarla karşılaşılabileceği vurgulanmaktadır (137).

Klinik yönetim, sağlık hizmeti sunumu üzerinde doğrudan etkisi olan farklı süreçlerin sistematik yönetimi ve koordinasyonu için bir şemsiyedir (138). Klinik yönetimde hasta güvenliği konusu, şemsiye terimi ile ifade edilmektedir. Bu yaklaşıma göre, klinik yönetimde şemsiye terimi hasta bakımının yüksek standartlarını sürdürmeye ve iyileştirmeye yardımcı olan faaliyetleri kapsar. Bir başka deyişle, şemsiyenin altında durmak hasta bakım kalitesinin ve güvenliğinin sağlanmasını ifade eder (52).

Hasta güvenliğinin sağlanması NHS'ye göre, klinik yönetimin anahtar bileşenlerinden birisidir ve bu kapsamda hatalardan öğrenme, iletişimde açıklık, iyi uygulamaların sürdürülmesi ve paylaşılması, sürekli profesyonel eğitim ve gelişim önemli konular arasındadır. Dolayısıyla, klinik yönetim ve hasta güvenliği sağlık hizmetlerinin ayrılmaz iki temel parçasıdır. Bu nedenle İngiltere'de bulunan, "Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (NPSA)", sağlık bakım hizmeti veren kuruluşlarda hasta güvenliği için atılacak en önemli adımlardan birisinin, güvenlik kültürünün oluşturulması olduğunu vurgulamıştır (15). Bu kapsamda, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için (139);

- Hasta güvenliği, sürekli kalite geliştirme faaliyetlerinin bir parçası olarak entegre edilmelidir,
- Hasta güvenliği, faaliyetleri süreçleri iyileştirmeye odaklanmalıdır,
- Hasta güvenliği, bir kişi ya da kurum sorumluluğunda olmadığından hizmet

sunumunda sistem bileşenleri arasında etkileşim geliştirmelidir.

OECD üyesi 16 ülkede gerçekleştirilen bir çalışmada, hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik; organizasyon düzeyinde yapılacak en önemli iyileştirme alanlardan birisinin, klinik yönetim sistemleri ve güvenlikle ilgili çerçeveler olduğu belirtilmiştir (1) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. OECD Hasta Güvenliği Araştırması, 2017

<i>Sonuçlar</i>	<i>İyileştirme yapılacak alanlar</i>
1-Sistem Düzeyinde	Akreditasyon ve sertifikasyonla ilişkili güvenlik standartları, güvenlik göstergelerinin kamuya raporlanması, advers olayların raporlanma zorunluluğu, hasta güvenliği için performans ödeme planları, mesleki eğitim ve öğretim, entegre elektronik sağlık kayıt sistemleri, tıbbi ihmal mevzuatı, halkın katılımı ve sağlık okur-yazarlığı girişimleri, belirli güvenlik temalarına dayalı ulusal müdahaleler girişimlerdir.
2-Organizasyon Düzeyinde	Klinik yönetim sistemleri ve güvenlikle ilgili çerçeveler, klinik olay raporlama ve yönetim sistemi, hasta güvenliği göstergelerinin izlenmesi ve geri bildirim, hasta katılımı, klinik iletişim protokolleri ve eğitim, güvenlik için dijital teknoloji çözümleri, insan kaynakları, olumlu bir güvenlik kültürü, enfeksiyon önleme, el hijyeni, kan ürünleri ve medikal malzeme yönetimidir.
3-Klinik Düzeyde	Klinik bakım standartları, hastayı doğru tanımlama, ilaç yönetimi, reçete protokolleri, hasta düşmelerinin önlenmesi, doğru cerrahiye yönelik protokoller gibi klinik düzeyde iyileştirmeye yönelik uygulamaları kapsar.

Kaynak: (1).

Hollanda'da yapılan bir başka çalışmada; ISO 9000 serisi kalite yönetim sistemlerinin hastaneler üzerindeki etkisinin incelendiği bir araştırmada, bir hastanenin ISO 9001 sertifikası aldığı diğer hastanelere göre, hasta güvenliği üzerinde olumlu etkiler gösterdiği bulunmuştur (140). Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada ise, kalite yönetim sistemleri ile hasta güvenliği kültürü arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (141).

Sonuç olarak; klinik yönetim çerçevesinin merkezinde, hasta güvenliği bulunmaktadır ve hasta güvenliği önemi sürekli olarak artan bir konudur. Hasta güvenliği, bireylerin zararlı uygulamalardan korunmasıdır ve klinik yönetim bu zararlardan bireyleri korumayı hedeflemektedir.

4.4. Literatür İncelemesi

4.4.1. Klinik yönetim iklimi literatür incelemesi

Literatür incelendiğinde klinik yönetime dair, Türkçe bilimsel veri tabanlarında çok az çalışmaya rastlanmıştır (21,41,142). Uluslararası literatürde ise, klinik yönetim birçok araştırmaya konu olmuştur. Yapılan sistematik derleme araştırmasında; klinik yönetim kavramı ve yaklaşımının incelendiği (38) çalışmaların yanı sıra, klinik yönetimin nasıl uygulanması gerektiğine yönelik çalışmaların (29,50) olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, literatürde yapılan çalışmaların bir kısmında klinik yönetimin olumlu sonuçlara yol açtığı yargısına ulaşılırken (Tablo 4.4), bir kısmında ise, hastane iklimlerinin klinik yönetim için destekleyici olmadığı hatta olumsuz sonuçlar doğurduğu (Tablo 4.5) yargısına ulaşılmıştır. Bu kapsamda, çalışmamızda literatürde yer alan bu araştırmalar iki başlık halinde verilmiştir.

Tablo 4.4. Literatürde Klinik Yönetimi Destekleyen Çalışmalar

<i>Yazar</i>	<i>Yöntem</i>	<i>Kapsam</i>	<i>Değişkenler</i>	<i>Sonuç</i>
1-Lale, 2019 (142)	Regresyon	Türkiye	-Klinik yönetim iklimi -Çalışma Ortamı	Klinik yönetim ikliminin çalışma ortamını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.
2-Poscia ve arkadaşları, 2018 (143)	Regresyon	İtalya	-Klinik yönetim -Tıbbi kayıt kalitesi	Klinik yönetimin, tıbbi kayıt kalitesiyle ilişkilendirilebileceği ayrıca sağlık hizmetlerini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.
3-Marín ve arkadaşları, 2017 (23)	Betimsel	İspanya	-Klinik yönetim -Klinik laboratuvar hizmet kalitesi	Klinik yönetim çerçevesinde, 26 kamu laboratuvarı değerlendirilmiş ve hepsinde homojen bir hasta güvenliği kültürü olduğu belirlenmiştir.
4-Halton ve arkadaşları, 2017 (24)	Betimsel	Avustralya Y. Zelanda	-Etkili klinik yönetim -Enfeksiyon kontrolü	Etkili klinik yönetimin, enfeksiyon kontrolünü desteklediği belirlenmiştir.
5-Veenstra ve arkadaşları, 2017(80)	Delphie Yöntemi	Hollanda	-Klinik yönetim -Uzman Görüşleri	Klinik yönetimin kurum kültürünün bir parçası olarak algılanması gerektiği ve gelişen bir süreç olduğu sonucuna varılmıştır.
6-Tuan ve Ngoc, 2014 (144)	Yapısal Eşitlik Modellemesi	Vietnam	-Klinik yönetim -Etik, güven ve kurumsal sosyal sorumluluk	Kurumsal sosyal sorumluluğun, hastanelerde klinik yönetim etkinliğini artırdığı sonucuna varılmıştır.

Kaynak: (23-24, 80,142-144).

Literatürde yapılan çalışmalarda Tablo 4.4’ de görüleceği üzere, klinik yönetim ikliminin güçlendirilmesinin çalışma ortamı, tıbbi kayıt kalitesi, klinik laboratuvar hizmet kalitesi, enfeksiyon kontrolünü olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

Söz konusu çalışmalara ek olarak, Hollanda hastanelerinde tıp uzmanları, yönetim kurulu başkanları ve CEO’lar ile gerçekleştirilen çalışmada, klinik yönetimin önemli bir yönü olan performans ve bilgi paylaşımı incelenmiştir. Söz konusu çalışma sonucu, tüm katılımcıların bilgi paylaşımının önemini kabul ettiği ancak, hasta bakım bilgilerine yönelik performans paylaşımının farklılık gösterdiği ve daha az paylaşıldığı belirlenmiştir (145). Bir başka çalışmada ise, İtalya hastanelerinde klinik yönetim araçlarının, hastanede kalış süresi üzerinde etkili olup olmadığı regresyon analizi ile incelenmiştir. Çalışma sonucu klinik yönetimin, hastanede kalış süresi ile (ortalama 0,3 gün) negatif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, söz konusu çalışmada klinik yönetimin kalite iyileştirme uygulamalarını entegre ederek uygunsuzlukları azaltmada, etkili bir araç olarak hizmet edebileceği vurgulanmıştır (146).

Tablo 4.5. Literatürde Klinik Yönetimi Desteklemeyen Çalışmalar

<i>Yazar</i>	<i>Yöntem</i>	<i>Kapsam</i>	<i>Değişkenler</i>	<i>Sonuç</i>
1-Bahrami ve arkadaşları, 2014 (147)	Betimsel	İran	-Klinik yönetim iklimi -Sosyodemografik Özellikler	Eğitim hastaneleri iklimlerinin, klinik yönetim için destekleyici <u>olmadığı</u> tespit edilmiştir.
2-Dreliazi ve arkadaşları, 2013 (90)	Korelasyon	Yunanistan	-Klinik Yönetim İklimi -Kalite etkililiği ve risk yönetimi	Hastane ikliminin klinik yönetim iklimini <u>desteklemediği</u> belirlenmiştir.
3-Karassavidou ve arkadaşları, 2011 (64)	Korelasyon	Makedonya	-Örgütsel iklimi -Klinik yönetim	Klinik yönetimi destekleyici iklimin <u>negatif</u> yönde olduğu sonucuna varılmıştır.
4-Mirzaei ve arkadaşları, 2019 (148)	Nitel	İran	-Klinik yönetim -İdari zorluklar	Klinik yönetimin personelde <u>olumsuz</u> bir bakış açısına sahip olduğu belirlenmiştir.

Kaynak: (64,90,147,148).

Sonuç olarak, yapılan çalışmalarda klinik yönetim ikliminin önemsenmediği, hizmetlerin kalitesinde önemli bir belirleyiciliğinin olmadığı hatta uygulanmasında bazı engellerin olduğu yönünde çalışmalar da bulunmaktadır (Tablo 4.5).

4.4.2. Hasta güvenliği kültürü literatür incelemesi

Literatürde yapılan çalışmalar ulusal ve uluslararası çalışmalar şeklinde iki başlık altında incelenecektir.

4.4.2.1. Ulusal alışmalar

Hasta güvenliği kültürünün sağlık alanındaki ilk alışması, Filiz (2009)'in yüksek lisans tezidir (120). Bu alışma ile birlikte, literatürde hasta güvenliği kültürüne olan ilgi artmış ve üzerinde sıklıkla durulan bir konu haline gelmiştir. Literatürde hasta güvenliği kültürünün; etkin içsel pazarlama ve i girişimcilik, güçlendirme, ekip çalışması, iş yükü ve iş tatmini gibi farklı değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışmalardan bazılarının detayları aşağıda verilmiştir;

Bacaksız ve arkadaşları (2020) Türkiye'de, hasta güvenliği kültürü konusunda yapılan çalışmaları bibliyografik değerlendirildiği incelemede, 2008-2018 yılları arasında yapılan çalışmaların çoğunun tanımlayıcı (%81) ya da ilişki arayıcı (%19) olduğu belirtilmiştir. Söz konusu çalışmada, hemşirelerin hata ve beklenmedik olay bildirimlerinin, yetersiz düzeyde olduğu bulunmuştur. Ayrıca, lkemizde hasta güvenliği konusunda özel hastane ya da öğrencilerin durumuna yönelik çalışmaların sınırlı sayıda olduğunu belirtmişlerdir (149).

Arslanoğlu (2018), İstanbul'daki özel hastanelerde içsel pazarlama uygulamalarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkisinde, i girişimciliğin ve kişilik özelliklerinin düzenleyici etkisi regresyon analizi ile incelemiştir. Araştırma sonucu, hasta güvenliği kültürü ile içsel pazarlama arasında pozitif ve orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, içsel pazarlama uygulamalarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkisinde i girişimciliğin düzenleyici etkisi olduğu belirlenmiş olup, kişilik özelliklerinin ise, düzenleyici etkisi olmadığı belirlenmiştir (150).

Yılmaz (2019) Mersin'de, güçlendirme programının hasta güvenliği kültürüne etkisini n deneysel tasarım yöntemi ile incelemiştir. Çalışma sonucu, güçlendirme programı sonrası hem servis sorumlu hemşireleri hem de servis hemşirelerinin olay raporlama sayısında istatistiksel olarak anlamlı bir artış grlmştir. Söz konusu çalışmada, ayrıca hemşirelere uygulanan güçlendirme programının, kurumdaki hemşirelik uygulamalarında da etkili olduğu belirlenmiştir (151).

Eken (2018) İstanbul’da bir kamu hastanesinde hasta güvenliği kültürü ve ekip çalışması etkinliği arasındaki ilişkiyi korelasyon analizi ile incelemiştir. Araştırma sonucu, ekip çalışması etkinliğinin hasta güvenliği kültürü üzerinde pozitif yönde ve zayıf düzeyde etkisinin olduğu sonucuna varılmıştır (152).

Eroğlu (2011) Ankara’da, iş yükünün, hasta güvenliği üzerine etkisinin belirlenmesi ve iş yüküne bağlı tıbbi hataların meydana gelme sıklığının saptanması amacıyla yaptığı çalışma karma yöntem ile incelenmiştir. Çalışma sonucu, iş yükü ile bağlantılı olarak; hemşire başına düşen hasta sayıları, hemşirelerin istihdam şekli, nöbet sayısı fazlalığı, uzun çalışma saatleri, hasta güvenliği konusunda yetersiz eğitim sahibi olmanın, tıbbi hataları arttırdığı ve hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (153).

Çelen (2011) Ankara’da, ekip çalışması etkinliğinin iş tatmini ve hasta güvenliği kültürü üzerine etkisini lojistik regresyon analizi ile incelemiştir. Araştırma sonucu, iş tatmininin ekip çalışması etkinliği üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisinin olduğu ayrıca, ekip çalışması etkinliğinin hasta güvenliği kültürü ve alt boyutları üzerinde olumlu ve pozitif yönde etkisinin olduğu anlaşılmıştır. Araştırmanın diğer bir önemli sonucu, hasta güvenliği kültürü düzeyinin hekimlerde diğer meslek gruplarına göre, yüksek olmasıdır (154).

4.4.2.2. Uluslararası Çalışmalar

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği kültürüne yönelik ölçümler, 1990’lı yılların sonunda başlamış (155) ve özellikle 1999 yılında Amerikan Tıp Enstitüsünün ‘‘To Err is Human’’ isimli raporunun yayınlanmasının ardından, hasta güvenliği kültürüne yönelik araştırma sayısında artış görülmüştür (117) (Şekil 4.6). Bu kapsamda, literatürde, hasta güvenliği kültürü konusunda tekil çalışmaların yanı sıra, hasta güvenliği kültürü ve hasta sonuçları arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalar ortaya çıkmıştır (156). Söz konusu çalışmalardan bazılarının detayları aşağıda verilmiştir.

Silva ve arkadaşları (2021) sistematik derleme çalışmasında hastanelerde organizasyon kültürünün hasta güvenliği üzerindeki etkisini belirlemeyi amaçlamış ve 2014-2020 yılları arasında yayınlanan makaleleri incelemiştir. Çalışma sonucunda, pozitif bir güvenlik ortamının güvenlik kültürü üzerinde olumlu bir etki yarattığını, olayların bildirilmesini desteklediğini ve sağlık hizmetlerinin kalitesinde iyileştirme

sağladığı sonucuna varmışlardır. Ayrıca, söz konusu araştırmalarda olay raporlamanın az yapıldığı bu nedenle konunun daha önemli hale geldiği sonucuna varmışlardır (157).

Jang (2021) tarafından Kore’de, hasta güvenliği kültürü ile ilaç hatalarının raporlanma ilişkisinin incelendiği çalışma regresyon yöntemiyle analiz edilmiştir. Çalışma sonucu, hasta güvenliği kültürünün ilaç hatalarını raporlamada etkili olduğu belirlenmiştir (158).

Edere (2019) 3 ülkede (Avusturya, Almanya, İsviçre), ebelerin deneyimleri ve hasta güvenliği kültürü hakkındaki algılarını nitel/içerik analiziyle incelemiştir. Çalışma sonucu, ebelerin hastanelerde ve özel muayenehanelerde hasta güvenliği kültürünün iyileştirilmesi arzusunu göstermekte olduğunu ayrıca bunu kişisel bir mesele olarak da gördüklerini ifade etmişlerdir (159).

Kong ve arkadaşları (2019) Kore’de, lisansüstü hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği kültürü algılarını betimsel incelemiştir. Söz konusu çalışmada, pozitif yanıt yüzdesi %55’in altında bulunduğundan, hasta güvenliği kültürünün zayıf olduğu sonucuna varılmıştır (160).

Park ve Kim (2019) Kore’de, 500 hemşire ile hasta güvenliği yönetimi faaliyetlerine ilişkin faktörleri YEM ile test etmişlerdir. Çalışmada, dışsal değişkenler kişisel faktör, iş faktörü ve örgütsel destek iken, endojen faktörler güvenlikle ilgili tanıma, hasta güvenliği kültürü ve hasta güvenliği yönetimi faaliyetleri olarak verilmiştir. Çalışma sonucu; kişisel faktörler ve iş faktörlerinin, hasta güvenliği kültürünü önemli ölçüde etkilediği belirlenmiştir (161).

Martin ve arkadaşları (2018) ABD’de, hastanelerde hasta güvenliği kültürünün olumsuz olay bildirimini üzerindeki etkisini lojistik regresyon yöntemiyle incelemiştir. Çalışma sonucu, olay raporlamanın önündeki engellerin yasal nedenler ve tesis yönetimine yönelik sorunlar olduğu belirlenmiştir (162).

Huang ve arkadaşları (2018) Tayvan’da, hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarını YEM ile test etmişlerdir. Araştırma sonucunda, çalışma koşulları ve stress nedeniyle hemşirelerin hekimlere göre, hasta güvenliği kültürü algılarının daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (163).

Vifladd ve arkadaşları (2016) Norveç'te altı hastanede hasta güvenliği kültürü ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi çoklu regresyon analizi ile ölçmüş ve çalışma sonucu pozitif güvenlik kültürünün düşük tükenmişlik düzeyi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bir başka deyişle, olumlu hasta güvenliği kültürünün hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (164).

DiCuccio (2015) sistemik derleme çalışmasında, hasta güvenliği kültürü ile hasta sonuçları ilişkisini incelediği çalışma 17 makale üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucu, olumlu hasta güvenliği kültürünün; ölüm ve yeniden yatış oranlarını azalttığı, hasta ve ailesinin memnuniyet düzeyini arttırdığı tespit edilmiştir (156).

Rages (2014) Libya'da hastanelerde, sağlık çalışanları arasında hasta güvenliği kültürü regresyon yöntemiyle incelemiştir. Çalışma sonucu, hasta güvenliği kültürü ölçeğindeki 12 boyuttan 10'unun zayıf olduğunu ve araştırma grubunun %60'ının hasta güvenliği kültürünü olumsuz algıladığı ve iyileştirilmesi gerektiğini belirlemiştir (102).

Morello ve arkadaşlarının (2013) sistemik derleme çalışmasında, 21 makale incelenmiştir. Çalışma sonucu hasta güvenliğinin kültürünün geliştirilmesinde; liderlik, hesapverebilirlik, iletişim, ekip çalışması, güvenlikle ilgili kaygıların tanımlanması ve ramak kala olayların raporlanmasının önemli olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, yönetici yürüyüş turlarının hasta güvenliği iklimi üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğini destekleyen bazı kanıtlar olduğu bulunmuştur (104).

Weaver ve arkadaşları (2013) tarafından sistemik derleme çalışmasında, hasta güvenliği kültürü ile hasta sonuçları ilişkisini 33 makalede incelemiştir. Çalışma sonucu, incelenen makalelerin 29'unda güvenlik kültürünün hasta sonuçlarında düşük düzeyde de olsa, iyileşme sağladığını belirlemişlerdir, ancak ölçülen hasta sonuçlarının heterojen olduğu vurgulanmıştır (165).

Chen ve Li (2010) tarafından Tayvan'da, 42 hastanede hasta güvenliği kültürü YEM ile ölçülmüş ve çalışma sonucu olumlu bir hasta güvenliği kültürünün olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, hasta güvenliği kültürü çalışmalarında kültürel farklılıkların gözönünde bulundurulması gerektiği vurgulanmıştır (166).

Sonuç olarak, literatür incelemesi sonucu klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği kültürüne yönelik sözü edilen bu çalışmalarda; korelasyon, regresyon,

delphie yöntemi, betimsel, YEM gibi pek çok farklı yöntemin kullanıldığı belirlenmiş ancak statüdeki hastanelerde klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürüyle ilişkisini yapısal eşitlik modellemesiyle, inceleyen yeni bir çalışmaya ihtiyaç olduğu sonucuna varılmıştır.

5. MATERYAL ve METOT

5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışma hastanelerde çalışan hekim ve hemşirelerle, klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla kesitsel olarak tasarlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi

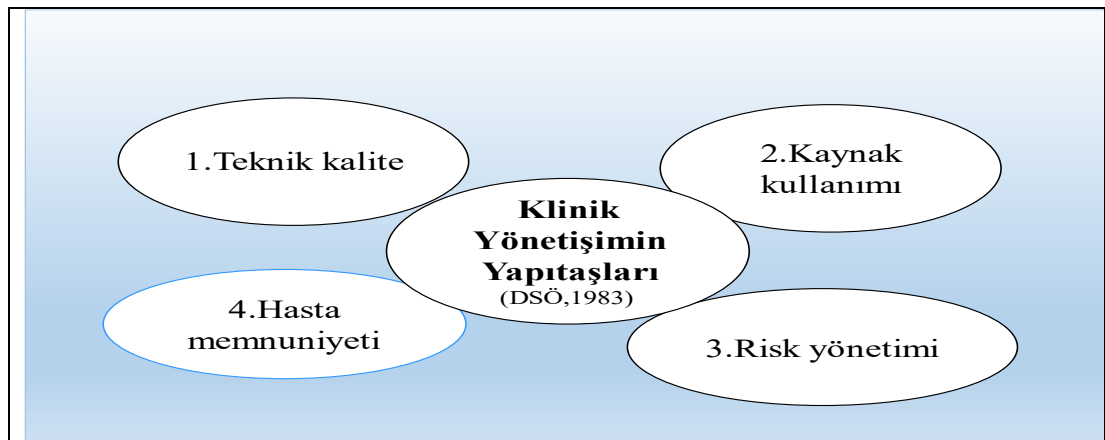
Çalışmamızın kavramsal çerçevesi DSÖ (1983) raporu (30) tarafından tanımlanan klinik yönetim çerçevesine dayanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1983 yılında yayınlanan, ‘‘Kalite Güvence İlkeleri’’ (*The principles of quality assurance*) raporunda, 4 kalite bileşenine dikkat çekilmiş ve bu bileşenler, klinik yönetişimin yapıtaşlarını oluşturmuştur (Şekil 5.1) (30).

A) Teknik kalite (technical quality): Sağlık hizmetinin teknik açıdan bilen kişiler tarafından yerine getirilmesi ve teknik becerilerin doğru kullanılmasını ifade eder.

B) Kaynak kullanımı (resource use): Kaynakların etkin ve verimli kullanılmasını ifade eder. Kıt kaynakların, girdi bazında kullanım önceliklerinin belirlenmesidir.

C) Risk yönetimi (risk management): Sağlanan hizmetten kaynaklı yaralanma veya hastalık riskini ifade eder.

D) Hasta memnuniyeti (satisfaction of patients): Hizmet sunumu sonucu, hasta memnuniyetinin karşılanmasını ifade eder.



Şekil 5.1 Klinik Yönetişimin Yapıtaşları (30).

5.3. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Analiz Birimi

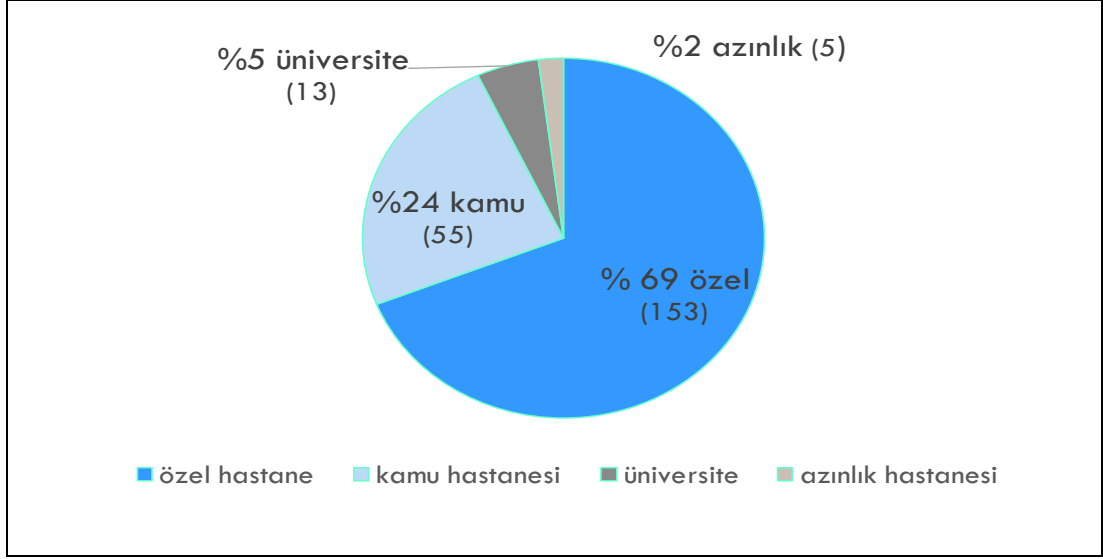
Kesitsel olarak tasarlanan bu çalışma Haziran 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında İstanbul ilinde yapılmıştır. Araştırmanın analiz birimi; dahili, cerrahi ve karma servisler ile, acil servis, ameliyathane, yoğun bakım üniteleri, organ nakli, palyatif bakım, idari birimler, poliklinik, gününbirlik ve ayaktan tedavi birimlerinden oluşmaktadır (Tablo 5.2).

5.4. Evren ve Örneklem

5.4.1. Araştırmanın evreni

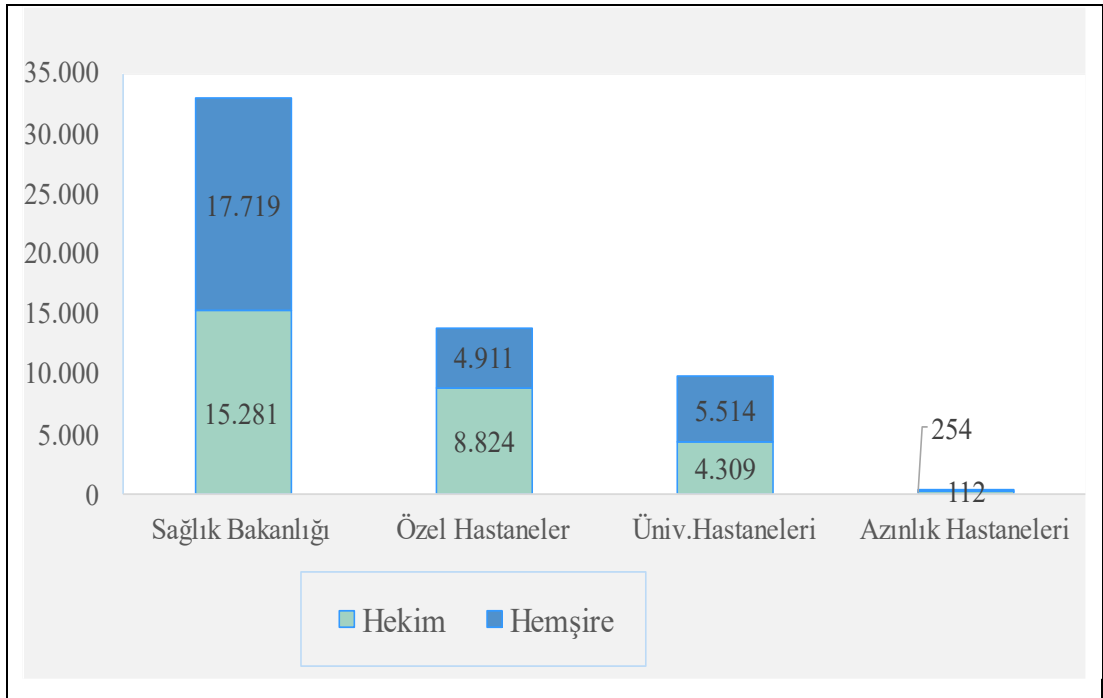
Sağlık hizmetleri genel anlamda, hastalıkların teşhis ve tedavisi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla yürütülmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunda aktif rol alan iki meslek grubu hekimler ve hemşirelerdir. Çalışmanın yapıldığı tarihte İstanbul ilinde mevcut olan 226 hastanede çalışan hekim ve hemşireler (N=56.924) araştırma evrenini oluşturmaktadır. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü yetkililerinden alınan verilere göre; araştırmanın yapıldığı tarihte İstanbul'daki hastanelerin dağılımı Şekil 5.2' de verilmiştir.

Ayrıca, İstanbul'daki toplam 226 hastaneden, Joint Commision International (JCI, 2019) resmi sayfasından (113) edinilen bilgiye göre, İstanbul'da 22 akredite hastane olduğu ve bu hastanelerin halen bu belgelerinin geçerli olduğu bilgisi edinilmiştir. İstanbuldaki toplam akredite hastane oranının %10 oranında olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($22/226=\%10$).



Şekil 5.2. İstanbul'daki Hastanelerin Dağılımı

Araştırmanın yapıldığı tarihte İstanbul'daki hekim ve hemşirelerin dağılımı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü yetkililerinden alınan verilere göre Şekil 5.3' de verilmiştir.



Şekil 5.3. Evrendeki Hekim ve Hemşire Sayıları

5.4.2. Araştırmanın örnekleme

Örnekleme, İstanbul'da bulunan 9 hastanede çalışan 1.598 hekim ve 2.314 hemşire olmak üzere toplam 3.912 kişiden oluşmaktadır. Çalışma örnekleme çok aşamalı yöntemle seçilmiştir. İlk aşamada evrendeki hastaneler, akredite olup olmadıklarına göre ve kamu, özel, üniversite hastanesi şeklinde 5 kategoriye ayrılarak her gruptan bir hastanenin örnekleme girmesi sağlanacak şekilde kolayda örnekleme yöntemi ile seçim yapılmıştır. Örnek seçimi sırasında veri toplamaya elverişli, iş birliği yapmaya gönüllü olan ve izin alınabilen hastaneler tercih edilmiştir. Seçilen hastanelerin özelliklerine göre, hastane dağılımı Tablo 5.1' de verilmiştir.

İkinci aşamada örnekleme girecek katılımcılar, tabakalı örnekleme yöntemiyle gruplanarak ve her grubun toplam popülasyondaki sayılarıyla orantılı olarak, temsil edilmesi amaçlanmıştır. Daha sonra, araştırma şartlarını karşılayan hekim ve hemşireler çalıştıkları hastanelerin ilgili birimlerinden basit tesadüfi yöntemle seçilmiştir.

Tablo 5.1. Araştırmada yer alan hastane grupları ve özellikleri

Gruplar	Hastane Türü	Hastane Adı	Yatak Sayısı	Hekim Sayısı	Hemşire Sayısı
I.Grup	Akredite Üniversite Hastaneleri	X Üniv. Hastanesi	293	107	190
		Y Üniv. Hastanesi	515	435	391
II.Grup	Akredite Olmayan Üniversite Hast.	Z Üniv. Hastanesi	200	112	130
		T Üniv. Hastanesi	250	85	201
III.Grup	Akredite Özel Hastaneler	A Özel Hastanesi	316	117	318
		B Özel Hastanesi	170	83	101
IV.Grup	Akredite Olmayan Özel Hastaneler	C Özel Hastanesi	351	131	152
		D Özel Hastanesi	194	106	157
V.Grup*	Akredite Olmayan Kamu Hastanesi	A Kamu Hastanesi	640	422	674
Toplam		9 Hastane		1.598	2.314
				3.912	

*Araştırmanın yapıldığı tarihte akredite kamu hastanesi bulunmamaktadır.

5.4.3. Evrenin alt birimleri

Her bir hastanedeki bölüm ve birim sayısının farklılığı nedeniyle evrenin doğru temsil edilebilmesi için evrenin farklı alt birimlerinden veri toplanmış olup, bu alt birimler YÖK sınıflamasına göre kategorize edilmiştir (Tablo 5.2).

Tablo 5.2. Evrenin Alt Birimleri

Hekim	
1-Dahili Birimler	Acil tıp, adli tıp, aile hekimliği, algoloji, cildiye, çocuk sağlığı ve hastalıkları, dahiliye, endokrinoloji, enfeksiyon, fizik tedavi ve rehabilitasyon, göğüs hastalıkları, halk sağlığı, havacılık, hematoloji, kardiyoloji, nefroloji, neonatoloji, nöroloji, nükleer tıp, psikiatri, radyoloji, radyasyon onkolojisi, romatoloji, spor hekimliği, tıbbi onkoloji, yoğun bakım ünitesi,
2-Cerrahi Birimler	Anestezi reanimasyon, beyin sinir cerrahisi, gastroenteroloji cerrahisi, çocuk cerrahisi, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, göz hastalıkları, kadın doğum, kalp-damar cerrahisi, kbb, ortopedi, plastik cerrahi, tıbbi patoloji, üroloji,
3-Temel Bilimler	Biyokimya, mikrobiyoloji
Hemşire	
1-Dahili Birimler	Yukarıda açıklanan dahili branşların servis, poliklinik, ayaktan ve gününbirlik tedavi üniteleri, ile acil servisler, palyatif bakım üniteleri, kan alma odası, Efor-EKG odası, transfüzyon merkezi, koroner yoğun bakım ünitesi,
2-Cerrahi Birimler	Yukarıda açıklanan cerrahi branşların servis, poliklinik, ayaktan ve gününbirlik tedavi üniteleri, ile ameliyathane, organ nakli, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi,
3-Karma Servisler	Karma servisler, karma genel yoğun bakım ünitesi,
4-İdari Birimler	Hemşirelik hizmetleri müdür ve yardımcıları, gece ve hafta sonu süpervisörleri, eğitim birimi, enfeksiyon kontrol birimi, iş sağlığı ve güvenliği birimi, kalite yönetim birimi.

Kaynak: YÖK Sınıflaması (168).

5.4.4. Örnek büyüklüğü hesaplama

Yapısal eşitlik modellemesinde çok değişkenli normallik varsayımının sağlamaması durumunda asimptotik dağılım fonksiyonu (ADF) kullanılmaktadır. Bu yöntemin yansız ve tutarlı tahminler verebilmesi çok büyük örneklem genişlikleri ile mümkün olmaktadır (168).

Örneklem büyüklüğü, yapısal eşitlik modellemesinde en önemli varsayımlarından birisidir ve örneklem sayısı konusunda literatürde farklı görüşler bulunmaktadır. Yeterli örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde, parametre sayısının dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır (169,170). Araştırmamızda bu yaklaşım dikkate alınarak, çalışmamızda 102 madde bulunduğundan örnek büyüklüğü madde sayısının (parametre) 20 katı olacak şekilde 2.040 kişi ($102 \times 20 = 2.040$) olarak belirlenmiştir (170). Çalışmamızda; 9 hastanede bulunan hekim ve hemşire sayısı 3.912'dir. Araştırmada, örneklemden (9 hastaneden) tabakalı örnekleme metodu kullanılarak çalışmaya gönüllü en az 2.040 kişiye ulaşılması planlanmıştır. Dolayısıyla, tabakalama katsayısı 0,52 olarak bulunmuştur ($2.040/3.912 = \%52$).

Çalışmamızda, hem literatürde geçen kanıtlanmış YEM örneklem hesaplama kriteri, hem de kesitsel araştırmalarda örneklem sayısı hesaplama kriteri sağlanmıştır.

Bu durumda, örneklemden %95 güven ve %5 sapma ile en az 384 kişi gerekmektedir. Sonuç olarak, çalışmamızda her iki koşul da sağlanmış olmaktadır.

Örneklem için öngörülen ve ulaşılan kişi sayısının hastanelere ve mesleklere göre dağılımı Tablo 5.3'te verilmiştir.

Tablo 5.3. Örneklem İçin Hedeflenen Sayılar ve Kişi Sayılarının Dağılımı

<i>Hastane Türü</i>	<i>Hastane Adı</i>	<i>Hekim Sayısı</i>	<i>Hemşire Sayısı</i>	<i>Hedeflenen Minimum Sayılar</i>		<i>Örneklem</i>
				<i>Min. Hekim</i>	<i>Min. Hemşire</i>	
1. Grup Akredite Üniv. Hastanesi	X Üniv. Hastanesi	107	190	107x0,52=56	190 x0,52=99	Min. 586 (600 kişiye ulaşıldı)
	Y Üniv. Hastanesi	435	391	435x0,52=227	391x0,52=204	
2. Grup Akredite Olmayan Üniv. Hast.	Z Üniv. Hastanesi	112	130	112x0,52=58	130x0,52 =68	Min. 276 (303 kişiye ulaşıldı)
	T Üniv. Hastanesi	85	201	85x0,52 =45	201x0,52 =105	
3. Grup Akredite Özel Hastane	A Özel Hastanesi	117	318	117x0,52 =61	318x0,52=166	Min. 323 (394 kişiye ulaşıldı)
	B Özel Hastanesi	83	101	83x0,52 =43	101x0,52=53	
4. Grup Akredite Olmayan Özel Hastane	C Özel Hastanesi	131	152	131x0,52 =68	152x0,52=79	Min. 284 (396 kişiye ulaşıldı)
	D Özel Hastanesi	106	157	106x0,52 =55	157x0,52 =82	
5. Grup* Kamu Hast.	A Kamu Hastanesi	422	674	422x0,52 =220	674x0,52 =351	Min. 571 (362 kişiye ulaşıldı)
Toplam		1.598	2.314	833 (hedef) 630 (ulaşıldı)	1.207 (hedef) 1.425 (ulaşıldı)	2.040 (hedef) 2.055(ulaşıldı)
Genel Toplam		9 Hastane		3.912		

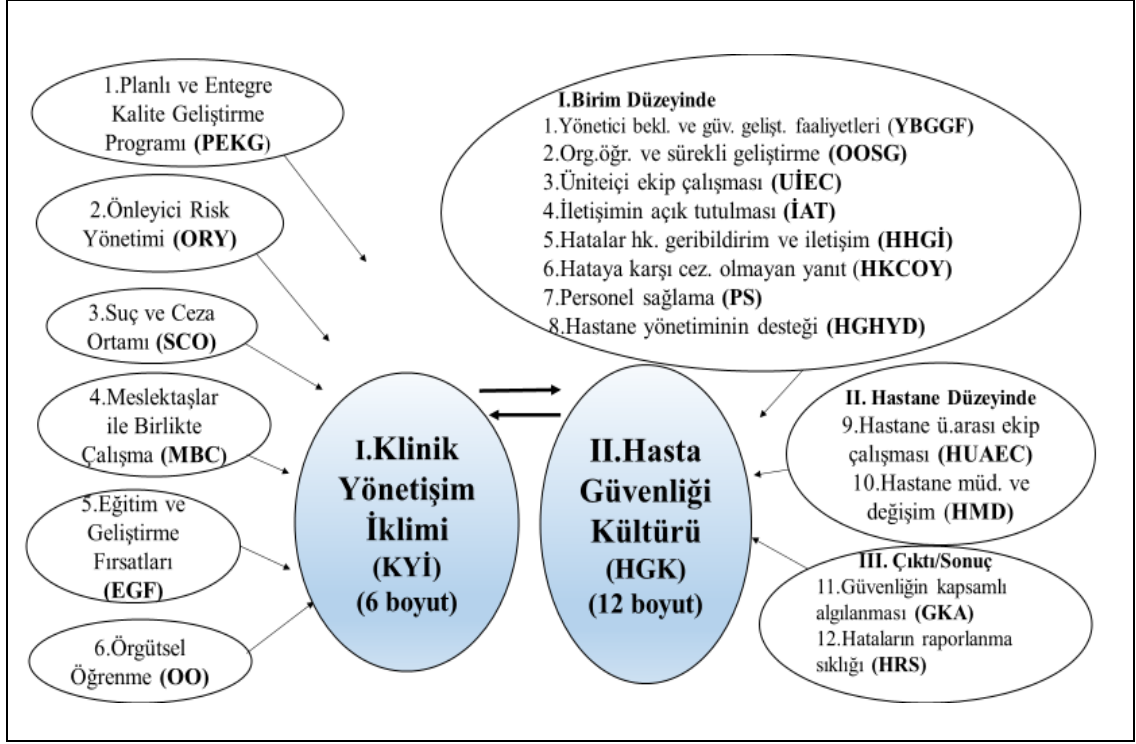
Not: *Araştırmanın yapıldığı tarihte akredite kamu hastanesi bulunmamaktadır.

5.4.5. Araştırmaya kabul ve red kriterleri

Araştırmada, kabul kriterleri; çalışmaya katılmaya gönüllü olma, kurumda en az 1 yıl çalışma, iletişime açık olmak olarak belirlenirken, red kriterleri araştırmaya katılmayı kabul etmeme ve kurumdaki görev süresinin 1 yıldan az olması olarak belirlenmiştir.

5.5. Araştırma Modeli ve Hipotezler

Araştırma modelindeki ölçme araçları; Klinik yönetim iklimi ölçeğinin 6 alt boyutu ve hasta güvenliği kültürünün 12 alt boyutundan oluşmaktadır (Şekil 5.4).



Şekil 5.4. Araştırmanın Modeli (Araştırmacının kendisi tarafından oluşturulmuştur)

Araştırma 3 hipotezden oluşmakta olup, araştırmanın temel hipotezi klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürü ile ilişkili olup olmadığının incelenmesinden oluşmaktadır (Tablo 5.4). Çalışma modelimizde, klinik yönetim iklimi (KYİ) ve hasta güvenliği kültürü (HGK) değişkenleri hem bağımlı hem de bağımsız olarak ele alındığından, korelasyon yapısının çift yönlü olduğu varsayılmıştır. Klinik yönetim iklimi değişkeninden, hasta güvenliği kültürü değişkenine giden yol (path) analizi olarak değerlendirilmiştir. Örtük değişkenlerle oluşturulan KYİ ve HGK arasındaki regresyon ağırlığı elde edilmiş ve istatistik olarak anlamlı bulunmuştur. Yapısal model çözümlenmesinde ise, elde edilen bulgulara göre sonuç yorumlanmıştır.

Tablo 5.4. Araştırmanın Hipotezleri

H1	Akredite olan ve olmayan hastanelerde, klinik yönetim iklimi puanları arasında istatistik açıdan anlamlı fark vardır.
H2	Klinik yönetim iklimi puanları arasında mesleklere göre, istatistik açıdan anlamlı fark vardır.
H3	Klinik yönetim ikliminin, hasta güvenliği kültürü ile ilişkisi vardır.

5.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmamızda elde edilen veriler, 3 bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Birinci bölümde araştırmacı tarafından geliştirilen ve sosyo-demografik özelliklerle ilgili 6 soru, iş yaşamı özelliklerine ilişkin 4 soru ve çalışılan kurum özellikleri ile ilgili 6 sorudan oluşan toplam 16 soruluk kişisel bilgi formu yer almıştır. Anketin ikinci bölümünde, klinik yönetim iklimi ölçeği, üçüncü bölümünde ise, hasta güvenliği kültürü ölçeği yer almıştır (Tablo 5.5).

Tablo 5.5. Veri Toplamada Kullanılan Ölçekler

Ölçek Adı	İngilizce Güv. ve Geçerlilik	Türkçe Güv. ve Geçerlilik	Boyut, Madde Sayısı	Ölçek Türü	Puan Değerlendirme
1.Klinik Yönetişim İklimi (KYİ)	Freeman, 2003 (37)	Gürdoğan, 2012 (21)	6 boyut 60 madde	Likert (5'li)	Düşük puanlama, ideal KYİ' yi yansıtmaktadır.
2.Hasta Güvenliği Kültürü (HGK)	Sorra ve Nieva, 2004 (119)	Filiz, 2009 (120)	12 boyut 42 madde	Likert (5'li)	%50'nin altı (Zayıf HGK) %50-%74 (Orta HGK) %75 ve üzeri (İyi HGK)

5.6.1. Klinik yönetim iklimi ölçeği

Bu ölçek organizasyonel süreç ve stratejileri ölçmek amacıyla (Freeman, 2003) tarafından geliştirilmiştir ve Cronbach's alpha değeri 0,89'dur (37). Türkçe Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise, (Gürdoğan, 2012) tarafından yapılmıştır ve Cronbach's Alpha değeri benzer şekilde 0,89'dur (21). Yanıtlanması, 15 dakika almaktadır. Ölçek tipi 5 dereceli Likert ölçeğidir ve kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekteki maddeler; 1=kesinlikle katılıyorum, 2=katılıyorum, 3=hiçbiri, 4=katılmıyorum, 5=kesinlikle katılmıyorum şeklinde puanlanmaktadır.

Tablo 5.6. Klinik Yönetişim İklim Ölçeği Alt Boyutları

Ölçek Boyut ve Madde Sayısı	Madde Numaraları
1-Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı (PEKG): Hizmet sürecinin sürekli iyileştirilmesine ve kalite geliştirme faaliyetlerinin başarısı ile ilgili 21 madde bulunmaktadır.	18*, 20*, 24*, 25*, 29*, 33*, 34*, 36*, 38*, 39, 41*, 42*, 46*, 48*, 50*, 51*, 56*, 57, 58*, 59*, 60
2-Önleyici Risk Yönetimi (ORY): Bilginin karar vermede ne kadar etkili olduğu ve risk bilgilerinin sistematik olarak toplanmasına yönelik 11 madde yer almaktadır.	14, 21*, 22, 27*, 30*, 35, 37, 43, 44, 52, 54
3-Suç ve Ceza Ortamı (SCO): Haksız yere suçlama, cezalandırma ve suçlama kültürüyle ilgili ifadelere yönelik 9 madde bulunmaktadır.	1*, 3*, 5*, 7*, 10*, 11, 12, 16, 26*
4-Meslektaşlarla Birlikte Çalışma (MBC): Çalışanların birlikte çalışma şekilleri, görev ve sorumluluklarının ortak anlaşılma düzeyi, çalışanlar arasındaki dürüstlük konuları yönelik 6 madde bulunmaktadır.	8, 19*, 40, 45*, 53*, 55
5-Eğitim ve Geliştirme Fırsatları (EGF): Çalışanların eğitim ve gelişme olanaklarına yönelik 8 madde bulunmaktadır.	4, 6, 9, 15, 17*, 28*, 47, 49
6-Örgütsel Öğrenme (OO): Örgütsel sınırlılıklar, kurum içinde ve dışındaki bilgi paylaşımını açıklamaya yönelik 5 madde bulunmaktadır.	2, 13, 23, 31, 32
Toplam	60 madde

Kaynak: (21,37). *Ters yönlü 32 madde koyu olarak verilmiştir.

Klinik yönetim iklimi ölçeği alt boyutları ve madde numaraları verilmiştir (Tablo 5.6). Ölçekte; 32 soru ters yönde, 28 soru düz puanlanmaktadır. Ters yönlü (olumsuz) ifadeler, olumlu ifadeye çevrildikten sonra puan hesaplaması yapılmaktadır. Ölçekten minimum 60 puan, maximum 300 puan alınmaktadır. Ölçekteki düşük puanlama, ideal klinik yönetim iklimini yansıtmaktadır. Ölçekten alınan puan azaldıkça, kurumdaki iklim klinik yönetimi destekleyici yöndedir (21).

5.6.2. Hasta güvenliği kültürü ölçeği

Bu ölçek, tıbbi hata ve olay raporlama hakkındaki görüşlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek tipi; 5’li Likert ölçeğidir. Ölçek, 12 boyut ve 42 maddeden oluşmaktadır ABD’de, Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sorra ve Nieva (2004) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach’s alpha değeri (0,63-0,84) aralığında (119), Türkçe çalışmasında ise, (0,57-0,86) aralığında bulunmuştur (120). Tablo 5.7’de ölçek boyutları ve açıklamaları verilmiştir.

Tablo 5.7. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Alt Boyutları

Ölçek Boyut ve Madde Sayısı	Madde Numaraları
1-Güvenliğin kapsamlı algılanması (GKA): Kurumdaki prosedür ve sistemler ile hasta güvenliği sorunlarına yönelik 4 maddeden oluşmaktadır.	A15, A18, A10*, A17*
2-Hataların raporlanma sıklığı (HRS): Hastayı etkilemeden önce tespit edilen ve düzeltilen hatalar, hastaya zarar verme potansiyeli olmayan hatalar ve hastaya zarar verebilecek hatalara yönelik 3 maddeden oluşmaktadır.	D1, D2, D3
3-Hastane üniteleri arasında ekip çalışması (HUAEC): Hastane birimleri arasındaki iş birliği ve koordinasyona yönelik 4 maddeden oluşmaktadır.	F2*, F6*, F4, F10
4-Hastane müdahaleleri ve değişim (HMD): Önemli hasta bakımı bilgileri hastane birimleri arasında ve vardiya değişiklikleri sırasında aktarılır.	F3*, F5*, F7*, F11*
5-Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (YBGGF): Yönetimin hasta güvenliğine yönelik uygulama ve faaliyetlerine yönelik 4 madde yer almaktadır.	B1, B2, B3*, B4*
6-Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (OOSG): Hataların pozitif değişikliklere ve öğrenmeye yol açtığına yönelik 3 madde bulunmaktadır.	A6, A9, A13
7-Üniteler içinde ekip çalışması (ÜİEC): Çalışanların birbirine destek olması, saygı göstermesi ve iş birliğine yönelik 4 maddeden oluşmaktadır.	A1, A3, A4, A11
8-İletişimin açık tutulması (İAT): Çalışanların, hasta güvenliğini olumsuz etkileyebilecek bir olayla karşılaştığında açıkça konuşabilmesi, hastayı olumsuz etkileyebilecek olay ve durumların serbestçe sorgulanmasına yönelik 3 maddeden oluşmaktadır.	C2, C4, C6*
9-Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (HHGİ): Oluşan hatalar hakkında çalışanlara bilgi verilmesi, değişiklikler hakkında geri bildirimde bulunulmasına yönelik 3 madde yer almaktadır.	C1, C2, C5
10-Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (HKCOY): Çalışan hatalarına ve olay raporlamaya yönelik 3 maddeden oluşmaktadır.	A8*, A12*, A16*
11-Personel sağlama (PS): Personele yönelik 4 maddeden oluşmaktadır.	A2, A5*, A7*, A14*
12-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (HGHYD): Hasta güvenliğini destekleyen ve öne alan çalışma ortamına yönelik 3 maddeden oluşmaktadır.	F1, F8, F9*
Toplam	42 madde

Kaynak: (119,120) *Ters yönlü 18 madde koyu olarak verilmiştir.

Ölçekte 18 madde ters yönde puanlanırken, 26 madde düz olarak puanlanmaktadır. Ters yönlü (olumsuz) ifadeler, olumlu ifadeye çevrildikten sonra puan hesaplaması yapılmaktadır. Anket ortalama 15 dakikada yanıtlanmakta ve 7 bölümden oluşmaktadır;

- *A, B, F Bölümleri:* Ölçekte, çalışılan birim, yönetim ve hastane boyutları kesinlikle katılmıyorum=1, katılmıyorum=2, ne katılırım ne katılmam=3, katılıyorum=4, kesinlikle katılıyorum =5 olarak değerlendirilmektedir.
- *C ve D Bölümleri:* iletişim ve raporlanmış olayların sıklığı boyutları hiçbir zaman=1, nadiren=2, bazen=3, çoğu zaman=4, her zaman=5 olarak değerlendirilmektedir.
- *E ve G Bölümleri:* Puanlama dışı olan bu bölümlerde, dereceleme ve sıklık

sorulmaktadır. Bu bölüm yüzde ve frekans olarak değerlendirilmektedir. Bu bölüm ölçekten betimsel sonuç çıkarılmasına yöneliktir. Katılımcılara kurumlarının hasta güvenliği derecesi ve olay raporlama sıklığı sorulmuştur.

Hasta güvenliği kültürü ölçeği puan hesaplanması, yayınlanan rehber doğrultusunda ve olumlu yanıt ortalama puanlarına göre yapılmakta, ölçekteki 4 ve 5 puan pozitif sonuç olarak tanımlanmaktadır. Her bir madde için verilen olumlu yanıtlar, maddelere verilen tüm yanıt sayısına bölünmekte ve elde edilen sonuç, maddelere verilen olumlu yanıt ortalaması olarak değerlendirilmektedir. Ölçek puanlarının değerlendirilmesinde hasta güvenliği kültürü olumlu yanıt ortalama puanı; %75 ve üzeri iyi düzeyde, %50 ile %74 arasında orta düzeyde ve %50'den az ise düşük düzeyde güvenlik kültürü olarak tanımlanmaktadır (119).

5.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için, İstanbul Medipol Üniversitesi'nden 15.11.2019 tarih ve E.61613 sayılı etik kurul izni alınmış olup (Ek 5) çalışmada kullanılan ölçeklerle ilgili Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan araştırmacılardan, e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek 3).

5.8. Veri Toplama Süreci

Veri toplama aşamasından önce örneklemdaki tüm hastaneler ziyaret edilmiştir. Araştırmada, en yüksek yanıt düzeyinin sağlanması için her aşamada iletişim sürdürülmüştür.

a) Anketlerin Dağıtım Zamanı ve Şekli: Anketler gece, gündüz, hafta sonu ve resmî tatil günlerinde elden dağıtılarak, araştırmaya katılanlar anketi doldurulduktan sonra elden toplanmış ve veri takip çizelgesiyle etkili takip sağlanmıştır.

b) Hastane İçi İrtibat Noktaları ve İşbirlikçiler: Araştırmanın yapıldığı hastanelerde bir ana irtibat noktası belirlenerek ve iş birliği yoluyla veriler toplanmıştır. Bu iş birlikçiler genellikle; başhekim ve yardımcısı, hemşirelik hizmetleri müdür ve yardımcısı, eğitim hemşiresi, gece süpervisörü, hasta hizmetleri müdürü, resmi işlemler sorumlusu ve başhekim asistanı olmuştur. Anketle ilgili sorular için, yine bu kişilerden biri yoluyla irtibat sağlanmıştır. Örneğin, eğitim hemşireleri yoluyla eğitim öncesi eğitime katılanlara veya oryantasyon eğitimleri öncesinde anketler dağıtımı

sağlanmıştır. Bazı hastanelerde, hastane yönetimleri ile yapılan ön görüşmelerde, kapalı alanlarda (yoğun bakım, onkoloji, palyatif bakım) anketin idare tarafından dağılacağı araştırmacıya bildirilmiştir.

c) Bilgilendirme: Anketler dağıtılmadan önce, bazı hastanelerde birim sorumluları tarafından katılımcılar bilgilendirilirken, bazı hastanelerde ise, direkt hekim ve hemşireler anketin süresi ve nasıl doldurulması gerektiği konusunda bilgilendirilmiştir.

5.9. Verilerin Analizi

Araştırmada yer alan tüm istatistiksel analizler SPSS 24,0 ve AMOS 24,0 programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Veri analizinde normallik testi ve çoklu normallik testi uygulanmıştır.

- **Tanımlayıcı İstatistikler:** Araştırma grubunun; sosyo-demografik özellikleri, iş yaşamı özellikleri ve çalışma hayatı özellikleri yüzde (%) ile verilmiştir. Ölçek puanları ise, yüzde (%), oran, standart sapma, ortalama, medyan, minimum ve maksimum değerler verilmiştir.
- **Parametrik Olmayan Testler:** Mesleklere göre, ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır.
- **Doğrulayıcı Faktör Analizleri:** Araştırmada kullanılan; “Klinik Yönetişim İklimi” ve “Hasta Güvenliği Kültürü” ölçeklerine ayrı ayrı doğrulayıcı faktör analizi uygulanmış ve ardından ölçüm modeline doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır.
- **Ölçüm Modeli Ayrışma Geçerliliği Analizleri:** Ölçüm modelinin test edilmesinde; birleşik güvenilirlik (Composite Reliability-CR), açıklanan ortalama varyans (Average Variance Extracted-AVE) ve Cronbach’s alpha değerleri hesaplanarak ölçüm modelinin ayrışma (discriminant) geçerliliği analiz edilmiştir.
- **Basit Yapısal Regresyon Modeli:** Araştırma modeli, “Yapısal eşitlik modellemesi” ile analiz edilmiştir. Bunun için, örtük değişkenlerle basit yapısal regresyon modeli uygulanmış ve elde edilen sonuçlar yorumlanmıştır.

5.9.1. Yapısal eşitlik modellemesi tanımı ve varsayımları

Yapısal eşitlik modellemesi, çeşitli değişkenler arasındaki nedensel ilişkileri incelemek için kullanılan, farklı istatistik analizlerin bir arada kullanıldığı güçlü bir modelleme tekniğidir (171). YEM’de doğrudan ölçülemeyen soyut yapılara faktör ya da örtük değişkenler adı verilir. Dolayısıyla, bu modelin temeli örtük değişkenlere dayanmaktadır. YEM' in geleneksel çok değişkenli tekniklere göre 3 büyük avantajı bulunmaktadır;

- Ölçüm hatasının açık bir şekilde değerlendirilmesi,
- Gizli değişkenlerin gözlenen değişkenler aracılığıyla tahmini,
- Modelin verilere uygunluğunu değerlendirmeyi sağlamaktadır (172).

Bu yöntem, siyaset bilimi, ekonomi, yönetim, pazarlama, psikoloji, sosyoloji, eğitim ve sağlık gibi özellikle sosyal bilimler alanında kullanılmaktadır (173). Yapısal eşitlik modellemesi hem dünyada hem de ülkemizde bilimsel çalışmalarda giderek yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (174). Günümüzde sağlık alanındaki yapısal eşitlik modellemesi çalışmalarından bazıları aşağıda verilmiştir (Tablo 5.8).

Tablo 5.8. Sağlık Alanında Yapılan YEM Çalışmaları

<i>Yazar</i>	<i>Ülke</i>	<i>Konu</i>
1-Sørskår ve arkadaşları, 2019 (175)	Norveç	Hastane öncesi sağlık hizmetlerinde güvenlik ikliminin değerlendirilmesi,
2-Martinez ve Orellana, 2019 (176)	İspanya	İspanya ulusal sağlık hizmetinde hasta memnuniyeti,
3-Şener ve ark, 2019 (177)	Türkiye	Sağlık harcamalarının sağlık sonuçlarına etkisi,
4-Taboli ve arkadaşları, 2019 (178)	İran	Örgüt kültürü, klinik yönetim ve örgütsel performans arasındaki ilişkinin modellemesi,

Kaynak: (175-178).

Yapısal Eşitlik Modellemesi Varsayımları

Yapısal eşitlik modellemesi çok değişkenli ve güçlü bir istatistiktir. YEM bazı temel varsayımlara dayanmaktadır. Bu varsayımlar aşağıda verilmiştir;

1-Doğrusallık: Yapısal eşitlik modellemesinde örtük değişkenler arasında ve gözlenen ile örtük değişkenler arasında doğrusal ilişkilerin olduğu varsayılr.

2-Çok Değişkenli Normallik: Yapısal eşitlik modellemesi’ndeki maksimum olabilirlik (ML) tahmincisi için gözlenen değişkenlerin çok değişkenli normal dağılıma sahip olması en önemli varsayımlardandır. Modeldeki gözlenen ve örtük

değişkenlerin çok değişkenli normal dağılıma sahip olması gerekir.

3-Örneklem Hacmi: Basit modeller için küçük örneklem hacimleri (genellikle 100'den az) oldukça elverişli olabilir. Çok kompleks olmayan modeller için, orta hacimli (100-200 arası örneklem hacmi) uygundur. Karmaşık modeller için ise, büyük hacimli örneklem (200'den büyük örneklem hacmi) uygundur. YEM'de çoklu normallik varsayımı gerçekleştirmediğinde kullanılması mümkün olan ADF tahmincisi için, maksimum olabilirlik (ML) tahmincisine göre daha fazla örneklem hacmi gerektirmektedir. Örneklem hacmi yeterince büyük olmadığı durumda (1000 üzeri), asimptomatik dağılım fonksiyonunun (ADF) performansının zayıf olduğu vurgulanmaktadır. ADF'de, örneklem hacminin en azından tahmin edilen parametre sayısının 10 katından daha fazla olması gerektiği, aksi durumda elde edilen sonuçlara güvenilemeyeceği belirtilmiştir (179).

4-Veri Türü: Gözlenmiş değişkenler, kategorik, sıralı veya sürekli olabilir ama YEM'deki bütün örtük değişkenler sürekli dir. Kategorik gizli değişkenlerle modelleri analiz etmek için farklı istatistiksel teknikler bulunmaktadır. Yapısal eşitlik modellemesi, sürekli örtük değişkenlerle oluşturulmuş yapılar ile ilgilenmektedir.

5-Uç Değerler: Veride aykırı değerler olmamalıdır, aykırı değerler modelin anlamlılığını etkileyebilirler. Bu nedenle AMOS programında, aykırı değerlerin belirlenmesinde jackknife tekniği ve asimetri/basıklık için de mardia katsayısı kullanılmaktadır (180).

6-Örtük Değişken Kriteri: Her bir örtük değişkeni ölçmek için en az üç gözlenen değişken olması gerekmektedir.

7-Hata Terimi Kriteri: Yapısal eşitlik modellemesinde hata terimleri arasında korelasyon bulunmaması gerekmektedir (181).

Ayrıca, yapısal eşitlik modellemesi analizlerinde örneklem büyüklüğüne ilişkin literatürde kesin bir görüş olmamakla birlikte örneklem büyüklüğünün parametre kestirim yöntemleri ile uyum endeksleri üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir. Literatürde bu konuda kesinlik bulunmamaktadır. Bazı yazarlara göre; örneklem hacminin, modelde bulunan değişkenlerin sayısından 10 kat fazla olması (169), bazı yazarlara göre ise, 20 kat fazla olması (170) gerekmektedir. Örneklem sayısının belirlenmesi yapısal eşitlik modellerinde önemli bir sorun olarak görülmektedir (182).

6. BULGULAR

6.1. Araştırma Grubunun Hastanelere Göre Dağılımı

Çalışma; Haziran 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında İstanbul'da farklı statülerdeki 9 hastanede, hekim ve hemşirelerden oluşan 2.055 kişi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızda, örneklemdaki hekim ve hemşire sayılarının hastanelere göre dağılımı Tablo 6.1'de verilmiştir.

Toplam Dağıtılan Anket Oranı: $\frac{3.143}{3.912}$ (*dağıtılan anket sayısı*) = %80
(*hedef grup*)

Geri Dönen Anket Oranı: $\frac{2.055}{3.143}$ (*tam olan/değerlendirilen anket sayısı*) = %65,3
(*dağıtılan anket sayısı*)

Kayıp/Zayıf/İade/Yarım Anket Oranı: $3.143-2.055= 1.088$ ($1.088/3.143= \%34,7$)

Tablo 6.1. Araştırma Grubunun Hastanelere Göre Dağılımı (2.055)

Hastane Adı	Hemşire (%)	Hekim (%)	Toplam (%)
1. X Üniv. Hastanesi	169/190=%89	52/107=%49	221/297= %74,4
2. Y Üniv. Hastanesi	264/391=%68	115/435=%26,4	379/826=%46
3. Z Üniv. Hastanesi	108/130=%83	65/112=%58	173/242= %71,4
4. T Üniv. Hastanesi	105/201=%52,2	25/85=%29,4	130/286= %45,4
5. A Özel Hastanesi	203/318=%64	61/117=%52,1	264/435= %61
6. B Özel Hastanesi	87/101=%86,1	43/83=%52	130/184= %71
7. C Özel Hastanesi	140/152=%92,1	79/131=%60,3	219/283= %77,3
8. D Özel Hastanesi	119/157=%76	58/106=%55	177/263= %67,3
9. A Kamu Hastanesi	230/674=%34,1	132/422=%31,3	362/1.096= %33
Toplam	1.425/2.314= %62	630/1.598= %39,4	2.055 kişi
Genel Toplam:			2.055/3.912=%53

Hastanelere göre anketlerin yanıt oranı, minimum %33 ile maksimum %77,3 arasında değişmektedir (Tablo 6.1).

6.2. Araştırma Grubunun Sosyo Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular

Çalışmamızda, anketin kişisel bilgiler bölümünde yer alan araştırma grubunun sosyo demografik özelliklerine ilişkin dağılımları verilmiştir (Tablo 6.2).

Tablo 6.2. Araştırma Grubunun Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Değişken	n	(%)
Cinsiyet	Kadın	1.448	70,5
	Erkek	607	29,5
Yaş (Ort: 31,04±ss:10,18) (Min.19-Mak.73)	<25 altı	740	36,0
	25-34	698	34,0
	35-44	346	16,8
	>45 ve üstü	271	13,2
Medeni Durum	Bekar	1.172	57,0
	Evli	817	39,8
	Boşanmış	66	3,2
Öğrenim Durumu	Lise	486	23,6
	Önlisans	441	21,5
	Lisans	413	20,1
	Y. Lisans ve üzeri	715	34,8
Meslek	Hekim	630	30,7
	Hemşire	1.425	69,3
Kurum Ünvanı	Prof. Dr.	55	2,7
	Doçent Dr.	33	1,6
	Uzman Dr.	314	15,3
	Dr. Öğretim Üyesi	47	2,3
	Asistan Hekim	161	7,8
	Pratisyen Hekim	20	1,0
	Msc/Uzman Hemşire	94	4,5
	Phd Hemşire	5	0,2
	Ünvanı olmayan	1.326	64,6
İdari Görev	Yönetici	128	6,2
	Yönetici Değil	1.927	93,8
	Toplam	2.055	100

Tablo 6.2’ de araştırma grubunun demografik ve mesleki özellikleri yer almaktadır. Araştırma grubunun yaşları, 19 ile 73 arasında değişmekte olup örneklemin yaş ortalaması ortalama=31,04 ± ss=10,18’dir. Araştırma grubunun, %70,5’i kadın, %29,5’i erkektir. En düşük öğrenim düzeyi lise olup katılımcıların %20,1’i lisans, %34,8’i lisansüstü düzeyde öğrenim görmüştür. Tüm grubun; %30,7’si hekim, %69,3’ü hemşiredir.

Tablo 6.3. Araştırma Grubunun İş Yaşamı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=2.055)

	Değişken	n	(%)
Meslekte Çalışma Süresi	5 yıl ve altı	1.022	49,7
	6-10 yıl	362	17,6
	11-15 yıl	219	10,7
	16-20 yıl	178	8,7
	21 yıl ve üstü	274	13,3
Kurumda Çalışma Süresi	5 yıl ve altı	1.654	80,5
	6-10 yıl	249	12,1
	11-15 yıl	96	4,7
	16-20 yıl	36	1,7
	21 yıl ve üstü	20	1,0
Çalışılan Birim	Dahili ABD	794	38,6
	Cerrahi ABD	781	38,0
	Temel Bilimler ABD	6	0,2
	Karma Birimler	409	19,9
	İdari Birimler	67	3,2
Haftalık Ortalama Çalışma Süresi (saat)	24-40	164	8,0
	41-57	1.481	72,0
	58-74	349	17,0
	75 ve üstü	61	3,0
Toplam		2.055	100

Tablo 6.3' de araştırma grubunun, iş yaşamı özellikleri verilmiştir. Buna göre, tablodaki önemli bulgular şu şekilde sıralanmaktadır. Meslekte çalışma süresine göre, 5 yıl ve altı olanların %49,7 ve kurumda çalışma süresine göre, 5 yıl ve altı olanların %80,5 olduğu belirlenmiştir. Çalışılan birime göre, dahili birimler %38,6, cerrahi birimler %38,0, temel bilimler, %0,2 karma birimler %19,9 olduğu ve haftalık ortalama çalışma süresine göre %72'sinin haftada (41-57) saat çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 6.4. Araştırma Grubunun Çalışılan Kurum Özelliklerine Göre Dağılımı (n=2.055)

Özellik	Değişken	n	%
Hastane Türü	Özel	790	38,4
	Kamu	362	17,6
	Üniversite	903	44,0
Akreditasyon Durumu	JCI Belgesiz	1.058	51,5
	JCI Belgeli	997	48,5
Hastane Sertifika/Belgeleri	*HIMSS	123	6,0
	**LEED	41	2,0
	***Diğer (SKS, ISO, Bebek Dostu)	174	8,5
	Yanıt vermeyenler	1.717	83,6
Çalıştığınız vardiyada sorumlu olduğunuz yatak sayısı	Yatağı yok	82	4,0
	1-10	685	33,3
	11-20	538	26,2
	21-30	242	11,8
	31-40	154	7,5
	41-50	23	1,1
	51 ve üstü	31	1,5
	Değişken	107	5,2
	Yanıt vermeyenler	193	9,4
Klinik Yönetişim eğitimi alan	Evet	688	33,5
	Hayır	1.367	66,5
Hasta Güvenliği eğitimi alan	Evet	1.773	86,3
	Hayır	282	13,7
Toplam		2.055	100

*HIMSS: Sağlık Bilgi ve Yönetim Sistemleri Topluluğu,

**LEED: Enerji ve Çevre Dostu Tasarımda Liderlik,

***Diğer (SKS: Sağlıkta Kalite Standartları, ISO: Uluslararası Standardizasyon Teşkilatı)

Tablo 6.4’ de araştırma grubunun çalıştığı kurum özellikleri verilmiştir. Buna göre, tablodaki önemli bulgular şu şekilde sıralanmaktadır. Hastane türüne göre, araştırma grubunun %44’ü üniversite, %38,4’ü özel hastane ve %17,6’sının kamu hastanesi olduğu bulunmuştur. Akreditasyon durumuna göre; %51,5’inin JCI belgesiz hastanede çalıştığı bulunurken, %48,5’inin JCI belgesiz hastanede çalıştığı bulunmuştur. Katılımcıların %83,6’sının çalıştığı kurumun sertifika veya belgelerine dair yanıt vermediği bulunurken, %9,4’ünün de sorumlu olduğu yatak sayısına dair yanıt vermediği belirlenmiştir. Katılımcıların; %86,3’ünün klinik yönetim eğitimi almadığı, %13,7’sinin ise hasta güvenliği eğitimi almadığı belirlenmiştir.

6.3. Ölçeklere İlişkin Puan Dağılımı

6.3.1. Klinik yönetim iklimi (Hipotez 1 ve 2)

Tablo 6.5. Klinik Yönetişim İklimi (KYİ) Ölçeği Puan Ortalamaları (n=2.055)

Boyutlar	Madde Sayısı	Ortalama	ss	Min.	Maks.	KYİ
1-Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı (PEKG)	15	47,49	11,38	15,00	75,00	Desteklemiyor 47,49>45
2-Önleyici Risk Yönetimi (ORY)	8	20,28	5,87	8,00	40,00	Destekliyor 20,28<24
3-Suç ve Ceza Ortamı (SCO)	6	17,32	4,50	6,00	30,00	Destekliyor 17,32<18
4-Meslektaşlar ile Birlikte Çalışma (MBC)	4	11,00	3,51	4,00	20,00	Destekliyor 11<12
5-Eğitim ve Geliştirme Fırsatları (EGF)	4	10,08	3,46	4,00	20,00	Destekliyor 10,08<12
6-Örgütsel Öğrenme (OO)	3	7,34	2,79	3,00	15,00	Destekliyor 7,34<9
Genel	40	113,51	10,28	81,00	161,00	Destekliyor 113,51<120

Çalışmamızda, 113,51 genel puanı ile klinik yönetim ikliminin (KYİ) hastanelerde desteklendiği belirlenmiştir (Tablo 6.5).

Klinik yönetim ikliminin (KYİ); önleyici risk yönetimi (ORY), suç ve ceza Ortamı (SCO), meslektaşlar ile birlikte çalışma (MBC), eğitim ve geliştirme fırsatları (EGF) ve örgütsel öğrenme (OO) boyutlarında (5 boyut) desteklendiği ancak, planlı ve entegre kalite geliştirme programı (PEKG) boyutunda (1 boyut) desteklenmediği belirlenmiştir (Tablo 6.5).

Tablo 6.6. Akreditasyon Durumuna Göre KYİ Ölçeği Puanları (Hipotez 1)

<i>KYİ Ölçeği Boyutları</i>	<i>Akreditasyon Durumu</i>	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>ss</i>	<i>Medyan</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>p</i>
1-Planlı ve Entegre Kalite Gelişt.Programı (PEKG) (15 madde)	JCI Belgeli	997	45,98	11,50	44,35	15,00	75,00	0,000*
	JCI Belgesiz	1.058	49,12	11,05	48,04			
2-Önleyici Risk Yönetimi (ORY) (8 madde)	JCI Belgeli	997	21,05	5,83	20,00	8,00	40,00	0,012*
	JCI Belgesiz	1.058	19,44	5,81	18,05			
3-Suç ve Ceza Ortamı (SCO) (6 madde)	JCI Belgeli	997	17,05	4,47	16,6	6,00	30,00	0,451
	JCI Belgesiz	1.058	17,61	4,52	16,9			
4-Meslektaşlar ile Birlikte Çalışma (MBC) (4 madde)	JCI Belgeli	997	11,38	3,51	12,01	4,00	20,00	0,020**
	JCI Belgesiz	1.058	10,59	3,48	11,04			
5-Eğitim ve Geliştirme Fırsatları (EGF) (4 madde)	JCI Belgeli	997	10,55	3,42	9,55	4,00	20,00	0,000**
	JCI Belgesiz	1.058	9,57	3,44	8,08			
6-Örgütsel Öğrenme (OO) (3 madde)	JCI Belgeli	997	7,44	2,79	6,99	3,00	15,00	0,106
	JCI Belgesiz	1.058	7,22	2,79	6,56			
KYİ Genel (40 madde)	JCI Belgeli (4 hastane)	997	113,45	10,34	110,40	82,00	159,00	0,898
	JCI Belgesiz (5 hastane)	1.058	113,56	10,23	109,50	81,00	161,00	

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

Çalışmamızda; JCI belgeli hastanelerin medyan değeri 110,40 iken, JCI belgeli olmayan hastanelerin ise, 109,50 olduğu bulunmuştur. Bu durumda, JCI belgeli (akredite) ve JCI belgeli (akredite olmayan) hastaneler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Klinik yönetim iklimi için; suç ve ceza ortamı (SCO) ve örgütsel öğrenme (OO) alt boyutlarında (2 boyutta) anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak, planlı ve entegre kalite geliştirme programı (PEKG), önleyici risk yönetimi (ORY), meslektaşlar ile birlikte çalışma (MBC) ve eğitim ve geliştirme fırsatları (EGF) boyutlarında $p<0,05$ bulunduğundan (4 boyutta) anlamlı farklılık söz konusudur. Klinik yönetim iklimi ölçeği;

- **Planlı ve entegre kalite geliştirme programı boyutu için;** 44,35 ile JCI belgeli hastanelerin, 48,04 ile JCI belgesiz hastanelere göre; KYİ'den daha düşük medyan (ortanca) değeri almaları, kurumlarında klinik yönetiminin daha çok desteklendiğini düşündüklerini ifade etmektedir.
- **Önleyici risk yönetimi boyutu için;** 20,00 ile JCI belgesiz hastanelerin, 18,05 ile

JCI belgeli hastanelere göre; KYİ'den daha düşük medyan (ortanca) değeri almaları, kurumlarında klinik yönetişimin daha çok desteklendiğini düşündüklerini ifade etmektedir.

- **Meslektaşlar ile birlikte çalışma boyutu için;** 11,04 ile JCI belgesiz hastanelerin, 12,01 ile JCI belgeli hastanelere göre; KYİ'den daha düşük medyan (ortanca) değeri almaları, kurumlarında klinik yönetişimin daha çok desteklendiğini düşündüklerini ifade etmektedir.
- **Eğitim ve geliştirme fırsatları boyutu için;** 8,08 ile JCI belgesiz hastanelerin, 9,55 ile JCI belgeli hastanelere göre; KYİ'den daha düşük medyan (ortanca) değeri almaları, kurumlarında klinik yönetişimin daha çok desteklendiğini düşündüklerini ifade etmektedir (Tablo 6.6).

Tablo 6.7. Meslek Gruplarına Göre KYİ Puanları (Hipotez 2)

Boyutlar	Meslek	n	Ortalama	Ss	Medyan	z	P
1-Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı (PEKG) (15 madde)	Hekim	630	47,54	11,34	46,20	-0,07	0,94
	Hemşire	1.425	47,37	11,45	45,32		
2-Önleyici Risk Yönetimi (ORY) (8 madde)	Hekim	630	20,27	5,73	18,89	0,96	0,33
	Hemşire	1.425	20,28	6,17	17,40		
3-Suç ve Ceza Ortamı (SCO) (6 madde)	Hekim	630	17,31	4,49	14,34	-0,50	0,61
	Hemşire	1.425	17,33	4,50	15,44		
4-Meslektaşlarla ile Birlikte Çalışma (MBC) (4 madde)	Hekim	630	11,10	3,56	10,56	-2,51	0,01*
	Hemşire	1.425	10,76	3,39	9,09		
5-Eğitim ve Geliştirme Fırsatları (EGF) (4 madde)	Hekim	630	10,13	3,42	9,13	-1,93	0,05
	Hemşire	1.425	9,97	3,52	8,21		
6-Örgütsel Öğrenme (OO) (3 madde)	Hekim	630	7,40	2,81	8,02	-2,01	0,04*
	Hemşire	1.425	7,17	2,73	7,12		
Toplam 40 madde	Hekim	630	132,74	21,01	133,67	-2,06	0,03*
	Hemşire	1.425	131,71	20,32	130,67		

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

Araştırma grubunun mesleklerine göre; klinik yönetişim iklimi alt boyut karşılaştırılması yapılırken verilerin normal dağılımlı olmaması nedeniyle parametrik olmayan testlerden yararlanılmıştır. Klinik yönetişim iklimi puanlarının, mesleklere göre farklı olup olmadığına Mann Whitney U testi sonucuna göre karar verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre; klinik yönetişim iklimi, meslektaşlar ile birlikte çalışma (MBC) ve örgütsel öğrenme (OO) boyutlarında (p<0,05) bulunduğundan anlamlı

farklılık söz konusudur. Buna göre tüm hastanelerde (JCI belgeli ve JCI belgesiz hastaneler);

- Meslektaşlar ile birlikte çalışma boyutunda; 9,09 ile **hemşirelerin**, 10,56 ile hekimlere göre KYİ'den daha düşük medyan (ortanca) değeri almaları, kurumlarında klinik yönetişimin daha çok desteklendiğini düşündüklerini ifade etmektedir.
- Örgütsel öğrenme boyutunda; 7,12 ile **hemşirelerin**, 8,02 ile hekimlere göre KYİ'den daha medyan (ortanca) değeri almaları, kurumlarında klinik yönetişimin daha çok desteklendiğini düşündüklerini ifade etmektedir.
- Klinik yönetişim ikliminin genel puan açısından, 130,67 ile **hemşireler** tarafından 133,67 ile **hekimlere göre** kurumlarında daha çok desteklendiğini düşündüklerini ifade etmektedir (Tablo 6.7).

6.3.2. Hasta güvenliği kültürü

Tablo 6.8. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Olumlu Puan Ortalamaları (n=2.055)

<i>Boyutlar</i>	<i>Olumlu Yanıt Ortalaması (%)</i>
1-Güvenliğin kapsamlı algılanması (GKA) (2 madde)	71,8 (en yüksek)
2-Hataların raporlanma sıklığı (HRS) (3 madde)	52,8
3-Hastane üniteleri arasında ekip çalışması (HUAEC) 2 madde)	64,2
4-Hastane müdahaleleri ve değişim (HMD) (4 madde)	60,1
5-Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (YBGGF) (2 madde)	67,0
6-Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (OOSG) (3 madde)	54,3
7-Üniteler içinde ekip çalışması (UIEC) (4 madde)	71,1
8-İletişimin açık tutulması (İAT) (3 madde)	53,9
9-Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (HHGİ) (3 madde)	64,1
10-Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (HKCOY) (3 madde)	39,2 (en düşük)
11-Personel sağlama (PS) (2 madde)	59,0
12-Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (HGHYD) (3 madde)	54,1
Genel (34 madde)	59,30

Ölçek puanlarının değerlendirilmesinde hasta güvenliği kültürü pozitif yanıt ortalama puanı; %75 ve üzeri iyi düzeyde, %50 ile %74 arasında orta düzeyde ve %50'den az ise düşük düzeyde güvenlik kültürü olarak tanımlanmaktadır (119,120). Buna göre; çalışmamızda, hasta güvenliği kültürü genel puanı %59,3 (orta düzeyde) olduğu bulunmuştur. Araştırma grubunun; hasta güvenliği kültürü düzeyi %71,8 ile

güvenliğin kapsamlı algılanması boyutunda en yüksek boyut olarak bulunurken, %39,2 ile hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutunu en düşük boyut olarak bulunmuştur.

Tablo 6.9. Hasta Güvenliğinin Derecesi ile İlgili Yanıtlar (%)

Hasta güvenliği sonuçları	(n)	(%)
A) Mükemmel	423	20,6
B) Çok iyi	814	39,6
C) Kabul edilebilir	725	35,3
D) Zayıf	68	3,3
E) Başarısız	25	1,2
Toplam	2.055	100

Hekim ve hemşirelerin çoğu hasta güvenliği derecesini olumlu bulduklarını (%95,5) bildirmiştir (Tablo 6.9).

Tablo 6.10. Hasta Güvenliği ile İlgili Hatalı Olay Raporlanma Durumu

Raporlanan Olay Sayısı	n	%
a. Hiç	1.366	66,5
b. 1-2 olay raporu	415	20,2
c. 3-5 olay raporu	156	7,6
d. 6 ve 10 olay raporu	64	3,1
e. 11-20 olay raporu	31	1,5
f. 21 ve üzeri olay raporu	23	1,1
Toplam	2.055	100

Hekim ve hemşirelerin çoğu hasta güvenliği ile ilgili hatalı olayları hiç raporlamadıklarını bildirdi (%66,5) (Tablo 6.10).

6.4. Verilerin Normallik ve Çoklu Normallik Bulguları

-Normallik Testi: Veri setinde uç değer tespit edilmemiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu için çarpıklık (kurtosis) katsayısı ve basıklık (skewness) değerleri incelenmiş ve verilerin normal dağılıma uygun olmadığı ortaya çıkmıştır.

-Çoklu Normallik Şartının İncelenmesi: Birden çok değişkenin aynı anda normallik koşulunu sağlaması anlamına gelen çok değişkenli normal dağılım, olasılık teoremine dayanmaktadır (183). Çok değişkenli normallik varsayımının test edilmesi amacı ile geliştirilen birçok yöntem olmasına rağmen YEM yazılımlarında sıklıkla, Mardia çok değişkenli çarpıklık ve basıklık katsayıları veya her iki katsayıya dayanan ölçümler kullanılmaktadır. AMOS yazılımında ise, çok değişkenli normalliğin ölçümü Mardia

çok değişkenli basıklık ve kritik oranı kullanılarak gerçekleştirilmektedir (180). Araştırmamızda yer alan ölçeklerde Mardia katsayısı; klinik yönetim iklimi için (448,038;172,791) ve hasta güvenliği kültürü için (326,127;147,353) bulunduğundan çoklu normal dağılım şartının sağlanmadığını göstermektedir. Phakiti, Costa, Plonsky ve Starfield (2018), Mardia katsayısının <3 olması gerektiği belirtilmiştir (184). Çalışmamızda, çoklu normallik şartı sağlanmadığından parametrelerin tahmini için, normal dağılımlı olmayan veriler için kullanılan asimptotik dağılım fonksiyonu (ADF) kestirim yöntemi tercih edilmiştir. Veri setindeki değişkenlerin normallik varsayımını sağlamaması durumunda, asimptotik dağılım fonksiyonu (ADF) olarak da adlandırılan ağırlıklandırılmış en küçük kareler yöntemi (AEKK) kullanılmaktadır. Bu yöntemin yansız ve tutarlı tahminler verebilmesi, çok büyük örneklem genişlikleri ile mümkün olmaktadır (168).

6.5. Ölçeklerin Analiz Sonuçları

Çalışmamızda, doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile, klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği ölçekleri için ayrı ayrı ölçüm yapılmış ve ölçüm modellerinin anlamlı olup olmadığı AMOS 24.0 paket programıyla incelenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi örtük değişkenlerin, gözlenen değişkenler tarafından nasıl ve ne kadar açıklandığının test edilmesinde ya da doğrulanmasında kullanılmaktadır. Doğrulayıcı faktör analizi, önceden belirlenmiş ya da kurgulanmış bir yapının doğrulanmasını amaçlamaktadır ve yapısal eşitlik modellemesinin özel bir uygulama alanı olarak görülmektedir (185). Doğrulayıcı faktör analizinde $FY < 0,30$ olması o faktörün düşük düzeyde açıklandığını, $FY = 0,50$ olması o faktörün orta düzeyde açıklandığını ve $FY > 0,70$ olması o faktörün çok iyi açıklandığını belirtmektedir (186).

Örnek büyüklüğü arttıkça özellikle 200'den büyük örneklerde, Ki-Kare (x^2) değeri de yüksek çıkmakta ve Ki-Kare (x^2) testinin istatistiksel anlamlılık düzeyi düşük çıkmaktadır (187). Araştırmamızda kullanılan, kullanılan ölçeklerin doğrulayıcı faktör analizi değerlendirmesinde ve genel test edilen modellerin uygun olup olmadığına, serbestlik derecesi ile düzeltilmiş Ki- Kare (x^2) değeri (Ki-Kare değeri/Serbestlik derecesi), diğer uyum iyiliği endeksleri ve standartlaştırılmış artık (residual) kovaryans matrisinde yer alan değerlerin incelenmesi sonucunda karar

verilmiştir (188).

Tablo 6.11. Doğrulayıcı Faktör Analizinde Kullanılan Uyum Ölçütleri

Endeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
χ^2/df : Ki-kare değerinin serbestlik derecesine bölünmesiyle elde edilir.	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 < \chi^2/df \leq 3$
GFI : Uyum iyiliği endeksidir.	$\geq 0,90$	0,85-0,89
CFI : Karşılaştırmalı uyum endeksidir.	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$
SRMR : Standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının kareköküdür.	$\leq 0,05$	$0,06 \leq SRMR \leq 0,08$
RMSEA : Yaklaşık hataların ortalama kareköküdür.	$\leq 0,05$	$0,06 \leq RMSEA \leq 0,08$

Kaynak: (189).

6.5.1. Ölçeklerin birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonuçları

A) Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Birinci Düzey DFA Sonuçları: Literatürde 60 madde ve 6 boyut olarak yer alan klinik yönetim iklimi ölçeği, Freeman (2003) tarafından geliştirilmiştir (37). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise, Gürdoğan (2012) tarafından yapılmıştır (21). KYİ ölçeğine, örneklemimizde uygulanan doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) 6 boyut yapısı korunmuş ancak standart faktör yükleri düşük ($FY < 0,50$; $p < 0,05$) olan (186), 20 madde analizden çıkarılmıştır. Klinik yönetim iklimi (KYİ) ölçeğindeki; planlı ve entegre kalite geliştirme programı boyutundan 6 ifade (*madde 33-34-39-50-57-60*), önleyici risk yönetimi boyutundan 3 ifade (*madde 22-52-54*), suç ve ceza ortamı boyutundan 3 ifade (*madde 11-12-16*), meslektaşlarla birlikte çalışma boyutundan 2 ifade (*madde 8-55*), eğitim ve geliştirme fırsatları boyutundan 4 ifade (*madde 4-6-17-47*), örgütsel öğrenme boyutundan 2 ifade (*madde 2-23*) olmak üzere toplam 20 madde kapsam dışı bırakılarak, analize alınmamıştır. Analizde, maddelerin standart faktör yükleri değerlerinin **(0,594;0,860)** aralığında yer aldığı anlaşılmaktadır. Analize ait parametre detayları, Tablo 6.12’de verilmiştir.

Tablo 6.12. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Birinci Düzey DFA Sonuçları

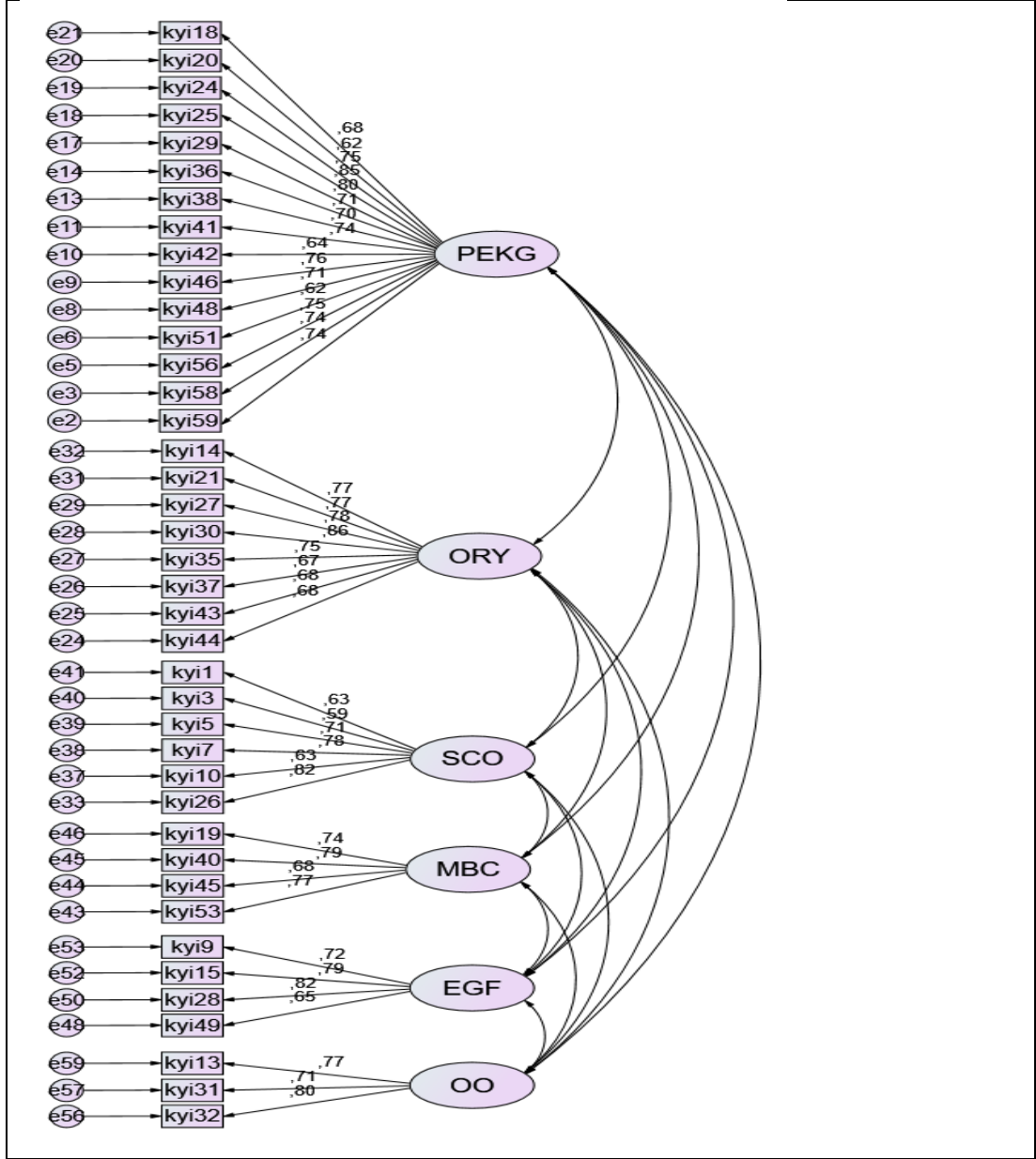
<i>Madde</i>	<i>Kestirim Değeri (estimate)</i>	<i>Faktör Yüğü (standart estimate)</i>	<i>Kritik Oran (C.R.)</i>	<i>P</i>
1.Kalite iyileştirme faaliyetleri çoğunlukla dış baskılara bir cevaptır (Madde 51/PEKG Boyutu).	0,962	0,623	28,554	***
2.Kişiler organizasyonun diğer bölümlerindeki iyi uygulamalardan haberdar değildir (Madde 48/PEKG Boyutu).	1,059	0,713	33,437	***
3.Çalışanların ortak hizmet amaçları olmadığı görülmektedir (Madde 46/ PEKG Boyutu).	1,208	0,761	35,329	***
4.Olması beklenen kazaları tanılamayız (Madde 42/PEKG Boyutu).	1,078	0,640	31,320	***
5.Zaman harcayıp doğru bir çözüm yerine problemlerin hızlı çözümü için baskı vardır (Madde 41/ PEKG Boyutu).	1,152	0,738	33,460	***
6.Bir araya gelip fikirlerimizi paylaşmak için yeterli zaman yoktur (Madde 38/PEKG Boyutu).	1,151	0,699	31,817	***
7.Kalite iyileştirme çabaları alt kademelerde oluşturulmak yerine üst yönetim tarafından zorla kabul ettirilir (Madde36/ PEKG Boyutu).	1,108	0,709	34,104	***
8.Uzun vadeli kalite iyileştirme planları günden güne kaybolmaktadır (Madde 18/PEKG Boyutu).	1,000	0,676		
9.Organizasyon içindeki iyi uygulamalar gruplarla sınırlı kalır (Madde 20/PEKG Boyutu).	0,920	0,625	30,533	***
10.Hizmette değişiklikleri uygulamaya koymak için destek yoktur (Madde 24/PEKG Boyutu).	1,091	0,753	35,270	***
11.Örgütün neyi başarmak istediği ile ilgili açık bir vizyonu yoktur (Madde 25/PEKG Boyutu).	1,239	0,852	38,548	***
12.Çalışanlar hizmette değişiklikler yapmaya teşvik edilmek yerine buna zorunlu tutulurlar (Madde 59/ PEKG Boyutu).	1,202	0,742	34,014	***
13.Gelişimin bir parçası olarak öğrenilen yeni becerileri uygulayacak çok az fırsat vardır (Madde 58/PEKG Boyutu).	1,137	0,742	33,610	***
14.Problemleri önlemeye çalışmaktansa, onlara tepki gösteririz (Madde 56/PEKG Boyutu).	1,220	0,750	34,823	***
15.Çok fazla kalite iyileştirme çabasına karşın gerçekleşen değişim çok azdır (Madde 29/PEKG Boyutu).	1,275	0,796	37,944	***
16.Klinik risk bilgileri düzenli olarak kararları bildirmede kullanılır (Madde 44/ORY Boyutu).	0,790	0,683	35,679	***
17.Klinik risk politikaları organizasyon içinde paylaşılır (Madde 43/ORY Boyutu).	0,754	0,679	36,972	***
18.Klinik riskleri düzenli olarak değerlendiririz (Madde 37/ORY Boyutu).	0,779	0,675	34,463	***
19.Klinik bir risk tanımlandığında her zaman o riski önlemeye dönük bir çaba vardır (Madde 35/ORY Boyutu).	0,801	0,749	38,277	***
20.Risk yönetimine ilişkin ortak bir yaklaşım mevcut değildir (Madde 30/ORY Boyutu).	1,155	0,860	55,854	***
21.En önemli klinik riskler ile ilgili yeterli bilgi toplayamayız (Madde 27/ ORY Boyutu).	1,000	0,784		
22.Klinik riskler tanımlandıktan sonra gerçekten	0,985	0,767	49,598	***

gerekir yapılmaz (Madde 21/ORY Boyutu).				
23. Klinik riskler ile ilgili bilgi toplarız (Madde 14/ORY Boyutu).	0,875	0,766	36,712	***
24. Suçlayıcı bir ortamda çalışırız (Madde 26/SCO Boyutu).	1,000	0,824		
25. Meslektaşlarla açık ve dürüst olmak güvenli değildir (Madde 10/SCO Boyutu).	0,787	0,631	38,152	***
26. Personel değerlendirmeleri personeli cezalandırmak için kullanılır (Madde 7/SCO Boyutu).	0,890	0,785	44,288	***
27. Klinik olaylara karışanlar suçlu hissettirilir (Madde 5/SCO Boyutu).	0,844	0,709	43,081	***
28. Hata raporlama sistemleri klinisyenleri cezalandırmak için temel bir araçtır (Madde 3/SCO Boyutu).	0,687	0,594	32,716	***
27. Bir şeyler ters gittiğinde, otomatik olarak birinin suçlanacağı fikri vardır (Madde 1/SCO Boyutu).	0,882	0,625	39,202	***
30. Meslektaşların birbirlerinin görevlerini anlamadıkları görülmektedir (Madde 53/MBC Boyutu).	1,059	0,770	44,686	***
31. Kişiler meslektaşlarının kendilerinden neler beklediklerini bilmezler (Madde 45/MBC Boyutu).	0,875	0,683	40,074	***
32. Herkesin katkılarına karşılıklı saygı vardır (Madde 40/MBC Boyutu).	1,001	0,790	44,247	***
33. Meslektaşlar birbirine karşı dürüst değildir (Madde 19/MBC Boyutu).	1,000	0,741		
34. Gelişim ihtiyaçları düzenli olarak değerlendirilir (Madde 49/EGF Boyutu).	1,000	0,652		
35. Araştırma kanıtlarını bulup ortaya çıkarma konusunda eğitim olanağı yoktur (Madde 28/EGF Boyutu).	1,284	0,823	36,294	***
36. Kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili teknik yardımlar mevcuttur (Madde 15/EGF Boyutu).	1,098	0,792	38,134	***
37. Kalite iyileştirme aktiviteleri için zaman ayrılır (Madde 9/EGF Boyutu).	1,233	0,716	36,728	***
38. Kişiler iyi uygulamaları yaymak için zaman ayırır (Madde 32/OO Boyutu).	1,000	0,800		
39. Örgütün değişik bölümlerindeki ekipler iyi uygulamalarını paylaşırlar (Madde 31/OO Boyutu).	0,858	0,714	46,664	***
40. Kaliteyi iyileştirmek için takımla birlikte çalışırız (Madde 13/OO Boyutu).	0,996	0,767	45,717	***

***p<0,001 **p<0,01 *p<0,05 **C.R.:** Critical Ratio (kritik oran/teorik değer),

Estimate: Kestirim Değeri, **Standart Estimate:** Standart Kestirim Değeri (Faktör Yüğü)

Tablo 6.12' ye göre; çalışmamızda, klinik yönetim iklimi ölçeğine ait birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi ile ilgili kestirim değerleri yer almaktadır. Klinik yönetim iklimi ölçeğinin, doğrulayıcı faktör analizinde tüm maddelerinin anlamlılık düzeyleri (p<0,05) bulunmuştur. Standart faktör yükleri de (FY>0,50) şartını sağlamaktadır (186). Şekil 6.1'de klinik yönetim iklimi ölçeğine ait, faktör yük değerleri verilmiştir.



Şekil 6.1. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Birinci Düzey DFA Grafik Yapısı

Klinik yönetim iklimi ölçeği birinci düzey doğrulayıcı faktör analizine ait kovaryans değerleri alt boyut sayısı fazla olduğu için tablo 6.13' de verilmiştir. Kovaryans değerleri, her bir boyutun altında yer alan maddelerin anlamlı olup olmadığını göstermektedir.

Tablo 6.13. KYİ Ölçeği Boyutlar Arası Kovaryans Değerleri

Boyut	Boyut	Kestirim Değeri (estimate)	Standart Hata (standart error)	Kritik Oran (critical ratio)	P
1. Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı (PEKG)	ORY	0,479	0,017	27,69	***
	SCO	0,499	0,018	27,73	***
	MBC	0,498	0,018	27,20	***
	EGF	0,378	0,015	24,86	***
	OO	0,405	0,015	26,91	***
2. Önleyici Risk Yönetimi (ORY)	SCO	0,572	0,019	29,62	***
	MBC	0,549	0,018	30,49	***
	EGF	0,423	0,016	26,69	***
	OO	0,463	0,015	30,00	***
3. Suç ve Ceza Ortamı (SCO)	MBC	0,599	0,019	30,81	***
	EGF	0,451	0,017	26,48	***
	OO	0,520	0,017	29,79	***
4. Meslektaşlarla Birlikte Çalışmak (MBC)	EGF	0,419	0,016	26,36	***
	OO	0,477	0,016	29,42	***
5. Eğitim ve Geliştirme Fırsatları (EGF)	OO	0,359	0,016	22,79	***

***p<0,001 **p<0,01 *p<0,05

Tablo 6.13'te verilen klinik yönetim iklimi ölçeği boyutlar arası kovaryans değerlerinin tümünün pozitif ve anlamlı ($p<0,05$) olduğu görülmüştür. Kovaryans değerleri, her bir boyutun altında yer alan maddelerin anlamlı olup olmadığını göstermektedir.

Tablo 6.14. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği Birinci Düzey DFA Uyum Ölçütleri

Endeksler	İyi Uyum Normal Değeri	Kabul Edilebilir Uyum Normal Değeri	Model Sonuçları	Uyum
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 < \chi^2/df \leq 3$	2,87	Kabul edilebilir
GFI	$\geq 0,90$	0,85-0,89	0,90	İyi uyum
CFI	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$	0,91	Kabul edilebilir
SRMR	$\leq 0,05$	$0,06 \leq SRMR \leq 0,08$	0,07	Kabul edilebilir
RMSEA	$\leq 0,05$	$0,06 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,04	İyi uyum

Kaynak: (189).

Modeli test etmek için kurulan modelde bulunan faktörler için uyum iyiliği indeksleri ve Ki-kare (χ^2/df) değeri verilmiştir. Buna göre; doğrulayıcı faktör analizi modelinde test değerleri ($p<0,05$) olmak üzere, χ^2 (2081,47) ve χ^2/df (2,87)

bulduğundan modelin anlamlı olduğu anlaşılmaktadır. Modelin uyum endeks değerleri GFI (0,90), CFI (0,91), SRMR (0,07), RMSEA (0,04) kabul edilebilir uyum sınırları içinde yer aldığından modelin geçerli olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 6.14).

B) Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Birinci Düzey DFA Sonuçları: Literatürde 42 madde ve 12 boyut olarak yer alan hasta güvenliği kültürü ölçeği, Sorra ve Nieva tarafından 2004 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (119). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise, Filiz (2009) tarafından yapılmıştır (120). HGK ölçeğine, örneklemimizde uygulanan doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) 12 boyut yapısı korunmuş ancak standart faktör yükleri düşük ($FY < 0,50$; $p < 0,05$) olan (186), 8 madde analizden çıkarılmıştır. DFA sonucu HGK ölçeğinden çıkarılan bu 8 madde şu şekildedir; güvenliğin kapsamlı algılanması boyutundan 2 ifade (A10, A17), yönetici beklentileri (B3, B4) ve personel sağlama boyutlarından (A7, A14) 2'şer ifade ile, hastane üniteleri arasında ekip çalışması boyutundan (F4, F10) 2 ifade olmak üzere, toplam 8 madde analizden çıkarılmış ve çalışma 34 madde ile analiz edilmiştir. Analizde, maddelerin standart faktör yükleri değerlerinin **(0,532;0,903)** aralığında değiştiği yer tespit edilmiştir. Analize ait parametre detayları, Tablo 6.15'te verilmiştir.

Tablo 6.15. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Birinci Düzey DFA Sonuçları

<i>Sorular/Boyut Adı</i>	<i>Kestirim Değeri (estimate)</i>	<i>Faktör Yükü (standart estimate)</i>	<i>Kritik Oran (C.R.)</i>	<i>P</i>
1.Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir (Madde A15/GKA Boyutu).	1,000	0,678		
2.Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır (Madde A18/GKA Boyutu).	0,954	0,729	32,368	***
3.Bir hata yapıldığında ancak hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde ne sıklıkla rapor ediliyor (Madde D1/HRS Boyutu).	1,000	0,872		
4.Bir hata yapıldığında ancak hastaya zarar verme potansiyeli olmadığında ne sıklıkla rapor ediliyor (Madde D2/HRS Boyutu).	1,006	0,903	59,717	***
5.Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor (Madde D3/HRS Boyutu).	0,882	0,812	48,528	***
6.Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz (Madde F2/HUAEC).	1,000	0,589		
7.Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz (Madde F6/HUAEC).	1,036	0,617	24,513	***
8.Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir (Madde F3/HMD Boyutu).	1,000	0,746		
9.Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman kaybedilir (Madde F5/HMD Boyutu).	0,855	0,556	27,442	***
10.Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur (Madde F7/HMD Boyutu).	0,985	0,751	35,804	***
11.Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir (Madde F11/HMD Boyutu).	0,855	0,670	29,868	***

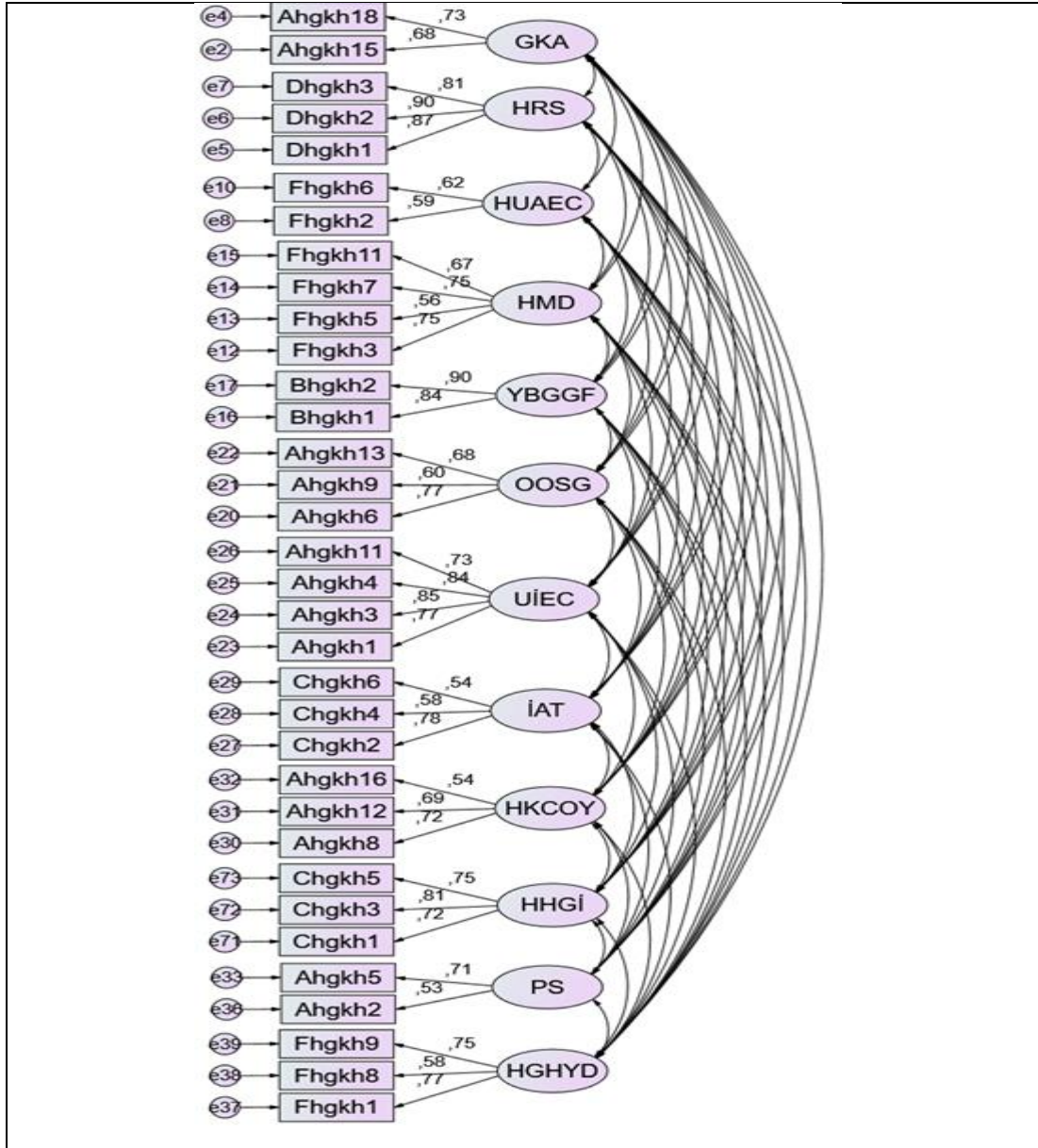
12.Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapılmış bir işi gördüğünde takdir eder (Madde B1/YBGGF Boyutu).	1,000	0,841		
13.Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır (Madde B2/YBGGF Boyutu).	1,024	0,898	48,808	***
14.Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırız (Madde A6/OOSG Boyutu).	1,000	0,769		
15.Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir (Madde A9/OOSG Boyutu).	0,737	0,600	28,988	***
16.Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz (Madde A13/OOSG Boyutu).	0,810	0,677	30,761	***
17.Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler (Madde A1/UİEC Boyutu).	1,000	0,767		
18.Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız (Madde A3/UİEC Boyutu)	1,050	0,846	49,964	***
19.Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır (Madde A4/UİEC).	1,011	0,836	50,477	***
20.Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığımda diğerleri yardım eder (Madde A11/ UİEC).	0,893	0,734	36,294	***
21.Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir (Madde C2/İAT Boyutu).	1,000	0,779		
22.Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder (Madde C4/ İAT Boyutu).	0,913	0,577	30,286	***
23.Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar (Madde C6/ İAT Boyutu).	0,818	0,533	20,143	***
24.Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler (Madde A8/HCOY Boyutu).	1,000	0,722		
25.Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusu vardır (Madde A12/HKCOY Boyutu).	0,959	0,694	25,131	***
26.Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar (Madde A16/HKCOY Boyutu).	0,691	0,534	21,270	***
27.Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışırlar (madde A5/PS Boyutu).	1,000	0,708		
28.Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur (Madde A2/PS Boyutu).	0,856	0,532	22,253	***
29.Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır (Madde F1/HGHYD Boyutu).	1,000	0,773		
30.Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor (Madde F8/HGHYD Boyutu).	0,784	0,580	26,497	***
31.Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir (Madde F9/HGHYD Boyutu).	1,053	0,750	33,740	***
32.Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz (Madde C1/HHGİ Boyutu).	1,000	0,713		
33.Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz (Madde C3/HHGİ Boyutu).	1,092	0,807	41,040	***
34.Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız (Madde C5/HHGİ Boyutu).	1,010	0,745	35,535	***

***p<0,001 **p<0,01 *p<0,05, **C.R.:** Critical Ratio (kritik oran/teorik değer),

Estimate: Kestirim Değeri, **Standart Estimate:** Standart Kestirim Değeri (Faktör Yüğü)

Tablo 6.15' e göre; çalışmamızda, hasta güvenliği kültürü ölçeğine ait birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi ile ilgili kestirim değerleri yer almaktadır. Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin, doğrulayıcı faktör analizinde tüm maddelerinin anlamlılık

düzeyleri ($p < 0,05$) bulunmuştur. Standart faktör yükleri de ($FY > 0,50$) şartını sağlamaktadır (186). Şekil 6.2’de hasta güvenliği kültürü ölçeğine ait, faktör yük değerleri verilmiştir.



Şekil 6.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Birinci Düzey DFA Grafik Yapısı

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin birinci düzey doğrulayıcı faktör analizine ait kovaryans değerleri alt boyut sayısı fazla olduğu için Tablo 6.16’da verilmiştir.

Tablo 6.16. HGK Ölçeği Boyutlar Arası Kovaryans Değerleri

Boyut	Boyut	Kestirim Değeri (estimate)	Standart Hata (standart error)	Kritik Oran (C.R.)	P Değeri
1.Güvenliğin Kapsamlı Algılanması (GKA)	HRS	0,271	0,020	13,37	***
	HUAEC	0,258	0,019	13,87	***
	HMD	0,329	0,019	17,61	***
	YBGGF	0,396	0,022	18,22	***
	OOSG	0,542	0,024	22,40	***
	ÜİEC	0,523	0,023	22,29	***
	İAT	0,3470	0,018	19,33	***
	HKCOY	0,116	0,022	5,30	***
	HHGİ	0,300	0,017	17,16	***
	PS	0,337	0,024	13,89	***
	HGHYD	0,353	0,020	17,45	***
2.Hataların Raporlanma Sıklığı (HRS)	HUAEC	0,256	0,019	13,72	***
	HMD	0,300	0,018	16,48	***
	YBGGF	0,300	0,021	14,16	***
	OOSG	0,302	0,022	13,97	***
	ÜİEC	0,234	0,020	11,53	***
	İAT	0,313	0,019	16,55	***
	HKCOY	0,180	0,021	8,64	***
	HHGİ	0,337	0,019	17,35	***
	PS	0,192	0,022	8,61	***
	HGHYD	0,344	0,019	17,95	***
3.Hastane üniteleri arasında ekip çalışması (HUAEC)	HMD	0,470	0,021	22,25	***
	YBGGF	0,333	0,019	17,41	***
	OOSG	0,265	0,019	13,96	***
	ÜİEC	0,277	0,018	15,17	***
	İAT	0,280	0,016	17,21	***
	HKCOY	0,143	0,020	7,268	***
	HHGİ	0,266	0,016	16,46	***
	PS	0,161	0,020	8,10	***
HGHYD	0,337	0,018	18,23	***	
4. Hasta müdahaleleri ve değişim (HMD)	YBGGF	0,354	0,018	19,39	***
	OOSG	0,315	0,019	16,92	***
	ÜİEC	0,316	0,018	17,53	***
	İAT	0,346	0,016	22,09	***
	HKCOY	0,190	0,019	9,76	***
	HHGİ	0,336	0,016	21,28	***
	PS	0,154	0,019	7,94	***
	HGHYD	0,382	0,018	21,36	***
5. Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (YBGGF)	OOSG	0,407	0,022	18,35	***
	ÜİEC	0,386	0,021	18,36	***
	İAT	0,410	0,019	21,39	***
	HKCOY	0,277	0,022	12,57	***
	HHGİ	0,363	0,019	18,77	***
	PS	0,229	0,023	10,11	***
HGHYD	0,402	0,020	19,62	***	

Boyut	Boyut	Kestirim Değeri (estimate)	Standart Hata (standart error)	Kritik Oran (C.R.)	P Değeri
6. Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (OOSG)	ÜİEC	0,579	0,024	24,25	***
	İAT	0,307	0,018	17,48	***
	HKCOY	0,102	0,022	4,57	***
	HHGİ	0,301	0,018	16,92	***
	PS	0,420	0,025	16,57	***
	HGHYD	0,346	0,021	16,87	***
7. Üniteler içinde ekip çalışması (ÜİEC)	İAT	0,319	0,017	18,86	***
	HKCOY	0,109	0,021	5,21	***
	HHGİ	0,297	0,017	17,57	***
	PS	0,445	0,025	18,11	***
	HGHYD	0,314	0,020	15,91	***
8. İletişimin açık tutulması (İAT)	HKCOY	0,293	0,018	16,46	***
	HHGİ	0,436	0,018	23,80	***
	PS	0,160	0,018	8,90	***
	HGHYD	0,356	0,017	20,51	***
9. Hataya karşı cezai olmayan yanıt (HKCOY)	HHGİ	0,237	0,017	13,81	***
	PS	0,239	0,023	4,71	*
	HGHYD	0,203	0,019	10,84	***
10. Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (HHGİ)	PS	0,122	0,018	6,88	***
	HGHYD	0,359	0,017	20,84	***
11. Personel sağlama (PS)	HGHYD	0,200	0,021	9,38	***

***p<0,001 **p<0,01 *p<0,05

Tablo 6.16’da verilen klinik yönetim iklimi ölçeği boyutlar arası kovaryans değerlerinin tümünün pozitif ve anlamlı (p<0,05) olduğu görülmüştür. Bu kovaryans değerleri, her bir boyutun altında yer alan maddelerin anlamlı olup olmadığını göstermektedir.

Tablo 6.17. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Birinci Düzey DFA Uyum Ölçütleri

Endeksler	İyi Uyum Normal Değeri	Kabul Edilebilir Uyum Normal Değeri	Model Sonuçları	Uyum
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 < \chi^2/df \leq 3$	2,99	Kabul edilebilir
GFI	$\geq 0,90$	0,85-0,89	0,90	İyi uyum
CFI	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$	0,91	Kabul edilebilir
SRMR	$\leq 0,05$	$0,06 \leq SRMR \leq 0,08$	0,07	Kabul edilebilir
RMSEA	$\leq 0,05$	$0,06 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,03	İyi uyum

Kaynak: (189).

Buna göre; çalışmamızda birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi modelinde test

değerleri ($p < 0,05$) olmak üzere; $\chi^2(1135,86)$, χ^2/df (2,99) bulunduğundan modelin anlamlı olduğu anlaşılmaktadır. Modelin uyum endeks değerleri; GFI (0,90), CFI (0,91), SRMR (0,07), RMSEA (0,03) kabul edilebilir uyum sınırları içinde yer aldığından modelin geçerli olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 6.17).

6.5.2. Ölçüm modeli doğrulayıcı faktör analizi

Gözlenen değişkenler ile örtük değişkenler arasındaki bağlantıyı gösteren yapıya ölçüm modeli olarak tanımlanmaktadır. Ölçüm modeli; araştırmada yer alan ölçeklerin alt boyutlarının ayrışma (discriminant validity) geçerliliğinin sağlanıp sağlanmamasına bağlı olarak, yapısal modelin kurulabilmesi konusunda bilgi sağlar ($AVE \geq 0,50$) (190). Çalışmamızda, **araştırma modelinden önce** modeli oluşturacak her iki ölçeğe ait, alt boyutların bir arada olduğu ölçüm modeline doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Ölçüm modelinde, ölçeklere ait boyut yapısı ve tüm maddeler korunmuş ve standart faktör yüklerinin (**0,52-0,90**) aralığında yer aldığı belirlenmiş olup, tüm faktör yüklerinin anlamlı olduğu ($p < 0,05$) tespit edilmiştir. Ölçüm modelinde; klinik yönetim iklimi (40 madde) ve hasta güvenliği kültürü (34 madde) olmak üzere toplam 74 maddeden oluşmaktadır. Analize ait parametre detayları, Tablo 6.18’de verilmiştir.

Tablo 6.18. Ölçüm Modeli Doğrulayıcı Faktör Analizi (74 madde)

Değişkenler	Madde	Kestirim Değeri (estimate)	Faktör Yükü (standart estimate)	Kritik Oran (C.R.)	P değeri
1. Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı (PEKG) (15 Madde)	Madde 51	0,870	0,516	19,758	***
	Madde 48	1,074	0,640	23,234	***
	Madde 46	1,117	0,633	23,043	***
	Madde 42	1,038	0,549	20,748	***
	Madde 41	1,073	0,623	22,799	***
	Madde 38	0,967	0,532	20,243	***
	Madde 36	1,110	0,637	23,156	***
	Madde 18	1,000	0,581		
	Madde 20	0,944	0,562	21,116	***
	Madde 24	1,063	0,625	22,839	***
	Madde 25	1,150	0,668	23,950	***
	Madde 59	1,070	0,613	22,526	***
	Madde 58	1,024	0,602	22,240	***
	Madde 56	1,070	0,601	22,204	***
	Madde 29	1,200	0,684	24,346	***
2. Önleyici Risk Yönetimi (ORY) (8 madde)	Madde 44	0,814	0,566	22,232	***
	Madde 43	0,837	0,577	22,610	***
	Madde 37	0,765	0,528	20,937	***
	Madde 35	0,747	0,531	21,024	***

	Madde 30	1,115	,716	27,021	***
	Madde 27	1,000	0,640		
	Madde 21	0,993	0,631	24,392	***
	Madde 14	0,831	0,559	22,008	***
3.Suç ve Cez Ortamı (SCO) (6 madde)	Madde 26	1,000	0,729		
	Madde 10	0,802	0,542	22,039	***
	Madde 7	0,803	0,602	24,368	***
	Madde 5	0,876	0,649	26,183	***
	Madde 3	0,779	0,541	21,986	***
	Madde 1	0,861	0,567	23,008	***
4.Meslektaşlar ile Birlikte Çalışma (MBC) (4 madde)	Madde 53	0,975	0,545	21,240	***
	Madde 45	0,880	0,589	22,667	***
	Madde 40	0,802	0,524	20,564	***
	Madde 19	1,000	0,623		
5.Eğitim ve Geliştirme Fırsatları (EGF) (4 madde)	Madde 49	1,000	0,624		
	Madde 28	0,941	0,594	21,682	***
	Madde 15	1,090	0,725	25,091	***
	Madde 9	1,155	0,670	23,761	***
6.Örgütsel Öğrenme (OO) (3 madde)	Madde 32	1,000	0,819		
	Madde 31	0,893	0,737	30,180	***
	Madde 13	0,908	0,667	27,766	***
1.Güvenliğin Kapsamlı Algılanması (GKA) (2 madde)	Madde A15	1,000	0,695		
	Madde A18	0,945	0,730	25,20	***
2.Hataların Raporlanma Sıklığı (HRS) (3 madde)	Madde D1	1,000	0,858		
	Madde D2	1,027	0,900	48,185	***
	Madde D3	0,893	0,798	42,134	***
3.H. Üniteleri Arasında Ekip Çalışması (HUAEC) (2 madde)	Madde F2	1,000	0,598		
	Madde F6	1,109	0,651	23,929	***
4.Hasta Müdahaleleri ve Değişim (HMD) (4 madde)	Madde F3	1,000	0,730		
	Madde F5	0,872	0,561	22,925	***
	Madde F7	1,017	0,739	29,803	***
	Madde F11	0,824	0,610	24,894	***
5.Yönetici Beklentileri ve Güvenlik Gelişt. Faaliyetleri (YBGGF) (2 madde)	Madde B1	1,000	0,799		
	Madde B2	1,042	0,885	33,556	***
6.Organizasyonel Öğrenme ve Sürekli Geliştirme (OOSG) (3 madde)	Madde A6	1,000	0,718		
	Madde A9	0,779	0,580	24,194	***
	Madde A13	0,773	0,605	25,255	***
7.Üniteler İçinde Ekip Çalışması (UİEC) (4 madde)	Madde A1	1,000	0,789		
	Madde A3	0,997	0,835	39,979	***
	Madde A4	0,999	0,827	39,532	***
	Madde A11	0,778	0,641	29,198	***
8.İletişimin Açık Tutulması Boyutu (İAT) (3 madde)	Madde C2	1,000	0,706		
	Madde C4	1,081	0,793	30,306	***
	Madde C6	1,023	0,750	29,112	***
9.Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt (HKCOY) (3 madde)	Madde A8	1,000	0,610		
	Madde A12	1,170	0,726	14,682	***
	Madde A16	0,816	0,528	15,692	***
10.Hatalar Hakkında Geribildirim ve İletişim	Madde C1	1,000	0,733		
	Madde C3	1,092	0,817	40,040	***

(HHGİ) (3 madde)	Madde C5	1,010	0,746	34,335	***
11. Personel sağlama (PS) (2 madde)	Madde A5	1,000	0,651		
	Madde A2	0,949	0,546	17,960	***
12. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (HGHYD) (3 madde)	Madde F1	1,000	0,804		
	Madde F8	0,747	0,546	22,007	***
	Madde F9	0,839	0,623	24,969	***

***p<0,001 **p<0,01 *p<0,05 C.R.: Critical Ratio (kritik oran/teorik değer),

Estimate: Kestirim Değeri, Standart Estimate: Standart Kestirim Değeri (Faktör Yüğü)

Araştırma modelinden önce, modeli oluşturacak ölçeklere ait alt boyutların bir arada oluşturduğu ölçüm modeli doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Modelden elde edilen uyum endeksleri; (p<0,05) olmak üzere χ^2 (6239,68), χ^2/df (3,012), GFI (0,89), CFI (0,91), SRMR (0,07), RMSEA (0,05) bulunduğundan modelin anlamlı olduğu anlaşılmaktadır. Modelin uyum endeks değerleri kabul edilebilir uyum sınırları içinde yer almaktadır (Tablo 6.19).

Tablo 6.19. Ölçüm Modeli Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum Ölçütleri

Endeksler	İyi Uyum Normal Değeri	Kabul Edilebilir Uyum Normal Değeri	Ölçüm Modeli Sonuçları (KYİ ve HGK)	Uyum
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 < \chi^2/df \leq 3$	3,012	Kabul edilebilir
GFI	$\geq 0,90$	0,85-0,89	0,89	Kabul edilebilir
CFI	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$	0,91	Kabul edilebilir
SRMR	$\leq 0,05$	$0,06 \leq SRMR \leq 0,08$	0,07	Kabul edilebilir
RMSEA	$\leq 0,05$	$0,06 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,05	Kabul edilebilir

Kaynak: (189).

6.5.3. Ölçüm modeli geçerlilik ve güvenilirlik analizleri

Ölçüm modeli; araştırmada yer alan ölçeklerin alt boyutlarının ayrışma (discriminant validity) geçerliliğinin sağlanıp sağlanmamasına bağlı olarak, yapısal modelin kurulabilmesi konusunda bilgi sağlar. Birleşik güvenilirlik (CR) değerleri, doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen faktör yüklerinden hesaplanmaktadır. Birleşik güvenilirlik değeri (CR \geq 0,70) olduğunda, birleşik güvenilirlik şartının sağlanmaktadır (191).

Yakınsama geçerliliğinin (convergent validity-CV) göstergesi, açıklanan ortalama varyans (AVE) değeridir. Yakınsama geçerliliğinin teyit edilebilmesi için

açıklanan ortalama varyansın ($AVE \geq 0,50$) olması gereklidir. Ancak birleşik güvenilirlik değerlerinin tamamı (0,70) değerinden yüksek olduğunda ($AVE \geq 0,40$) olması yeterli görülmektedir. Ayrıca, bir araştırma modelindeki örtük değişkenlerin ayrışma geçerliliğine (discriminant validity) sahip olabilmesi için $\sqrt{AVE} >$ korelasyon değerleri şartlarının sağlanması gerekmektedir (190). Tablo 6.20’de, söz konusu bu kriterlerin karşılandığı ve Cronbach’s alpha (CA), birleşik güvenilirlik (CR) ve açıklanan ortalama varyans değerleri (AVE) görülmektedir.

Tablo 6.20. Ölçeklerin Korelasyon Matrisi ve Ayrışma Geçerliliği

Boyutlar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1. PEKG	0,710																		
2. ORY	-0,627	0,773																	
3. SCO	0,550	-0,455	0,700																
4. MBC	-0,733	0,567	-0,499	0,746															
5. EGF	-0,508	0,692	-0,408	0,441	0,748														
6. OO	-0,338	0,552	-0,304	0,380	0,544	0,760													
7. GKA	0,349	-0,332	0,266	-0,315	-0,232	-0,191	0,893												
8. HRS	0,317	-0,307	0,241	-0,271	-0,274	-0,205	0,280	0,863											
9. HUAEC	-0,343	0,352	-0,254	0,355	0,342	0,294	-0,224	-0,205	0,835										
10. HMD	0,352	-0,375	0,281	-0,360	-0,329	-0,257	0,309	0,226	-0,660	0,702									
11. YBGGF	0,422	-0,377	0,302	-0,373	-0,321	-0,241	0,430	0,321	-0,272	0,273	0,893								
12. OOSG	0,394	-0,342	0,280	-0,354	-0,276	-0,216	0,569	0,305	-0,223	0,244	0,442	0,702							
13. UJEC	0,388	-0,322	0,325	-0,379	-0,219	-0,215	0,544	0,279	-0,257	0,304	0,471	0,646	0,804						
14. İAT	0,463	-0,462	0,334	-0,404	-0,378	-0,330	0,412	0,481	-0,283	0,333	0,501	0,419	0,444	0,773					
15. HHGİ	0,243	-0,179	0,244	-0,235	-0,222	-0,164	-0,017	0,100	-0,208	0,206	0,157	0,021	0,077	0,150	0,663				
16. HKCOY	0,431	-0,428	0,320	-0,374	-0,364	-0,291	0,393	0,757	-0,276	0,313	0,463	0,412	0,416	0,856	0,156	0,802			
17. PS	-0,206	0,096	-0,154	0,173	0,065	0,036	-0,299	-0,176	0,095	-0,092	-0,301	-0,428	-0,504	-0,230	0,048	-0,228	0,712		
18. HGHYD	0,491	-0,462	0,336	-0,421	-0,403	-0,304	0,418	0,378	-0,363	0,420	0,490	0,392	0,382	0,530	0,134	0,493	-0,226	0,704	
C. Alpha	0,898	0,814	0,780	0,780	0,734	0,770	0,671	0,887	0,560	0,684	0,827	0,684	0,851	0,790	0,655	0,613	0,601	0,675	
C. Reliability	0,869	0,909	0,850	0,834	0,835	0,805	0,831	0,898	0,807	0,742	0,883	0,742	0,880	0,817	0,703	0,754	0,792	0,732	
AVE	0,505	0,559	0,490	0,558	0,561	0,579	0,798	0,746	0,698	0,494	0,798	0,494	0,647	0,598	0,440	0,654	0,508	0,496	

**p<0,01 *p<0,05 CA: Cronbach's Alpha CR: Bileşik Güvenilirlik AVE: Ortalama Varyans *p<0,01 *p<0,05

Klinik Yönetişim İklimi Boyutları (6 boyut): 1. PEKG: Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme, 2. ORY: Önleyici Risk Yönetimi, 3. SCO: Suç ve Ceza Ortamı, 4. MBC: Meslektaşlar ile Birlikte Çalışma, 5. EGF: Eğitim ve Geliştirme Fırsatları, 6. OO: Örgütsel Öğrenme

Hasta Güvenliği Kültürü Boyutları (12 boyut): 7. GKA: Güvenliğin kapsamlı algılanması, 8. HRS: Hataların raporlanma sıklığı, 9. HUAEC: Hastane üniteleri arasındaki ekip çalışması, 10. HMD: Hastane müdahaleleri ve değişim, 11. YBGGF: Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, 12. OOSG: Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme, 13. UJEC: Üniteler içinde ekip çalışması, 14. İAT: İletişimin açık tutulması, 15. HHGİ: Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim, 16. HKCOY: Hataya karşı cezai olmayan yanıt, 17. PS: Personel sağlama 18. HGHYD: Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği

CA: Cronbach's alpha, CR: Composite reliability (birleşik güvenilirlik), AVE: Average variance extracted (açıklanan ortalama varyans)

Tablo 6.20'den çıkarılabilecek önemli sonuçlar şu şekildedir:

1-Cronbach's Alfa Değeri (CA): Cronbach's alpha değerlerinin; klinik yönetim iklimi ölçeği (KYİ) alt boyutları için (0,734-0,898) arasında olduğu ve hasta güvenliği kültürü ölçeği (HGK) alt boyutları için (0,560-0,887) arasında olduğu saptanmış olup her iki ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğu görülmüştür. Genel Cronbach's alpha değerleri ise; klinik yönetim iklimi ölçeği (KYİ) için (0,891), hasta güvenliği kültürü ölçeği (HGK) için (0,879) olarak bulunmuştur.

2-Birleşik Güvenilirlik Değeri (CR): Doğrulayıcı faktör analizinden hesaplanan birleşik güvenilirlik değerlerinin, ölçeklere ait alt boyutlarda 0,703-0,909 arasında olduğu, dolayısıyla tüm değişkenler için CR değerleri >0,70 bulunduğundan birleşik güvenilirlik koşulunun sağlandığı görülmektedir (191).

3-Korelasyon Değerleri: Ölçeklere ait alt boyutlar arasındaki korelasyon değerleri, ölçüm modeli ayrışma geçerliliğinin (discriminant geçerliliği) test edilmesi amacıyla hesaplanarak Tablo 6.20'de verilmiştir. Buna göre; boyutlar arası korelasyon değerlerinin (-0,733 ve +0,856) aralığında olduğu bulunmuştur (Tablo 6.20).

3.1. Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme (PEKG): Pozitif anlamlı boyutlar; GKA (r=0,349; p<0,05), HRS (r=0,317; p<0,05), HMD (r=0,352; p<0,05), YBGGF (r=0,422; p<0,05), OOSG (r=0,394; p<0,05), UİEC (r=0,388; p<0,05), İAT (r=0,463; p<0,05), HHGİ (r=0,243; p<0,05), HKCOY (r=0,431; p<0,05), HGHYD (r=0,491; p<0,05) olarak bulunmuştur. Negatif anlamlı boyutlar; HUAEC (r=-0,343; p<0,05) ve PS (r=-0,206; p<0,05) olarak bulunmuştur.

3.2. Önleyici Risk Yönetimi (ORY): Negatif anlamlı boyutlar; GKA için (r=-0,332; p<0,05), HRS için (r=-0,307; p<0,05), HMD için (r=-0,375; p<0,05), YBGGF (r=-0,377; p<0,05), OOSG (r=-0,342; p<0,05), UİEC (r=-0,322; p<0,05), İAT (r=-0,462; p<0,05), HHGİ (r=-0,179; p<0,05), HKCOY (r=-0,428; p<0,05), HGHYD (r=-0,462; p<0,05) olarak bulunmuştur. Pozitif anlamlı boyutlar; HUAEC (r=0,352; p<0,05), ve PS (r=0,096; p<0,05) olarak bulunmuştur.

3.3. Suç ve Ceza Ortamı (SCO): Pozitif anlamlı boyutlar; GKA (r=0,266; p<0,05), HRS (r=0,241; p<0,05), HMD (r=0,281; p<0,05), YBGGF (r=0,302; p<0,05), OOSG (r=0,280; p<0,05), UİEC (r=0,325; p<0,05), İAT (r=0,334; p<0,05), HHGİ (r=0,244; p<0,05), HKCOY (r=0,320; p<0,05), HGHYD (r=0,336; p<0,05) olarak bulunmuştur. Negatif anlamlı boyutlar; HUAEC (r=-0,254; p<0,05), ve PS (r=-0,154; p<0,05) olarak

bulunmuştur.

3.4. Meslektaşlar ile Birlikte Çalışma (MBC): Negatif anlamlı boyutlar; GKA ($r=-0,315$; $p<0,05$), HRS ($r=-0,271$; $p<0,05$), HMD ($r=-0,360$; $p<0,05$), YBGGF ($r=-0,373$; $p<0,05$), OOSG ($r=-0,354$; $p<0,05$), ÜİEC ($r=-0,379$; $p<0,05$), İAT ($r=-0,404$; $p<0,05$), HHGİ ($r=-0,235$; $p<0,05$), HKCOY ($r=-0,374$; $p<0,05$), HGHYD ($r=-0,421$; $p<0,05$) olarak bulunmuştur. Pozitif anlamlı boyutlar; HUAEC ($r=0,355$; $p<0,05$), ve PS ($r=0,173$; $p<0,05$) olarak bulunmuştur.

3.5. Eğitim ve Geliştirme Fırsatları (EGF): Negatif anlamlı boyutlar; GKA ($r=-0,232$; $p<0,05$), HRS ($r=-0,274$; $p<0,05$), HMD ($r=-0,329$; $p<0,05$), YBGGF ($r=-0,321$; $p<0,05$), OOSG ($r=-0,276$; $p<0,05$), ÜİEC ($r=-0,219$; $p<0,05$), İAT ($r=-0,378$; $p<0,05$), HHGİ ($r=-0,222$; $p<0,05$), HKCOY ($r=-0,364$; $p<0,05$), HGHYD ($r=-0,403$; $p<0,05$) olarak bulunmuştur. Pozitif anlamlı boyutlar; HUAEC ($r=0,342$; $p<0,05$), ve PS ($r=0,065$; $p<0,05$) olarak bulunmuştur.

3.6. Örgütsel Öğrenme (OO): Negatif anlamlı boyutlar; GKA ($r=-0,191$ $p<0,05$), HRS ($r=-0,205$; $p<0,05$), HMD ($r=-0,257$; $p<0,05$), YBGGF ($r=-0,241$; $p<0,05$), OOSG ($r=-0,216$; $p<0,05$), ÜİEC ($r=-0,215$; $p<0,05$), İAT ($r=-0,330$; $p<0,05$), HHGİ ($r=-0,164$; $p<0,05$), HKCOY ($r=-0,291$; $p<0,05$), HGHYD ($r=-0,304$; $p<0,05$) olarak bulunmuştur. Pozitif anlamlı boyut; HUAEC için ($r=0,294$; $p<0,05$), PS boyutu için ise korelasyon değeri ($r=0,036$; $p>0,05$) anlamsız bulunmuştur.

4-Yakınsama ve Ayrışma Geçerliliği: Yakınsama geçerliliğinin (concurrent validity-CV) göstergesi, açıklanan ortalama varyans (AVE) değeridir. Yakınsama geçerliliğinin teyit edilebilmesi için, açıklanan ortalama varyans değerinin ($AVE\geq 0,50$) olması gerekmektedir. Ancak birleşik güvenilirlik değerlerinin tamamı (0,70) değerinden yüksek olduğunda, ($AVE\geq 0,40$) olması yeterli görülmüştür. Bir DFA modelinde, faktörlerin ayrışma geçerliliğine sahip olabilmesi için, AVE karekök değerlerinin korelasyon değerlerinden yüksek olması şartının sağlanması gereklidir (190). Tablo 6.20’de ayrışma geçerliliğine ait, AVE karekök değerleri koyu renkte verilmiş ve paranteze alınarak gösterilmiştir. Buna göre; Tablo 6.20’de AVE karekök değerleri parantez içinde verilen değerler, o sütun ve satırda yer alan tüm korelasyon değerlerinden yüksek bulunduğu için boyutların ayrışma geçerliliğinin sağlandığı görülmekte yani, iki boyutun birbirinden ayrıştığı görülmektedir. Benzer şekilde, Tablo 6.20 ’deki matriste diğer ölçek alt boyutları birbirinden ayrışmakta (discriminant

validity-DV) ve böylece model kurulmuş olmaktadır. Tablo 6.20’de, ölçek alt boyutlarının açıklanan ortalama varyans (AVE) değerleri aşağıdaki gibidir;

- Klinik Yönetişim İklimi Ortalama Varyans (AVE) Değerleri: OO boyutunda (0,579), EGF boyutunda (0,561), ORY boyutunda (0,559), MBC boyutunda (0,558), PEKG boyutunda (0,505) bulunmuştur. Sadece, SCO boyutunda (0,490) olarak değerinden (AVE<0,50) düşük olarak bulunmuştur. AVE değerinin (0,50) değerinden düşük olması, birleşik güvenilirlik değerlerinin tamamının (0,70) değerinden büyük olması ile kabul edilebilir duruma gelmiştir.
- Hasta Güvenliği Kültürü Ortalama Varyans AVE Değerleri: GKA boyutu için (0,798), YBGGF boyutu için (0,798), HRS boyutu için (0,746), HUAEC boyutu için (0,698), HKCOY boyutu için (0,654), UIEC boyutu için (0,647), İAT boyutu için (0,598), PS boyutu için (0,508) olarak elde edilmiştir. AVE (0,50) değerinden düşük elde edilen boyutlar; HGHYD boyutu için (0,496), OOSG boyutu için (0,494), HMD boyutu için (0,494) ve HHGİ boyutu için (0,440) olarak hesaplanmıştır. AVE değerinin (0,50) değerinden düşük olması, birleşik güvenilirlik değerlerinin tamamının (0,70) değerinden büyük olması ile kabul edilebilir duruma gelmiştir.

Tablo 6.20’ye göre, ortalama varyans değeri (AVE) 0,440-0,798 değer aralığında bulunduğundan, çalışmamızda tüm değişkenler için (AVE>0,40) bulunmuş olması ölçüm modelinde yakınsama geçerliliği için gerekli şartın sağlandığını göstermektedir (190). Ayrıca hem klinik yönetim iklimi (KYİ) hem de hasta güvenliği kültürü (HGK) ölçeklerinin güvenilirlik ve geçerliliklerinin bulunduğu, aynı zamanda bu iki ölçek ile model oluşturulabilmesi için boyutlar arasında ayrışma geçerliliğinin de (AVE>0,40) sağlandığı görülmektedir.

Sonuç olarak; klinik yönetim iklimi (KYİ) ölçeğinde tüm maddelerden elde edilen Cronbach’s Alpha değeri (0,891), hasta güvenliği kültürü (HGK) ölçeğinde ise, tüm maddelerden elde edilen değer Cronbach’s Alpha (0,879) bulunduğundan he iki ölçekte “yüksek güvenilirlik düzeyindedir. Ayrıca, klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği kültürü ile model oluşturulabilmesi için boyutlar arasında ayrışma geçerliliğinin de (AVE>0,40) sağlandığı görülmektedir.

6.5.4. Ölçeklerin ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonuçları

Bu analizde, birincil seviye faktörlerin kovaryanslarının ikinci seviye faktörü yordamaları test edilmektedir. Bunun için birinci seviyede modellenmiş olan kovaryanslar (iki yönlü oklar) yerine, bu faktörleri üst seviyede yeni faktörlere bağlayan regresyon yolları oluşturulmaktadır (180). Bir başka deyişle, ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizinde her bir boyut altındaki maddelerin anlamlı olup olmadığına bakılmaktadır. Böylelikle, ölçeğin alt boyutlarının toplam ölçeğe etkisi ölçülmektedir.

A) Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği İkinci Düzey DFA Sonuçları: Literatürde 60 madde ve 6 boyut olarak yer alan klinik yönetim iklimi (KYİ) Freeman (2003) tarafından geliştirilmiştir (37). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise, Gürdoğan (2012) tarafından yapılmıştır (21). KYİ ölçeğine, örneklemimizde uygulanan doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) 6 boyut yapısı korunmuş ancak standart faktör yükleri düşük ($FY < 0,50$; $p < 0,05$) olan (186), 20 madde analizden elenmiştir. Analizde, maddelerin faktör yükleri standart değerlerinin (0,620;0,830) aralığında yer aldığı anlaşılmaktadır (Tablo 6.21).

Tablo 6.21. KYİ Ölçeği Boyut ve Maddeler İçin İkinci Düzey DFA Sonuçları

Ölçek	Boyut	Estimate (kestirim değeri)	Standart Estimate (boyut yük değeri)	C.R. (kritik oran)	P değeri	
Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği (40 madde)	→	1.PEKG	1,000	0,998		
	→	2.ORY	-1,134	-0,991	-35,21	***
	→	3.SCO	1,205	0,900	36,39	***
	→	4.MBC	-1,177	-0,979	-34,96	***
	→	5.EGF	-0,893	-0,987	-27,96	***
	→	6.OO	-0,968	-0,905	-30,05	***
Boyut	Madde	Estimate (kestirim değeri)	Standart Estimate (faktör yükü)	C.R. (kritik oran)	P değeri	
1.Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme (PEKG) (15 madde)	→	kyi51	0,949	0,614	28,36	***
	→	kyi48	1,066	0,717	33,38	***
	→	kyi46	1,214	0,764	35,19	***
	→	kyi42	1,105	0,697	31,71	***
	→	kyi41	1,156	0,737	33,45	***
	→	kyi38	1,150	0,696	31,87	***
	→	kyi36	1,114	0,712	34,12	***
	→	kyi18	1,000	0,671		
	→	kyi20	0,939	0,630	30,83	***
	→	kyi24	1,086	0,750	35,11	***
→	kyi25	1,239	0,850	38,54	***	

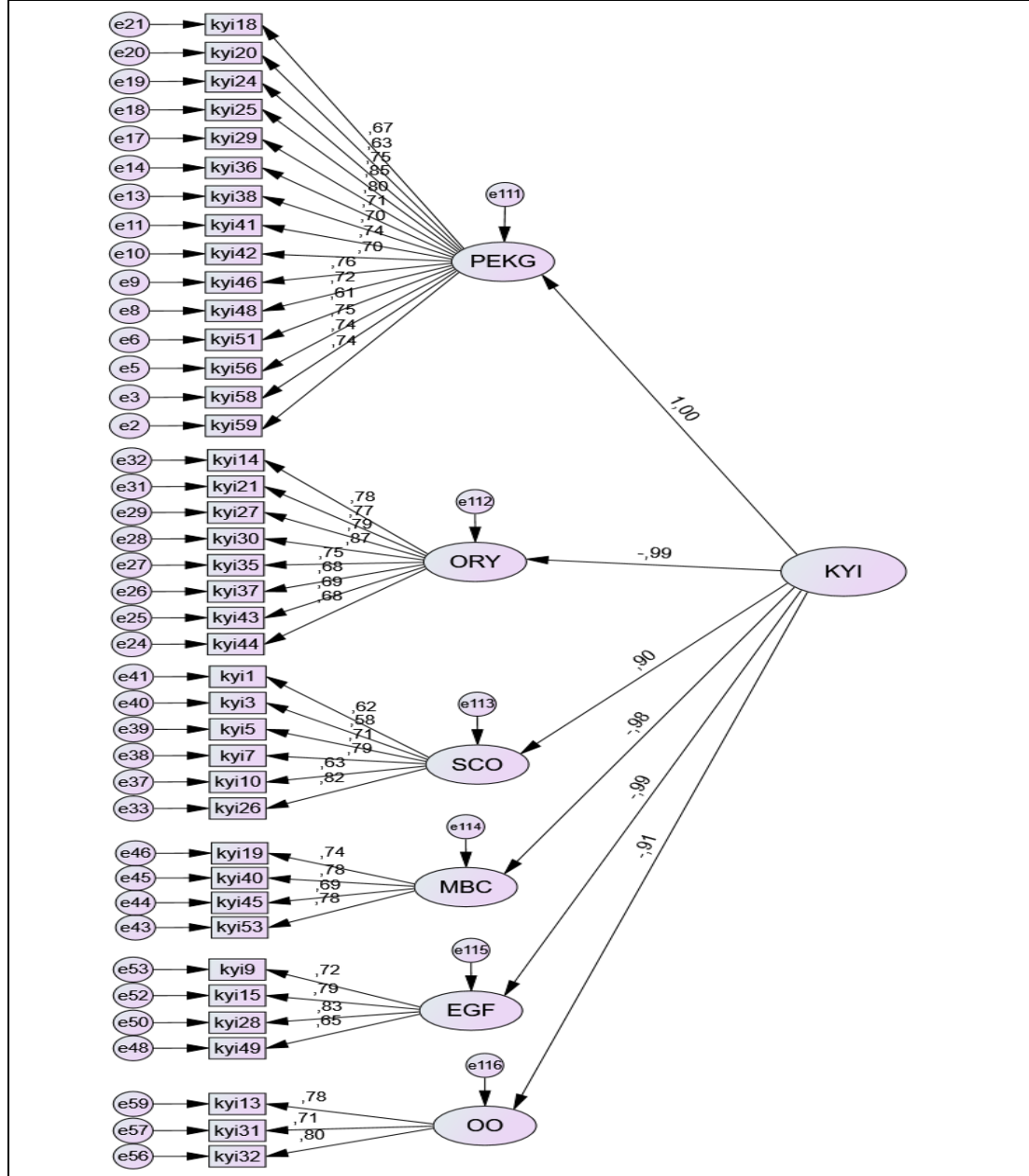
Ölçek	Boyut	Estimate (kestirim değeri)	Standart Estimate (boyut yük değeri)	C.R. (kritik oran)	P değeri	
	→	kyi59	1,207	0,745	33,91	***
	→	kyi58	1,132	0,740	33,45	***
	→	kyi56	1,223	0,748	34,62	***
	→	kyi29	1,285	0,797	37,88	***
2.Önleyici Risk Yönetimi (ORY) (8 madde)	→	kyi44	0,780	0,684	35,63	***
	→	kyi43	0,751	0,685	37,45	***
	→	kyi37	0,780	0,681	35,11	***
	→	kyi35	0,787	0,748	38,44	***
	→	kyi30	1,159	0,866	56,68	***
	→	kyi27	1,000	0,789		
	→	kyi21	0,988	0,773	50,32	***
	→	kyi14	0,867	0,778	36,95	***
3.Suç ve Ceza Ortamı (SCO) (6 madde)	→	kyi26	1,000	0,824		
	→	kyi10	0,784	0,627	37,86	***
	→	kyi7	0,902	0,787	45,04	***
	→	kyi5	0,840	0,710	43,09	***
	→	kyi3	0,696	0,584	33,89	***
	→	kyi1	0,880	0,624	39,40	***
4.Meslektaşlarla Birlikte Çalışma (MBC) (4 madde)	→	kyi53	1,055	0,784	44,85	***
	→	kyi45	0,876	0,690	40,28	***
	→	kyi40	0,988	0,779	44,28	***
	→	kyi19	1,000	0,743		
5.Eğitim ve Geliştirme Fırsatları (EGF) (4 madde)	→	kyi49	1,000	0,653		
	→	kyi28	1,292	0,827	36,20	***
	→	kyi15	1,095	0,791	38,03	***
	→	kyi9	1,238	0,716	36,79	***
6.Örgütsel Öğrenme (OO) (3 madde)	→	kyi32	1,000	0,797		
	→	kyi31	0,855	0,708	46,51	***
	→	kyi13	1,032	0,779	46,54	***

***p<0,001 **p<0,01 *p<0,05

İkinci düzey doğrulayıcı faktör analizi için; klinik yönetim iklimi (KYİ) ölçeğinin alt boyutlarında elde edilen regresyon ağırlık değerleri (boyut yükleri) 6 boyutunda tamamında ($p<0,05$) bulunduğundan anlamlıdır. Boyutlar için standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları (boyut yük değerleri); planlı ve entegre kalite geliştirme (PEKG) için (1,00), önleyici risk yönetimi (ORY) için (-0,99), suç ve ceza ortamı (SCO) için (0,90), meslektaşlarla birlikte çalışma (MBC) için (-0,98), eğitim ve geliştirme fırsatları (EGF) için (-0,99), örgütsel öğrenme (OO) için (-0,91) olarak elde edilmiştir.

İkinci düzey doğrulayıcı faktör analizi modelinde test değerleri ($p<0,05$) olmak üzere; $\chi^2(2495,6)$, χ^2/df (3,40) bulunduğundan modelin anlamlı olduğu anlaşılmaktadır. Modelin uyum indeks değerleri GFI (0,90), CFI (0,92), SRMR (0,06),

RMSEA (0,05) kabul edilebilir uyum sınırları içinde yer aldığından modelin geçerli olduğu anlaşılmaktadır. İkinci düzey doğrulayıcı faktör analizi ile ilgili boyut yapısı Şekil 6.3'te ve kestirim değerleri Tablo 6.21'de yer almaktadır.



Şekil 6.3. Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği İkinci Düzey DFA Grafik Yapısı

Sonuç olarak; klinik yönetim iklimi (KYİ) ölçeği alt boyutlarını oluşturan maddelerin tamamında faktör yüklerinin standart değerleri ($FY > 0,50$) olduğu görülmektedir. Model uyum endeksleri ve uyum değerleri de kabul sınırları dahilinde yer aldığından, ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi boyut yapısı örneklem için geçerli olduğu anlaşılmıştır.

B) Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği İkinci Düzey DFA Sonuçları: Literatürde 42 madde ve 12 boyut olarak yer alan HGK ölçeği Sorra ve Nieva tarafından 2004 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (119). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise, Filiz (2009) tarafından yapılmıştır (120). HGK ölçeğine, örneklemimizde uygulanan ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) 12 boyut yapısı korunmuş ancak standart faktör yükleri düşük ($FY < 0,50$; $p < 0,05$) olan (186), 8 madde analizden çıkarılmıştır. Analizde, maddelerin faktör yükü değerlerinin (0,604; 0,902) aralığında yer aldığı anlaşılmaktadır (Tablo 6.22).

Tablo 6.22. HGK Ölçeği Boyut ve Maddeler İçin İkinci Düzey DFA Sonuçları

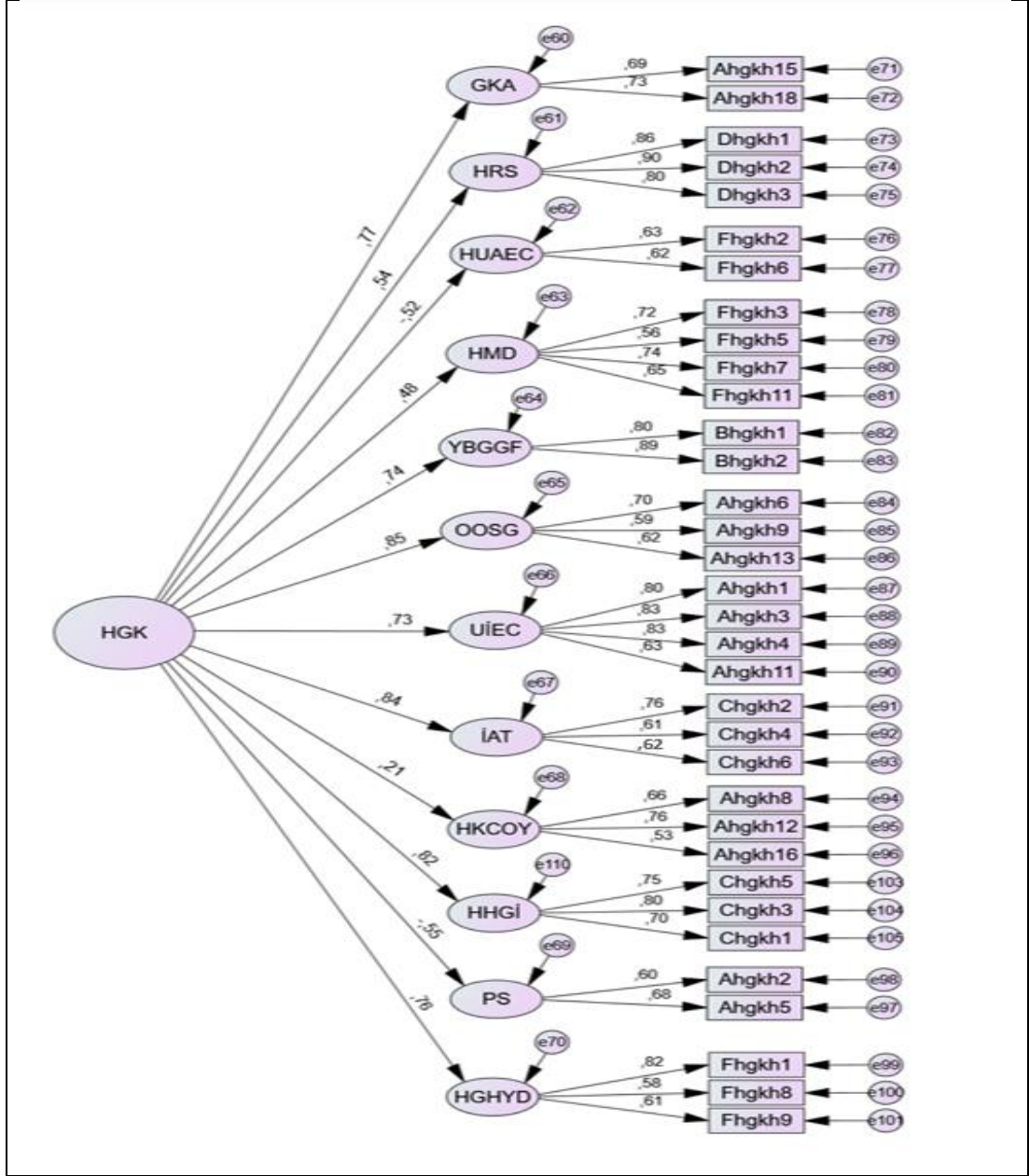
Ölçek		Boyut	Estimate (kestirim değeri)	Standart Estimate (boyut yük değeri)	Kritik Oran (C.R.)	P
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (34 madde)	→	1.GKA	0,978	0,77	20,59	***
	→	2.HRS	0,818	0,54	19,24	***
	→	3.HUAEC	-0,555	-0,519	-13,23	***
	→	4.HMD	0,581	0,479	15,64	***
	→	5.YBGGF	1,023	0,735	22,12	***
	→	6.OOSG	1,039	0,847	22,53	***
	→	7.UİEC	1,053	0,727	23,03	***
	→	8.İAT	0,989	0,842	23,83	***
	→	9.HKCOY	0,249	0,208	7,073	***
	→	10.HHGİ	0,955	0,823	23,52	***
	→	11.PS	-0,658	-0,554	-15,05	***
	→	12.HGHYD	1,000	0,757		
Boyut		Madde	Estimate (kestirim değeri)	Standart Estimate (faktör yükü)	Kritik Oran (C.R.)	P
1.GKA (2 madde)	→	Ahgkh15	1,000	0,694		
	→	Ahgkh18	0,947	0,731	23,07	***
2.HRS (3 madde)	→	Dhgkh1	1,000	0,857		
	→	Dhgkh2	1,033	0,902	47,81	***
	→	Dhgkh3	0,894	0,796	41,91	***
3.HUAEC (2 madde)	→	Fhgkh2	1,000	0,630		
	→	Fhgkh6	1,000	0,618	12,25	***
4.HMD (4 madde)	→	Fhgkh3	1,000	0,723		
	→	Fhgkh5	0,871	0,555	20,98	***
	→	Fhgkh7	1,000	0,736	25,79	***
	→	Fhgkh11	0,883	0,647	23,86	***

5.YBGGF (2 madde)	→	Bhgkh1	1,000	0,797		
	→	Bhgkh2	1,047	0,887	33,22	***
6.OOSG (3 madde)	→	Ahgkh6	1,000	0,700		
	→	Ahgkh9	0,810	0,587	21,76	***
	→	Ahgkh13	0,813	0,621	22,78	***
7.UİEC (4 madde)	→	Ahgkh1	1,000	0,796		
	→	Ahgkh3	0,988	0,835	39,39	***
	→	Ahgkh4	0,993	0,829	39,14	***
	→	Ahgkh11	0,754	0,626	28,24	***
8.İAT (3 madde)	→	Chgkh2	1,000	0,762		
	→	Chgkh4	0,990	0,611	22,80	***
	→	Chgkh6	0,806	0,621	22,78	***
9.HKCOY (3 madde)	→	Ahgkh8	1,000	0,664		
	→	Ahgkh12	1,126	0,757	17,35	***
	→	Ahgkh16	0,758	0,532	17,48	***
10.HHGİ (3 madde)	→	Chgkh5	1,000	0,746		
	→	Chgkh3	1,071	0,801	32,22	***
	→	Chgkh1	0,976	0,702	28,87	***
11.PS (2 madde)	→	Ahgkh5	1,000	0,678		
	→	Ahgkh2	1,009	0,604	13,57	***
12.HGHYD (3 madde)	→	Fhgkh1	1,000	0,818		
	→	Fhgkh8	0,721	0,582	22,88	***
	→	Fhgkh9	0,803	0,606	23,72	***

***p<0,001 **p<0,01 *p<0,05

İkinci düzey doğrulayıcı faktör analizi modelinde test değerleri ($p<0,05$) olmak üzere; $\chi^2(1843,7)$, χ^2/df (3,20) bulunduğundan modelin anlamlı olduğu anlaşılmaktadır. Modelin uyum indeks değerleri GFI (0,90), CFI (0,91), SRMR (0,07), RMSEA (0,04) kabul edilebilir uyum sınırları içinde yer aldığından modelin geçerli olduğu anlaşılmaktadır. İkinci düzey doğrulayıcı faktör analizi ile ilgili boyut yapısı, Şekil 6.4' de ve kestirim değerleri Tablo 6.22'de yer almaktadır.

İkinci düzey faktör analizi için; hasta güvenliği kültürü ölçeğinin alt boyutlarında elde edilen regresyon ağırlık değerleri (boyut yükleri) 12 boyutunda tamamında ($p<0,05$) bulunduğundan anlamlıdır. Hasta güvenliği kültürü boyutları için standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları (boyut yük değerleri); GKA için (0,77), HRS için (0,54), HUAEC için (0,52), HMD için (0,48), YBGGF için (0,74), OOSG için (0,85), UİEC için (0,73), İAT için (0,84), HCOY için (0,21), HHGİ için (0,82), PS için (0,55) ve HGHYD için (0,76) bulunmuştur.



Şekil 6.4. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği İkinci Düzey DFA Grafik Yapısı

Sonuç olarak; hasta güvenliği kültürü (HGK) ölçeği alt boyutlarını oluşturan maddelerin tamamında faktör yüklerinin standart değerleri ($FY > 0,50$) olduğu görülmektedir. Model uyum endeksleri ve model uyum değerleri de kabul sınırları dahilinde yer aldığından, ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi boyut yapısı örneklem için geçerli olduğu anlaşılmıştır.

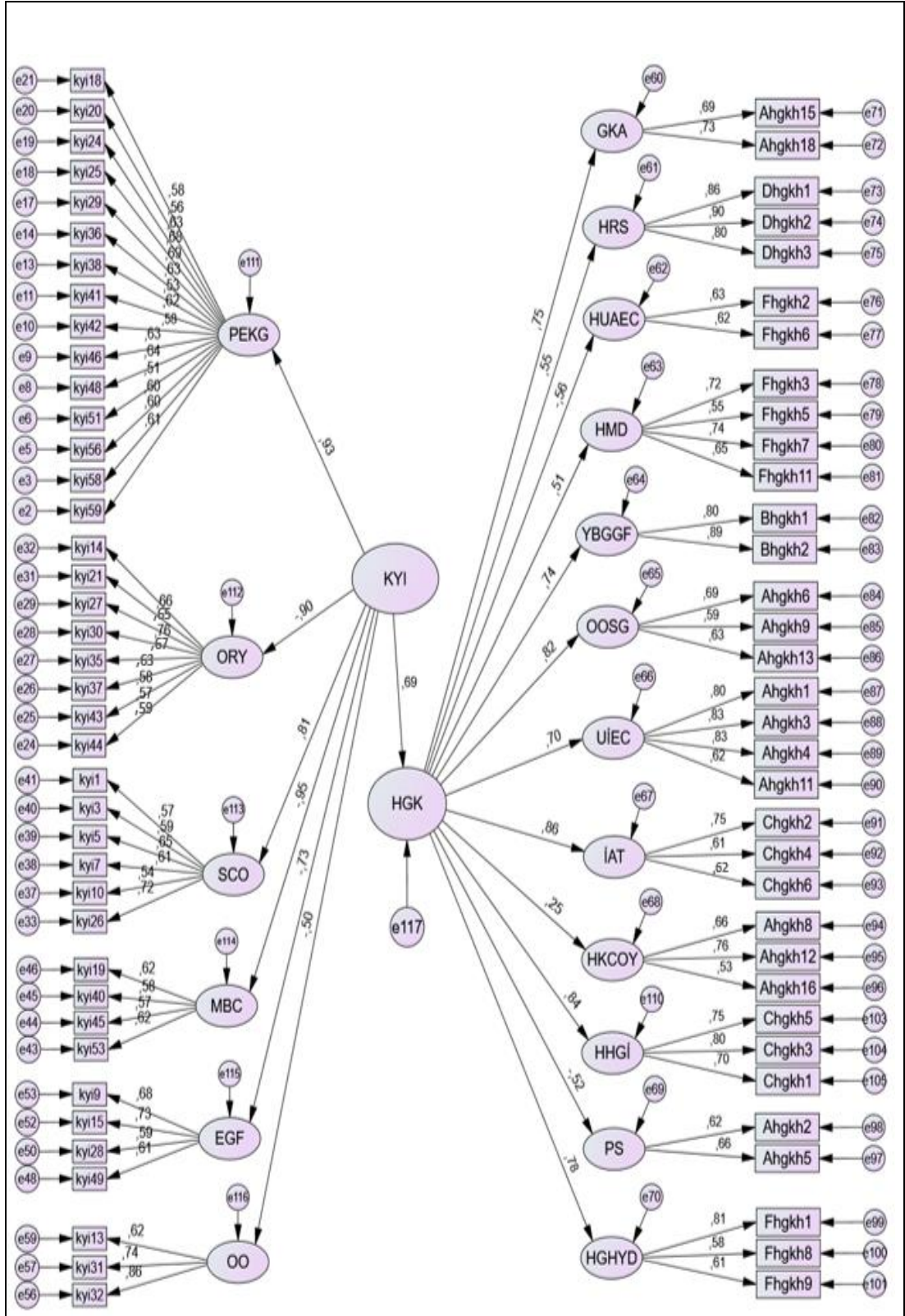
6.6. Klinik Yönetişim İkliminin Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi (Hipotez 3)

Çalışmamızda, klinik yönetim ikliminin (KYİ) hasta güvenliği kültürü (HGK) ile ilişkisi test edilmiştir.

-Ölçeklerin Güvenilirlik ve Geçerlilikleri: Çalışmamızda, Cronbach's alpha güvenilirlik katsayılarının, klinik yönetim iklimi (KYİ) için (0,891), hasta güvenliği kültürü (HGK) için (0,879) olduğu belirlenmiştir. KYİ (40 madde) ve HGK (34 madde) değişkenlerine aynı anda uygulanan ölçüm modeli; araştırmada yer alan ölçeklerin alt boyutlarının ayrışma geçerliliğinin sağlanıp sağlanmamasına bağlı olarak, yapısal modelin kurulabilmesi konusunda bilgi sağlamıştır. Yapısal eşitlik modellemesinin kurulabilmesi için; değişkenler için yakınsama geçerliliği (convergent validity-CV), ayrışma geçerliliği (discriminant validity-DV) ve \sqrt{AVE} >korelasyon değerleri kriterlerinin sağlanması gerekmektedir (190,191). Tablo 6.20'de görülebileceği üzere, çalışmamızda AVE değerleri 0,440-0,798 aralığında değiştiği, birleşik güvenilirlik değerlerinin tamamının $CR > 0,70$ olduğundan $AVE \geq 0,40$ kabul edildiği ayrıca çalışmamızda, değişkenlerin \sqrt{AVE} >korelasyon bulunduğundan yakınsama ve ayrışma geçerliliği sağlanmıştır.

-Doğrulayıcı Faktör Analizleri: Çalışmamızda, klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği kültürü değişkenlerine uygulanan birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi değerlendirmesinde faktör yükü değerlerinin ($FY < 0,50; p < 0,05$) (186) olan maddelerin analizden çıkarıldığı (Tablo 6.12-6.15), ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonucu boyut yük değerlerinin tamamının ($p < 0,05$) ve anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.21-6.22).

-Basit Yapısal Regresyon Modeli: Çalışmamızda, klinik yönetim iklimi (KYİ) ve hasta güvenliği (HGK) ilişkisi yapısal eşitlik modellemesi ile araştırılmıştır. Şekil 6.5 'de görülebileceği üzere, KYİ ve HGK ölçeklerine ait regresyon ağırlık (boyut yük) değerleri verilmiştir.



Şekil 6.5. Yapısal eşitlik modellemesi analizi sonuçları (n=2.055)

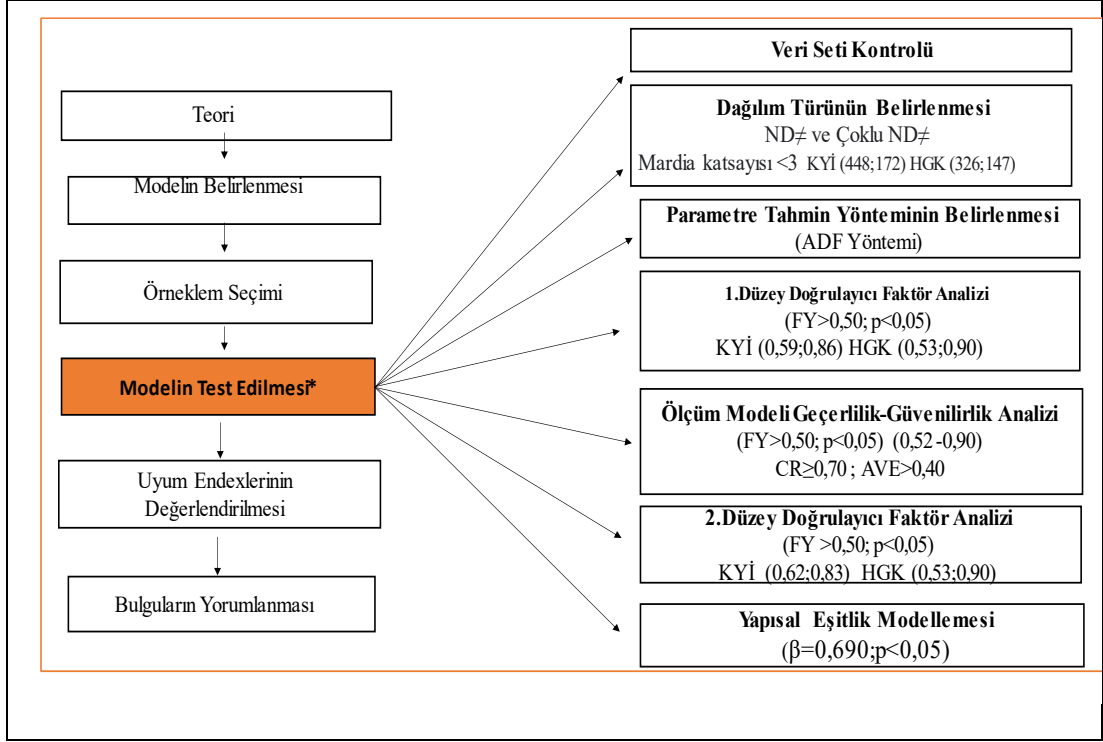
Klinik yönetim iklimi (KYİ): Regresyon ağırlığı (boyut yük) değerleri; pozitif

olanlar, planlı ve entegre kalite geliştirme (PEKG) için (0,93) ve suç ve ceza ortamı (SCO) için (0,81) bulunmuş olup, toplam KYİ ölçeğini pozitif yönde etkilemiştir. Negatif olanlar ise; önleyici risk yönetimi (ORY) için (-0,90), meslektaşlarla birlikte çalışma (MBC) için (-0,95), eğitim ve geliştirme fırsatları (EGF) için (-0,73) ve örgütsel öğrenme (OO) için (-0,50) bulunmuş olup, toplam klinik yönetim iklimi ölçeğini negatif yönde etkilediği belirlenmiştir.

Hasta güvenliği kültürü (HGK): Regresyon ağırlığı (boyut yük) değerleri; pozitif olanlar Güvenliğin kapsamlı algılanması (GKA) için (0,75), Hataların raporlanma sıklığı (HRS) için (0,55), Hastane müdahaleleri ve değişim (HMD) için (0,51), Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (YBGGF) için (0,74), Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme (OOSG) için (0,82), Üniteler içinde ekip çalışması (UIEC) için (0,70), İletişimin açık tutulması (İAT) için (0,86), Hataya karşı cezai olmayan yanıt (HCOY) için (0,25), Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (HHGİ) için (0,84) ve Hataya karşı cezai olmayan yanıt (HGHYD) için (0,78) bulunmuş olup, toplam hasta güvenliği kültürü ölçeğini pozitif yönde etkilemiştir. Negatif olanlar ise, Hastane üniteleri arasında ekip (HUAEC) için (-0,56) ve Personel sağlama (PS) için (-0,52) bulunmuş olup, toplam hasta güvenliği kültürü ölçeğini negatif etkilemiştir.

Şekil 6.5'e göre; yapısal eşitlik modellemesinden elde edilen ölçek alt boyutlarına ait yol katsayılarının (regresyon ağırlıkları) aynı olduğu, $p < 0,05$ olmak üzere, $\chi^2 = 7795,312$, $\chi^2/df = 2,98$ bulunduğundan modelin kabul edilebilir olduğu anlaşılmaktadır. Modelin uyum endeks değerleri; GFI=0,881, CFI=0,93, SRMR=0,06, RMSEA=0,07 kabul edilebilir uyum sınırları içinde yer aldığından modelin geçerli olduğu anlaşılmaktadır (189).

Sonuç olarak, örtük değişkenlerle uygulanan yapısal basit regresyon modeline göre; klinik yönetim ikliminin (KYİ) örtük değişkeninin, hasta güvenliği kültürü (HGK) örtük değişkenine etkisi ($\beta = 0,690$; $p < 0,05$) pozitif yönde ve istatistik olarak anlamlıdır. Klinik yönetim iklimi değişkeni, hasta güvenliği kültürü değişkeninin %39,8'ini açıklamaktadır ($R^2 = 0,398$).



Şekil 6.6. Yapısal Eşitlik Modeli Özet Tablo

7. TARTIŞMA

Sağlık kurumlarında, klinik yönetim ve hasta güvenliği son yılların tartışmalı konuları arasında yer almaktadır. Özellikle 2000 yılında ABD’de, tıbbi hatalara bağlı ölümlerin inanılması güç boyutlarda olduğunun anlaşılması konusundaki devlet raporunun yayınlanması, tüm ülkelerin dikkatini kendi sağlık sistemlerindeki tıbbi hatalara yöneltmesine neden olmuştur (7). Aslında Hipokrat’tan beri, tıbbın temel ilkesi olan, “önce zarar verme” ilkesinin tekrar hatırlanması yeni arayışları beraberinde getirmiştir. Sağlık kuruluşlarında yapılan tıbbi hataların, hasta güvenliği sorunlarının önlenmesi için güvenlikçi politikaların yerine kurumsal kültürün, yönetim anlayışının değişim göstermesine ihtiyaç bulunduğu anlaşılmıştır. Nitekim, klinik yönetim kavramının da sağlık sektöründe sıkça seslendirilmeye başlanması aynı tarihlere yani, ikibinli yılların başına denk gelmektedir.

Klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürüyle ilişkisini değerlendirmek amacıyla, İstanbuldaki farklı statülerdeki 9 hastanede 2.055 hekim ve hemşire ile yapılan bu çalışmada verilerin analizinde, ‘‘Yapısal eşitlik modellemesi’’ kullanılmıştır.

Çalışmamızda klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürüne etkisinin pozitif yönde ve istatistik olarak ($\beta=0,690$; $p<0,05$) anlamlı olduğu ayrıca KYİ değişkeninin, HGK değişkenini %39,8 oranında açıkladığı ($R^2=0,398$) belirlenmiştir. Başka bir deyişle, klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürü açısından, önemli bir bileşen ve belirleyici olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda ulaşılan sonuçlar, bulguların sunulduğu sırasına göre, aşağıda verilen başlıklar altında tartışılmıştır.

7.1. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik, İş yaşamı ve Çalıştığı Kurum Özellikleri

Araştırmamızda, yer alan hastanelerin; 4’ü üniversite hastanesi, 4’ü özel hastane ve 1’i kamu hastanesi olmak üzere, toplam 9 hastaneden oluşmaktadır. Çalışmamızda, akredite olan hastane sayısı 4 iken, akredite olan hastane sayısı 5’tir (Tablo 5.1). Araştırma grubunun; %51,5’i akredite olmayan (*JCI belgesiz*) hastanelerde çalışanlar oluşturmakta iken, %48,5’ini akredite hastanelerde (*JCI belgeli*) hastanelerde çalışanlar oluşturmaktadır. Katılımcıların; %44’ü üniversite hastanesi, %38,4’ü özel

hastanede ve %17,6'sı kamu hastanesinde çalışmaktadır (Tablo 6.4).

Araştırma grubunun; %29,7'si hekim, %69,3'ü hemşirelerden oluşmaktadır (Tablo 6.2). Ayrıca, araştırma grubunun %38,6'sını dahili birimlerde çalışanlar oluştururken, temel bilimlerden katılımın %0,2 olduğu görülmüştür (Tablo 6.3).

Araştırma grubunun %49,7'si meslekte çalışma süresi 5 yıl ve altı olanlardan oluşmaktadır (Tablo 6.1). Literatürde klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği kültürüne yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde, çalışmamızla paralellik gösterdiği görülmüştür (41,120,151,158,166,195). Hemşireler, bugünkü sağlık sistemi içinde farklı düzey ve standartlarda eğitim almakta ve bu farklı eğitimden gelen kişilere hemşire ünvanı verilmektedir. Buna göre; sağlık meslek lisesi mezunu hemşireler 18 yaşında istihdam edilebilmekte, önlisans mezunu hemşireler ise, 20 yaşında istihdam edilebilmektedir. Ayrıca, çalışmamızın yapıldığı dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından COVID-19 ile mücadele kapsamında hastanelerde, sağlık personelinin emeklilik ve istifa kısıtlamalarının belirli dönemlerde kaldırılması, hastanelerde tecrübeli hemşire yetersizliğine neden olmuştur.

Çalışmamızda, anketin kişisel bilgiler bölümünde çalışılan kurum özelliklerine yönelik olarak, *'Bu kurumda klinik yönetim eğitimi aldınız mı?'* sorusuna araştırma grubunun %33,5'i Evet yanıtı verirken, %66,5'i Hayır yanıtını vermiştir (Tablo 6.4). Bu bulguların, literatürde daha önce yapılan çalışmalarla (41,51,81) benzerlik gösterdiği görülmüştür. Klinik yönetim sürekli eğitim öğretim ilkesine dayanmaktadır, bu nedenle tüm çalışanlar bu eğitimlerden sorumludur.

Çalışmamızda, anketin kişisel bilgiler bölümünde çalışılan kurum özelliklerine yönelik olarak, *'Bu kurumda hasta güvenliği eğitimi aldınız mı?'* sorusuna araştırma grubunun %86,3'ü hasta güvenliği eğitimi aldığını, %13,7'si ise, eğitim almadığını ifade etmişlerdir (Tablo 6.3). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; çalışmamızla benzer şekilde, sağlık çalışanlarının iyi bir hasta güvenliği bilgisine sahip olduğu belirlenirken (192,193,194), bazı çalışmalarda ise, hasta güvenliğine yönelik eğitimlerin yeterli olmadığı (128,151,153,195,196,197) bildirilmiştir. İspanya'da ise, tıp ve hemşirelik okullarında hem hemşirelik hem de tıp öğrencileri için hasta güvenliği eğitimlerinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (198). Ayrıca, çalışmamızda anketin birinci bölümünde yer alan, *'Kurumunuzun sahip olduğu sertifika/belgeler?'* sorusuna araştırma grubunun %6'sı HIMSS belgelidir, %2'si LEED

belgelidir, %8,5’u diğer belgelere (*SKS, İSO, Bebek dostu*) sahiptir yanıtlarını verirken, %86,3’ü yanıt vermemiştir (Tablo 6.4). Buna göre, araştırma grubunun çalıştıkları kuruma yönelik yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadıkları söylenebilir.

Sonuç olarak, klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında, eğitim önemli bir araçtır. Çalışanların yetersiz bilgiye sahip olması, hastane hizmet kalitesi ve hasta güvenliğine yönelik bir engel olabileceği düşünülmektedir.

7.2. Klinik Yönetişim İklimi Düzeyleri

7.2.1. Klinik yönetim iklimi genel düzeyi

Çalışmamızda, klinik yönetim iklimi (KYİ) genel puanı 113,51 olduğu ve hastanelerde klinik yönetim ikliminin desteklendiği bulunmuştur. Hastanelerde klinik yönetim ikliminin (KYİ); önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, meslektaşlar ile birlikte çalışma, eğitim-geliştirme fırsatları, örgütsel öğrenme boyutlarında (5 boyut) desteklendiği, planlı ve entegre kalite geliştirme programında (1 boyut) ise, desteklenmediği bulunmuştur.

Literatürde 6 boyut ve 60 madde olarak yer alan klinik yönetim iklimi (KYİ) ölçeğinden alınan puan düştükçe, klinik yönetimi destekleyici bir iklimin bulunduğu ifade edilmektedir (21). Literatürde şimdiye kadar yapılan çalışmalarda KYİ ölçeğine yönelik, rapor edilmiş bir kesme değeri bulunmadığı, ayrıca daha önce yapılan çalışmalarda puan değerlendirmenin farklılık gösterdiği görülmüştür (21,37,64,90,147,199).

Klinik yönetim iklimi ölçeğini Türkçe’ye uyarlayan çalışmada (21), ‘*ölçeğin kesme değeri bulunmamaktadır*’ ve ‘*ölçekten alınan puan düştükçe klinik yönetimi destekleyici bir iklim bulunmaktadır*’ ifadeleri yer almaktadır. Bu kapsamda söz konusu çalışmada elde edilen puanlar üç gruba ayrılmış, bu ayırma işlemine göre ortalamanın altında (103-159 aralığı), ortalama (160-200 aralığı) ve ortalamanın üstünde (201-250 aralığı) şeklinde yorum yapılmıştır, ancak bu puan aralıkları birer kesme değerini ifade etmemektedir.

Çalışmamızda, ölçekten alınabilecek minimum puan 40 ve maksimum puan

200'dür (Tablo 6.5). Ölçek genel puanının değerlendirilmesinde, bir katılımcının beş puanlık Likert ölçeğindeki tüm maddelere (3=Hiçbiri) cevabını verdiğinde, ölçekten alınabilecek toplam puan 120 (tam orta sınır) olmaktadır. Buna göre; 120'nin üzerinde alınan puan katılımcının yöneltilen ifadeye ağırlıklı olarak (4=katılmıyorum) ve (5=kesinlikle katılmıyorum) yanıtlarının verildiğini göstermektedir. Bu durum, KYİ'nin desteklenmediği anlamına gelmektedir. 120'nin altında alınabilecek puan ise, katılımcıların (1= kesinlikle katılıyorum, 2= katılıyorum) yanıtlarının ağırlıklı olarak verildiğini göstermektedir. Bu durum, KYİ'nin desteklendiği anlamına gelmektedir. Çalışmamızda genel KYİ puanı 113,51 ($113,51 < 120$) bulunduğu hastanelerde klinik yönetim iklimi desteklenmektedir. Klinik yönetim iklimi alt boyutları için;

1. Planlı ve Entegre Kalite Geliştirme Programı (PEKG): Bu boyutta 15 madde olup, puan ortalaması 47,49 'dur. Her bir maddeye 3 cevabı verildiğinde, ilgili boyuttan alınabilecek toplam puan ($15 \times 3 = 45$) 45 olmaktadır. Bu boyuttan elde edilen ortalama değer 47,49 olduğundan klinik yönetim iklimi (KYİ) bu boyutta desteklenmektedir ($47,49 > 45$).

2. Önleyici risk yönetimi (ORY): Bu boyutta 8 madde olup, puan ortalaması 20,28 'dir. Her bir maddeye 3 cevabı verildiğinde, ilgili boyuttan alınabilecek toplam puan ($8 \times 3 = 24$) 24 olmaktadır. Bu boyuttan elde edilen ortalama değer 20,28 olduğundan klinik yönetim iklimi (KYİ) bu boyutta desteklenmektedir ($20,28 < 24$).

3. Suç ve ceza Ortamı (SCO): Bu boyutta 6 madde olup, puan ortalaması 17,32 'dir. Her bir maddeye 3 cevabı verildiğinde, ilgili boyuttan alınabilecek toplam puan ($6 \times 3 = 18$) 18 olmaktadır. Bu boyuttan elde edilen ortalama değer 17,32 olduğundan klinik yönetim iklimi (KYİ) bu boyutta desteklenmektedir ($17,32 < 18$).

4. Meslektaşlar ile çalışma (MBC): Bu boyutta 4 madde olup, puan ortalaması 11,00 'dir. Her bir maddeye 3 cevabı verildiğinde, ilgili boyuttan alınabilecek toplam puan ($4 \times 3 = 12$) 12 olmaktadır. Bu boyuttan elde edilen ortalama değer 11,00 olduğundan klinik yönetim iklimi (KYİ) bu boyutta desteklenmektedir ($11 < 12$).

5. Eğitim ve geliştirme fırsatları (EGF): Bu boyutta 4 madde olup, puan ortalaması 10,08 'dir. Her bir maddeye 3 cevabı verildiğinde, ilgili boyuttan alınabilecek toplam puan ($4 \times 3 = 12$) 12 olmaktadır. Bu boyuttan elde edilen ortalama değer 10,08 olduğundan klinik yönetim iklimi (KYİ) bu boyutta desteklenmektedir ($10,08 < 12$).

6.Örgütsel öğrenme (OO): Bu boyutta 3 madde olup, puan ortalaması 7,34 'tür. Her bir maddeye (3x3=9) 3 cevabı verildiğinde, ilgili boyuttan alınabilecek toplam puan 9 olmaktadır. Bu boyuttan elde edilen ortalama değer 7,34 olduğundan klinik yönetim iklimi (KYİ) bu boyutta desteklenmektedir (7,34<9) (Tablo 6.5).

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde, hastanelerde klinik yönetim ikliminin orta düzeyde desteklendiği (21,41,142) belirlenmiştir. İrlanda'da, klinik yönetim ikliminin hastanelerde ortalama düzeyde desteklendiği (200), benzer şekilde Avustralya'da engellilik hizmet örgütlerinde, KYİ'nin desteklenip desteklenmediğinin araştırıldığı bir çalışmada klinik yönetim ikliminin orta düzeyde desteklendiği (199) bulunmuştur. Yunanistan'da, hastanelerin klinik yönetim iklimini desteklemediği ve hasta güvenliği planlarının güçlendirilmesi gerektiği (90) vurgulanmıştır. Benzer şekilde Makedonya'da, hastanelerin klinik yönetim iklimini desteklemediği (64) belirlenmiştir. Ayrıca söz konusu çalışmada, klinik yönetimin hastanelerde doğru bir kültür ve destekleyici iklimle etkili olabileceği vurgulanmıştır. İran'da 3 eğitim hastanesinde gerçekleştirilen çalışmada, klinik yönetim uygulaması için hastane ortamındaki örgütsel iklimin zayıf olduğu tespit edilmiştir (147). Avustralya Sağlık Bakanlığı tarafından, klinik yönetimin gerçekleştirilmesini engelleyen unsurların belirlenmesi amacıyla, gerçekleştirilen çalışmada ruh sağlığı hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarının, klinik yönetim uygulamalarının günlük çalışmalarının bir parçası olmadığı belirlenmiştir (201).

Hemşirelerle gerçekleştirilen 3 farklı çalışmada klinik yönetim ikliminin; önleyici risk yönetimi, suç ve ceza ortamı, meslektaşlarla birlikte çalışma, eğitim ve geliştirme fırsatları boyutlarında ortalama düzeyde desteklendiği (21,41,142) belirlenmiştir. Avustralya'da engellilik hizmet örgütlerinde, KYİ'nin desteklenip desteklenmediğinin araştırıldığı bir çalışmada, çalışmamızdan farklı şekilde klinik yönetim ikliminin suç ve ceza boyutunun (SCO) düşük düzeyde desteklendiği, örgütsel öğrenme (OO) boyutunun ise, ortalama düzeyde desteklendiği belirlenmiştir (199).

Tüm bu sonuçlardan literatürde; klinik yönetimi destekleyen çalışmaların yanısıra desteklemeyen çalışmaların da varolduğu, hatta klinik yönetimin uygulanabilmesi için sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda, örgütsel iklimi destekleyen

bazı unsurların olması gerektiği anlaşılmaktadır.

7.2.2. Akreditasyon durumuna göre klinik yönetim iklimi düzeyleri (Hipotez 1)

Çalışmamızda, akredite olan ve olmayan hastanelerdeki KYİ puanları arasında anlamlı fark olup olmadığı incelendiğinde, aralarında istatistik açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.6).

Türkiye’de, son yıllarda özel, kamu ve üniversite hastaneleri için Sağlıkta Kalite Standartlarının (SKS) geliştirilmesi hastanelerinin hizmet kalitesinin artırılmasında önemli rol oynamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından, JCI akreditasyonu temelli Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ile hizmet değerlendirmeleri yapılmaktadır Türkiye’de Sağlıkta Akreditasyon çalışmaları; 2015 yılında Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü’nün faaliyet göstermesi ile ivme kazanmıştır (110).

Literatürde yapılan çalışmalarda, hastanenin yasal statüsü ve akreditasyon durumunun, klinik yönetim üzerinde etkili olduğuna dair bulgular mevcuttur. Köroğlu (2018) Trabzon’da, hemşirelerin değerlendirmesi ile klinik yönetim iklimi puanları bakımından, kamu-üniversite ve özel hastaneler arasında fark olduğunu bulmuştur (41). Dreliozzi ve arkadaşları (2013) Yunanistan’da, özel hastanede çalışanların, kamu hastanesine göre klinik yönetim iklimi algılarının daha olumlu olduğu ve hastanenin yasal durumuna göre istatistik olarak anlamlı farklılık olduğunu tespit etmişlerdir (90). Hogan ve arkadaşları (2007) İngiltere’de, tıp uzmanlarının klinik yönetime karşı tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada hastane tipinin, klinik yönetimi olumlu yönde etkilediği ve akut hastanelerde daha olumlu bir tutum olduğu belirlenmiştir (202). ABD’de gerçekleştirilen çalışmada, akreditasyon sistemlerinin, bakım kalitesi ve hasta güvenliğine etkisi incelenmiştir. Söz konusu çalışma sonucu, akreditasyon puanları ile yatan hasta kalite indikatörleri (IQI) ve hasta güvenliği indikatörleri (PSI) performansı arasında çalışmamıza benzeyen şekilde anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (203). Diğer taraftan, akreditasyon programlarının sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerindeki etkisinin incelendiği sistematik bir derleme çalışmasında, akreditasyonun hastanelerde, performansı iyileştirme ve hasta sonuçları bakımından yararlı olduğu fikri desteklenmektedir (204,205). Jardali ve arkadaşları (2008) Lübnan’da, 59 hastanede

akreditasyonun bakım kalitesine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; akreditasyon sonrası hemşirelerin kalite sonuçlarında iyileşme algıladıklarını tespit etmişlerdir (206).

Sonuç olarak, yapılan çeşitli çalışmalarda saptanan bu farklılaşmanın nedenleri sağlık bakım kurumlarının işleyişleri, organizasyon yapısı ve kültürel nedenler olabileceği düşünülmektedir.

7.2.3. Mesleklere göre klinik yönetim iklimi düzeyleri (Hipotez 2)

Çalışmamızda, klinik yönetim iklimi (KYİ) puanları açısından meslekler arasında anlamlı fark olup olmadığı incelenmiş ve araştırmanın yapıldığı tüm hastanelerde hemşirelerin klinik yönetim iklimini hekimlere göre, daha olumlu değerlendirdikleri tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 6.7). Sağlık hizmetlerinde, hemşireler örgütün ayrılmaz birer parçasıdır. Sağlık hizmetlerinde bakım standartlarının sürekli iyileştirilmesi, hasta sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilmektedir dolayısıyla bu süreçte sağlık işgücünün en büyük bileşenini oluşturan hemşireler anahtar bir role sahiptir.

Literatür araştırmamızda akredite olan/olmayan hastane çalışanları içeren herhangi bir çalışmaya rastlanmadığından benzer çalışma sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır. Bu kapsamda, literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, çalışmamızla paralel bulguların olduğu görülmüştür. İstanbul'da bir üniversite hastanesinde, yönetici hemşirelerin diğer hemşirelere göre, kurumlarında klinik yönetimi daha çok desteklediği belirlenmiştir (21,41). Benzer şekilde İngiltere'de yapılan çalışmalarda, yönetici pozisyonunda çalışanların diğer sağlık çalışanlarına göre, çalıştıkları kurumdaki klinik yönetim iklimini daha olumlu değerlendirdikleri tespit edilmiştir (37,51). İran'da, 6 kamu hastanesinde; üst düzey yöneticilerin klinik yönetimin potansiyel yararlı konusunda diğer mesleklere göre, daha iyimser oldukları sonucuna varılmıştır (69). Ayrıca meslekler ve çalışma açısından literatürde gerçekleştirilen klinik yönetime yönelik çalışmalarda; %27 ile hemşirelik alanı öne çıkmakta olup bunu tıp (%26), diş hekimliği (%26), halk sağlığı (%16) ve eğitim (%5) izlemektedir (207).

Çalışmamızda; mesleklere göre klinik yönetim iklimi düzeyi, meslektaşlar ile

çalışma (MBC) ve örgütsel öğrenme (OO) boyutlarında ($p<0,05$) bulunduğundan anlamlı farklılık söz konusudur (Tablo 6.7). Literatürde yapılan çalışmalara incelendiğinde, yöneticilerin meslektaşlar ile çalışma ve örgütsel öğrenme boyutlarını diğer mesleklere göre daha olumlu değerlendirdikleri belirlenmiştir (21,37,41,51).

Sonuç olarak; klinik yönetim sadece üst yönetimin değil sağlık hizmetlerinde tüm birimleri ve çalışanların sorumluluğunda olan bir süreçtir. Bununla birlikte, özellikle yöneticilerin klinik yönetime ilişkin algı ya da farkındalıklarının diğer çalışanlara göre yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

7.3. Hasta Güvenliği Kültürü Düzeyleri

Araştırmamızda hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları; güvenliğin kapsamlı algılanması, hataların raporlanma sıklığı, hastane üniteleri arasında ekip çalışması, hastane müdahaleleri ve değişim, yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme, üniteler içinde ekip çalışması, iletişimin açık tutulması, hatalar hakkında geribildirim ve iletişim, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, personel sağlama, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği boyutlarında ve bu boyutların toplamını ifade eden toplam hasta güvenliği kültürü düzeyi olarak ele alınmıştır.

Çalışmamızda, genel hasta güvenliği kültürü ise, %59,3 ile **orta düzeyde** bulunmuştur. Araştırma grubunun hasta güvenliği kültürü; en yüksek %71,8 ile güvenliğin kapsamlı algılanması boyutuna ilişkin olup, en düşük %39,2 ile hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutuna ilişkindir (Tablo 6.8), yani araştırma grubunun %60,8'i hataya karşı cezalandırıcı bir yaklaşım olduğunu algılamaktadır. Araştırma grubunun %71,1 üniteler içinde ekip çalışması konusunda olumlu düşünceye sahip olmaları (Tablo 6.8), çalışanların birbirinin desteklediği ve ünite içinde ekip anlayışını benimsediklerini göstermektedir. Yapılan araştırmalarda, etkin ekip çalışmasının hasta güvenliği kültürü açısından önemli olduğu belirlenmiştir (114-116).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, hasta güvenliği kültürü genel puanının iyi, orta ve zayıf düzeyde olduğu görülmüştür. İstanbul'daki özel hastanelerde, 508 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada hasta güvenliği kültürü genel

puanı 3,40 ile iyi düzeyde olduğu (150), İstanbul'da bir kamu hastanesinde 381 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada hasta güvenliği kültürü genel puanı 3,44 ile iyi düzeyde olduğu (152) olduğu bulunmuştur. Bacaksız ve ark. (2020) ülkemizde son on yıla ait 2008-2017 arasındaki hasta güvenliği kültürü çalışmalarını bibliyografik açıdan incelemiş ve söz konusu çalışmaların çoğunlukla Marmara Bölgesi'nde, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hemşireler üzerinde yürütüldüğü, genellikle orta düzeyde olduğu görülmüştür (149). İstanbul'da akredite bir üniversite hastanesinde 561 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada, hasta güvenliği kültürünün orta düzeyde (%54,8) olduğu bulunmuştur (195). Ankara'da bir üniversite hastanesinde 914 sağlık personelinin, hasta güvenliği kültürü perspektifi değerlendirilmiş ve genel hasta güvenliği algısı zayıf düzeyde (%43) olduğu belirlenmiştir (208). Nevşehir'de 299 hemşire ile yapılan bir çalışmada, hasta güvenliği kültürünün zayıf (%47) olduğu belirlenmiştir (209). Konya'da, kamu ve üniversite hastanelerinde hekim ve hemşirelerle gerçekleştirilen çalışmada hasta güvenliği kültürü zayıf (%44) (120) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre; ülkemizde hasta güvenliği kültürünün olgunlaşma düzeyinde olduğu söylenebilir.

Uluslararası literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde; sistematik derleme çalışmalarında, hasta güvenliği kültürü açısından kurumların orta veya az gelişmiş düzeyde (118, 210) olduğu bulunmuştur. Brezilya'da 284 kişiden oluşan araştırma grubunun, hasta güvenliği kültürünün zayıf düzeyde (%47) olduğu ve iyileştirilmesi gerektiği bulunmuştur (211). Libya'da sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü zayıf düzeyde (102), Avustralya'da 522 kişilik örneklem grubu ile, yoğun bakım ünitelerinde yapılan bir çalışmada güvenlik ikliminin orta düzeyde (%59) olduğu bulunmuştur (212). İran'da benzer şekilde 522 kişilik örneklem grubu ile, hasta güvenliği kültürü orta düzeyde (%62,9) bulunmuştur (213). Norveç'te 12 huzurevinde yapılan çalışmada, hasta güvenliği kültürünün çok iyi düzeyde olduğu on boyutun altısında pozitif yanıt ortalaması %70'in üzerinde olduğu bulunmuştur (193). Konya'da 3 hastanede, hasta güvenliği kültürü oniki boyutun dokuzunda %50'nin altında bulunmuştur (120).

Hasta güvenliği kültürü alt boyutları açısından literatür incelendiğinde ise; hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt boyutu çalışmamızla benzeyen şekilde düşük düzeyde algılandığı ayrıca, literatürde hasta güvenliği kültürünün en kritik alt

boyutlarından birisi olduğu görülmüştür (118,120,194-198,210) bulunmuştur. Bu bulgu, personelin güvenlikle ilgili endişeleri bildirme konusunda kendilerini güvende hissetmediklerini göstermektedir. Çalışanlar, yöneticilerin hata ile ilgili bir olaya değil hatayı yapan kişiye odaklanarak suçlayıcı bir tavır sergileyecekleri ve yaptıkları hataların, kişisel dosyalarında saklanacağından endişe duymaktadır.

Yapılan bir sistematik derleme çalışmasında; çalışmamızdan farklı olarak hasta güvenliği kültürünün güçlü yönleri; organizasyonel öğrenme ve sürekli iyileştirme, hastane yönetiminin desteği ve hataların raporlanma sıklığı iken, zayıf yönleri ise, personel sağlama, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıtıdır (18). Norveç'te 12 huzurevinde yapılan çalışmada, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıtın %78 olduğu (193) bulunmuştur. Bir başka sistematik derleme çalışmasında; personel sağlama, hastane müdahaleleri ve değişim boyutlarında hasta güvenliği kültürünün zayıf düzeyde (%50'nin altı) olduğu bulunurken, çalışmamızda orta düzeyde olduğu bulunmuştur (18).

Arabistan'daki hastanelerde; hasta güvenliği kültürünün organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme boyutu (%79,6) ile, üniteler içinde ekip çalışması boyutu (%78,5) bulunmuştur (194). Çalışmamızda sadece, güvenliğin kapsamlı algılanması boyutu %71,8 bulunduğundan bu bakımdan benzerlik göstermemektedir.

Sonuç olarak, pekçok ülkede hasta güvenliği kültürü algısının genellikle az veya orta düzeyde olduğu, henüz arzu edilen düzeye gelemediği söylenebilir.

7.3.1. Hasta güvenliğinin derecesi ile ilgili yanıtlar

Çalışmamızda, araştırma grubunun hasta güvenliği derecesini %60,2'si olumlu, %35,3 orta, %5,5 zayıf algıladığı belirlenmiştir (Tablo 6.9). İstanbul'da akredite bir üniversite hastanesinde; çalışmamızla benzeyen şekilde hasta güvenliği derecesini %50'si olumlu, %5'i olumsuz bulduklarını belirtmişlerdir (195). Sivas'ta hekim ve hemşirelerle yapılan bir çalışmada araştırma grubunun; %43,6'sı olumlu bulduklarını, %9,6'sı ise, olumsuz olarak ifade etmişlerdir (214). Konya'da hekim ve hemşirelerle yapılan çalışmada; %40,4'ü olumlu bulduklarını, %13,6'sı ise, olumsuz olarak ifade etmişlerdir (120).

Belçika ve Filistin'de 2.836 sağlık personeli ile yapılan bir çalışmada, iki farklı kültürel ortamda hasta güvenliği kültürü ölçümlenmiş ve hasta güvenliği derecesini

olumlu bulanlar; Belçika'da %49, Filistin'de %39'dur (215). Slovenya'da 976 klinik ve klinik dışı personel ile yapılan bir çalışmada; %56'sı hasta güvenliği derecesini olumlu, %6'sı olumsuz olarak değerlendirmiştir (216). Brezilya'da 384 sağlık çalışanı ile yapılan araştırmada, çalışmamızdan farklı olarak araştırma grubunun %85'i çalıştıkları kurumdaki hasta güvenliği derecesini olumlu bulmuştur (211). Portekizde pediatri hemşireleri ile yapılan çalışmada; hasta güvenliği derecesi %98,6'sı olumlu olarak belirtmiştir (217).

Sahra Altı Afrika ülkelerinden, Gana'da 3 hastanede; klinik personelin %50,8'i hasta güvenliği derecesini olumlu bulduğunu, %14,8'i olumsuz bulduğunu belirtmiştir (218).

Bu sonuçlardan farklılaşmanın nedenlerinin, organizasyon yapıları, kurumların işleyişleri, çalışanlara yüklenen sorumluluklar ve kültürel nedenler olabileceği düşünülmektedir.

7.3.2. Hasta güvenliği ile ilgili hatalı olay raporlanma durumu

Araştırmamızda tüm hastanelerde hekim ve hemşirelerin, yarısından fazlası (%66,5) son 12 ay içerisinde hiç olay raporlamadığını bildirmiştir (Tablo 6.10). Çalışmamızda, araştırma grubunun %92'si haftada kırk saatten fazla çalıştığını belirtmiştir (Tablo 6.3). Bu durumda, raporlanmaya değer olay sayısı gerçekten az olabileceği gibi hekim ve hemşirelerin yoğun çalıştıkları için yeterli zaman bulamadıkları bu nedenle de, hata raporlama oranının düşük olabileceği sonucuna varılabilir. ABD'de yapılan bir çalışmada; iş vardiyaları on iki saatten uzun olduğunda hata yapma riskinin, önemli ölçüde arttığı ayrıca, hemşirelerin fazla mesai yaptıklarında veya haftada kırk saatten fazla çalıştıklarında daha fazla olumsuz olay yaşadıkları belirlenmiştir (219).

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde; araştırma bulgumuz ile paralellik gösterdiği görülmektedir (128,151,152,195,214,220). Ülkemizde yapılan çalışmalarda; hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun (%70) olayları bildirmek için zamanlarının olmadığı (221) ve Sağlık Bakanlığının güvenlik raporlama sisteminden (GRS) haberdar olmadıkları (%57,2) (222) belirlenmiştir. Huang ve arkadaşları (2018) aşırı iş yükünün hemşire ve hekimlerde strese sebep olması nedeniyle, işe karşı isteksiz

davranmalarına neden olduğunu bunun da hasta güvenliğini olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir (223).

AHRQ 2018 verilerine göre, 630 hastanedeki çalışanların yarısından fazlasının (%55) son 12 ay içerisinde hiç olay raporlama yapmadığı bildirilmiştir (224). Bernalte ve arkadaşları (2015), İspanya'da bir devlet hastanesindeki hemşirelerin ve sağlık asistanlarının, %79,7'sinin son 12 ayda olay raporlama yapmadığını belirlemiştir (225). Bu bulgulardan farklı olarak, İsveç'teki hastanelerde 23.781 kişi ile yapılan bir çalışmada, son 12 ay içerisinde olay raporlamanın %54,4 olduğu bulunmuştur (226).

Olay raporlamaya yönelik farklılaşmanın nedenleri arasında; akreditasyon programları, kök neden analizlerinin yapılması, hasta güvenliği work shop programlarına katılım, haftalık kırk saatten az çalışma, ayda yedi gün ve daha fazla izinli olma bulunmuştur (227). Mitchell ve arkadaşlarına (2015) göre, olay raporlamanın yetersiz olmasının nedenleri; yetersiz finansman, kurumsal destek olmaması, hekimlerin olay raporlamaya katılımının az olması, yetersiz işleyiş ve sistemler olarak belirlenmiştir (228).

Sonuç olarak, olay raporlama sistemleri, sağlık kuruluşlarında sorunları daha ayrıntılı araştırmanın bir yolu olarak kullanılmaktadır. Olay raporlama sistemleri, sağlık kuruluşlarında daha ayrıntılı araştırma gerektiren sorunları belirlemenin bir yolu olarak kullanılır ve kuruluş içindeki olumlu bir güvenlik kültürünün bir göstergesidir. Ayrıca, olay raporlama sistemleri etkili klinik risk yönetiminin temel bir ön koşuludur.

7.3.3. Hasta güvenliği kültürü ölçeğindeki yorumlar

Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin değerlendirilmesinde; açık uçlu sorulardan alıntı yapılabileceği veya nitel çalışmalarda olduğu gibi ortak temalar belirlenerek analiz edilebileceği tavsiyesinde bulunulmuştur (119,224). Bu kapsamda; hasta güvenliği, tıbbi hata ve hata raporlama konusunda bazı katılımcıların yorumları aşağıda verilmiştir.

Açık Uçlu Soru 1 (Hasta Güvenliği): Bu soruya araştırma grubunun %27,3'ü yorumda bulunmuştur. Yorum yapanlardan bazıları şu dikkat çekici ifadeleri kullanmıştır; %64,3'ü hasta güvenliğine yönelik ilgili faaliyet ve uygulamaların hastanelerinde yapıldığını, ancak yönetim kaynaklı nedenler (%4,3), İKY kaynaklı nedenler (%3,5),

hekimlerin hasta güvenliği konusunda olumsuz tutumu (%1,4), ekipman ve fiziki alan yetersizliği (%1) konularında olumsuz düşüncelerini bildirmişlerdir (Ek 4.1).

Açık Uçlu Soru 2 (Tıbbi Hata): Bu soruya araştırma grubunun %18'i yorumda bulunmuştur. Yorum yapanlardan bazıları şu dikkat çekici ifadeleri kullanmıştır; %25'i hastanelerinde tıbbi hatanın görülmediğini, %22'si tıbbi hatanın az görüldüğünü, %3'ü tıbbi hata konuları ve nedenlerini, %2'si yönetim kaynaklı nedenler, %2'si İKY kaynaklı nedenler, %1,3'ü asistan hekim gözetim ve eğitim eksikliği kaynaklı nedenlerden tıbbi hata olduğunu bildirmişlerdir (Ek 4.2).

Açık Uçlu Soru 3 (Olay Raporlama): Bu soruya araştırma grubunun %18'i yorumda bulunmuştur. Yorum yapanlardan bazıları şu dikkat çekici ifadeleri kullanmıştır; %14'ü olay raporlamanın yapılmadığını, %8,3'ü olay raporlamanın yetersiz olduğunu, %3,2'si raporlamanın birimler ve meslekler arasında çatışma algısına yol açtığını, %1,3'ü allerji, düşme, beklenmedik durum, hasta orderları, olumsuz/riskli durumlar, hatalı durumlar gibi konularda olay raporlama yaptıklarını bildirmişlerdir (Ek 4.3).

7.4. Klinik Yönetişim İkliminin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlişkisi (Hipotez 3)

Çalışmamızda, klinik yönetim iklimi (KYİ) ve hasta güvenliği kültürü (HGK) ilişkisinin önemli olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir (Şekil 6.5).

Güvenilirlik analizleri için, Cronbach's alpha (CA) ve birleşik güvenilirlik (CR) hesaplamaları yapılmıştır. Cronbach's alpha güvenilirlik katsayılarının, klinik yönetim iklimi (KYİ) için (0,891), hasta güvenliği kültürü (HGK) için (0,879) olduğu belirlenmiştir bu sonuçlara göre, her iki ölçek yüksek derecede güvenilirdir (229).

Yapısal eşitlik modellemesinin kurulabilmesi için; ölçeklere ait alt boyutlar arası korelasyon değerleri, yakınsama geçerliliği (*convergent validity-CV*) ve ayrışma geçerliliği (*discriminant validity-DV*) kriterlerinin sağlanması gerekmektedir. Yakınsama geçerliliğinin (CV) göstergesi, açıklanan ortalama varyans (AVE)'dir. Birleşik güvenilirlik değeri ($CR\geq 0,70$) olduğunda, birleşik güvenilirlik şartının sağlanmaktadır (191). Çalışmamızda klinik yönetim iklimi (KYİ) ve hasta güvenliği kültürü (HGK) ölçeklerine ait, birleşik güvenilirlik değerlerinin tamamının $CR>0,70$ olduğundan $AVE\geq 0,40$ kabul edilmiştir (190). Böylelikle, yakınsama geçerliliğinin (*convergent validity-CV*) sağlanmasının ardından, ölçekler arasında ayrışma

geçerliliğinin (*discriminant validity-DV*) olup olmadığını incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Ortaya çıkan sonuçlar, AVE değerlerinin kareköküyle karşılaştırılmış ve ayrışma geçerliliğinin sağlandığı belirlenmiştir. Sonuç olarak, çalışmamızda yapısal eşitlik modellemesinin kurulabilmesi için gerekli kriterlerin sağlandığı görülmüştür (Tablo 6.20).

Doğrulayıcı faktör analizi ile, ölçeklere ait faktör yük değerleri bulunmuştur. AMOS paket programında, faktör yüklerinin tahmininde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. AMOS “Maximum Likelihood (ML)” istatistiğini kullanmaktadır. Bunun yanında ayrıca, “Generalized Least Squares (GLS)”, “Categorical Variable Methodology (CVM)”, “Asymptotically Distribution Free (ADF)” yöntemleri de yer almaktadır (230). Sürekli olan ve normal dağılım gösteren verilerde en çok Maximum Likelihood- ML ve Generalized Least Squares- GLS kestirim (tahmin) yöntemleri kullanılmaktadır. Çalışmamızda, çok değişkenli normallik şartı sağlanamadığından asimptomatik dağılım fonksiyonu (ADF) yöntemi kullanılmıştır.

Bazı ölçekler yapıları gereği birinci düzey çok faktörlü iken, bazı ölçekler ikinci düzey çok faktörlü olabilmektedir. Bu nedenle doğrulayıcı faktör analizi uygularken, çok boyutlu ölçeklerin mutlaka ikinci düzey çok faktörlü modellerinin de test edilmesi gerekmektedir (231). Çalışmamızda, klinik yönetim iklimi ölçeği ve hasta güvenliği kültürü ölçeğine uygulanan birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonucu, her iki ölçekte faktör yükü değerleri ($FY < 0,50; p < 0,05$) (186) olan maddeler analizden elenmiş (Tablo 6.12, 6.15, 6.21-6.22) ve ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi sonucu her iki ölçekte boyut yük değerlerinin tamamının ($p < 0,05$) ve anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.21, 6.22). Daha sonra çalışmamızda klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği kültürü ilişkisini incelemek için oluşturulan yapısal modelde, path (yol) diyagramı kullanılarak test edilmiştir.

Araştırmamızda incelenen birinci ve ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizleri ile yapısal eşitlik modellemesine ilişkin, uyum ölçütleri Tablo 7.1’de verilmiştir. Buna göre, uyum ölçütlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu ve modelin anlamlı olduğu (189), ancak GFI (uyum iyiliği endeksi)’nin modelin genelini etkilemeyecek değerde ($GFI = *0,881$) olduğu bulunmuştur. Ayrıca, literatürde $GFI \geq 0,85$ değerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğuna yönelik farklı görüşler bulunmaktadır (231).

Tablo 7.1. Uyum Ölçütleri Özet Tablo

	Endexler					Uyum
	χ^2/df	GFI	CFI	SRMR	RMSEA	
1.Düzye						
Klinik Yönetişim İklimi (KYİ)	2,87	0,90	0,91	0,071	0,04	Kabul edilebilir
Hasta Güvenliği Kültürü (HGK)	2,99	0,90	0,91	0,070	0,03	Kabul edilebilir
2.Düzye						
Klinik Yönetişim İklimi (KYİ)	3,40*	0,90	0,92	0,06	0,05	Kabul edilebilir
Hasta Güvenliği Kültürü (HGK)	3,20*	0,90	0,91	0,07	0,04	Kabul edilebilir
Yapısal Eşitlik Modellemesi Sonucu	2,98	0,881*	0,93	0,06	0,07	Kabul edilebilir
Kabul Edilebilir Uyum Normal Değerleri: $2 < \chi^2/df \leq 3$ GFI: 0,85-0,89 CFI $\geq 0,90$ $0,06 \leq SRMR \leq 0,08$ ve $0,06 \leq RMSEA \leq 0,08$						
İyi Uyum Normal Değerleri: $0 \leq \chi^2/df \leq 2$ GFI $\geq 0,90$ CFI $\geq 0,95$ SRMR $\leq 0,05$ RMSEA $\leq 0,05$						

Kaynak: (189).

Literatürde serbestlik derecesi (χ^2/df) konusunda hangi eşik değer alınacağı konusunda, belirli bir fikir birliğine varılamamıştır (230). Serbestlik derecesi olan Ki-Kare değeri (χ^2/df), modelin genel uygunluğunu test etmek amacıyla kullanılan en temel ölçümdür. Serbestlik derecesi'nin büyük olduğu bazı durumlarda, Ki-kare anlamlı çıkabilmektedir. Ancak bu durumda, Ki-kare'nin tek başına anlamlı olup olmamasından ziyade, χ^2/df oranı, genel modelin uyumunu değerlendirmek için kullanılmaktadır. Bu durumda, bazı yazarlara göre $\chi^2/df < 3$ bazı yazarlara göre ise, $\chi^2/df < 5$ olabilmektedir (232).

Tablo 7.2. Yapısal eşitlik modellemesi sonucu ve açıklanma oranı

<i>Yapısal eşitlik modellemesi</i>	<i>Açıklama Oranı (R^2)</i>
(KYİ→HGK) ($\beta=0,690$; $p < 0,05$)	0,398

Çalışmamızda örtük değişkenlerle uygulanan yapısal basit regresyon modeline göre; klinik yönetim iklimi (KYİ) değişkeninin, hasta güvenliği kültürü (HGK)

değişkenine etkisi ($\beta=0,690$; $p<0,05$) pozitif yönde ve istatistik olarak anlamlıdır. (Şekil 6.5). Klinik yönetim iklimi değişkeni, hasta güvenliği kültürü değişkeninin %39,8'ini (R^2) açıklamaktadır (Tablo 7.2). Literatürde çalışmamızdan farklı olarak regresyon yöntemi ile yapılan çalışmalar incelendiğinde, klinik yönetime yönelik açıklayıcılık değerlerinin (R^2) çalışma ortamı ($R^2=0,225$; $p<0,001$), tıbbi kayıt kalitesi ($R^2=0,391$; $p<0,05$) ve hastanede kalış süresi üzerinde ($R^2=0,82$; $p<0,001$) etkili olduğu belirlenmiştir (142,143,146).

Literatürde farklı değişkenlerle yapılan çalışmalar incelendiğinde, çalışmamızla benzer şekilde klinik yönetim ilke ve uygulamalarının; sağlık çalışanlarının iş doyumunu arttırdığı (21), örgütsel performansı olumlu yönde etkilediği (22), hizmetlerin kalitesi ve güvenliği konusunda olumlu katkılar sağladığı (26), çalışma ortamını olumlu yönde etkilediği (142) belirlenmiştir.

Söz konusu çalışmalara ek olarak, klinik yönetim uygulamalarının tüm bu olumlu katkılarının yanı sıra ve belki de onlardan daha önemli olarak hasta güvenliği kültürünü geliştirici etkisi bulunmaktadır. Taş ve arkadaşlarının (141) yaptığı bir çalışmada; kalite yönetim sistemleri ile hasta güvenliği kültürü ilişkisi incelenmiş ve çalışma sonucu iki değişken arasında pozitif yönlü kuvvetli ilişki olduğu, kalite yönetim sisteminin hasta güvenliği kültürünü önemli şekilde etkilediği saptanmıştır. Benzer şekilde Sahebalzamani ve Mohammady (2014) İran'da, klinik yönetim çerçevesinde hasta güvenliği kültürünü inceledikleri çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinde orta düzeyde bir algı olduğu ve klinik yönetim planlarının uygulanması gerektiği vurgulanmıştır (233).

Şimşekler (2019) İngiltere'de bir hastanede, klinik yönetim ikliminin alt boyutu olan risk tanımı ve hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, risk tanımlamanın organizasyon kültürüne yerleştirildiği ve hastanede risk tanımlama aracı olarak, olay raporlamanın kullanıldığını belirlemiştir. Ayrıca, söz konusu çalışmada sağlık çalışanlarının, kurumlarındaki hasta güvenliği kültürünü bürokratik buldukları belirlenmiştir (234).

Park ve Kim (2019) Kore'de, 6 hastanede YEM ile inceledikleri çalışmalarında örgütsel desteğin, hasta güvenliği kültürünü %48 etkilediğini belirlemişlerdir (161). Huang ve arkadaşları (2018) Tayvan'da, hekim ve hemşirelerle YEM ile

gerçekleştirilen çalışmada, güvenlik ikliminin ekip çalışması iklimi ile yüksek derecede (%88) ilişkili olduğu belirlenmiştir (163).

Neal (2000) Avustralya’da, hastanelerdeki örgütsel iklimin, güvenlik iklimi ve güvenlik performansı üzerindeki etkilerini YEM analizi ile incelemiştir. Çalışma sonucu; örgütsel iklimin, güvenlik iklimi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (235). Brown (2020) Avustralya’da, sağlık hizmetleri kalite yönetiminde iletişim ve liderlik arasında ilişki olup olmadığını incelemiş ve farklı statülerdeki hastaneleri karşılaştırmıştır. Çalışma sonucunda, ağ hastanelerinde iletişimin açık tutulması ve olay raporlamanın sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinde etkili olduğu, ayrıca kalite iyileştirme, iletişim ve liderliğin sağlık yönetişimini olumlu etkilediği belirlenmiştir (236). Dunstan ve arkadaşları (2020) Avustralya’da, iki farklı bölge hastanesinde benzer yönetişim yapısına rağmen hasta güvenliği kültüründe farklılıklar olduğunu belirlemiştir (212).

Diğer taraftan bu çalışmaların aksine, literatürde farklı bulgular da mevcuttur. Sayyah ve arkadaşları (2017) İran’da 30 hekimle gerçekleştirdikleri çalışmada, klinik yönetim uygulamalarının negatif defansif tıp uygulamalarına neden olduğu ancak bunun da organizasyon ve hastalar için olumlu olabileceği sonucuna varmışlardır (237). Levine ve arkadaşlarının (2019) ABD’de, örgüt kültürü ve ikliminin, tıbbi hataları konuşma üzerindeki etkisini inceledikleri bir çalışmada; örgütsel kültürün tıbbi hataların raporlanmasını olumsuz yönde etkilediği ve bu durumun hasta güvenliğini negatif yönde etkileyebileceği belirlenmiştir (238).

Sonuç olarak, farklı toplumlarda ve farklı nitelikteki sağlık kuruluşlarında yapılan çalışmalarda elde edilen bulgular bir bütün olarak değerlendirildiğinde; klinik yönetişimin hasta güvenliği kültürünün önemli bir parçası olduğu ve optimal klinik yönetişimin sağlanmasının kurumsal bir sorumluluk, hatta zorunluluk olduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre de klinik yönetişim ikliminin hasta güvenliği kültürü açısından, önemli bir bileşen ve belirleyici olduğu görülmektedir.

8. SONUÇ

Bu çalışma, klinik yönetim iklimi ve hasta güvenliği kültürü ilişkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızda, sözü edilen bu değişkenler ilk kez birlikte ele alınarak; klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürüne etkisi yapısal eşitlik modellemesiyle test edilmiştir. Araştırma İstanbul'da farklı statülerdeki 9 hastanede görev yapan, çok aşamalı örnekleme yöntemiyle seçilen 2.055 hekim ve hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışma sonucu; araştırma grubunun klinik yönetim iklimi düzeylerinin hastanelerin akreditasyon belgesi (JCI) olup olmadığına göre, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ancak, mesleklere göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. YEM analizi sonuçlarına göre; klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürüne etkisinin ($\beta=0,690$; $p<0,05$) pozitif yönde ve istatistik olarak anlamlı olduğu ayrıca, açıklayıcı değerinin ($R^2=0,398$) olduğu belirlenmiştir. Bir başka deyişle, klinik yönetim ikliminin (KYİ) hasta güvenliği kültürü (HGK) üzerinde %69 etkili olduğu ayrıca, hasta güvenliği kültürünü %40 oranında açıkladığı ($R^2=0,398$) belirlenmiştir. Sonuç olarak, klinik yönetim iklimi değişkeninin değerinin artması, hasta güvenliği kültürü değişkeninin de artmasında belirleyici bir role sahip olduğu belirlenmiştir. Buna göre; klinik yönetimin güçlendirilmesi ile sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli sunulmasının yanı sıra, hasta güvenliğinin geliştirilmesi de sağlanacaktır.

Öneriler

Klinik yönetim sağlık sektöründe, hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesini amaçlamaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmeti sunan kuruluşların, örgütsel klinik yönetim iklimini destekleyecek yapılarının geliştirilmesi daha kaliteli hizmet sunumu açısından önem arz etmektedir. İstanbul'daki farklı statülerdeki hastanelerde çalışan hekim ve hemşirelerle yapılan araştırmamızdan elde ettiğimiz analiz sonuçları doğrultusunda, klinik yönetimin güçlendirilmesi için sağlık alanındaki karar vericilere ve kurum yöneticilerine bazı öneriler sunmak mümkündür.

- Klinik yönetimin güçlendirilmesinde, eğitim önemli bir araçtır. Çalışmamızda hekim ve hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda; klinik yönetim (%66,5) ve hasta

güvenliği (%13,7) konularında eğitim almamış olması nedeniyle, tüm çalışanlara bu konuda eğitim verilmesi ve bilgilendirme yapılması gerekmektedir. Bu kapsamda, yeterli sayıda ve belirli aralıklarla çalışanların ihtiyacına uygun gerekli hizmet içi eğitimlerin planlanması, ayrıca hasta güvenliği konusunda eğitimlerin sadece çalışanlara değil hasta ve hasta yakınlarına da verilerek farkındalıkları arttırılmalı ve iş birliği sağlamalı,

- Çalışmamızda tüm hastanelerin, klinik yönetim ikliminin hastanelerde desteklendiği sonucuna varılmıştır. Bu kapsamda, ülkemiz sağlık yönetimi için henüz yeni bir kavram olan klinik yönetim, Sağlık Bakanlığı tarafından bir dizi prosedür ve standartlar kapsamında uygulanmaya başlamıştır. Ancak, bu çalışmaların etkin ve verimli şekilde yürütülmesi bakımından diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemiz için “Ulusal Klinik Yönetişim Modeli” çerçevesinin oluşturulması ayrıca, il düzeyinde veya bölgesel düzeyde “Klinik Yönetişim Ofisleri” kurularak, “Hastane Klinik Yönetişim Komiteleri” ile koordineli olarak çalışmaların yürütülmesi, ayrıca hastanelerdeki klinik yönetim komiteleri tarafından, klinik yönetim faaliyetlerinin izlenmesi,
- Klinik yönetim iklimi, planlı ve entegre kalite geliştirme programı (PEKG) boyutu açısından hastanelerde desteklenmemesi nedeniyle, kalite geliştirme konusunda çalışanların desteklenmesi ve yeterli zaman ayrılması,
- Akreditasyon durumuna göre; klinik yönetim iklimi puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Bu kapsamda, akredite hastaneler ve akredite olmayan hastaneler arasında klinik yönetim konusunda bilgi ve deneyimlerini paylaşabilecekleri ortak platformlar oluşturulması,
- Mesleklere göre; hekimlerin klinik yönetim iklimi puanının, hemşirelere göre daha düşük olması nedeniyle, hekimlerin sürekli iyileştirme faaliyetlerine katılımlarının teşvik edilmesi ve onların günlük uygulamalarının bir parçasını oluşturması bakımından teşvik edilmesi ayrıca bu konuda meslek kuruluşlarının liderliğinin sağlanması, sürekli iyileştirme faaliyetlerine katılımın tüm hemşireler düzeyinde sağlanması ve ayrıca her iki meslek grubu için gerekli motivasyon araçlarının (ödüllendirme-takdir) kullanılması,
- Hastanelerde klinik yönetimi destekleyen bir iklim oluşturulabilmesi için; multi disiplinler çalışma ortamının yapılandırılması ve çalışanların örgütsel

öğrenme kapasitelerini geliştiren faaliyetlere yer verilmesi,

- Çalışmamızda, tüm hastanelerde hasta güvenliği kültürünün orta düzeyde (%59,3) olduğu bulunmuştur. Elde edilen sonuç, %50' den az olmadığı için bu durum gelişme potansiyeline işaret etmektedir. Sağlık Bakanlığı veya İl Sağlık Müdürlükleri tarafından, belirli aralıklarla çalışanların hasta güvenliği kültürü düzeylerinin araştırılması ve böylece çalışanların kararlara katılımının sağlanması ve hasta güvenliği kültürünü geliştirmeye yönelik hedeflerin belirlenmesi,
- Hasta güvenliği kültürü alt boyutlarından “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” boyutu %50'nin altında (%39,2) bulunduğundan iyileştirilmesi gereken alandır bu kapsamda hastanelerde hatayı kimin yaptığı yerine sistem sorgulanmasına yönelik uygulamalara yer verilmesi ve hatalardan öğrenme pratiğinin geliştirilmesi için yöneticilerin personele desteğinin artırılması,
- Hekim ve hemşirelerin, çalıştıkları hastanelerde “olay raporlama” durumlarının düşük düzeyde (%33,5) olduğu ve %66,5'inin son 12 ay içerisinde hiç olay raporlama yapmadığı belirlenmiştir. Hasta güvenliği kültürünün sağlanmasında, olay raporlama en önemli yapıtaşlarından birisidir ve hastanelerde olay raporlama tehlike ve risklerin belirlenmesine yardımcı olabilir. Bu nedenle lider ve hastane yönetimlerinin, tüm çalışanları suçlama ve ayıplama olmaksızın yapıcı geri bildirimlerle olay bildirimini konusunda desteklemelidir. Ayrıca, olay raporlamada teknolojik gelişmelere paralel mobil yazılım uygulamaları aracılığıyla, mobil telefon veya tabletlerden yararlanılarak raporlama sistemlerinin kolaylaştırılması gerekmektedir,
- Araştırmamızda, hasta güvenliği kültürü ölçeğinde yer alan “yorumlar” ortak tema belirlenerek gruplandırılmıştır. Genel itibari ile yorumlar değerlendirildiğinde, insan kaynakları yönetimine yönelik ifadeler baskın çıkmıştır. Ayrıca yapılan yorumlarda katılımcılar, hasta güvenliği için yeterli bütçe ve zaman ayrılması gerektiğini ifade etmektedir. Bu kapsamda, hastanelerin hasta güvenliği kültürü yaratabilmesi ve bunun kalıcı olabilmesi bakımından öncelikle, İKY'ye yönelik iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir bunlar; yeterli sayıda personel istihdam edilmesi, ödül takdir sistemi, tecrübesiz personelin eğitilmesi, asistan hekimlerin yeterli eğitimi ve

gözetimi, yeterli dinlenme süreleri ile motivasyon artırıcı düzenlemelerin yapılması yerinde olacaktır.

- Bu çalışmada, klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürü üzerinde önemli bir belirleyiciliğinin olduğu (yaklaşık %40) belirlenmiştir. Bu kapsamda; klinik yönetim araçlarının uygulanmasının ayrı bir faaliyet olarak görülmemesi ve tüm sağlık profesyonellerinin günlük uygulamaların bir parçası haline getirilmesinin sağlanması gerekmektedir.

Sonuç olarak, klinik yönetim kalite ve güvenliği herkesin temel hedefi haline getirerek bir kültür yaratmayı amaçlayan klinisyen, yönetici ve hizmetten faydalananlar arasında ortak bir girişim olmasının yanı sıra, sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenlik kültürünün önemli bir göstergesi ve gerekliliği olarak kabul edilmelidir.

Çalışmanın Özgünlüğü: Literatürde klinik yönetime ve hasta güvenliği konularına yönelik, çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Buna karşın, farklı statüdeki hastanelerde klinik yönetim ikliminin hasta güvenliği kültürüyle ilişkisini inceleyen çalışmaların sayısı, oldukça kısıtlıdır. Bu iki değişken arasındaki ilişkinin, “Yapısal Eşitlik Modellemesi” ile incelenmesi ülkemizde ilk kez bu çalışmada kullanılmıştır. Bu bakımdan, çalışmamızın bilimsel-akademik alana katkısının olacağından ve özgün bir yönünden bahsedebilmek mümkündür. Çalışmamızdan elde edilen bulguların, uygulama-sahaya olan katkısının, sağlık alanındaki karar vericilere strateji oluşturmada ve politika geliştirmede yol gösterebileceği ayrıca sağlık sektörünün daha kaliteli hizmet sunmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Gelecekteki Araştırmalar: Literatür taraması sonucu, ülkemizde klinik yönetimle ilgili araştırma sayısının yeterli olmadığı görülmüştür dolayısıyla bu konuyla ilgili araştırma sayısının artırılması ayrıca klinik yönetim ve hasta sonuçlarının kanıtlarını zenginleştirmeye odaklanılmalıdır. Ayrıca, çalışmanın farklı bölgelerde daha fazla hastaneyi kapsayacak biçimde daha geniş açıdan ele alınması ve sağlık çalışanlarının tamamını kapsayacak yeni çalışmalara yapılması önem arz etmektedir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları: Araştırmanın en önemli kısıtlılığı, kesitsel nitelikte olmasıdır. Elde edilen bulguların izlem sonuçları değil de belirli bir zaman kesitine ait olması nedeniyle, neden-sonuç ilişkisi olarak değerlendirilmesi zordur. Bazı hastanelerden izin alınamamış olması, araştırmanın sadece hekimleri ve hemşireleri

kapsayan bir örnek üzerinde yapılmış olması ve verilerin COVID-19 pandemisi nedeniyle yüz yüze görüşmeler yoluyla yapılamamış olması, bu nedenle bazı hastanelerde katılımın düşük kalmış olması araştırmanın diğer kısıtlılıklarıdır. Tüm kısıtlara karşın elde edilen bulgular, bu konuda önemli bir eksikliği giderecek niteliktedir.

9. KAYNAKLAR

1. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level, OECD, 2017. <http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-Patient-safety-March-2017.pdf> (Accessed 18.04.2021).
2. World Health Organization (WHO), 2019. Newsroom, Details, Patient safety, <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety> (Accessed 24.05.2021).
3. Pestotnik S. Healthcare Safety Culture: A seven-step success framework, Health catalyst, <https://www.healthcatalyst.com/insights/safety-culture-healthcare-7-step-framework> (Accessed 24.05.2021).
4. Etchells E, Mittmann N, Koo M, et al. The economics of patient safety in acute care, technical report (ISBN: 978-1-926541-48-8). The Canadian patient safety institute, Canada, 2012.
5. Vrijens F, Hulstaert F, Devriese F, Sande S. Hospital-acquired infections in Belgian acute-care hospitals: an estimation of their global impact on mortality, length of stay and healthcare costs. *Epidemiologic Infections*. 140:(36–126), 2012.
6. OECD Measuring Patient Safety, Opening the black box, <https://www.oecd.org/health/health-systems/Measuring-Patient-Safety-April2018.pdf> (Accessed 19.05.2021).
7. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: Building a safer health system. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US), 2000.
8. Makary M, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 353, 2016.
9. Eisenberg JM. Continuing education meets the learning organization: The challenge of a systems approach to patient safety. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 20:(4), 2005.
10. Reporting patient safety events, PSNet Patient Safety Network. Agency for healthcare research and quality, <https://psnet.ahrq.gov/primer/reporting-patient-safety-events> (Accessed 29.09.2021).
11. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, Güvenlik raporlama sistemi 2017 Türkiye istatistikleri raporu. (ISBN:978-975-590-695-9), Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2018.
12. Çakmak C, Demir H, Kıdak LB. A research on examination of medical errors

through court judgments. *J Turgut Ozal Med Cent.* 24(4):443-449, 2017.

13. Artar C, Güçlü A. Sağlık işletmelerinde yanlış tedavi sonucu hasta mağduriyetleri ve hukuki boyutunun incelenmesi. *Aydın Sağlık Dergisi.* 6(3):235-247, 2020.

14. Scally L, Donaldson J. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ.* 317:61–65, 1998.

15. Hammond S. Clinical governance and patient safety. pp. 1-9, In Haxby E, Hunter D, Jaggar S. *An introduction to clinical governance and patient safety.* 1st edition. Oxford University Press; New York, 2010.

16. World Health Organization (WHO), Regional office for europe, Health topics, Health systems. Patient safety, <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/patientsafety> (Accessed 26.04.2022).

17. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care.* 12(2):17-23, 2003.

18. Gunawan D, Hariyati TS. The implementation of patient safety culture in nursing practice. *Enfermería Clínica.* 29(S2):139-145, 2019.

19. Gauld R, Horsburg S. Measuring progress with clinical governance development in New Zealand: Perceptions of senior doctors in 2010 and 2012. *BMC Health Services Research.* 14:547, 2014.

20. Sağlık Bakanlığı SKS'de klinik yönetim, 2021. Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Sağlık Bakanlığı, <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/41186/0/klinik-yonetisim-bilgilendirme-son-02082021pdf.pdf> (Erişim 23.02.2022).

21. Gürdoğan E. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin klinik yönetim iklim düzeyinin iş doyumuna etkisi. *Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, s.55-86, 2012.*

22. Sarchielli G, Plato G, Cavalli M, et al. Is medical perspective on clinical governance practices associated with clinical units performance and mortality? A cross-sectional study through a record-linkage procedure. *SAGE Open Medicine.* 4:1-12, 2016.

23. Marin GA, Ruiz FR. Clinical governance and patient safety culture in clinical laboratories in the Spanish National Health System. *Revista de Calidad Asistencial.* 32(6):303-315, 2017.

24. Halton K, Hall L, Gardner A, MacBeth D, Mitchell BG. Exploring the context for effective clinical governance in infection control. *American Journal of Infection Control.* 45(3):278-283, 2017.

25. Çukurçayır MA, Sipahi EB. Yönetişim yaklaşımı ve kamu yönetiminde kalite. *Sayıştay Dergisi*. 50-51:35-68, 2003.
26. Hayran O. Sağlık için yönetim ve klinik yönetim. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi*, <https://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/485/Saglik-icin-yonetisim-ve-klinik-yonetisim.aspx> (Erişim 24.10.2021).
27. Plumptre T, Graham J. Governance and good governance: International and aboriginal perspectives on governance, <https://www.scribd.com/document/92220951/> (Accessed 23.10.2021).
28. Argüden Y. Argüden Akademisi, İyi yönetim, <https://arguden.net/makale/iyi-yonetisim-3/> (Erişim 23.02.2022).
29. Santos J, Erdmann A, Andrade S, et al. Nursing governance: an integrative review of the literature. *Rev Esc Enferm USP*. 47(6):1414-21, 2013.
30. World Health Organisation (WHO), The principles of quality assurance. Copenhagen: WHO, (Report on a WHO meeting), 1983.
31. McSherry R, Pearce P. Introduction and Background: Clinical governance and The National Health Service, Wiley-Blackwell, Third Edition, Chapter 1, pp.1-17, 2010. https://media.wiley.com/product_data/excerpt/16/14443311/1444331116.pdf (Accessed 11.5.2021).
32. Gottwald M, Lansdown G. Clinical Governance: Improving the quality of healthcare for patients and service users. 1st Edition, Maidenhead: McGraw-Hill Education, Chapter 1, pp.20-40, 2014.
33. Freedman D. Clinical governance--bridging management and clinical approaches to quality in the UK. *Clin Chim Acta*. 319(2):133-41, 2002.
34. Rowland D, Pollock AM, Vickers N. The British Labour Government's reform of the National Health Service. *J Public Health Policy*. 22(4):403-14, 2001.
35. Bunch C. Clinical governance, *British Journal of Haematology*. 112:533-540, 2001.
36. Garattini L, Padula A. Clinical governance in Italy: 'made in England' for import? *Appl Health Econ Health Policy*. 15:541-544, 2017.
37. Freeman T. Measuring progress in clinical governance: assessing the reliability and validity of the clinical governance climate questionnaire. *Health Services Management Research*, Health Services Management Centre. 16(4):234-250, 2003.
38. Travaglia J, Debono DS, Spigelman AD, Braithwaite J. Clinical governance: a review of key concepts in the literature. *Clinical Governance*; Bradford. 16(1):62-77, 2011.

39. Ravaghia H, Mohsenib M, Rafieic S, Zadehd NS, Mostofiane F, Heidarpoorf P. Clinical governance in Iran: theory to practice. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 109:1174 – 1179, 2014.
40. Garside P. *Clinical governance: making it happen*, Eds Miriam Lugon, Jonathan Secker-Walker Royal Society of Medicine Press. 1999.
41. Koroğlu N. Hemşirelerin değerlendirmesiyle hastanelerin klinik yönetim iklim düzeylerinin belirlenmesi. KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, s.4-36, 2018.
42. Williamson LM, Benjamin RJ, Devine DV, Katz LM, Pink J. A clinical governance framework for blood services. *Vox Sanguinis*. 108(4):1-9, 2015.
43. Onion CWR. Principles to govern clinical governance. *Evaluation of Clinical Practise*. 6(4), 2000.
44. Supporting Clinical Governance Development. *Health Management*. 14(1), 2012. <https://healthmanagement.org/c/imgfr/issuearticle/supporting-clinical-governance-development> (Accessed 19.12.2021).
45. Starey N. What is clinical governance? Brighton and Sussex University Hospitals NHS. 1(12):1-8, 2003.
46. NHS Quality Improvement Scotland. Clinical governance & risk management: Achieving safe, effective, patient-focused care and services https://www.nhsggc.org.uk/media/230583/qis_CGRM_LREP_GRGL_APR07.pdf (Accessed 11.04.2021).
47. Levy B, Rockall T. The role of clinical audit in clinical governance. *Determining surgical efficacy*. 27(9):367-70, 2009.
48. Fenn P, Egan T. Risk management in the NHS: governance, finance and clinical risk, *Clinical Medicine*. 12(1):25–8, 2012.
49. Roland M. Improving the quality of care through clinical governance. *BMJ*. 322:1580, 2001.
50. Dehghanian D, Heydarpoorf P, Attaran N, Khoshnevisan MH. Clinical governance in general dental practice. *J Int Oral Health*. 11:107-11, 2019.
51. Murray J, Rayner HF, Fine H, Karia N, Sweetingham R. What do NHS staff think and know about clinical governance? *Clinical Governance: An International Journal*. 9(3):172-180, 2004.
52. Chandharan E, Arulkumaran S. Clinical governance. *Obstetrics Gynaecology and Reproductive Medicine*. 17(7):222–224, 2007.

53. Som CV. Clinical governance: a fresh look at its definition. *Clinical Governance An International Journal*. 9(2):87-90, 2004.
54. Wilkinson JE, Rushmer RK, Davies HTO. Clinical governance and the learning organization. *Journal of Nursing Management*. 12(2):105-113, 2004.
55. Wilson J. Clinical governance and the potential implications for tissue viability. *Journal of Tissue Viability*. 9(3):95-98, 1999.
56. Currie L, Morrell C, Scrivener R. *Clinical governance: an RCN resource guide*. London: RCN; 2003.
57. Gauld R, Horsburg S. Clinical governance: an assessment of New Zealand's approach and performance. *Clinical Governance An International Journal*. 20(1):2-12, 2015.
58. Gerada C. What is clinical governance. *Foundation Years*. 3(3):101-102, 2007.
59. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, *Clinical governance for doctors*, <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Clinical-governance-for-doctors.pdf> (Accessed 21.12.2021).
60. Bazargani HS, Tabrizi JS, Saadati M, Hassanzadeh R, Alizadeh G. Nursing experiences of clinical governance implementation: A qualitative study. *Clinical Governance: An International Journal*. 20(4):183–190, 2015.
61. Wikipedia, Revalidation, <https://en.wikipedia.org/wiki/Revalidation> (Accessed 12.10.2021).
62. Royal Collage of Nursing, *The Voice of Nursing. Professional Development, Revalidation*, <https://www.rcn.org.uk/Professional-Development/Revalidation> (Accessed 21.03.2022).
63. Price T, Rowe T, Walshe K, et al. Reviving clinical governance? A qualitative study of the impact of professional regulatory reform on clinical governance in healthcare organisations in England *Health Policy*. 124:446–453, 2020.
64. Karassavidou E, Glaveli N, Zafiroopoulos K. Assessing hospital's readiness for clinical governance quality initiatives through organizational climate. *Journal of Health Organization and Management*. 25(2):214-40, 2011.
65. Peate I. Revalidation three years on. *Independent Nurse*. 16 August, 2019. <https://www.independentnurse.co.uk/professional-article/revalidation-three-years-on/218428/> (Accessed 21.03.2022).
66. Macfarlane AJR. What is clinical governance? *BJA Education*, 19(6):174-175, 2019.

67. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, National model clinical governance framework, <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/clinical-governance/national-model-clinical-governance-framework> (Accessed 12.02.2022).
68. Review of the Clinical Governance of Public Mental Health Services in Western Australia, Final Report, October, 2019. <https://www.mhc.wa.gov.au/about-us/news-and-media/news-updates/clinical-governance-review-released/> (Accessed 14.05.2022).
69. Mohaghegh B, Ravaghi H, Mannion R, Heidarpoor P, Şajadi SH. Implementing clinical governance in Iranian hospitals: purpose, process and pitfalls. *Electron Physician*. 8(1):1796–1803, 2016.
70. Clinical governance report, Iran Ministry of Health and Medical Education, Deputy of Curative Affairs, Clinical governance office, 2012.
71. Berg M, Black G. A Canadian perspective on clinical governance. *Clinical Governance: An International Journal*. 19(4):314-321, 2014.
72. Ireland Health Service Executive, National quality and patient safety directorate <https://www.hse.ie/eng/about/who/nqpsd/>. (Accessed 12.03.2022).
73. Finocchiaro G, Paparo D, Gitto G, Caruso R, Parisi A. Clinical governance and continuous quality improvement in surgical organizations. *G Chir*. 30(1–2):58–60, 2009.
74. Ghirardini A, Murolo G, Palumbo F. The Italian strategy for patient safety. *Clinica Chimica Acta*. 404(1):12-15, 2009.
75. Gauld R, Horsburg S. Healthcare professionals’ perceptions of clinical governance implementation: a qualitative New Zealand study of 3205 open-ended survey comments. *BMJ*, 2015.
76. Bunch C. Clinical governance. *BJ Haem*. 112:(3), 2001.
77. Basu D. Clinical governance in South African health systems. *South Afr J Pub Health*. 3(3):42, 2019. (Accessed 12.03.2022).
78. Makuta I, O’Hare B. *BMC Public Health*. Quality of governance, public spending on health and health status in Sub Saharan Africa: A panel data regression analysis. 15(932), 2015.
79. Azilaku JC, Abor PA, Abuosi AA, Anaba EA, Titiati A. Relationship between clinical governance and hospital performance: a cross-sectional study of psychiatric hospitals in Ghana. *International Journal of Health Governance*. 26(3):225-236, 2021.
80. Veenstra GL, Ahaus K, Welker GA et al. Rethinking clinical governance: healthcare professionals’ views: a Delphi study. *BMJ Open*. 1-7, 2017.

81. Firth-Cozens J. Clinical governance development needs in health service staff. *Clin Perform Qual Health Care*. 7(4):155-60, 1999.
82. McSherry R, Haddock J. Evidence-based health care: its place within clinical governance. *British Journal of Nursing*. 8(2):113-117, 1999.
83. Currie L, Loftus-Hills A. The nursing view of clinical governance. *Nursing Standard*. 16(27):40-44, 2002.
84. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ*, 322(7299), 1413-17, 2001.
85. Allen P. Accountability for clinical governance: developing collective responsibility for quality in primary care. *BMJ*, 321:608-11, 2000.
86. Lugon M. Clinical Governance-from rhetoric to reality?. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, 44(6):683-7, 2006.
87. Marlow N. Organisation and Evaluation of Perinatal Care. pp.63-70, In: Rennie JM, Robertson NRC. Rennie and Robertson's Textbook of Neonatology, 5th edition, Churchill Livingstone, Elsevier, 2012.
88. Zwanenberg TV. Clinical governance in primary care: from blind-eye to no-blame culture in one short leap? *British Journal of Clinical Governance*. 6(2):83-5, 2001.
89. Surender R, Locock L, Chambers D, Dopson S, Gabbay J. Closing the Gap Between Research and Practice in Health: Lessons from a clinical effectiveness initiative. *Public Management Review*, 4(1):45-61, 2002.
90. Dreliozzi A, Siskou O, Maniadakis N, Prezerakos P. Clinical governance and effective quality & risk management in Greek hospitals. *International Journal of Health Research and Innovation*. 1(3):7-17, 2013.
91. Bilson A, White S. Limits of governance: Interrogating the tacit dimensions of clinical-practice, pp. 93-107, In: Gray A, Harrison S. *Governing Medicine: Theory and Practice*. Maidenhead, Berkshire, England: Open University Press, 2004.
92. Baker R, Lakhani M, Fraser R, Cheater F. A model for clinical governance in primary care groups. *BMJ*. 318:779-783, 1999.
93. Campbell SM, Sheaff R, Sibbald B, et al. Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *Quality Safety Health Care*. 11:9-14, 2002.
94. Tait AR. Clinical governance in primary care: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 13:723-730, 2004.

95. Robert L, Wears Kathleen M. Sutcliffe and Eric Van Rite, Chapter 1. In: Patient Safety: A brief but spirited history, Ed. Zipperer L. Patient safety: Perspectives on evidence, information and knowledge transfer, Newyork, Routledge, 1st edition, 2014.
96. Warner Mark A, Warner Mary E. M.D. The evolution of the anesthesia patient safety movement in America: Lessons learned and considerations to promote further improvement in patient safety. *Anesthesiology*. 135 (6):963–974, 2021.
97. Donaldson L. An organisation with a memory. *Clin Med. (Lond)*. 2(5):452-7, 2002.
98. Sur H. Hasta güvenliği gelişimi. s.4, İçinde Sur H, Yazıcı G, Palteki T. Hasta güvenliği, Palme Yayınevi, İstanbul, 2019.
99. Wikipedia, Patient Safety Organization, https://en.wikipedia.org/wiki/Patient_safety_organization (Accessed 23.12.2021).
100. Şahin Ü. Ülkemiz hastane işletmeciliğinde kalite: Sorunlar ve öneriler, *Modern hastane yönetimi dergisi*. 5(4-5), 2001.
101. Çiçek A. Geçmişten günümüze hasta güvenliği. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 6(1):10-9, 2018.
102. Rages SS. Perceptions of patient safety culture amongst health care workers in the hospitals of Northeast Libya. Liverpool John Moores University, Phd Thesis, 2014.
103. Choi J, Bakken S, Larson E, et al. Perceived nursing work environment of critical care nurses. *Nursing Research*. 53(6):370-8, 2004.
104. Morello J, Lowthian J, Barker AL, McGinnes RA. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: A systematic review. *Quality and Safety in Health Care*. 22:11–18, 2013.
105. Walshe K, Boaden R. Patient safety: research into practice. Maidenhead, UK: McGraw-Hill, 2006.
106. AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality, Patient safety network, Culture of safety, <https://psnet.ahrq.gov/primer/culture-safety> (Accessed 12.10.2021).
107. Sorra J, Khanna K, Dyer N, et al. Exploring relationships between patient safety culture and patients assessments of hospital care. *J Nurs Adm*. 44:45–53, 2014.
108. Alves DF, Guirardello EB. Safety climate, emotional exhaustion and job satisfaction among Brazilian paediatric professional nurses. *Int Nurs Rev*. 63:328–35, 2016.
109. Hinchcliff R, Greenfield D, Westbrook J, Pawsey M, Mumford V, Braithwaite J. Stakeholder perspectives on implementing accreditation programs: a qualitative study of enabling factors. *BMC Health Services Research*. 13(437):2-9, 2013.

110. Cengiz C. Sağlık hizmetlerinde akreditasyon programları ve TÜSKA. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi. 21-26, 2018.
111. Lawati MHA, Dennis S, Short SD, et al. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. BMC Fam Pract. 19(1):104, 2018.
112. Stavrianopoulos T. The development of patient safety culture. Health Science Journal. 6(2):201-211, 2012.
113. Joint Commision Internatinal, 2019, JCI-Accredited Organizations, <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accredited-organizations/> (Erişim 25.11.2019)
114. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB, Measuring patient safety climate: a review of survey. Qual Saf Health Care. 14(5):364-6, 2005.
115. Sammer CH, Lykens K, Singh KP, DA Mains, Lackan NA. What is patient safety culture A review of the literatüre. J Nurs Scholarsh. 42(2):156-65, 2010.
116. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: A review of concepts, dimensions, measures and progress. BMJ Qual Saf. 20(4):338-43, 2011.
117. Xuanyue M, Yanli N, Hao C, Pengli J. Literatüre review regarding patient safety culture. J. Evid Based. 6(1):43-49, 2013.
118. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. International Journal for Quality in Health Care. 30(9), 660–677, 2018.
119. Sorra J, Nieva V. Hospital survey on patient safety culture. Rockville. MD: AHRQ Publ. No.04-0041. 2004.
120. Filiz E. Hastanede hasta güvenliği kültürü algılamasının ve sağlık çalışanları ile toplumun hasta güvenliği hakkındaki tutumunun belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2009.
121. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Thomas EJ. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMJ Health Services Research. 6(44), 2006.
122. Türkmen E, Baykal Ü, Seren Ş, Altuntaş S. Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 14(4):38-46, 2011.
123. Ginsburg L, Norton PG, Casebeer A, Lewis S. An educational intervention to enhance nurse leaders' perceptions of patient safety culture. Health Serv Res. 40(4):997–1020, 2005.

124. Karaağaç C, Erbay E, Esatoğlu AE. Özel hastanelere yapılan çevrimiçi şikayetlerin içerik analizi yöntemiyle incelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 10(24):287-304, 2018.
125. Organisation for Economic Co-operation and Development OECD, 2018, Measuring patient safety, Opening the black box, <https://www.oecd.org/health/health-systems/Measuring-Patient-Safety-April-2018.pdf> (Accessed 19.05.2021).
126. Patra KP, Jesus OD. Sentional Events. National Library of Medicine, Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564388/> (Accessed 12.04.2022).
127. Ardahan M, Alp F. Hasta güvenliği ve hasta güvenliğini sağlamada sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 6(2), 2015.
128. Keleş B. Sağlık çalışanlarının olay bildirimlerine yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, s.225-234, 2021.
129. Aspden P. Patient safety: achieving a new standard for care. Institute of Medicine; USA, 2004.
130. Campione J, Famolaro T. Promising practices for improving hospital patient safety culture. Jt Comm J Qual Patient Saf. 44(1):23-32, 2018.
131. Frankel A, Grillo SP, Pittman M, Thomas EJ, Horowitz L, Page M. Revealing and resolving patient safety defects: the impact of leadership walk-rounds on frontline caregiver assessments of patient safety. Health Serv Res. 43: 2050–66, 2008.
132. Sözer E. Hasta güvenliği kültürü ve ölçüm yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, s.21-29, 2010.
133. Organisation for Economic Co-operation and Development OECD, Health Care Quality and Outcomes Indicators, <https://www.oecd.org/health/health-systems/health-care-quality-outcomes-indicators.htm> (Accessed 22.03.2022).
134. World Health Organization (WHO), Patient Safety. https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_1 (Accessed 12.01.2022).
135. Buetow SA, Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. Qual Health Care. 8(3):184-90, 1999.
136. (WHO) World Health Organization, Patient safety, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. (Accessed 28.04.2021).
137. International Nurses Consey (ICN), Safe staffing saves lives. Information and action tool kit. (ISBN: 92-95040-44-9), 47-48, 2006.

138. Flynn MA, Burgess T, Crowley P. Supporting and activating clinical governance development in Ireland: sharing our learning. *Journal of Health Organization and Management*. 29(4):455-481, 2015.
139. Akins R, Cole BR. Barriers to implementation of patient safety systems in healthcare institutions. *Journal of Patient Safety*. 1(1):9-16, 2005.
140. Heuvel JV, Koning L, Bogers CJ et al. An ISO 9001 quality management system in a hospital. *Leadership in Health Services*. 18(4-5):361-9, 2005.
141. Taş Y, Akpınar AT, İşçi E. Kalite yönetim sistemi ile hasta güvenliği kültürü ilişkisinin belirlenmesine yönelik bir araştırma: Üniversite hastanesi. 2013. <https://www.researchgate.net/publication/270271279> (Erişim 12.05.2021).
142. Lale, BM. Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin algıları ve klinik yönetim iklimi düzeyleri, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, s.66, 2019.
143. Poscia A, Azzolini E, Cacciatore P, et al. Does clinical governance influence the quality of medical records? *Ann Ist Super Sanità*. 54(2):104-108, 2018.
144. Tuan LT, Ngoc LTB. CSR-based model of clinical governance. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. 8(1):62-97, 2014.
145. Botje D, Plochg T, Klazinga NS, Wagner C. Clinical governance in Dutch hospitals. *Clinical Governance: An International Journal*. 19(4):322-331, 2014.
146. Specchia ML, Poscia A, Volpe M, et al. Does clinical governance influence the appropriateness of hospital stay? *BMC Health Services Research*. 15:142, 2015.
147. Bahrami MA, Sabahi AA, Montazeralfaraj R, Shamsi F, Entezarian S. Hospitals readiness for clinical governance implementation in educational hospitals of Yazd. *Electron Physician*. 6(2):794-800, 2014.
148. Mirzaei S, Noorihekmat S, Nadia Oroomiei N, Vali L. Administrative challenges of clinical governance in military and university hospitals of Kerman/Iran. *Int J Health Plann Mgmt*. 34:1293-1301, 2019.
149. Bacaksız FE, Eskici GT, Uğuz G, Seren AK. Türkiye’de “hasta güvenliği” konusunda son on yılda (2008-2017) yayımlanan ulusal çalışmaların değerlendirilmesi: Bibliyografik bir inceleme. *JAREN*. 6(3):523-37, 2020.
150. Arslanoğlu A. İçsel pazarlamanın uygulamalarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkisinde iç girişimcilik ve kişilik özelliklerinin düzenleyici rolü. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, s.196-208, 2018.

151. Yılmaz A. Servis sorumlu hemşirelerine uygulanan güçlendirme programının güçlendirme hemşirelik uygulamaları üzerinde kontrol ve hasta güvenliği kültürüne etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları ve Yönetimi Bütünleşik Doktora Programı Tezi. Ankara, s.98-99, 2019.
152. Eken A. Sağlık çalışanlarında ekip çalışması etkinliği ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin belirlenmesi: Bir kamu hastanesi örneği. İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, s.97, 2018.
153. Eroğlu E. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde iş yükünün hasta güvenliği üzerindeki etkisinin belirlenmesi. Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Ankara, s.1, 2011.
154. Çelen Ö. Ekip Çalışması etkinliğinin iş tatmini ve hasta güvenliği kültürü üzerine etkisi: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesinde bir uygulama. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Araştırma ve Geliştirme Merkezi, Sağlık Hizmetleri Yönetimi Bilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, s.170, 2011.
155. Hammer A, Ernstmann N, Ommen O, Wirtz M, Manser T, Pfeiffer Y, Pfaff H, Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture for hospital management (HSOPS_M), BMC Health Services Research. 11(165), 2011.
156. DiCuccio MH. The relationship between patient safety culture and patient outcomes: A systematic review. J Patient Saf. 11(3):135-42, 2015.
157. Silva LC, Caldas CP, Fassarella CS, Souza PS. Effect of the organizational culture for patient safety in the hospital setting: A systematic review. Aquichan. 21(2):21-23, 2021.
158. Jang S, Lee H, Son Y. Perceptions of patient safety culture and medication error reporting among early- and mid-career female nurses in South Korea. Int. J. Environ. Res. Public Health. 18(4853), 2021.
159. Edere K. Midwives perception of patient safety culture- A qualitative study. Midwifery 71, 33-41, 2019.
160. Kong L, Zhu W, He S, et al. Attitudes towards patient safety culture among postgraduate nursing students in China: A cross-sectional study. Nurse Education in Practice. 38, 2019.
161. Park H, Kim S. A Structural equation model of nurses' patient safety management activities. J Korean Acad Nurs Adm. 25(2);63-72, 2019.
162. Martin B, Reneau K, Jarosz L. Patient safety culture and barriers to adverse event reporting: A national survey of nurse executives. Journal of Nursing Regulation. 9(2), 2018.

163. Huang CH, Wu HH, Chou CY, Dai H, Lee YC. The perceptions of physicians and nurses regarding the establishment of patient safety in a regional teaching hospital in Taiwan, Iran J Public Health. 47(6):852-860, 2018.
164. Vifladt A, Simonsen BO, Lydersen S, Farup PG. The association between patient safety culture and burnout and sense of coherence: A cross-sectional study in restructured and not restructured intensive care units. Intensive and Critical Care Nursing, Science Direct. (36):26-34,2016.
165. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: A systematic review. Ann Intern Med. 158(502):369–374, 2013.
166. Chen CI, Li HH. Measuring patient safety culture in Taiwan using the hospital survey on patient safety culture (HSOPSC). BMC Health Services Research. 152, 2010.
167. Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) Mevzuat Bilgi Sistemi, 2020 <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=19629&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> (Erişim 13.11. 2021).
168. Schumacker RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modelling. 3rd. ed., New York-London: Taylor & Francis Group, 2-193, 2010.
169. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 2nd ed. New York: Guilford Press; pp.11-12, 2005.
170. Jackson DL. Revisiting sample size and number of parameter estimates: Some support for the N: q hypothesis. Structural Equation Modeling. A Multidisciplinary Journal. 10(1):128–141, 2003.
171. Davvetas V, Diamantopoulos A, Zaefariana G, Sichtmann C. Ten basic questions about structural equations modeling you should know the answers to – But perhaps you don't. Industrial Marketing Management. 90:252-263, 2020.
172. Novikova SI, Richman DM, Supekar K, Barnard Brak L, Hall D. NDAR: A model federal system for secondary analysis in developmental disabilities research, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780124077607000037> (Accessed 23.09.2021).
173. Alkış N. BAYES Yapısal eşitlik modellemesi: Kavramlar ve genel bakış. Gazi İktisat ve İşletme Dergisi. 2(3):105-116, 2016.
174. Çerezci ET. Yapısal eşitlik modelleri ve kullanılan uyum iyiliği indekslerinin karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, s.1-2, Ankara, 2010.
175. Sørskår L, Olsen E, Abrahamsen B, et al. Assessing safety climate in prehospital settings: testing psychometric properties of a common structural model in a

crosssectional and prospective study. BMC Health Services Research. 19:674, 2019.

176. Martinez MDC, Orellana AR. Patient satisfaction in the Spanish National Health Service: Partial least squares structural equation modeling. International Journal of Environmental Research and Public Health. 16(24):4886, 2019.

177. Şener M, Aslan Y, Yiğit V. Sağlık harcamalarının sağlık sonuçlarına etkisinin yapısal eşitlik modellemesi ile analizi. KSBD. 11(21):391-399, 2019.

178. Taboli H, Ayagh GH, Bastami R, Hâkimi İ. Modeling the relationship between organizational culture, clinical governance and organizational performance: A case of study of Tamin Ejtemaee hospitals in Mazandaran Province. Journal of Occupational Health and Epidemiology. 3(4):197-205, 2016.

179. Raykov T, George A. Marcoulides GA, An Introduction to Applied Multivariate Analysis, New York London, Routledge Taylor & Francis Group, p.3, 2008.

180. Byrne BM. Structural equation modelling with AMOS; Basic concepts, applications and programming. 2nd. ed. New York-London: Taylor & Fracis Group, p: 4-152, 2010.

181. Timothy ZK. Multiple Regression and beyond. An introduction to multiple regression and structural equation modeling (chapter 1). In Routledge (2nd ed.), Routledge, New York, 2015.

182. Jackson DL, Voth J, Frey MP. A note on sample size and solution propriety for confirmatory factor analytic models. Structural Equation Modeling. 20,86-9, 2013.

183. Arslan K, Tunç Z, Çolak C. Normal dağılıma uygunluğu değerlendirmek için açık kaynak web tabanlı yazılım: Normal dağılımı inceleme yazılımı. Fırat Tıp Dergisi. 25(2):060-068, 2020.

184. Phakiti A, De Costa P, Plonsky L, Starfield S. The Palgrave handbook of applied linguistics research methodology. 1st ed. Sydney: Palgrave, 423-457, 2018.

185. Aytaç M, Öngen B. Doğrulayıcı faktör analizi ile yeni çevresel paradigma ölçeğinin yapı geçerliliğinin incelenmesi. İstatistikçiler Dergisi: İstatistik ve Aktüerya, 5(1):14-22, 2012.186.

186. Shevlin M. Miles JNV. Effects of sample size, model specification and factor loadings on the GFI in confirmatory factor analysis. Personality and Individual Differences. 25:(1), 85-90, 1998.

187. Bollen KA. Structural equations with latent variables. John Wiley and Sons, Inc., New York.1989.

188. Bayram N. Yapısal eşitlik modellemesine giriş AMOS uygulamaları. Ezgi Yayınevi, s.51-71, 2013.

189. Meydan CH. Yapısal eşitlik modellenmesi AMOS uygulamaları. Birinci Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık, s.182-37, 2011.
190. Fornell, C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*. 18(1):39-50, 1981.
191. Raykov T. Estimation of composite reliability for congeneric measures. *Applied Psychological Measurement*. 21:173-184,1997.
192. Setyowati IF. Factors that influence the implementation of patient's safety culture by ward nurses in district general hospital. *Enferm Clin*. 29(S2):300-303, 2019.
193. Cappelen K, Harris A, Storm M, Aase K. Healthcare staff perceptions of patient safety culture in nursing home settings-A cross-sectional study. *Open Journal of Nursing*. 7:1069-1085, 2017.
194. El-Jardali F, Sheikh F, Garcia NA, et al. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Serv Res*. 14:122, 2014.
195. Gülay H. Akreditasyon belgesine sahip özel bir üniversite hastanesinde sağlık çalışanlarının bakış açısıyla hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, s.99-109, 2016.
196. Ketrez G. Asistan hekimlerin ve tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin (intern doktorların) hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirilmesi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.1-5, 2020.
197. Alfaqawi M, Böttcher B, Abuowda Y, et al. Treating patients in a safe environment: A cross-sectional study of patient safety attitudes among doctors in the Gaza Strip, Palestine. *BMC Health Serv Res*. 20(1):1-9, 2020.
198. Mira JJ, Guilabert M, Vitaller J, Ignacio E. Training in patient safety in medical and nursing schools. *Rev Calid Asist*. 31(3):141-5, 2016.
199. Vassos M, Nankervis K, Chan J. Clinical governance climate within disability service organizations from the perspective of allied health professionals. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 16(1):67-77, 2017.
200. Burca S, Williams S, Armstrong C, The pursuit of quality: A clinical directorate's progress in clinical governance: A case study of the women and children's directorate, GUH (HSE) strategic health management group, KBS, University of Limerick UL, Ireland, 2008.
201. Western Australia Department of Health. (2013). Clinical governance climate in

WA mental health services. East Perth, Western Australia: https://www.ranzcp.org/files/resources/submissions/mhcgr_ranzcp-wa.aspx (Accessed 12.03.2021).

202. Hogan H, Basnett MM. Consultants attitudes to clinical governance: barriers and incentives to engagement. *Public Health*. 121(8):614-22, 2007.

203. Miller MR, Pronovost P, Donithan M. Relationship between performance measurement and accreditation: Implications for quality of care and patient safety. *Am J Med Qual*. 2005;20(5):239-52, 2005.

204. Hussein M, Pavlova M, Ghalwash M, Groot W. The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: a systematic literature review. 21(1057), 2021.

205. Alkhenizan A, Chaw C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: A systematic review of the literature. *Ann. Saudi Med*. 31(4): 407–416, 2011.

206. El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *International Journal for Quality in Health Care*. 20(5):363-371, 2008.

207. Gomes R, Lima VV, Oliveira JM, et al. The polisemy of clinical governance: a review of literature. *Cien Saude Colet*. 20(8):2431-9, 2015.

208. Uğurluoğlu Ö, Uğurluoğlu E, Payziner P, Ozatkan Y. Patient safety culture: sample of a university hospital in Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 28(3), 2012.

209. Seçer B. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, s.1-5, 2019.

210. Agdash SA, Azar FE, Rezapour A, Mirnia K, Azami A, Saadati M. Patient safety culture: A meta-analysis of data from hospitals. *International Journal of Hospital Research*. 3(4):209-217, 2014.

211. Passos CB, Santos DB, Fonteles F. Patient safety culture: From perception to assessment. *J Young Pharm*. 13(3):291-297, 2021.

212. Dunstan E, Coyer F. Safety culture in two metropolitan Australian tertiary hospital intensive care units: A cross-sectional survey. *Australian Critical Care*. 33:4-11, 2020.

213. Kiaei MZ, Ziaee A, Mohebbifar R, et al. Patient safety culture in teaching hospitals in Iran: assessment by the hospital survey on patient safety culture (HSOPSC). *J Health Man&Info*. 3(2):52, 2016.

214. Dönmez B. Hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesi: Sivas Numune Hastanesi örneği. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
215. Najjar S, Nafouri N, Vanhaecht K, Euwema M. The relationship between patient safety culture and adverse events: a study in palestinian hospitals. *Safety in Health*. 1:16, 2015.
216. Robida A. Perception of patient safety culture in Slovenian acute general hospitals, *Int J Qual Health Care*. 25(4):469-75, 2013.
217. Silva B, Garcia P, Guarte J, Silva D. Care safety of hospitalized children: perceptions of nurses. *Journal of Child and Adolescent Psychology*. 9:1, 2018.
218. Akalogo A, Abuosi AA, Anaba EA. A cross-sectional survey on patient safety culture among healthcare providers in the Upper East region of Ghana. *PLoS ONE*, 14(8), 2019.
219. Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*. 23(4):202-212, 2004.
220. Harsul W, Irwan AM, Sjattar EL, The relationship between nurse self-efficacy and the culture of patient safety incident reporting in a district general hospital, Indonesia. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 8(2): 477-481, 2020.
221. Moy EB, Akkor A, Aydın Ö, Çelik N, Cankuş B, Can Mamur S. ve ark. Önemsenmiyor mu? Bilgi eksikliği mi? Ramak kala olaylar. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(2):70-86, 2018.
222. Bölükbaşı F. Hekim ve hemşirelerde iş tatmini ile hasta güvenliği kültürü algılamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, s.99, 2019.
223. Huang CH, Wu HH, Lee YC. The perceptions of patient safety culture: A difference between physicians and nurses in Taiwan. *Applied Nursing Research*. 40(1):39-44, 2018.
224. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2018, Hospital survey on patient safety culture: 2018, User database report. P.28. AHRQ publication No. 18-0025-EF. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/2018hospitalsopsappendixes.pdf> (Accessed 18.11. 2021).
225. Bernalte-Martí V, Orts-Cortés MI, Maciá-Soler L. Nursing professionals and health care assistants perception of patient safety culture in the operating room. *Enferm Clin*. 25(2):64-72, 2015.
226. Danielsson M, Nilsson P, Rutberg H, Årestedt K. National study of patient safety culture in hospitals in Sweden, *Patient Saf*. 00(00), 2017.

227. Fujita S, Wu Y, Iida S. et al. Patient safety management systems, activities and work environments related to hospital-level patient safety culture. *Medicine*. 98:50, 2019.
228. Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. *BMJ Qual Saf*. 25(2):92-9, 2016.
229. Karagöz Y. SPSS 21.1 Uygulamalı biyoistatistik. Ankara, Nobel Yayıncılık, 2014.
230. Yaşlıoğlu MM. Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*. 46, 74-85, 2017.
231. Meydan CH, Şeşen H. Yapısal eşitlik modellemesi AMOS Uygulamaları, Detay Yayıncılık, Ankara, 2015.
232. Sümer N. Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazarları*, 3(6):49-74, 2000.
233. Sahebalzamani M, Mohammady M. A study of patient safety management in the framework of clinical governance according to the nurses working in the ICU of the hospitals in the East of Tehran, Iran *J Nurs Midwifery Res*. 19(3):295-300, 2014.
234. Şimsekler MC. The link between healthcare risk identification and patient safety culture. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 32(3): 574-587.
235. Neal A, Griffin MA, Hart PM. The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. *Safety Science*. 34(1-3):99-109, 2000.
236. Brown A. Communication and leadership in healthcare quality governance finding from comparative case studies of eight public hospitals in Australia. *Journal Health Organizational Managing*. 34(2):144-161, 2020.
237. Sayyah M, Saeidimehr S, Kalantari F, et al. Possible impact of clinical governance and hospital accreditation systems on defensive medicine. *International Journal of Advanced Biotechnology and Research*. 8:(4);1510-1518, 2017.
238. Levine KJ, Carmody M, Silk KJ. The influence of organizational culture, climate and commitment on speaking up about medical errors. *Journal Nursing Managing*. 28(1):130-138, 2020.

10. EKLER

EK:1 ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Doktora programında planlanan bu tez çalışması, “**Klinik Yönetişim İkliminin Hasta Güvenliği Kültürü ile İlişkisinin İncelenmesi**”, amacıyla yürütülmektedir. Bu çalışmada, anket formu kullanılacaktır. Bu anket bilimsel bir çalışmaya, veri toplamak amacıyla düzenlenmiştir. Anket formu, 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ‘Kişisel Bilgiler Formu’, ikinci bölümde ‘Klinik Yönetişim İklimi’ ölçeği ve üçüncü bölümde ‘Hasta Güvenliği Kültürü’ ölçeği yer almaktadır. Bu çalışmanın objektif olarak amacına ulaşabilmesi için, sizin ankete vereceğiniz içten ve samimi bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmadan elde edilen veriler, kişisel olarak değil, grup olarak değerlendirilecek, ayrıca, tüm kimlik ve hastane bilgileriniz gizli tutulacaktır. Anket formundaki ifadeleri dikkatle okuyunuz ve her bir ifade için, uygun olan seçenek hangisi ise, onu işaretleyiniz, açık uçlu sorularda ise, altında boş bırakılan alanı doldurunuz. Anket sorularımıza vereceğiniz katkılardan dolayı, teşekkür ederiz.

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Osman HAYRAN
Doktora Öğrencisi Nuran ERASLAN
İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İletişim e-posta: [Redacted]
Gsm: [Redacted]

1.BÖLÜM: KİŞİSEL BİLGİLER

A) Sosyodemografik özellikler

1-Cinsiyetiniz 1.() Kadın 2.() Erkek

2-Yaşınız.....

3-Medeni Durumunuz () 1.Bekar () 2.Evli () 3.Boşanmış
() 4.Ayrı

4-Öğrenim Durumunuz () 1.Lise () 2.Ön Lisans () 3.Lisans () 4.Y.Lisans
() 5.Tıpta Uzmanlık () 6.Doktora

5-Mesleğiniz () 1.Hemşire () 2.Hekim

6-Kurumdaki Ünvanınız.....(lütfen belirtiniz)

B) İş yaşamı özellikleri

- 1-Meslekte çalışma süreniz (yıl).....
2-Kurumda çalışma süreniz (yıl).....
3-Çalıştığınız birim.....
4-Haftalık ortalama çalışma süreniz (saat).....

C)Çalışılan kurumun özellikleri

1-Çalıştığınız hastanenin türü:

- 1.JCI Belgeli Özel Hastane
 2.JCI Belgeli Olmayan Özel Hastane
 3.JCI Belgeli Üniversite Hastanesi
 4.JCI Belgeli Olmayan Üniversite Hastanesi
 5.Kamu Hastanesi

2-Hastanenizin sahip olduğu sertifika/belgeler,

- 1.HIMSS (Sağlık Bilgi ve Yönetim Sistemleri Topluluğu Belgesi)
 2.LEED (Yeşil Bina- Enerji ve Çevre Dostu Tasarımda Liderlik Sertifikası)
 3.Diğer.....(lütfen belirtiniz)

3-Hastanenizdeki toplam yatak sayısı.....

4-Çalıştığınız vardiyada sorumlu olduğunuz hasta yatak sayısı.....

5- Bu kurumda linik yönetim hakkında eğitim aldınız mı? 1.Evet 2.Hayır

6-Bu kurumda hasta güvenliği hakkında eğitimi aldınız mı? 1.Evet 2.Hayır

2.BÖLÜM: KLİNİK YÖNETİŞİM İKLİMİ: Çalıştığınız kliniği düşünerek görüşünüzü en iyi yanıtı işaretleyiniz.

1:Kesinlikle katılıyorum		2:Katılıyorum		3:Hiçbiri		4:Katılmıyorum		5:Kesinlikle katılmıyorum	
Kurumun çalıştığım bölümünde...		1	2	3	4	5			
1	Bir şeyler ters gittiğinde, otomatik olarak birinin suçlanacağı fikri vardır.								
2	Uygulamaları iyileştirmeye yönelik iyi fikirler kurum dışındakilerle paylaşılır.								
3	Hata raporlama sistemleri klinisyenleri cezalandırmak için temel bir araçtır.								
4	İsteyenler için eleştirel değerlendirme becerileri eğitimi vardır.								
5	Klinik olaylara kanşanlar suçlu hissettirilir.								
6	Kariyer gelişim gereksinimleri ile birlikte hizmetin stratejik gereksinimleri de tanımlanır.								
7	Personel değerlendirmeleri personeli cezalandırmak için kullanılır.								
8	Kişiler meslektaşlarının yetenekleri hakkında iyi bilgi sahibidir.								
9	Kalite iyileştirme aktiviteleri için zaman ayrılır.								
10	Meslektaşlarla açık ve dürüst olmak güvenli değildir.								
11	Ağırılık olayın nasıl meydana geldiğindedir, hatayı kimin yaptığında değil.								
12	Hata yapan kişiler desteklenir.								
13	Kaliteyi iyileştirmek için takımlarla birlikte çalışırız.								
14	Klinik riskler ile ilgili bilgi toplanır.								
15	Kanıtı dayalı uygulamalar ile ilgili teknik yardımlar mevcuttur.								

1:Kesinlikle katılıyorum		2:Katılıyorum		3:Hiçbiri		4:Katılmıyorum		5:Kesinlikle katılmıyorum	
Kurumun çalıştığım bölümünde...		1	2	3	4	5			
16	Bir hata olduğunda, bireyleri suçlamak yerine sistemdeki başarısızlıkları aranız.								
17	Personel değerlendirmeleri personelin gerçek gelişme ihtiyaçlarını karşılamaz.								
18	Uzun vadeli kalite iyileştirme planları günden güne kaybolmaktadır.								
19	Meslektaşlar birbirine karşı dürüst değildir.								
20	Organizasyon içindeki iyi uygulamalar gruplarla sınırlı kalır.								
21	Klinik riskler tanımlandıktan sonra gerçekten gereken yapılır.								
22	Klinik riskler sistematik yöntemlerle değerlendirilir.								
23	Kişiler uygulama ile ilgili sorunları örgütün farklı bölümlerinde çalışanlarla paylaşırlar.								
24	Hizmette değişiklikleri uygulamaya koymak için destek yoktur.								
25	Örgütün neyi başarmak istediği ile ilgili açık bir vizyonu yoktur.								
26	Suçlayıcı bir ortamda çalışırız.								
27	En önemli klinik riskler ile ilgili yeterli bilgi toplayamayız.								
28	Araştırma kanıtlarını bulup ortaya çıkarma konusunda eğitim olanağı yoktur.								
29	Çok fazla kalite iyileştirme çabasına karşın gerçekleşen değişim çok azdır.								
30	Risk yönetimine ilişkin ortak bir yaklaşım mevcut değildir.								

1:Kesinlikle katılıyorum	2:Katılıyorum	3:Hiçbiri	4:Katılmıyorum	5:Kesinlikle katılmıyorum
Kurumun çalıştığım bölümünde...				
31	Örgütün değişik bölümlerindeki ekipler iyi uygulamalarını paylaşırlar.			
32	Kişiler iyi uygulamaları yaymak için zaman ayırır.			
33	Örgütün diğer bölümlerindeki kalite gelişimini ancak bunun etkilerini hissettiğimizde öğreniriz.			
34	Hizmetlerdeki iyileştirmeler kriz zamanlarında gündeme gelir.			
35	Klinik bir risk tanımlandığında her zaman o riski önlemeye dönük bir çaba vardır.			
36	Kalite iyileştirme çabaları alt kademelerde oluşturulmak yerine üst yönetim tarafından zorla kabul ettirilir.			
37	Klinik riskleri düzenli olarak değerlendiririz.			
38	Bir araya gelip fikirlerimizi paylaşmak için yeterli zaman yoktur.			
39	Kişiler hizmet sunumu için ortak bir vizyonu paylaşırlar.			
40	Herkesin katkılarına karşılıklı saygı vardır.			
41	Zaman harcayıp doğru bir çözüm yerine problemlerin hızlı çözümü için baskı vardır.			
42	Olmaması beklenen kazaları tanımlamayız.			
43	Klinik risk politikaları organizasyon içinde paylaşılır.			
44	Klinik risk bilgileri düzenli olarak kararları bildirmede kullanılır.			
45	Kişiler meslektaşlarının kendilerinden neler beklediklerini bilmezler.			

1:Kesinlikle katılıyorum	2:Katılıyorum	3:Hiçbiri	4:Katılmıyorum	5:Kesinlikle katılmıyorum
Kurumun çalıştığım bölümünde...				
46	Çalışanların ortak hizmet amaçları olmadığı görülmektedir.			
47	Uygulamalar üzerine iyice düşünmek için zaman vardır.			
48	Kişiler organizasyonun diğer bölümlerindeki iyi uygulamalardan haberdar değildir.			
49	Gelişim ihtiyaçları düzenli olarak değerlendirilir.			
50	Acil yapılması gerekenler daima kalite iyileştirmeden daha önemlidir.			
51	Kalite iyileştirme faaliyetleri çoğunlukla dış baskılara bir cevaptır.			
52	Risk değerlendirme süreçleri klinik olayların ışığında güncellenmektedir.			
53	Meslektaşların birbirlerinin görevlerini anlamadıkları görülmektedir.			
54	Başarısızlıklar öğrenim fırsatı olarak değerlendirilir.			
55	Mesleki geçmişi her ne olursa olsun herkes eşit konumdadır.			
56	Problemleri önlemeye çalışmaktansa, onlara tepki gösteririz.			
57	Kişiler kaliteyi iyileştirmek için motive edilir.			
58	Gelişimin bir parçası olarak öğrenilen yeni becerileri uygulayacak çok az fırsat vardır.			
59	Çalışanlar hizmette değişiklikler yapmaya teşvik edilmek yerine buna zorunlu tutulur.			
60	Kişiler klinik uygulamalarda değişiklik yapmak için çok iyi motive edilirler.			

3.BÖLÜM: HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ HASTANE ANKETİ

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:

.....

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katırım Ne Katılmam	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Bu birimde çalışan kişiler birbirlerini destekler.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Bu birimde iş yükünün üstesinden gelecek kadar personel mevcuttur.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Acilen yapılması gereken çok iş olduğunda ekip olarak birlikte çalışırız.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Bu birimde çalışanlar birbirine saygılı davranır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Bu birimde çalışanlar hasta bakımı için en uygun olan süreden daha uzun süre çalışır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Hasta güvenliğini geliştirme çalışmalarına aktif olarak katılırsınız.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Bu birimde gerekenden fazla geçici personel çalıştırılır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Çalışanlar yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissederler.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Yapılan hatalar bu bölümde pozitif değişikliklere yol göstermiştir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Burada daha ciddi hataların oluşmaması sadece tesadüfe bağlıdır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Birim içinde bir çalışma alanı aşırı yoğunlaştığında diğerleri yardım eder.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikayet ediliyor duygusu vardır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Hasta güvenliğini geliştirmek için değişiklikler yaptıktan sonra bunların etkinliğini değerlendiririz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Yapılacak çok iş olduğunda ve çok çabuk yapmak gerektiğinde "kriz modunda" çalışırız.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Hasta güvenliği, daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Çalışanlar yaptıkları hataların kişisel dosyalarında muhafaza edildiğinden endişe duyarlar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Uyguladığımız prosedürler ve sistemler hata oluşmasını önlemede başarılıdır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

BÖLÜM B: Yöneticileriniz/supervisor

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

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	ne Katılmam Ne Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Yöneticilerimiz, oluşturulmuş hasta güvenliği prosedürlerine göre yapmış bir işi gördüğünde takdir eder.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Yöneticilerimiz, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Yöneticilerimiz, kalite kaybı olsa bile bizim daha hızlı çalışmamızı ister.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Yöneticilerimiz tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Bölüm C: İletişim

Bölümünüzde aşağıdakiler ne sıklıkta oluyor?

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Raporlanan olaylara dayandırılarak yapılan değişiklikler hakkında bilgilendiriliriz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Çalışanlar, hasta bakımını olumsuz etkileyebilen bir şey gördüklerinde bunu serbestçe dile getirebilir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Bu birimde oluşan hatalar hakkında bilgilendiriliriz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Çalışanlar, yöneticilerinin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Bu birimde biz, hataların tekrar oluşmasını engelleyecek yöntemleri tartışırız.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Çalışanlar, bir şey yanlış gözüktüğünde soru sormaktan korkarlar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 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 <i>hastayı etkilemeden fark edilip düzeltildiğinde</i> ne sıklıkla rapor ediliyor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Bir hata yapıldığında ancak <i>hastaya zarar verme potansiyeli olmadığına</i> ne sıklıkla rapor ediliyor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. <i>Hastaya zarar verebilme olasılığı olan ancak zarar vermeyen</i> bir hata yapıldığında ne sıklıkla rapor ediliyor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

BÖLÜM G: Hasta Güvenliği Derecesi

Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.

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

BÖLÜM F: Hastanemiz ile ilgili olarak aşağıda belirtilen konulara katılma derecenizi belirtiniz.

	Kesinlikle		Ne		Kesinlikle
	Kat.Im.yorum	Kat.Im.yorum	Kat.Imam	Kat.I.yorum	
	▼	▼	▼	▼	▼
1. Hastane yönetimi hasta güvenliğini artıran bir çalışma atmosferi sağlamaktadır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Hastane üniteleri birbirleriyle uyum içinde çalışmaz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeyler ihmal edilir, gözden kaçırılır, kaybedilir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren iyi bir işbirliği vardır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önemli bilgiler çoğu zaman <u>kaybedilir</u> .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Diğer bölümlerinden gelen kişilerle çalışmak genellikle hoş karşılanmaz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Birimler arasında bilgi aktarımında sıklıkla problemler oluşur.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Yönetimin faaliyetleri, hasta güvenliğinin üst düzey bir öncelik olduğunu gösteriyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Yönetim, sadece istenmeyen olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgili gibi gözükmemektedir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Hastalar için en iyi bakımı sağlama amacıyla birimler birlikte iyi çalışır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından problemlidir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

BÖLÜM E: Hasta Güvenliği Derecesi

Hasta güvenliği konusunda biriminizi değerlendiriniz.

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

BÖLÜM I: Yorumlarınız

Lütfen hastaneniz/kuruluşunuzdaki aşağıdaki konulardaki düşünce/yorumunuzu yazınız.

Hasta Güvenliği:

Tıbbi Hata:

Olay Raporlama:

EK 2: KURUM İZİNLERİ (9 Hastane)

TAAHHÜTNAME

İlgili Makama,

İstanbul ilindeki hastanelerde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik
yönetişim ikliminin, hasta güvenliği kültürü ile ilişkisini
değerlendirmek amacıyla planlanan, doktora tez çalışmamda hastane
ismi kullanmayacağımı şimdiden kabul ve taahhüt ederim.

Doktora Öğrencisi Nuran ERASLAN

İstanbul Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

EK 3: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

1-Klinik Yönetişim İklimi Ölçeği

Dr. Öğretim Üyesi Eylem Paslı Gürdoğan'dan e-posta yoluyla alınan izin

Mail adresi	[REDACTED]
Gönderme tarihi	Mon 12/2/2019 2:30 PM

Ölçeği kullanmanızda sakınca bulunmamaktadır. Ekteki dosyalarda ölçek ile ilgili bilgi ve yayınlara erişebilirsiniz. Danışmak istediğiniz bir konu olursa haberleşebiliriz. İyi çalışmalar dilerim.

Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Esasları AD

2-Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

Mail adresi	EMEL FİLİZ" <[REDACTED]>
Gönderme tarihi	Mon 12/2/2019 11:16 AM

EK 4: YORUMLAR

Ek 4.1 Hasta Güvenliği (Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Yorumlar)

	n (sayı)	%(yüzde)
I-Yorum Yazmayan Katılımcılar	1.494	72,7
II-Yorum Yazan Katılımcılar	561	27,3
TEMA KONULARI		
1-Hasta Güvenliği konusunda zayıf/düşük düzeyde/ yetersiz/aksaklıklar var/nadiren dikkat edilir, güvenlik önemsizdir, risk altındadır, açıklar bulunmaktadır.	15	2,6
2-Hasta Güvenliği konusunda yorum yok/fikrim yok/kararsızım	20	3,5
3-Hasta Güvenliği konusunda iyiyiz	19	3,5
4-Hasta güvenliğine yönelik ilgili faaliyet ve uygulamalar yapılır: Kalite birimi takip eder, iyileştirme yapılır, hasta verileri çift kez kontrol edilir, gerekli faaliyet ve alt yapı sağlanır, hasta bakım planları, ramak kala olay bildirimleri, hasta teslimlerinde SBAR sistemi, sedye kemerlerinin kapatılması, yatak başı kalkıktır, yatak kenarları kontrol edilir, kimlik doğrulama yapılır, eğitimler düzenlenir, hasta transferi hemşire eşliğinde yapılır.	361	64,3
5-Yönetim Kaynaklı Nedenler: Yönetimin hasta güvenliğine daha çok zaman ayırmaması, problem çözücü yol izlenmemesi, hasta güvenliği için bütçe ayrılmaması, yönetimle iletişim kurulamaması, suçlayıcı yol izlenmesi, çalışanların rencide edilmesi, çalışanlara uygun olmayan uyarı yapılmasıdır.	24	4,3
6-İKY Kaynaklı Nedenler: Tecrübesiz personel olması, turnover oranı yüksekliği, personel sayısındaki yetersizlik, bilinçsizlik, yardımcı personel ve hemşirelerin eğitim eksikliği, ödül takdir sistemi eksikliği, mobbing, işyükü fazlalığı ve uzun çalışma saatleridir.	20	3,5
7-Hekim Kaynaklı Nedenler: Hekimlerin hasta güvenliği konusunda olumsuz tutumu ve bu konuda kurallara uymamaları,	8	1,4
8-Ekipman ve fiziki alan yetersizliği: Tıbbi cihazların dar alanlara sığmaması, odaların dar olması, acil servise erişimde zorluklardır.	5	0,9
9-Hasta Güvenliğinde Sorunlu Alanlar: Pandemide hasta odaları koğuş sistemi ile olmamalı, yataktan yatağa transferdeki uygun olmayan teknikler, güvenlik sağlanmada hemşirelere yetki verilmemesi, yenidoğan pansuman değişiminde bebeklerin zarar görmesi, iletişim sorunları, mahremiyet, maddi kaygı ve menfaatin hasta güvenliğinin önünde geçmesi, ekip anlayışının olmaması hasta güvenliğinde sorunlu alanlardır.	11	2
10-Çalışan Önerileri: Çalışan motivasyonu artırılmalı, yönetim destek olmalı, daha sık eğitim verilmeli, hasta güvenliği iş yapmaktan önce gelir, malpraktisi önlemede iyi bir uygulamadır, yönetim anlayışı önemlidir, cerrahi birimlerde hasta güvenliği önemlidir, işlem basamakları atlanmadan çalışırsa hata oranı düşer ve güvenlik sağlanır, yöneticilerle iyi iletişim kurulursa sorunlar rahat çözülür, daha fazla gayret gösterilmeli, daha çok vakit ayrılmalı, daha çok tedbir alınmalı ve eğitim verilmeli, hasta güvenliği kültürünün oluşması için zaman tanınmalı, hasta güvenliği için raporlama sistemleri kolaylaştırılmalı, kalite süreçleri revize edilmelidir.	17	3
11-Diğer: Literatür bilgisi, tanımlar, araştırmacıya teşekkür edilmesi	61	11
Toplam	2.055	100

Ek 4.2 Tıbbi Hata (Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Yorumlar)

	n (sayı)	% (yüzde)
I-Yorum Yazmayan Katılımcılar	1.684	82
II-Yorum Yazan Katılımcılar	371	18
TEMA KONULARI		
1-Tıbbi hata görülmez	93	25
2-Tıbbi hata azdır: Minimum/az/nadiren olur/sık karşılaşılmaz/pek yok gibi, bazen, önlenmeye çalışır, çok fazla rastlamadım, en aza indirmek için önlem alınır.	82	22
3-Tıbbi hata konuları ve nedenleri A) Yanlış ilaç veya operasyon, operasyonlarda yabancı cisim unutulması, near miss (neredeyse hata) gibi konulardır. B) Dikkat dağınıklığı, yorgunluk, güvenlik protokol boşlukları, hızlı ve aceleci olmak, eğitim eksikliği nedeniyle tıbbi hata görülür.	10	2,7
4-Tıbbi hataya yönelik ilgili faaliyet ve uygulamalar yapılır: Hastalar girişim öncesi hemşireler tarafından kontrol edilir, çift kişi kontrol eder, sorumlu hemşireye bildirilir, hata olduğunda olay raporlaöa yapılır, hata yapan personele eğitim verilir, prosedüre uygun yol alır, oryantasyon eğitimi düzenlenir, ekip toplantısı yapılır, teknolojiden yararlanır, ilaçlar pyxis ile otomatik hazırlanır, önlemler alınır, tecrübesiz personel takibi yapılır, etik kurul değerlendirir, sistemik hata aranır.	116	31
5-Yönetim Kaynaklı: Tıbbi hataların üzeri kapatılıyor, önemsenmiyor, soruşturulmuyor, tutanak tutulmuyor, çalışanlar suçlanıyor.	8	2
6-İKY Kaynaklı: Personel yetersizliği, işyükü fazlalığı, uzun çalışma saatleridir.	6	1,6
7-Asistan Hekim Kaynaklı: Eğitim ve gözetim eksikliğidir.	5	1,3
8-Hastanedeki fiziki alan yetersizliği: Mavi kod verildiğinde odalara ekipman sığmaması, odaların dar olmasıdır.	7	2
9-Çalışan Önerileri: Uygun çalışma ortamı sağlanmalı, eğitimlerle önlenmeli, eğitim derecesi arttırılmalı, protokoller oluşturulmalı, nitelikli eleman çok olmalı değerlendirilmeli, irdelenmeli, tıbbi hatada dikkat edilmeli, önemsenmeli, olmamalı, yönetim dinlemeli, hatalar bildirilmelidir.	28	7,5
10-Diğer: Tanımlar yapılmıştır.	16	4,3
Toplam	2.055	100

Ek 4.3 Olay Raporlama (Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Yorumlar)

	n (sayı)	% (yüzde)
I-Yorum Yazmayan Katılımcılar	1.684	82
II. Yorum Yazan Katılımcılar	371	18
TEMA KONUSU		
1-Olay raporlama yapılmaz	52	14
2-Olay raporlama yetersiz	31	8,3
3-Olay raporlama konuları: Alerji, düşme, beklenmedik durum, hasta orderları, olumsuz/riskli durumlar, hatalı durumlardır.	5	1,3
4-Olay raporlamaya yönelik ilgili faaliyet ve uygulamalar yapılır. Hastalar girişim öncesi hemşireler tarafından kontrol edilir, çift kişi kontrol eder, sorumlu hemşireye bildirilir, hata olduğunda olay raporlama yapılır, kök neden analizi yapılır, hata yapan prosedüre uygun yol alır, personele eğitim verilir, oryantasyon eğitimi düzenlenir, ekip toplantısı yapılır, teknolojiden yararlanır, ilaçlar pyxis ile otomatik hazırlanır, önlemler alınır, tecrübesiz personel takibi yapılır, etik kurul değerlendirir, sistemik hata aranır.	122	32,8
5-Çalışan Önerileri: Düzenli ve iyi yapılmalı, eğitimler verilmeli, iyileştirme yapılmalı, önem verilmeli, farkındalık oluşturulmalı, güvenliği tehlikeye sokacak her durum raporlanmalı, kök neden analizi yapılmalı, hemşirelerin görüşü alınarak olay raporlama yapılmalıdır.	10	3
6-Yönetim ve İK Kaynaklı: Tıbbi hataların üzeri kapatılıyor, önemsenmiyor, araştırılmıyor, tutanak tutulmuyor, çalışanlar suçlanıyor. Ayrıca, işyükü fazlalığı ve uzun çalışma saatleri mevcuttur.	14	4
7-Çatışma Algısı: Birimler arası ve meslekler arası çatışma olarak algılanır, eksik bulma, şikâyet olarak algılanır, hemşirenin görevi olarak algılanır.	12	3,2
8-Çalışan güvenliğini tehdit eden durumlarda rapor edilmeli	16	4
9-Ramak kala olay raporlamada eksiklikler yaşanması	11	3
10-Diğer: Olay raporlama tanımları ve literatür bilgisi	98	26,4
Toplam	2.055	100

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.61613
Konu : Etik Kurulu Kararı

15/11/2019

Sayın Nuran ERASLAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Klinik Yönetişim İkliminin, Hasta Güvenliği Kültürü ile İlişkisinin İncelenmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 15.11.2019 tarihinde e-İmzalanmıştır.
Evrakınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-irma> linkinden A38FA079XD kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacak Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacak Kavşağı - Beşiktaş
34810 İstanbul

Tel: 444 8
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Klinik Yönetişim İkliminin, Hasta Güvenliği Kültürü ile İlişkisinin İncelenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Nuran ERASLAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Uzman/Sağlıkta Kalite Yönetimi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 962		Tarih: 13/11//2019		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.				

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet UÇIŞIK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	