

**HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ BOYUTLARININ ÇOK KRİTERLİ  
KARAR VERME YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK SİSTEMLERİ MÜHENDİSLİĞİ PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS DERESESİNE İLİŞKİN BELİRLENEN ŞARTLARIN  
YERİNE GETİRİLMESİ AMACIYLA SUNULAN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve İşler

Aralık, 2022

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ BOYUTLARININ ÇOK KRİTERLİ KARAR  
VERME YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Merve İşler

21 Aralık 2022

Jüri üyeleri olarak bu tezi okuduğumuzu ve ilgili programın yüksek lisans derecesi için yeterli kapsam ve kalitede olduğunu onaylıyoruz.

---

Dr. Öğr. Üye. Melis Almula Karadayı (Danışman)

---

Dr. Öğr. Üye. Kevser Banu Köse

---

Dr. Öğr. Üye. Mustafa Yağımlı

Fen Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır:

---

Prof. Dr. Yasemin Yüksel Durmaz

Fen Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İşbu belge ile bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, malzeme ve sonuçları alıntıladığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim.

İmza :

Adı Soyadı : MERVE İŞLER

## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamda değerli bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren ve destek olan danıőmanlarım Sn. Dr. Öğr. Üye. Melis Almula Karadayı ve Sn. Prof. Dr. Hakan Tozan'a

Mesleki olarak kendisinden birçok Şey öğrendiğim tez çalıőmam sürecinde de desteklerini esirgemeyen Sn. Ayőegül Ergin'e,

Yüksek lisans eğitimimde beni cesaretlendiren, yanımda olan ve her türlü destekleyen değerli aileme,

Araőtırmama gönüllü katılımlarıyla destek veren tüm sağlık profesyonellerine teőekkürlerimi sunarım.



Merve İşler  
Aralık, 2022

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>v</b>
<b>ŞEKİL LİSTESİ</b> .....	<b>vi</b>
<b>ÇİZELGE LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>SEMBOLLER</b> .....	<b>xii</b>
<b>KISATMALAR</b> .....	<b>xiii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>xiv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xvi</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. TEORİK KISIM</b> .....	<b>3</b>
2.1. Güvenlik.....	3
2.2. Kültür .....	4
2.3. Güvenlik Kültürü .....	4
2.4. Hasta Güvenlik Kültürü .....	5
2.5. Hasta Güvenlik Kültürünün Değerlendirilmesi .....	8
2.6. Literatür Taraması.....	9
2.6.1. Hasta güvenliği ve hasta güvenlik kültürünün değerlendirilmesi ile ilgili yapılan çalışmalar .....	9
2.6.2. Sağlık alanında çok kriterli karar verme yönteminin kullanıldığı çalışmalar .....	10
<b>3. DENEYSSEL KISIM</b> .....	<b>13</b>
3.1. Çok Kriterli Karar Verme .....	13
3.1.1. Kademeli ağırlık değerlendirme oran analizi (SWARA: Stepwise weight assessment ratio analysis): .....	15
<b>4. BULGULAR VE TARTIŞMA</b> .....	<b>17</b>
4.1. Hasta Güvenlik Kültürünün Değerlendirilmesi .....	17
4.1.1. Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman .....	17
4.1.2. Araştırmanın evreni .....	17
4.1.3. Veri toplama araçları .....	17
4.1.4. Verilerin toplanması .....	18
4.1.5. Verilerin değerlendirilmesi .....	18
4.1.5.1. Çalışanların demografik bilgileri, çalışma yaşamı ve tıbbi hatalara yönelik görüşlerine ilişkin bulgular .....	18
4.1.5.2. Çalışanların hasta güvenliğine yönelik deneyimleri ve algılarına ilişkin bulgular .....	33
4.1.5.3. Hasta güvenlik kültürü boyutlarının değerlendirilmesine yönelik bulgular .....	36
4.2. Hasta Güvenlik Kültürü Boyutlarının SWARA Yöntemi İle Değerlendirilmesi .....	47
<b>5. SONUÇ VE GELECEKTEKİ ÇALIŞMALAR</b> .....	<b>87</b>
<b>KAYNAKÇA</b> .....	<b>90</b>
<b>EK A</b> .....	<b>101</b>
<b>ÖZ GEÇMİŞ</b> .....	<b>116</b>

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1: A boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı. ....	40
Şekil 4.2: B boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı. ....	40
Şekil 4.3: C boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı. ....	41
Şekil 4.4: D boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı. ....	41
Şekil 4.5: E boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı.....	42
Şekil 4.6: F boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı.....	42
Şekil 4.7: G boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı. ....	43
Şekil 4.8: H boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı. ....	43
Şekil 4.9: I boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı.....	44
Şekil 4.10: J boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı.....	44
Şekil 4.11: K boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı. ...	45
Şekil 4.12: L boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı....	45
Şekil 4.13: Hasta güvenlik kültürü boyutlarına verilen toplam olumlu yanıtların yıllara göre dağılımları.....	46
Şekil 4.14: 1. boyut: “A” boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	73
Şekil 4.15: 1. boyut: “A” boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	73
Şekil 4.16: 2. boyut: “B” boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	74
Şekil 4.17: 2. boyut: “B” boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	74
Şekil 4.18: 3. boyut: “C” boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	75
Şekil 4.19: 3. boyut: “C” boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	75
Şekil 4.20: 4. boyut: “D” boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	76
Şekil 4.21: 4. boyut: “D” boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	76
Şekil 4.22: 5. boyut: “E” boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	77
Şekil 4.23: 5. boyut: “E” boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	77
Şekil 4.24: 6. boyut: “F” boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	78
Şekil 4.25: 6. boyut: “F” boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	78
Şekil 4.26: 7. boyut: “G” boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	79
Şekil 4.27: 7. boyut: “G” boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	79
Şekil 4.28: 8. boyut: “H” boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	80
Şekil 4.29: 8. boyut: “H” boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	80
Şekil 4.30: 9. Boyut: “I” boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	81

<b>Şekil 4.31:</b> 9. boyut: “I” boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	81
<b>Şekil 4.32:</b> 10. boyut: “J” boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	82
<b>Şekil 4.33:</b> 10. boyut: “J” boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	82
<b>Şekil 4.34:</b> 11. boyut: “K” boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	83
<b>Şekil 4.35:</b> 11. boyut: “K” boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	83
<b>Şekil 4.36:</b> 12. boyut: “L” boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	84
<b>Şekil 4.37:</b> 12. boyut: “L” boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı. ....	84
<b>Şekil 4.38:</b> Hasta güvenlik kültürü boyutlarına ait indekslerin yıllara göre ortalamaları. ....	85



## ÇİZELGE LİSTESİ

<b>Çizelge 2.1:</b> Sağlık alanında çok kriterli karar verme yöntemi kullanılan çalışmalar. ..	10
<b>Çizelge 4.1:</b> 2016 yılı çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımı.	19
<b>Çizelge 4.2:</b> 2017 yılı çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımı.	19
<b>Çizelge 4.3:</b> 2018 yılı çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımı.	20
<b>Çizelge 4.4:</b> 2019 yılı çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımı.	22
<b>Çizelge 4.5:</b> 2020 yılı çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımı.	23
<b>Çizelge 4.6:</b> 2021 yılı çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımı.	24
<b>Çizelge 4.7:</b> Çalışanların yaşlarına göre dağılımı. ....	26
<b>Çizelge 4.8:</b> Çalışanların cinsiyetlerine göre dağılımı. ....	26
<b>Çizelge 4.9:</b> Çalışanların eğitim durumlarına göre dağılımı. ....	26
<b>Çizelge 4.10:</b> Çalışanların medeni durumlarına göre dağılımı.....	27
<b>Çizelge 4.11:</b> Çalışanların alanda/birimde çalışma sürelerine göre dağılımı. ....	27
<b>Çizelge 4.12:</b> Çalışanların kurumda çalışma sürelerine göre dağılımı.....	28
<b>Çizelge 4.13:</b> Çalışanların meslekte toplam çalışma sürelerine göre dağılımı.....	28
<b>Çizelge 4.14:</b> Çalışanların işe başlarken kurumsal oryantasyon eğitimi alma durumlarına göre dağılımı. ....	29
<b>Çizelge 4.15:</b> Çalışanların vardiyalarına göre dağılımı.....	29
<b>Çizelge 4.16:</b> Çalışanların haftalık çalışma saatlerine göre dağılımı. ....	29
<b>Çizelge 4.17:</b> Çalışanların mesleklerini isteyerek seçme durumuna göre dağılımı. ....	30
<b>Çizelge 4.18:</b> Çalışanların görev aldığı işten memnun olma durumuna göre dağılımı. ..	30
<b>Çizelge 4.19:</b> Çalışanların ekonomik düzeylerinden memnuniyet durumuna göre dağılımı. ....	31
<b>Çizelge 4.20:</b> Çalışanların yaşamdan duydukları memnuniyet düzeylerine göre dağılımı. ....	31
<b>Çizelge 4.21:</b> Çalışanların tıbbi hataların meydana gelmesindeki en önemli gördükleri sebeplere göre dağılımı. ....	32
<b>Çizelge 4.22:</b> Çalışanların hasta güvenliği konusunda daha önce eğitim alma durumlarına göre dağılımı. ....	33
<b>Çizelge 4.23:</b> Çalışanların hasta güvenliği konusunda daha önce bir komitede yer alma durumlarına göre dağılımı. ....	33
<b>Çizelge 4.24:</b> Çalışanların kurumda hasta güvenliği komitesinin bulunma durumu ile ilgili bilgilerine göre dağılımı. ....	34
<b>Çizelge 4.25:</b> Çalışanların kalite çalışmalarında aktif olarak yer alma isteklerine göre dağılımı. ....	34
<b>Çizelge 4.26:</b> Çalışanların kurumda hasta güvenliğinin yeterli oranda sağlanıp sağlanmadığı konusundaki düşüncelerine göre dağılımı. ....	35
<b>Çizelge 4.27:</b> Çalışanların kurumdaki hasta güvenliği derecesini değerlendirilmesine göre dağılımı. ....	35
<b>Çizelge 4.28:</b> Çalışanların son 12 ay içerisinde olay bildirim raporlama sayılarına göre dağılımı. ....	36
<b>Çizelge 4.29:</b> Hasta güvenlik boyutları ve alt kriterlerine ait kısa kodlar. ....	36
<b>Çizelge 4.30:</b> 1. Değerlendiriciye göre A boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi. ....	47
<b>Çizelge 4.31:</b> 1. Değerlendiriciye göre B boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi. ....	48
<b>Çizelge 4.32:</b> 1. Değerlendiriciye göre C boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi. ....	48
<b>Çizelge 4.33:</b> 1. Değerlendiriciye göre D boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi. ....	48



<b>Çizelge 4.34:</b> 1. Değerlendiriciye göre E boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	48
.....	
<b>Çizelge 4.35:</b> 1. Değerlendiriciye göre F boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	48
.....	
<b>Çizelge 4.36:</b> 1. Değerlendiriciye göre G boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	49
.....	
<b>Çizelge 4.37:</b> 1. Değerlendiriciye göre H boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	49
.....	
<b>Çizelge 4.38:</b> 1. Değerlendiriciye göre I boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	49
<b>Çizelge 4.39:</b> 1. Değerlendiriciye göre J boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	49
.....	
<b>Çizelge 4.40:</b> 1. Değerlendiriciye göre K boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	49
.....	
<b>Çizelge 4.41:</b> 1. Değerlendiriciye göre L boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	50
.....	
<b>Çizelge 4.42:</b> 1. değerlendiriciye göre hasta güvenlik kültürü boyutlarının değerlendirilmesi.	50
<b>Çizelge 4.43:</b> 2. değerlendiriciye göre A boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	50
.....	
<b>Çizelge 4.44:</b> 2. değerlendiriciye göre B boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	51
.....	
<b>Çizelge 4.45:</b> 2. değerlendiriciye göre C boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	51
.....	
<b>Çizelge 4.46:</b> 2. değerlendiriciye göre D boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	51
.....	
<b>Çizelge 4.47:</b> 2. değerlendiriciye göre E boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	51
.....	
<b>Çizelge 4.48:</b> 2. değerlendiriciye göre F boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	51
<b>Çizelge 4.49:</b> 2. değerlendiriciye göre G boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	52
.....	
<b>Çizelge 4.50:</b> 2. değerlendiriciye göre H boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	52
.....	
<b>Çizelge 4.51:</b> 2. değerlendiriciye göre I boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	52
<b>Çizelge 4.52:</b> 2. değerlendiriciye göre J boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	52
<b>Çizelge 4.53:</b> 2. değerlendiriciye göre K boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	52
.....	
<b>Çizelge 4.54:</b> 2. değerlendiriciye göre L boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	53
.....	
<b>Çizelge 4.55:</b> 2. değerlendiriciye göre hasta güvenlik kültürü boyutlarının değerlendirilmesi.	53
<b>Çizelge 4.56:</b> 3. değerlendiriciye göre A boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	53
.....	
<b>Çizelge 4.57:</b> 3. değerlendiriciye göre B boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	54
.....	
<b>Çizelge 4.58:</b> 3. değerlendiriciye göre C boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	54
.....	
<b>Çizelge 4.59:</b> 3. değerlendiriciye göre D boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	54
.....	
<b>Çizelge 4.60:</b> 3. değerlendiriciye göre E boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	54
.....	

<b>Çizelge 4.61:</b> 3. değerlendiriciye göre F boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	54
<b>Çizelge 4.62:</b> 3. değerlendiriciye göre G boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	55
<b>Çizelge 4.63:</b> 3. değerlendiriciye göre H boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	55
<b>Çizelge 4.64:</b> 3. değerlendiriciye göre I boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	55
<b>Çizelge 4.65:</b> 3. değerlendiriciye göre J boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	55
<b>Çizelge 4.66:</b> 3. değerlendiriciye göre K boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	55
<b>Çizelge 4.67:</b> 3. değerlendiriciye göre L boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	56
<b>Çizelge 4.68:</b> 3. değerlendiriciye göre hasta güvenlik kültürü boyutlarının değerlendirilmesi.	56
<b>Çizelge 4.69:</b> 4. değerlendiriciye göre A boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	56
<b>Çizelge 4.70:</b> 4. değerlendiriciye göre B boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	57
<b>Çizelge 4.71:</b> 4. değerlendiriciye göre C boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	57
<b>Çizelge 4.72:</b> 4. değerlendiriciye göre D boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	57
<b>Çizelge 4.73:</b> 4. değerlendiriciye göre E boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	57
<b>Çizelge 4.74:</b> 4. değerlendiriciye göre F boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	57
<b>Çizelge 4.75:</b> 4. değerlendiriciye göre G boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	58
<b>Çizelge 4.76:</b> 4. değerlendiriciye göre H boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	58
<b>Çizelge 4.77:</b> 4. değerlendiriciye göre I boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	58
<b>Çizelge 4.78:</b> 4. değerlendiriciye göre J boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	58
<b>Çizelge 4.79:</b> 4. değerlendiriciye göre K boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	58
<b>Çizelge 4.80:</b> 4. değerlendiriciye göre L boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	59
<b>Çizelge 4.81:</b> 4. değerlendiriciye göre hasta güvenlik kültürü boyutlarının değerlendirilmesi.	59
<b>Çizelge 4.82:</b> 5. değerlendiriciye göre A boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	59
<b>Çizelge 4.83:</b> 5. değerlendiriciye göre B boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	60
<b>Çizelge 4.84:</b> 5. değerlendiriciye göre C boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	60
<b>Çizelge 4.85:</b> 5. değerlendiriciye göre D boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	60
<b>Çizelge 4.86:</b> 5. değerlendiriciye göre E boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	60
<b>Çizelge 4.87:</b> 5. değerlendiriciye göre F boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	60
<b>Çizelge 4.88:</b> 5. değerlendiriciye göre G boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	61

<b>Çizelge 4.89:</b> 5. değerlendiriciye göre H boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	61
.....	61
<b>Çizelge 4.90:</b> 5. değerlendiriciye göre I boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	61
<b>Çizelge 4.91:</b> 5. değerlendiriciye göre J boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	61
<b>Çizelge 4.92:</b> 5. değerlendiriciye göre K boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	62
.....	62
<b>Çizelge 4.93:</b> 5. değerlendiriciye göre L boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.	62
.....	62
<b>Çizelge 4.94:</b> 5. değerlendiriciye göre hasta güvenlik kültürü boyutlarının değerlendirilmesi.	62
<b>Çizelge 4.95:</b> A boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.	63
<b>Çizelge 4.96:</b> B boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.	63
<b>Çizelge 4.97:</b> C boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.	63
<b>Çizelge 4.98:</b> D boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.	63
<b>Çizelge 4.99:</b> E boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.	64
<b>Çizelge 4.100:</b> F boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.	64
<b>Çizelge 4.101:</b> G boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.	64
<b>Çizelge 4.102:</b> H boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.	64
<b>Çizelge 4.103:</b> I boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.	65
<b>Çizelge 4.104:</b> J boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.	65
<b>Çizelge 4.105:</b> K boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.	65
<b>Çizelge 4.106:</b> L boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.	65
<b>Çizelge 4.107:</b> Hasta güvenlik kültürü boyutlarının son kriter ağırlıkları.	66
<b>Çizelge 4.108:</b> Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan A boyutuna ait alt kriterler.	66
<b>Çizelge 4.109:</b> Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan B boyutuna ait alt kriterler.	67
<b>Çizelge 4.110:</b> Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan C boyutuna ait alt kriterler.	67
<b>Çizelge 4.111:</b> Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan D boyutuna ait alt kriterler.	67
<b>Çizelge 4.112:</b> Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan E boyutuna ait alt kriterler.	68
<b>Çizelge 4.113:</b> Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan F boyutuna ait alt kriterler.	68
<b>Çizelge 4.114:</b> Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan G boyutuna ait alt kriterler.	68
<b>Çizelge 4.115:</b> Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan H boyutuna ait alt kriterler.	69
<b>Çizelge 4.116:</b> Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan I boyutuna ait alt kriterler.	69
<b>Çizelge 4.117:</b> Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan J boyutuna ait alt kriterler.	69
<b>Çizelge 4.118:</b> Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan K boyutuna ait alt kriterler.	70
<b>Çizelge 4.119:</b> Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan L boyutuna ait alt kriterler.	70
<b>Çizelge 4.120:</b> Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan hasta güvenlik kültürü boyutları.	70
.....	70
<b>Çizelge 4.121:</b> Hasta güvenliği boyutlarına ve boyutlara ait kriterlere ait ağırlıklar.	71
<b>Çizelge 5.1:</b> Hasta güvenliği boyutlarının geleneksel ve yeni yaklaşım metodu ile değerlendirilmesi.	88

## SEMBOLLER

- $s_j$  :Kriterlerin Önem Derecesi  
 $k_j$  :Kriterlerin İkili Kıyaslaması  
 $q_j$  :Düzeltilmiş Değer  
 $w_j$  :Kriterlerin Göreceli Ağırlığı



## **KISATMALAR**

<b>JCI</b>	: Joint Commission International
<b>SWARA</b>	: Stepwise Weight Assessment Ratio Analysis
<b>IAEA</b>	: The International Atomic Energy Agency
<b>IOM</b>	: Institute of Medicine
<b>AHRQ</b>	: Agency for Healthcare Research and Quality
<b>AHP</b>	: Analytic Hierarchy Process
<b>TOPSIS</b>	: Technique for Order Preference by Similarity to Ideal Solution
<b>VIKOR</b>	: ViseKriterijumsa Optimizacija I Kompromisno Resenje
<b>ELECTRE</b>	: Elemination and Choice Translating Reality English
<b>HTA</b>	: Health Technology Assessment
<b>MCDM</b>	: Multi Criteria Decision Making
<b>OECD</b>	: Organisation for Economic Co-operation and Development
<b>EVIDEM</b>	: Evidence and Value: Impact on Decision Making
<b>CRITIC</b>	: The Criteria Importance through Intercriteria Correlation
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences

# HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ BOYUTLARININ ÇOK KRİTERLİ KARAR VERME YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

## ÖZET

Merve İşler

Sağlık Sistemleri Mühendisliği, Yüksek Lisans

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üye. Melis Almula Karadayı

Eş Danışman: Prof. Dr. Hakan Tozan

Aralık, 2022

Sağlık hizmeti sunumunda tıbbi hatalardan kaynaklanan ölümler hasta güvenliği kavramını beraberinde getirmiştir. Hasta güvenliğini sağlık hizmetinin hastaya zarar vermeden sağlanması olarak tanımlamak mümkündür. Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için alınabilecek en temel önlemlere yönelik hasta güvenliği hedefleri Joint Commission International (JCI) tarafından geliştirilmiştir. Hasta güvenliği hedeflerinin etkin olarak sağlanması tıbbi hataların meydana gelmesinin önlenmesinde büyük bir öneme sahiptir. Bir sağlık kuruluşunda hasta güvenliği hedeflerinin etkin bir şekilde sağlanması kurumun güvenlik kültürünün sürekli geliştirilmesi ve iyileştirilmesi ile mümkündür. Bu ancak kurum çalışanlarının hasta güvenliği hedeflerine uyumunun sadece teorik bilgi ile sınırlı kalmadan bir davranış haline getirebilmesi ve bir kültür olarak benimseyebilmeleri ile sağlanabilir. Hasta güvenlik kültürünün kurum çalışanları tarafından davranış / kültür haline getirilebilmesi ve bu doğrultuda sürekli iyileştirmeye yönelik uygulamaların hayata geçirilebilmesi hasta güvenlik kültürünün değerlendirilmesi ihtiyacını beraberinde getirmiştir.

Bu çalışma kapsamında, özel bir üniversite hastanesinde çalışanların hasta güvenliği konusundaki algılarının objektif bir şekilde değerlendirilebilmesine yönelik çok kriterli karar verme yönteminden yararlanılmıştır. Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmaların sadece frekans analizine yönelik olması değerlendirme sürecinde “Her boyut aynı öneme mi sahiptir?” sorusunu beraberinde getirmiştir. Birçok alanda kullanılan ve sağlık hizmetlerinde de daha çok sağlık teknolojisi değerlendirme çalışmalarında kullanılan çok kriterli karar verme yönteminin hasta güvenliği kültürünün değerlendirmesinde de uygulanabileceği fikri ortaya çıkmıştır. Böylece hasta güvenliği kültürünün değerlendirmesinde kullanılan boyutların önem dereceleri belirlenmiş ve kurumun hasta güvenliği kültürü bu önem derecelerine göre daha objektif bir şekilde gözden geçirilebilmiştir. Bu doğrultuda 5 sağlık profesyoneline hasta güvenliği kültürü anketinde yer alan soruların ve boyutların birbirlerine göre önem derecelerinin belirlenebilmesine yönelik uzman görüşlerine başvurulmuştur. Uzman görüşlerinden elde edilen veriler SWARA (Stepwise Weight Assessment Ratio Analysis) yöntemi kullanılarak hasta güvenliği kültürünün değerlendirmesinde kullanılan soruların ve boyutların ağırlıkları belirlenmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda elde edilen ağırlıklar ve hasta güvenliği anketinden elde edilen sonuçlar hasta güvenlik kültürü indeksinin hesaplanmasında kullanılmıştır. Çalışma sonucunda hasta güvenliği

kültürünün değerlendirilmesine farklı bir bakış açısı getirilerek iyileştirmeye açık süreçlerin daha objektif bir şekilde belirlenebilmesi ve bu doğrultuda hasta güvenlik kültürünün sürekli geliştirilmesine katkı sağlayacak uygulamaların hayata geçirilebilmesi amaçlanmıştır.



Anahtar sözcükler: Güvenlik, Kültür, Hasta Güvenlik Kültürü, Tıbbi Hata, Çok Kriterli Karar Verme, SWARA

# EVALUATION OF PATIENT SAFETY CULTURE DIMENSIONS WITH MULTI-CRITERIA DECISION-MAKING METHOD

## ABSTRACT

Merve İşler

MSc in Healthcare Systems Engineering

Advisor: Assist. Prof. Dr. Melis Almula Karadayı

Co-Advisor: Prof. Dr. Hakan Tozan

December, 2022

Deaths caused by medical errors in the provision of health care services have brought the concept of patient safety. It is possible to define patient safety as providing health care services without harming the patient. The patient safety targets for the most basic measures that can be taken to ensure patient safety have been developed by the Joint Commission International (JCI). Effective achievement of patient safety goals is of great importance in preventing the occurrence of medical errors. Effective achievement of patient safety goals in a healthcare institution is possible with the continuous development and improvement of the institution's safety culture. This can only be achieved by ensuring that the compliance of the employees of the institution with the patient safety goals can become a behavior and adopt it as a culture, without being limited only to theoretical knowledge. The ability of the patient safety culture to be made into a behavior / culture by the employees of the institution and the implementation of continuous improvement practices in this direction has brought the need to evaluate the patient safety culture.

Within the scope of this study, a multi-criteria decision-making method was used to objectively evaluate the perceptions of employees about patient safety in a private university hospital. During the evaluation process, the fact that the studies conducted to evaluate the patient safety culture are aimed only at frequency analysis has brought the question of "Does every dimension have the same importance?". The idea that the multi-criteria decision-making method, which is used in many fields and mostly used in health technology evaluation studies in health services, can also be applied in the evaluation of patient safety culture, has emerged. Thus, the importance degrees of the dimensions used in the evaluation of patient safety culture were determined and the patient safety culture of the institution could be reviewed in a more objective way according to these importance degrees. In this direction, expert opinions of 5 health professionals were consulted in order to determine the importance of the questions and dimensions in the patient safety culture questionnaire relative to each other. The weights of the questions and dimensions used in the evaluation of patient safety culture were determined by applying the SWARA (Stepwise Weight Assessment Ratio Analysis) method to the data obtained from expert opinions. The weights obtained in accordance with the expert opinions and the results obtained from the patient safety questionnaire were used to calculate the patient safety culture index. As a result of the study, it is aimed to bring a different perspective to the evaluation of patient safety culture by determining the



processes that are open to improvement in a more objective way and implementing practices that will contribute to the continuous development of patient safety culture in this direction.



Keywords: Safety, Culture, Patient Safety Culture, Medical Error, Multi-Criteria Decision Making, SWARA

## **BÖLÜM 1**

### **1. GİRİŞ**

Sağlık hizmeti sunumunda temel amaç hastaların kaybettikleri sağlıklarını yeniden kazandırmaktır. Sağlık sektörü büyük ölçüde insan gücü ile hizmet sunulması sebebi ile tıbbi hatalara oldukça müsaittir. Hasta güvenliği kavramının da tıbbi hatalardan kaynaklanan ölümlerin farkına varılması ile ortaya çıktığını söylemek mümkündür. Hastalara kaybettikleri sağlıkları yeniden kazandırılırken onlara zarar vermemek en büyük öncelik olmalıdır. Tıbbi hataların gerçekleşmemesi için hataların meydana gelmesini minimize edecek bir sağlık sisteminin oluşturulması ve çalışanların eğitim ve gelişiminin desteklenmesi izlenecek yollardan biri olsa da sürekliliğinin sağlanması kurumda güvenlik kültürünün oluşturulması ile mümkün kılınabilir. Tıbbi hataların gerçekleşmemesi için izlenebilecek en temel adımlar çalışanlara verilen eğitimler yolu ile aktarılsa da kurumda gerekli güvenlik kültürü oluşturulamadığı takdirde sağlık hizmeti sunumu sırasında çalışanlar tarafından bu adımlar önemsiz veya zaman kaybı olarak görülebilmektedir. Tıbbi hataların önüne geçilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması çalışanların hasta güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaları bir kültür olarak benimsemesi ve davranış haline getirmesi ile mümkündür. Kurumsal olarak güvenlik kültürünün oluşturulması, hastaların güvenliğini tehdit eden hataların önlenmesi için büyük bir öneme sahiptir [1]. Bir kurumda hasta güvenlik kültürünün oluşturulması ancak mevcut hasta güvenlik kültürünün değerlendirilmesi ile mümkündür. Bu sebeple hasta güvenliği kültürünü oluşturmaya yönelik atılması gereken ilk adım mevcut hasta güvenliği kültürünü ölçmektir. Ölçüm için çalışanların meslek grupları farketmeksizin kurumdaki tüm çalışanlara ulaşmak hedeflenmelidir. Ölçüm sürecine ne kadar çalışan dahil edilebilirse hasta güvenlik kültüründe bütünü görmek adına büyük bir katkısı olacaktır. Mevcut hasta güvenliği kültürünü ölçmeyi takiben elde edilen verilerin doğru analiz edilmesi ve doğru çıkarımlarda bulunulabilmesi ise en önemli adımdır.

Elde edilen sonuçları doğru yorumlayabilmek ve bu doğrultuda iyileştirme yapılması gereken noktaların doğru bir şekilde belirlenebilmesi ile ancak bir kurumdaki hasta güvenlik kültürü geliştirilebilir. Sonuçların değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan iki yol vardır. Bunlardan ilki elde edilen verilerin geçmiş yıllarda elde edilen veriler ile kıyaslaması yapılarak iyileştirmeye açık noktaların belirlenmesidir. Buradaki iyileştirmeye açık olarak belirlenen boyutlar bir önceki yıla göre düşüş yaşanan boyutlar olarak değerlendirilir. Değerlendirme sürecinde sıklıkla kullanılan ikinci yol ise elde edilen verilerin başka kurum veya kuruluşlara ait veriler ile kıyaslanmasıdır. Buradaki dezavantaj ise farklı kurumlara ait hasta güvenlik kültürü verilerine ulaşım imkânının kısıtlı olmasıdır. Aynı zamanda hasta güvenlik kültürü oluşturma yolculuğunda her kurum izlediği politikalar doğrultusunda farklı bir noktadadır. Bu noktada farklı kurumlar ile kıyaslama bir hedef belirlemede yol gösteriyor olsa bile iyileştirmeye açık noktaların belirlenmesinde yol gösterici bir faktör oluşturmamaktadır. Tüm bu sebepler doğrultusunda çalışmada, hasta güvenlik kültürünü geliştirmeye yönelik yapılacak iyileştirme faaliyetlerinin belirlenmesinde yeni bir yaklaşım geliştirmek hedeflenmiştir. Her hasta güvenlik kültürü boyutu genel kültürü değerlendirmede aynı öneme mi sahiptir sorusuna cevap aranmıştır. Boyutların ağırlıklandırılması ile iyileştirmeye açık noktaların çok daha net ve objektif olarak belirlenebilmesi hedeflenmiştir. Yapılması gereken iyileştirme faaliyetlerinin doğru belirlenebilmesi gereksiz zaman, iş yükü ve maliyet açısından da oldukça büyük bir öneme sahiptir. Boyutların ağırlıklandırılması için çok kriterli karar verme yöntemlerinden biri olan SWARA yöntemi kullanılmak üzere uzman görüşlerine başvurulmuştur. Hasta güvenlik kültürü boyutlarına yönelik hesaplanan ağırlıklar ile sonuçların birlikte değerlendirilmesi doğrultusunda yeni bir hasta güvenlik kültürü indeksi hesaplanmıştır. Bu yol ile hesaplanan hasta güvenlik kültürü indekslerinin gerçekten üstüne eğilimesi gereken iyileştirme faaliyetlerinin belirlenmesinde oldukça fayda sağladığı çalışmanın sonuç ve gelecekteki çalışmalar bölümünde klasik yaklaşım ile kıyaslanarak paylaşılmıştır. Değerlendirme sonucunda elde edilen bulgulara yönelik hasta güvenlik kültürünü geliştirici faaliyetler hasta güvenlik kültürünün sürekli iyileştirilmesinde büyük bir öneme sahiptir. Hasta güvenlik kültürünün geliştirilmesinde izlenen iyileştirme faaliyetlerinin doğru analiz edilerek belirlenmesi hasta güvenlik kültürüne katkıyı en büyük fayda ile sağlayacaktır.

## **BÖLÜM 2**

### **2. TEORİK KISIM**

#### **2.1. Güvenlik**

Emniyet olarak da tanımlanabilen güvenlik; kişilerin korkusuzca yaşayabilmesi ve toplum yaşamında yasal düzenin aksamadan yürütülmesidir [2].

Kurum algısı olarak güvenlik kavramı ele alındığında, kurum çalışanlarının ve tüm paydaşların “kazayla yaralanmaya maruz kalmamaları” olarak tanımlamaktadır [3]. Bir başka tanıma göre güvenlik, eylemsizliğin dinamik hali olarak ifade edilmektedir. Çoğunlukla istenen bir durum olan eylemsizlik kavramı aksi gerçekleşmediği sürece güvenlik ile ilgili bir endişeye sebep olmaz. Güvenlik somut olmayan bir kavram olduğu için, insanlar göremedikleri şeylerin düzgün ilerlediğini düşünür ve plan doğrultusunda ilerlediği sürece eylemsizlik devam eder yanılışına düşebilir. Çok sayıda dinamik girdinin hiçbir şey olmama halini yaratması nedeni ile güvenlik, dinamik bir eylemsizlik durumu olarak tanımlanmıştır [4].

Bazı kuruluşlar yapıları gereği hataya oldukça açıktır. Sağlık kuruluşları büyük ölçüde insan gücü ile çalışılması, karmaşık bir yapıya sahip olması ve birçok birbiri ile bağlantılı alt sistemleri içerisinde bulundurduğu için hatalara oldukça yatkın olan kuruluşlara örnek olarak gösterilebilir [3]. Bu tanımlamaya göre birçok disiplinin bir arada çalıştığı ve yapılan hataların büyük ölçüde geri dönüşünün sağlanamadığı karmaşık yapıları sağlık kuruluşları için güvenlik kavramı oldukça büyük bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumunda ilk oldaklanması gereken nokta, hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirmek olmalıdır [5].

## 2.2. Kültür

Kültür, bireylerin ve toplulukların zaman içerisinde edinmiş oldukları duygu ve düşünceleri, değerleri, alışkanlıkları, inançları, gelenekleri ve davranış biçimleridir. Bu doğrultuda kültür bireyleri, toplulukları tanımada yol gösterici olduğu gibi gelecekteki davranışlar için de büyük bir tahmin gücüne sahiptir [6,7].

Bir başka tanıma göre kültür yaygın olarak, davranışları, tutumları, değerleri, inançları, çalışanların davranışlarını ve uygulamaları ifade etmektedir olarak tanımlanmıştır [8].

Kültür, toplumdaki kişiler tarafından ortaklaşa paylaşılan değerlerin toplam bir bileşkesi olduğu gibi aynı ve eşit derecede paylaşım içerisinde de bulunulması söz konusu değildir [9]. Kurumlar için kültür kavramı incelendiğinde kurumların birbirinden farklı kültür yapılarına sahip olabileceğini söylemek mümkündür. Tamamen kurumların zaman içerisinde geliştirdikleri kültür yapısına bağlı olarak, bazı kurumlarda takdir edilen davranışların bazı kurumlarda ise istenmeyen davranışlar olduğu görülebilmektedir. Her toplumun kendine özgü farklılık gösteren kültürü olduğu gibi, kurumların da kendilerine özgü olarak benimsedikleri kültürleri vardır. Kurumlar için kültürü hayata geçirenler, yöneticilerden çalışanlara kadar tüm kurum üyeleridir [8]. Bu sebeple kurumda oluşturulan kültür süreçlerin sistematik bir şekilde yürütülebilmesi için büyük bir önem taşımaktadır. Fakat kurumda oluşturulan kültürün başarısı ancak kurum çalışanlarının oluşturulan kültürü benimseyerek bir davranış haline getirebilmesiyle sağlanabilir.

## 2.3. Güvenlik Kültürü

Güvenlik kültürü, ilk olarak 1986 yılında Çernobil nükleer santralinde meydana gelen kaza sonrası ortaya çıkmıştır. 1988 yılında Uluslararası Atom Enerji Ajansı (IAEA) tarafından hazırlanan raporda “zayıf güvenlik kültürü” kavramı kullanılmıştır. Yaşanan bu olay sonrasında ortaya çıkan güvenlik kültürü kavramı, daha sonra da araştırmacılar tarafından teorik ve pratik olarak araştırılmıştır [10]. Hazırlanan raporda, olayın gerçekleşmesine sebep olarak kurumun güvenlik kültürünün zayıf olması gösterilmiştir [11].

İlk kez Çernobil nükleer santralindeki kaza sonucu ortaya çıkan güvenlik kültürü kavramı risk düzeyi yüksek farklı birçok sektörde gözden geçirilmesi gerekli bir kavram olduğu gibi sağlık hizmeti sunumunda rol alan kurumlarda da ele alınması gereken önemli bir konudur. Sağlık hizmetleri hastaya birebir temas eden risk düzeyi oldukça yüksek bir

alandır. Öyle ki bir tıbbi hata gerçekleşme durumunda yapılan hataların geri dönüşü neredeyse imkânsız olduğu gibi hastalarda kalıcı zarar veya ölüme bile sebebiyet verebilmektedir. Bu sebeple sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için etkin, çalışanlar tarafından bir kültür olarak benimsenebilmiş ve davranış haline getirilebilmiş bir güvenlik kültürünün oluşturulması sağlık sisteminin kesintisiz ve hastalara zarar vermeden yürütülebilmesinde büyük önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetlerinde güvenlik kültürü kavramı incelendiğinde; sağlık kuruluşlarının güvenlik kavramına ilişkin yaklaşımı, yetkinliği, alınan önlemleri ve bunların uygulanması yönündeki kararlılığı şeklinde tanımlanmıştır [10,12].

Kuruluşlarda güvenlik kültürü;

- Bir kuruluştaki bütün seviyelerden kişilerin paylaşımını gerektirir.
- Kuruluşun tüm çalışanları tarafından paylaşılan ortak değerler bütünüdür.
- Kuruluştaki güvenlik sorunlarını ele alır.
- Güvenliğin sağlanmasına yönelik gösterilen performans ile ödül yaklaşımı arasındaki ilişkiyi inceler.
- Kuruluş bünyesinde yer alan kişilerin çalışma ortamındaki davranışını etkiler.
- Bir kuruluştaki oluşan kazaların ve hataların gönüllülük esasına dayalı olarak bir öğrenme fırsatı olarak değerlendirilmesidir.
- Değişime karşı oldukça dayanıklı ve dirençlidir [13].

Güvenlik kültürü, hasta güvenliğinin sağlanmasında engel teşkil eden hataların önüne geçmek için önemli bir stratejidir. Böylece sürekli hatalardan öğrenme ve iyileştirme ile hasta güvenliğinin sağlanmasında benimsenen güvenlik kültürü, olası birçok hatanın önüne geçebilir.

#### **2.4. Hasta Güvenlik Kültürü**

Sağlık bakım hizmeti sunumunda gerçekleşebilecek hataların önüne geçilmesi ve hatalar doğrultusunda hastalar üzerinde istenmeyen durumların azaltılarak minimum düzeyde tutulması hasta güvenliği olarak tanımlanır [14].

Kurumun hasta güvenliği uygulamalarına yönelik izlediği yönetim şeklinin tüm çalışanlar üzerinde bir kurum davranışı haline getirilebilmesi hasta güvenliği kültürü olarak tanımlanabilir [15].

Sağlık hizmetleri, ölümlerle sonuçlanabilecek veya kişiye ciddi zarar verebilecek hastalıkları tedavi etmede rol oynadığı için riskli olarak değerlendirilen birçok sektör gibi sağlık kuruluşları da riskli olarak değerlendirilerek ele alınması gerekmektedir [16].

Olası hataların önüne geçebilecek veya en aza indirecek bir sağlık hizmeti sunumu ancak hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ile sağlanabilir. Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumunda görev yapan tüm çalışanların benimsemesi ve sahiplenmesi gereken bir konudur [17,18]. Sağlık hizmeti sunumu sırasında ilk dikkat edilmesi gereken şey yaşanan hataların önlenmesi, meydana gelen hataların ise düzeltilmesidir. Tüm bunların sağlanabilmesi ise kurumda hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ile mümkündür [16].

Çalışanların sağlık bakım hizmeti sunumu sırasında gerçekleştirebilecekleri olası tıbbi hataların tamamen önüne geçebilmek ne yazık ki mümkün değildir. Ancak sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi, tüm çalışanlar tarafından kültür haline getirilebilmesi ve bir davranış haline getirilmesi ile hata ve risklerin minimum düzeye indirilebileceği görülmektedir. Riskleri azaltmanın yolu ise hasta güvenliğini tehlikeye sokabilecek durumların değerlendirilerek bunlara yönelik önlemlerin alınması ile sağlanabilir ve bu önlemlerin sürdürülebilir olabilmesi için çalışanlar tarafından bir kültür olarak benimsenmesi sağlanmalıdır.

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında yapılması gereken planlama [19]:

- Kuruluşta hatalardan sürekli olarak öğrenilen ve ders çıkarılan bir hasta güvenliği kültürü tasarlanmalıdır.
- Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan ekip çalışmaları tüm çalışanlar ile paylaşılarak üst yönetim tarafından da bu çalışmaların desteklendiği gösterilmelidir.
- Çalışma koşulları ele alınarak, gerçekleştirilen klinik faaliyetler sürekli olarak değerlendirilmelidir. Hasta güvenliğine yönelik hazırlanan analiz raporları belirlenen periyotlarda tüm çalışanlarla paylaşılmalıdır. Çalışanlar, hata bildirimini yapmaktan çekinmeyecekleri ve kendilerini güven ortamında hissedebilecekleri körleştirilmiş bir sistem tasarımı ile hata bildirimine teşvik edilmelidir. Ortaya çıkan hatalar, sürekli

öğrenmeyi teşvik etmeli ve değerlendirme sonuçlarına göre sistemlerin iyileştirilmesine odaklanılmalıdır.

· Tasarlanan sistemin cezalandırıcı olmamasına dikkat edilmeli ve hasta güvenliğini sağlamaya yönelik alınan önlemlerin çalışanlarda farkındalık yaratması sağlanmalıdır.

Hasta güvenliğinin amacı süreçlerin iyileştirilmesi ile sağlık hizmeti sunumunda meydana gelen yaralanmalar ve istenmeyen sonuçların önüne geçilebilmesidir [20].

IOM tarafından sağlıkta hasta güvenliği öncelik olarak ele alınarak hasta güvenliğinin sağlanabilmesine yönelik aşağıdaki süreçler sıralanmıştır [21];

- Hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirilmesi,
- Sağlık hizmetinin gerekenden az veya fazla kullanımının önüne geçilmesi,
- Hastanın klinik karar verme sürecine ortak edilmesi sağlanarak ihtiyaçları, değerleri ve tercihleri doğrultusunda sağlık hizmetinin sunulması,
- Sağlığa zarar verebilecek beklemelerin önüne geçildiği bir sistem oluşturarak sağlıkta ulaşılabilirliğin sağlanması,
- Sağlık hizmeti sunumunun maliyet ve sağladığı fayda göz önüne alınarak gerçekleştirilmesidir.

Çalışanlar hasta güvenlik hedefleri ve hasta güvenliğinin önemine yönelik ilk işe girişlerini de kapsayacak şekilde sürekli olarak eğitime tabi tutulmalıdır. Çalışanların eğitim süreci ile hasta güvenliği kültürünün çalışanlarda oluşması ve farkındalığın artırılması sağlanmalıdır. Hasta güvenlik kültürünün oluşturulmasında ve yerleşmesinde kurum liderlerinin desteği, tutumu ve hatalar karşısında takınacağı tutum ile çalışanların hataların raporlanması sürecine katılım sağlaması geri bildirimlerin olumlu olarak sonuçlanmasını sağlayacaktır.

Hata raporlama sistemi gerçekleşme potansiyeli olan veya gerçekleşen tıbbi hataların raporlanarak değerlendirme sürecinden geçirildiği ve hatalara yönelik iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirildiği bir ortam ile sağlanabilir. Hastaya ulaşan tıbbi hataların haricinde hastaya ulaşma ihtimali olan veya hastaya ulaşabilecekken son anda fark edilen süreçlerin de gerekli iyileştirme faaliyetlerinin yapılabilmesi için gözden geçirilmesi gerekir. Kurumda hasta güvenlik kültürünün sağlanabilmesi için oluşturulacak sistemin hataların anonim olarak bildirilebildiği çalışanların kendini güvende hissedebildiği bir



yapı olmalıdır. Böylece çalışanlar hasta güvenliğini tehdit edebilecek sistemdeki aksaklıkları bire bir deneyimleyerek iyileştirilmesi adına bizzat kendileri sisteme katkı sağlayabilirler. Buradaki en önemli konu kurum politikası olarak yaşanan tıbbi hatalarda hatayı gerçekleştiren kişilerle değil sadece sistem ile ilgilenildiği ve sadece sistemin iyileştirilmesinin amaçlandığını çalışanlara benimsetebilmektir. Bu kültürün benimsendiği kurumlarda çalışanlar kendi gerçekleştirdikleri tıbbi hataları bile bildirmekten çekinmeyecek ve sistemin iyileştirilmesine sürekli katkı sağlayacaktır. Aynı zamanda yaşanan tıbbi hatalara yönelik gerçekleştirilen iyileştirme faaliyetlerinin çalışanlar ile paylaşılması da çalışanlar tarafından bu uygulamaya duyulan güveni arttıracak ve çalışanların bu kültürü benimsemesine büyük bir katkı sağlayacaktır. Hasta güvenlik kültürünün benimsenmesinde kurumun izlediği politikaların rolü büyük bir öneme sahiptir.

Johns Hopkins Hospital'ın deneyimlerine göre sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve sürekliliğinin sağlanabilmesi için yapılması gerekenler aşağıda belirtilmiştir [22]:

1. İlk adım olarak çalışanların mevcut hasta güvenliği kültürü algısının ölçülerek değerlendirilmesi,
2. Çalışanlara hasta güvenliği ile ilgili eğitim verilmesi,
3. Kültür anketi sonuçlarının değerlendirilerek çalışanların hasta güvenliği konusuna yönelik algularının ve endişelerinin tespit edilmesi,
4. Yöneticiler tarafından birimlerde haftada bir olmak üzere hasta güvenliği viziti yapılması,
5. Hasta güvenlik kültürünü iyileştirmeye yönelik uygulamaların hayata geçirilmesi,
6. Hasta güvenlik kültürü anketinin ve gerçekleştirilen iyileştirme uygulamalarının çalışanlara bildirilmesi,
7. Bilgilerin sık sık paylaşılarak, başarı hikâyelerinin geliştirilmesi ve desteklenmesi,
8. Hasta güvenlik kültürü anketinin tekrarlanarak gelişimin incelenmesi.

## **2.5. Hasta Güvenlik Kültürünün Değerlendirilmesi**

Sağlık kuruluşlarında güvenlik kültürünün oluşturulabilmesi için atılması gereken ilk adım, mevcut güvenlik kültürünün değerlendirilmesidir [23]. Bir kuruluştaki gerçekleştirilen

güvenlik kültürü değerlendirmesi, kurum çalışanlarının güvenlik ile ilgili algılarını ve algıları doğrultusunda oluşan davranışlarını anlamayı sağlar. Güvenlik kültürü değerlendirmesi ile elde edilen analizlerin gözden geçirilmesi ile geliştirilmesi gereken alanlar belirlenerek gerekli iyileştirme faaliyetlerinin yapılması sağlanır [24].

Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen anketler gözden geçirildiğinde AHRQ tarafından hazırlanan anketin diğer geliştirilen anketlere göre geçerlilik ve güvenilirlik açısından daha yeterli olduğunu belirlenmiştir [25].

Sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen güvenlik kültürü değerlendirmesinin fayda sağladığı süreçler;

- Geliştirilmesi gereken boyutların belirlenerek iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi,
- Hasta güvenliği farkındalığını artırmaya yönelik mevcut güvenlik kültürünü tanımak,
- Hasta güvenliğini sağlamak adına atılan adımları ve gerçekleştirilen iyileştirme faaliyetlerini değerlendirerek zaman içindeki değişimini incelemek,
- İçve dış kıyaslama yapabilmek,
- Talepleri ve gerekli iyileştirmeleri sağlayabilmek [5].

## **2.6. Literatür Taraması**

Gerçekleştirilen literatür taraması ile hasta güvenliği, hasta güvenlik kültürünün geliştirilmesi ve sağlık alanında çok kriterli karar verme yöntemlerinin kullanımı konularında detaylı bilgiye ulaşarak diğer sağlık kurumlarının bu konudaki politikalarını öğrenebilmek hedeflenmiştir.

### **2.6.1. Hasta güvenliği ve hasta güvenlik kültürünün değerlendirilmesi ile ilgili yapılan çalışmalar**

Hasta güvenlik kültürünün 2000'li yıllardan beri dünya gündeminde olan bir konu olması nedeniyle 2000 yılı ile 2021 yılı arasında yayınlanan kaynaklar değerlendirme kapsamına alınarak 82 kaynak incelenmiştir. Kaynaklara; Google Akademik, Pubmed, YÖKTEZ, ilgili üniversite hastanesinin online kütüphane veri tabanı ve ilgili üniversite kütüphanesi üzerinden; hasta güvenliği, hasta güvenlik kültürü, hasta güvenlik kültürü anketi anahtar

kelimeleri kullanılarak araştırma yapılmıştır. Bu doğrultuda incelenen literatürde; hasta güvenlik kültürü anketinin geliştirilmesi ile birlikte ilgili anketin geçerlilik çalışmaları, psikometrik analizleri ve hastanelerde uygulanan hasta güvenlik kültürü değerlendirmelerine odaklı çalışmalar bulunmaktadır. İncelenen kaynaklar ekler bölümünde **Çizelge A.2** ile belirtilmiştir.

### 2.6.2. Sağlık alanında çok kriterli karar verme yönteminin kullanıldığı çalışmalar

Çok kriterli karar verme yöntemlerinin birçok alanda kullanılmasına rağmen sağlık alanında oldukça sınırlı olması nedeniyle 2014 yılı ile 2021 yılı arasında yayınlanan kaynaklar değerlendirme kapsamına alınarak 20 kaynak incelenmiştir. Kaynaklara; Google Akademik, Pubmed, YÖKTEZ, ilgili üniversite hastanesinin online kütüphane veri tabanı ve ilgili üniversite kütüphanesi üzerinden; sağlık, çok kriterli karar verme anahtar kelimeleri kullanılarak araştırma yapılmıştır. Bu doğrultuda incelenen literatürde; tedavi yöntemlerinin seçilmesi, hastane yeri seçimi, hastane atıklarının bertaraf edilmesi, sağlık teknolojisi değerlendirme odaklı çalışmalar bulunmaktadır.

**Çizelge 2.1:** Sağlık alanında çok kriterli karar verme yöntemi kullanılan çalışmalar.

Yazarı ve Yayın Yılı	Elde Edilen Bulgular
Angelis & Kanavos (2014)	Onkoloji alanında uygulanan tedavi yöntemlerinin sağlık teknolojisi değerlendirme çalışması çok kriterli karar verme yöntemleri kullanarak yapılmıştır.
Jakubczyk (2015)	Sağlık teknolojisi değerlendirmede bulanık çok kriterli karar verme yaklaşımı kullanılmıştır.
Karacan (2015)	Türkiye'deki obezite cerrahisi yöntemlerinin karşılaştırılmasına yönelik AHP, Bulanık AHP, Bulanık TOPSIS, Bulanık VIKOR, VIKOR ve Hedef Programlama yöntemleri kullanılmıştır. Çalışma sonucunda tüp mide işleminin obezite için en iyi seçenek olduğu belirlenmiştir.
Amini ve Rezaeenour (2016)	Sağlık hizmetlerinin sıralanmasına dayalı çalışmada çok kriterli karar verme yöntemleri olan TOPSIS ve ELECTRE kullanılarak bir çalışma gerçekleştirilmiştir.
Mobinizadeh ve diğ. (2016)	Sağlık teknolojisi değerlendirme çalışmaları arasından öncelikli olanın belirlenmesi adına çok kriterli karar verme yöntemleri olan AHP ve TOPSIS kullanılmıştır. Kan dolaşımına yönelik tedavi yöntemlerinden üç teknolojinin ele alındığı çalışmada öncelik verilmesi gereken projenin "doku plazminojen aktivatörü değerlendirilmesi" olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Öztürk (2017)	Diyaliz yöntemi seçimi için çok kriterli karar verme yöntemi kullanılmıştır.
Karataş ve diğ. (2018)	Sağlık teknolojisi değerlendirme (HTA) için daha sağlam ve güvenilir bir seçim veya sıralama süreçleri sağlamak için yenilikçi bir araç olarak çok kriterli karar verme (MCDM) metodolojileri uygulanmıştır.
Çelikkbilek (2018)	Çalışmada çok kriterli karar verme yöntemleri doğrultusunda ele alınan 10 kriter ile sağlık kuruluşu için en iyi hastane lokasyonunun seçilmesi amaçlanmıştır.
Kelley (2018)	Çok kriterli karar verme yönteminin sağlık teknolojisi değerlendirmede sistematik ve kapsamlı bir katkı sağlayıp sağlamadığı incelenmiştir.
Saygın (2019)	Çalışmada 36 OECD ülkesinin belirlenen sağlık gösterge kriterleri sıralamaları çok kriterli karar verme yöntemleri ile elde edilmiştir.
Çanakçı ve diğ. (2019)	Ankara'da yer alan hastaneleri hizmet kalitelerine göre sıralamak için çok kriterli karar verme yöntemi kullanılmıştır.
Erol ve diğ. (2019)	Çalışmada böbrek taşı tedavisine yönelik yapılan işlemlerin çok kriterli karar verme yöntemleri ile sağlık teknolojisi değerlendirme bazlı kıyaslaması yapılmıştır. Sonuç olarak lazer litotripsi işleminin böbrek taşı tedavisi için daha iyi bir seçenek olduğu belirlenmiştir.
Erbay ve Akyürek (2020)	Çalışmada hastanelerde çok kriterli karar verme uygulamalarına yönelik yapılan çalışmaların derlemesi yapılmıştır. Hastanelerde çok kriterli karar verme uygulamalarının; kalite, performans değerlendirme, tıbbi atık yönetimi ve yer seçimi konularında yoğunlaştığı, yöntem olarak ise en çok Analitik Hiyerarşi Prosesi ve TOPSIS yöntemlerinin kullanıldığı paylaşılmıştır.
Karadayı ve diğ. (2020)	Sağlık teknolojisi değerlendirme çalışmalarında çok kriterli karar verme yöntemleri kullanılan çalışmalara yönelik bir derleme çalışması yapılmıştır. Çalışmada sağlık teknolojisi değerlendirme çalışmalarında çok kriterli karar verme yöntemlerinin kullanımının 2008 yılından sonra yoğunlaştığı ve en fazla tercih edilen çok kriterli karar verme yöntemlerinin ise AHP, EVIDEM ve ağırlıklı çarpım olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Dursun ve diğ. (2020)	Sağlık hizmeti atıklarının bertaraf edilmesinde uzman görüşlerine dayalı bulanık çok kriterli karar verme yöntemi kullanılmıştır.

Erkılıç (2021)	Çalışmada hastane hizmetleri sektörünün belirli yıllar arasındaki finansal değerlendirmesi çok kriterli karar verme yöntemleri olan CRITIC temelli TOPSIS yöntemi ile yapılarak yıllara göre performans sıralaması elde edilmiştir.
Aydın (2021)	Çalışmada bölgelere göre sağlık hizmetleri çok kriterli karar verme yöntemlerinden olan CRITIC ve TOPSIS ile değerlendirilerek karşılaştırması yapılmıştır.
Akpınar ve Koçak (2021)	Öğrenci sağlık merkezi için yer seçimi çok kriterli karar verme yöntemlerinden biri olan TOPSIS kullanılarak yapılmıştır.
Ağaç ve Baki (2021)	Sağlık alanında çok kriterli karar verme yöntemleri kullanımına yönelik çalışmalar incelenmiştir. Çalışma sonucunda en çok kullanılan çok kriterli karar verme yönteminin Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP) olduğu tespit edilmiştir.
Uslu (2021)	Çalışmada sağlık kaynağı göstergeleri çok kriterli karar verme yöntemleri olan TOPSIS ve VIKOR ile değerlendirilerek OECD ülkeleri karşılaştırılmıştır.

## **BÖLÜM 3**

### **3. DENEYSEL KISIM**

Çalışmanın bu bölümünde hasta güvenlik kültürü boyutlarının değerlendirilmesinde kullanılacak olan çok kriterli karar verme yöntemleri bildirilmiştir.

#### **3.1. Çok Kriterli Karar Verme**

Karar verme varoluşumuzdan beri hayatımızda olan ve insanın düşüncesinin değişmesi ile gelişim ve değişiklik gösterebilen bir kavramdır. Temel olarak kararlar tek amaca hizmet ederken, amaç ve tercihler doğrultusunda birden fazla amacı gerçekleştirmeye yönelik karar almaya ihtiyaç duyulmuştur [127]. Alınacak kararların birden fazla amacı gerçekleştirmeye yönelik ihtiyacı karar verme sürecindeki zorlukları da beraberinde getirmiştir. Günlük hayatta alınması gereken kararlar için büyük bir zorluk yaratmasa da büyük organizasyonlardaki alınması gereken kararların birçok amaca hizmet etmesi gerekliliği karar verici açısından büyük bir zorluğa sebebiyet vermektedir. Ayrıca birçok amaç arasından hangisinin en çok fayda sağlayacağını öngörmek ve bu doğrultuda karar alabilmek de bir diğer zorluk olarak öne sürülebilir. Bazen alınması gereken karara yönelik amaçlar arasından sağlayacağı yarar doğrultusunda bazı amaçlar göz ardı edilebilir. Hedeflenen amaçlara en doğru şekilde ulaşabilmek için ise hangi amacın gerçekten fayda sağlayıp sağlamadığını tespit edebilmek büyük bir öneme sahiptir. Bu sayede karar verme süreci de maksimum faydayı sağlayacak şekilde gerçekleştirilebilir. Tüm bu sebepler doğrultusunda karar verme sürecinin belirli bir sistematik doğrultusunda yapılması ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Zaman içerisinde geliştirilen çok kriterli karar verme yöntemleri bu ihtiyaca karşılık vermede büyük bir rol oynamıştır.

Birden fazla amaç doğrultusunda karar alınması gereken durumlarda çok kriterli karar verme yöntemlerinin kullanılması ile amaçlar arasındaki önceliklere odaklanmak etkili bir karar verme için büyük bir öneme sahiptir [127]. Burada dikkat edilmesi gereken ilk

adım ise hedeflenen amaçların ve amaçlar doğrultusunda gerekli kriterlerin en doğru şekilde belirlenmesidir. Etkin bir çok kriterli karar verme süreci amaç ve kriterlerden oluşan modelin doğru bir şekilde kurulması ile sağlanabilir.

Bir problemin karar problemi olarak değerlendirilebilmesi için gerçekleştirilmek istenen amaç doğrultusunda birden fazla davranış yolunun olması ve davranışların beraberinde getirmiş olduğu sonuçların birbirinden farklı olması gerekmektedir [128]. Doğru belirlenemeyen davranış yolu ve sonuçları çok kriterli karar vermede yanıltıcı sonuçlar elde edilmesine neden olacaktır. Karar alma sürecinde söz konusu olan kurumlar gibi büyük yapılar ise bu durum kesinlikle istenmeyen bir durumdur.

Sıradan karar verme durumundaki bireyler için karar verme sürecinin sezgilere dayalı olarak yapılması yeterli olurken, kurum veya topluluk için alınması gereken kararlarda bilimsel temellere dayandırılan karar verme yöntemlerine ihtiyaç duyulur [129]. Doğru belirlenen amaçlar ve kriterler doğrultusunda bilimsel temellere dayanan çok kriterli karar verme yöntemlerinin kullanılması ile büyük organizasyonlar için de karar verme süreci etkin bir şekilde yürütülebilir.

Çok kriterli karar verme yöntemleri, önceden belirlenmiş kriterler doğrultusunda alternatiflerin yani seçeneklerin karşılaştırılması ile en uygun olanının belirlenmesidir [130]. Yapılan karşılaştırmalar doğrultusunda kriterlerin en büyük faydayı sağlayacak şekilde önceliklendirilmesi ile hedeflere ulaşılabilir.

Çok kriterli karar verme yöntemleri, karar verme sırasında birden fazla amaç olması nedeni ile yaşanan belirsizlik ve karmaşıklık durumunda karar vericiye etkin bir karar verme için önemli bir destek sağlar [131]. Büyük organizasyonlar için alınması gereken kararlarda bu belirsizlik hali sonuçların öngörülememesi sebebi ile daha çok hissedilir. Ayrıca çok daha fazla hedeflenen amaç söz konusu olduğu için belirsizlik ortamı da kendini daha fazla hissettirmektedir. Çok kriterli karar verme yöntemleri ile büyük organizasyonlar için alınması gereken kararlarda yaşanan belirsizliğin önüne geçilmesi büyük ölçüde sağlanabilmektedir.

Hedeflenen amaçlara giden yolda kullanılacak çok kriterli karar verme yönteminin doğru seçilmesi de büyük bir öneme sahiptir. Karar verme için uygun çok kriterli karar verme yönteminin seçilmesinde kullanılacak kriter sayısı ve kriterlerin karşılaştırılmasında veriyi en sağlıklı şekilde elde etmeyi amaçlamak gibi faktörler rol oynamaktadır. Bu çalışmada hem kriter sayısının fazla olması hem de kriterlerin kıyaslanması sürecinde

uzman görüşlerinin yanılıcı olmadan en doğru şekilde alınabilmesi için SWARA yöntemi kullanılmıştır.

### **3.1.1. Kademeli ağırlık değerlendirme oran analizi (SWARA: Stepwise weight assessment ratio analysis):**

SWARA yöntemi, Keršulienė vd. tarafından 2010 yılında literatüre kazandırılan ve uzman görüşüne dayalı birçok kriterli karar verme yöntemidir [132]. SWARA yönteminde, değerlendiriciler tarafından herhangi bir ölçek kullanılmadan özgürce kriterler değerlendirilmektedir [133]. Ayrıca tüm kriterlerin birbiri ile kıyaslanması süreci söz konusu değildir. Bu sebeple uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde SWARA yöntemi diğer çok kriterli karar verme yöntemlerine göre çok daha tutarlı sonuçlar verebilmektedir. Sıralamaya dayanan bu yöntem hem veri toplama hem de uygulama sürecinde diğer çok kriterli karar verme yöntemlerine göre büyük kolaylık sağlamaktadır. Sıralama süreci, en önemli kriterden en az önemli kriter olma üzere sıralanarak gerçekleştirilir [134]. Karşılaştırma için problemde bulunan n adet kriterden n-1 adet kriter karşılaştırmada kullanılır [133]. Kriter ağırlıklarının belirlenmesinde uzman görüşüne başvuru katılımcıların alanlarında deneyimli kişilerden seçilmesi doğru bir karar alma için oldukça önemlidir [135]. Bu sebeple uzman görüşü alınacak kişilerin doğru seçilmesi çalışmanın etkinliğini de beraberinde getirecektir.

SWARA yöntemi ile kriterlerin göreceli ağırlıklarının belirlenmesi için izlenilmesi gereken adımlar aşağıdaki gibidir [136].

**Adım 1:** Kriterler önem sırasına göre azalacak şekilde sıralanır. Birden fazla karar vericinin olduğu durumlarda bu işlem her bir karar verici tarafından bireysel olarak yapılır. Bireysel olarak yapılan önceliklendirmeler azalan şekilde sıralanarak sıralamaların geometrik ortalamasının alınması ile tek bir sıralama elde edilir [137].

**Adım 2:** İlk kriter değerlendirmeye alınmayarak 2. kriterden başlanacak şekilde (j + 1). kriter, j. kriter ile karşılaştırılır ve j. kriterin önem derecesi  $s_j$  belirlenir.

**Adım 3:** Kriterlerin ikili kıyaslaması ile elde edilen  $k_j$  değişkeni j. kriterin (j + 1). kriterine göre ne kadar önemli olduğunu ifade etmektedir.  $k_j$  değişkeni eşitlik (3.1) ile gösterilmiştir.

$$k_j = \begin{cases} 1 & j=1 \\ s_j + 1 & j>1 \end{cases} \quad (3.1)$$



**Adım 4:** Eşitlik (3.2)' de hesaplama yöntemi belirtilen  $q_j$  değişkeni düzeltilmiş değeri ifade eder ve 1-0 arasında bir değer alır [138].

$$q_j = \begin{cases} 1 & j=1 \\ \frac{q_{j-1}}{k_j} & j>1 \end{cases} \quad (3.2)$$

**Adım 5:** Kriterlerin göreceli ağırlıkları olan  $w_j$  değeri eşitlik (3.3)' de gösterildiği şekilde hesaplanır.

$$w_j = \frac{q_j}{\sum_{k=1}^n q_k} \quad (3.3)$$

## **BÖLÜM 4**

### **4. BULGULAR VE TARTIŞMA**

#### **4.1. Hasta Güvenlik Kültürünün Değerlendirilmesi**

Bu bölümde özel bir üniversite hastanesinde görev yapan çalışanların hasta güvenliğine etki edebilecek hasta güvenliğine ilişkin görüşleri değerlendirilmiştir.

##### **4.1.1. Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman**

Araştırma, İstanbul'da bulunan özel bir üniversite hastanesinde 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 ve 2021 yıllarında gerçekleştirilmiştir. Uluslararası akreditasyon kuruluşu olan JCI (Joint Commission International) hastanelerde hasta güvenliği kültürünün yılda bir kez değerlendirilmesini istemektedir. Araştırmanın uygulandığı hastane JCI (Joint Commission International) tarafından akredite edilmiş bir hastane olduğu için çalışmada son altı yılda uygulanan ankete yönelik veriler kullanılmıştır.

##### **4.1.2. Araştırmanın evreni**

Araştırmanın evrenini, tüm sağlık çalışanları ve idari çalışanlar oluşturmuştur. Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesinde amaç mümkün olduğunca tüm çalışanların görüşlerinin alınmasına yönelik olduğu için yapılan anket uygulamasında örneklem çalışması gerçekleştirilmemiştir. Hasta güvenliği kültürünün kapsamlı bir şekilde değerlendirilebilmesi amacıyla uygulanan anketlerde mümkün olduğunca tüm çalışanların katılımını sağlamak hedeflenmiştir.

##### **4.1.3. Veri toplama araçları**

Çalışmada veri toplama amacıyla ABD'de 2004 yılında Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından geliştirilen Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi kullanılmıştır [139].

Anketin Türkçe diline ilk çevirisi Bodur ve Filiz tarafından yapılmış olup çeviriye yönelik anketin ilk geliştiricisi olan Joann Sorra'nın önerileri doğrultusunda anket üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır. [141,142].

Anketin geçerlilik ve güvenilirlik analizi yine Bodur ve Filiz tarafından anketin 12 boyutunu kapsayacak şekilde yapılmıştır. [142].

#### **4.1.4. Verilerin toplanması**

Anket tüm çalışanların mail adreslerine “Survey Monkey” kullanılarak gönderilmiştir. Anket çalışanlara gönderilmeden önce tüm çalışanlara hasta güvenliği kültürü anketi ile ilgili bilgilendirici mail gönderilmiş ve ankete katılımın önemi vurgulanmıştır. Ayrıca hastane çalışanlarının erişimine açık ortak portalda ankete katılıma yönelik duyuru yayını açılmıştır. Veri toplama sürecinde ankete katılan çalışanların bölümleri gözden geçirilerek düşük katılım gösteren veya katılım sağlamayan bölümlerin yöneticileri ile görüşülerek ankete daha yüksek katılım sağlanmıştır.

#### **4.1.5. Verilerin değerlendirilmesi**

Hasta güvenliği boyutlarının hesaplanmasında her bir boyutu oluşturan sorulara verilen “Katılıyorum” ve “Kesinlikle Katılıyorum” cevaplarının ortalaması pozitif cevap dağılımlarını oluşturur. Boyutlarda bulunan ters ifadeli sorulardaki pozitif cevap dağılımları ise “Katılmıyorum” ve “Kesinlikle Katılmıyorum” cevaplarının ortalaması alınarak hesaplanmıştır.

Hasta Güvenliği Anketinde bulunan 12 boyuta ait tüm pozitif cevap dağılımlarının genel ortalamasının alınması ile hasta güvenliği puanı hesaplanır.

Ankete verilen yanıtlar doğrultusunda boyutlara ait pozitif cevap dağılımları ve genel hasta güvenliği puanı “SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows)” ile analiz edilerek değerlendirilmiştir.

##### **4.1.5.1. Çalışanların demografik bilgileri, çalışma yaşamı ve tıbbi hatalara yönelik görüşlerine ilişkin bulgular**

Ankete katılan çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımları incelendiğinde 2016 yılında en çok %36 ile hemşire, %17,60 ile hasta hizmetleri ve %14,10 ile hekimlerin ankete katılım sağladığı görülmüştür.

**Çizelge 4.1:** 2016 yılı çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımı.

Hizmet Verdiği Meslek Grubu		
2016	N	%
Hemşire (Sağlık Memuru, Ebe, ATT)	202	36,00
Hasta Hizmetleri	99	17,60
Hekim	79	14,10
Tekniker/Teknisyen(Laboratuvar, Radyoloji, Anestezi)	56	10,00
Yardımcı Sağlık Personeli	47	8,40
Yönetici	24	4,30
Temizlik Personeli	22	3,90
Eczacı	11	2,00
Fizyoterapist, Ergoterapist, Solunum ve Konuşma Terapisti	11	2,00
Diyetisyen	5	0,90
Diğer	5	0,90

Ankete katılan çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımları incelendiğinde 2017 yılında en çok %33,10 ile hemşire, %27,20 ile hasta hizmetleri çalışanlarının ankete katılım sağladığı görülmüştür.

**Çizelge 4.2:** 2017 yılı çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımı.

Hizmet Verdiği Meslek Grubu		
2017	N	%
Hemşire (Sağlık Memuru, Ebe, ATT)	203	33,10
Hasta Hizmetleri	167	27,20
Hekim	36	5,90
Anestezi Teknikeri/Teknisyeni	26	4,20
Yardımcı Sağlık Personeli	23	3,80
Raporlama	20	3,30
Uluslararası Hizmetler	19	3,10
Yönetici	13	2,10
Çağrı Merkezi	12	2,00
İnsan Kaynakları	12	2,00

Bilgi Teknolojileri	9	1,50
Kalite Geliştirme	7	1,10
Patoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	6	1,00
Eczacı	5	0,80
Hasta İlişkileri	5	0,80
Diğer:	4	0,70
Biyomedikal	3	0,50
Kurumsal Pazarlama	3	0,50
Anlaşmalı Kurumlar	2	0,30
Asistan Hekim	1	0,20
Mikrobiyoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	1	0,20
Biyokimya Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	1	0,20
Transfüzyon Merkezi Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	1	0,20
Radyoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	1	0,20
Hakediş	1	0,20
Medikal Muhasebe	1	0,20
Muhasebe	1	0,20
Satın Alma ve Lojistik	1	0,20
SGK Faturalandırma	1	0,20

Ankete katılan çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımları incelendiğinde 2018 yılında en çok %33,10 ile hasta hizmetleri, %20,20 ile hemşirelerin ankete katılım sağladığı görülmüştür.

**Çizelge 4.3:** 2018 yılı çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımı.

Hizmet Verdiği Meslek Grubu		
2018	N	%
Hasta Hizmetleri	176	33,10
Hemşire (Sağlık Memuru, Ebe, ATT)	107	20,20
Hekim	48	9,00
Biyokimya Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	20	3,80
Uluslararası Hizmetler	15	2,80

Yardımcı Sağlık Personeli	13	2,40
Yönetici	11	2,10
Asistan Hekim	10	1,90
Radyoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	10	1,90
Kalite Geliştirme	10	1,90
Raporlama	10	1,90
Hasta İlişkileri	9	1,70
İnsan Kaynakları	9	1,70
Transfüzyon Merkezi Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	8	1,50
Çağrı Merkezi	8	1,50
Teknik Hizmetler	7	1,30
Patoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	6	1,10
Bilgi Teknolojileri	6	1,10
Kurumsal Pazarlama	6	1,10
Medikal Muhasebe	6	1,10
Satın Alma ve Lojistik	5	0,90
Diğer	4	0,80
Fizyoterapist, Ergoterapist, Solunum ve Konuşma Terapist	3	0,60
Mikrobiyoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	3	0,60
Anestezi Teknikeri/Teknisyeni	3	0,60
Muhasebe	3	0,60
SGK Faturalandırma	3	0,60
Eczacı	2	0,40
Diyetisyen	2	0,40
Anlaşmalı Kurumlar	2	0,40
Santral	2	0,40
Arşiv	1	0,20
Biyomedikal	1	0,20
Destek Hizmetleri	1	0,20
Kurumsal İletişim	1	0,20

Ankete katılan çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımları incelendiğinde 2019 yılında en çok %32,50 ile hasta hizmetleri, %28,50 ile hemşirelerin ankete katılım sağladığı görülmüştür.

**Çizelge 4.4:** 2019 yılı çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımı.

Hizmet Verdiği Meslek Grubu		
2019	N	%
Hasta Hizmetleri	251	32,50
Hemşire (Sağlık Memuru, Ebe, ATT)	220	28,50
Uluslararası Hizmetler	61	7,90
Hekim	36	4,70
Hasta İlişkileri	19	2,50
Biyokimya Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	18	2,30
Yardımcı Sağlık Personeli	16	2,10
Çağrı Merkezi	15	1,90
Fizyoterapist, Ergoterapist, Solunum ve Konuşma Terapist	12	1,60
Yönetici	11	1,40
İnsan Kaynakları	11	1,40
Kalite Geliştirme	10	1,30
Transfüzyon Merkezi Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	8	1,00
Raporlama	8	1,00
Patoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	7	0,90
Kurumsal Pazarlama	7	0,90
Radyoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	6	0,80
Medikal Muhasebe	6	0,80
Teknik Hizmetler	6	0,80
Mikrobiyoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	5	0,60
Arşiv	5	0,60
Santral	5	0,60
Bilgi Teknolojileri	4	0,50
Destek Hizmetleri	4	0,50

Muhasebe	4	0,50
Satın Alma ve Lojistik	4	0,50
Asistan Hekim	3	0,40
Anestezi Teknikeri/Teknisyeni	3	0,40
SGK Faturalandırma	3	0,40
Eczacı	1	0,10
Diyetisyen	1	0,10
Anlaşmalı Kurumlar	1	0,10
Biyomedikal	1	0,10

Ankete katılan çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımları incelendiğinde 2020 yılında en çok %31,84 ile hasta hizmetleri, %28,12 ile hemşirelerin ankete katılım sağladığı görülmüştür.

**Çizelge 4.5:** 2020 yılı çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımı.

Hizmet Verdiği Meslek Grubu		
2020	N	%
Hasta Hizmetleri	342	31,84
Hemşire (Sağlık Memuru, Ebe, ATT)	302	28,12
Uluslararası Hizmetler	182	16,95
Diğer	65	6,05
Hekim	22	2,05
Raporlama	17	1,58
Hasta İlişkileri	15	1,40
Kalite Koordinatörlüğü	13	1,21
Yardımcı Sağlık Personeli	12	1,12
Yönetici	9	0,84
İnsan Kaynakları	8	0,74
Çağrı Merkezi	7	0,65
Fizyoterapist, Ergoterapist, Solunum ve Konuşma Terapisti	6	0,56
Patoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	6	0,56
Muhasebe	6	0,56



Transfüzyon Merkezi Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	5	0,47
Arşiv	5	0,47
Destek Hizmetleri	5	0,47
Satın Alma ve Lojistik	5	0,47
Radyoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	4	0,37
Anestezi Teknikeri/Teknisyeni	4	0,37
Medikal Muhasebe	4	0,37
SGK Faturalandırma	4	0,37
Teknik Hizmetler	4	0,37
Eczacı	3	0,28
Biyokimya Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	3	0,28
Kurumsal İletişim	3	0,28
Kurumsal Pazarlama	3	0,28
Asistan Hekim	2	0,19
Mikrobiyoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	2	0,19
Diyetisyen	1	0,09
Anlaşmalı Kurumlar	1	0,09
Bilgi Teknolojileri	1	0,09
Biyomedikal	1	0,09
Güvenlik	1	0,09
Santral	1	0,09

Ankete katılan çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımları incelendiğinde 2021 yılında en çok %53,89 ile hemşirelik hizmetleri, %12,83 ile hasta hizmetlerinin ankete katılım sağladığı görülmüştür.

**Çizelge 4.6:** 2021 yılı çalışanların hizmet verdikleri meslek gruplarına göre dağılımı.

Hizmet Verdiği Meslek Grubu		
2021	N	%
Hemşire (Sağlık Memuru, Ebe, ATT)	651	53,89
Hasta Hizmetleri	155	12,83
Yardımcı Sağlık Personeli	90	7,45

Diğer	87	7,20
Uluslararası Hizmetler	70	5,79
Destek Hizmetleri	15	1,24
Yönetici	14	1,16
Raporlama	14	1,16
Kalite Koordinatörlüğü	13	1,08
Hekim	12	0,99
Güvenlik	12	0,99
Hasta İlişkileri	12	0,99
Biyokimya Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	9	0,75
Biyomedikal	9	0,75
Arşiv	6	0,50
Çağrı Merkezi	5	0,41
Muhasebe	5	0,41
Transfüzyon Merkezi Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	4	0,33
Satın Alma ve Lojistik	4	0,33
Radyoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	3	0,25
Anestezi Teknikeri/Teknisyeni	3	0,25
Patoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	2	0,17
Temizlik Personeli	2	0,17
Bilgi Teknolojileri	2	0,17
Eczacı	1	0,08
Diyetisyen	1	0,08
Fizyoterapist, Ergoterapist, Solunum ve Konuşma Terapisti	1	0,08
Mikrobiyoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni	1	0,08
Anlaşmalı Kurumlar	1	0,08
İnsan Kaynakları	1	0,08
Kurumsal Pazarlama	1	0,08
SGK Faturalandırma	1	0,08
Teknik Hizmetler	1	0,08

Çalışanların yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde anketin uygulandığı ilk yıl olan 2016 yılında %38,14 ile çalışanların en çok 18-24 yaş aralığında, 2017 yılında %42,10 ile en çok 25-34 yaş aralığında, 2018 yılında %44,80 ile en çok 25-34 yaş aralığında, 2019 yılında %44,90 ile en çok 25-34 yaş aralığında, 2020 yılında %45,11 ile en çok 18-24 yaş aralığında ve 2021 yılında ise %40,74 ile en çok 25-34 yaş aralığında olduğu görülmüştür.

**Çizelge 4.7:** Çalışanların yaşlarına göre dağılımı.

Yaş		2016	2017	2018	2019	2020	2021
18-24	N	214	249	161	305	507	478
	%	38,14	41,6	29,8	38,7	45,11	39,18
25-34	N	204	252	242	354	455	497
	%	36,36	42,1	44,8	44,9	40,5	40,74
35-44	N	99	63	94	88	123	176
	%	17,64	10,5	17,4	11,2	10,94	14,43
45 ve üstü	N	44	35	43	41	38	69
	%	7,84	5,8	8	5,2	3,45	5,66

Çalışanların cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde her altı yılda da kadın çalışanların erkek çalışanlardan daha fazla olduğu görülmüştür.

**Çizelge 4.8:** Çalışanların cinsiyetlerine göre dağılımı.

Cinsiyet		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Kadın	N	432	465	412	614	861	955
	%	77	78,2	76,2	78,4	76,61	78,47
Erkek	N	129	130	129	169	263	262
	%	23	21,8	23,8	21,6	23,39	21,53

Çalışanların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde 2016 yılında %28,00 ile çalışanların en çok lise, 2017 yılında %34,30 ile en çok ön lisans, 2018 yılında %39,70 ile en çok ön lisans, 2019 yılında %44,50 ile en çok ön lisans, 2020 yılında %46,83 ile en çok ön lisans ve 2021 yılında ise %37,49 ile lisans eğitim durumuna sahip oldukları görülmüştür.

**Çizelge 4.9:** Çalışanların eğitim durumlarına göre dağılımı.

Eğitim Durumu		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Lise	N	157	160	111	140	196	291
	%	28	28	20,7	17,9	18,81	24,19
Ön Lisans	N	118	196	213	349	488	409
	%	21	34,3	39,7	44,5	46,83	34

Lisans	N	108	131	111	203	280	451
	%	19,3	22,9	20,7	25,9	26,87	37,49
Yüksek Lisans	N	45	63	62	66	66	43
	%	8	11	11,6	8,4	6,33	3,57
Doktora	N	67	21	39	26	12	9
	%	11,9	3,7	7,3	3,3	1,15	0,75

Çalışanların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde her altı yılda da en çok dağılımın hiç evlenmedi seçeneğine ait olduğu görülmüştür.

**Çizelge 4.10:** Çalışanların medeni durumlarına göre dağılımı.

Medeni Durumu		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Hiç Evlenmedi	N	306	365	275	498	698	795
	%	54,5	60,7	50,8	63,4	65,07	64,42
Evli	N	212	211	247	263	357	381
	%	37,8	35,1	45,7	33,5	31,77	30,88
Evli, Ayrı Yaşıyor	N	23	4	2	4	5	6
	%	4,1	0,7	0,4	0,5	0,48	0,49
Eşi Vefat Etti	N	2	21	1	3	6	7
	%	0,4	0	0,2	0,4	0,58	0,57
Boşandı	N	18	601	16	18	23	45
	%	3,2	3,5	3	2,3	2,11	3,65

Çalışanların alanda/birimde çalışma sürelerine göre dağılımları incelendiğinde her altı yılda da en çok dağılımın 3 yıl ve daha fazla seçeneğine ait olduğu görülmüştür.

**Çizelge 4.11:** Çalışanların alanda/birimde çalışma sürelerine göre dağılımı.

Alanda/Birimde Çalışma Süresi		2016	2017	2018	2019	2020	2021
6 Aydan Az	N	78	72	29	80	266	269
	%	13,90	12,00	5,40	10,20	25,55	22
6 Ay-1 Yıl Arası	N	111	105	40	153	127	157
	%	19,80	17,50	7,40	19,50	12,20	13
1-2 Yıl Arası	N	129	118	110	175	210	273
	%	23,00	19,60	20,30	22,30	20,17	22
2-3 Yıl Arası	N	103	91	88	102	152	125
	%	18,40	15,10	16,30	13,00	14,60	10
3 Yıl veya Daha Fazla	N	140	215	274	275	286	407
	%	25,00	35,80	50,60	35,00	27,47	33

Çalışanların kurumda çalışma sürelerine göre dağılımları incelendiğinde her altı yılda da en çok dağılımın 3 yıl veya daha fazla seçeneğine ait olduğu görülmüştür.

**Çizelge 4.12:** Çalışanların kurumda çalışma sürelerine göre dağılımı.

Kurumda Çalışma Süresi		2016	2017	2018	2019	2020	2021
6 Aydan Az	N	60	52	11	57	236	252
	%	10,70	8,70	2,00	7,20	22,63	21
6 Ay-1 Yıl Arası	N	98	93	26	128	114	123
	%	17,50	15,50	4,80	16,30	10,93	10
1-2 Yıl Arası	N	134	91	96	156	195	264
	%	23,90	15,20	17,80	19,80	18,70	21
2-3 Yıl Arası	N	124	105	89	102	159	123
	%	22,10	17,50	16,50	13,00	15,24	10
3 Yıl veya Daha Fazla	N	145	259	316	344	339	466
	%	25,80	43,20	58,70	43,70	32,50	38

Çalışanların meslekte toplam çalışma sürelerine göre dağılımları incelendiğinde her altı yılda da en çok dağılımın 1-5 yıl arası seçeneğine ait olduğu görülmüştür.

**Çizelge 4.13:** Çalışanların meslekte toplam çalışma sürelerine göre dağılımı.

Meslekte Toplam Çalışma Süresi		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1 Yıldan Az	N	93	81	23	120	238	253
	%	16,60	13,40	4,30	15,20	22,91	21
1-5 Yıl Arası	N	245	302	254	377	467	522
	%	43,70	50,10	47,00	47,70	44,95	42
6-10 Yıl Arası	N	96	98	106	162	204	250
	%	17,10	16,30	19,60	20,50	19,63	20
11-15 Yıl Arası	N	59	58	67	50	55	89
	%	10,50	9,60	12,40	6,30	5,29	7
16-20 Yıl Arası	N	33	27	36	30	38	58
	%	5,90	4,50	6,70	3,80	3,66	5
21 Yıl veya Daha Fazla	N	35	37	55	51	37	58
	%	6,20	6,10	10,20	6,50	3,56	5

Çalışanların işe başlarken kurumsal oryantasyon eğitimi alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde 2016 yılında %90,00, 2017 yılında %92,50, 2018 yılında %93,90, 2019 yılında %95,50, 2020 yılında %87,90 ve 2021 yılında ise %90 ile kurumsal oryantasyon eğitimi aldığı görülmüştür.

**Çizelge 4.14:** Çalışanların işe başlarken kurumsal oryantasyon eğitimi alma durumlarına göre dağılımı.

İşe Başlarken Kurumsal Oryantasyon Eğitimi Alma Durumu		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Evet	N	505	557	508	756	915	1105
	%	90	92,50	93,90	95,50	87,90	90
Hayır	N	56	45	33	36	126	126
	%	10	7,50	6,10	4,50	12,10	10

Çalışanların vardiyalarına göre dağılımları incelendiğinde altı yıl için de çalışanların en çok gündüz vardiyasında çalıştıkları görülmüştür.

**Çizelge 4.15:** Çalışanların vardiyalarına göre dağılımı.

Çalışma Vardiyası		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Gündüz	N	522	422	428	579	869	643
	%	93,00	69,90	78,80	73,30	77,32	52,19
Gece Vardiyası	N	39	10	20	23	32	39
	%	7,00	1,70	3,70	2,90	2,87	3,17
Gece Gündüz Vardiyası	N	0	172	95	188	222	550
	%	0,00	28,50	17,50	23,80	19,81	44,64

Çalışanların haftalık çalışma saatlerine göre dağılımları incelendiğinde altı yıl için de çalışanların en çok 50 saatten fazla çalıştıkları görülmüştür.

**Çizelge 4.16:** Çalışanların haftalık çalışma saatlerine göre dağılımı.

Haftalık Çalışma Saati		2016	2017	2018	2019	2020	2021
40 Saati Geçmiyor	N	21	20	24	31	44	37
	%	3,70	3,30	4,50	3,90	3,95	3,03
40-49 Saat Arası	N	121	129	140	193	295	347
	%	21,60	21,50	26,00	24,60	26,23	28,42
50 Saatten Fazla	N	419	450	374	561	785	837
	%	74,70	75,10	69,50	71,50	69,82	68,55

Çalışanların mesleklerini isteyerek seçme durumu incelendiğinde her altı yıl için de çalışanların mesleklerini isteyerek seçtiklerini belirttikleri görülmüştür.

**Çizelge 4.17:** Çalışanların mesleklerini isteyerek seçme durumuna göre dağılımı.

Mesleğini İsteyerek Seçme Durumu		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Evet	N	482	507	459	647	915	1073
	%	85,90	84,50	85,20	82,10	81,37	87,59
Hayır	N	79	93	80	141	209	152
	%	14,10	15,50	14,80	17,90	18,63	12,41

Çalışanların görev aldığı işten memnun olma durumları incelendiğinde her altı yıl için de çalışanların görev aldıkları işten memnun olduklarını belirttikleri görülmüştür.

**Çizelge 4.18:** Çalışanların görev aldığı işten memnun olma durumuna göre dağılımı.

Görev Aldığı İşten Memnun Olma Durumu		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Evet	N	485	516	469	659	960	1031
	%	86,50	86,00	87,20	83,40	85,36	84,09
Hayır	N	76	84	69	131	164	195
	%	13,50	14,00	12,80	16,60	14,64	15,91

Çalışanların ekonomik düzeylerinden memnuniyet durumları incelendiğinde 2016 yılında %27,60 ile en çok memnun değilim, 2017 yılında en çok %28,30 ile ne memnunum ne de değilim ve memnun değilim, 2018 yılında en çok %30 ile hiç memnun değilim, 2019 yılında %28,60 ile en çok hiç memnun değilim, 2020 yılında %28,71 ile ne memnunum ne de değilim ve 2021 yılında ise %32,90 ile memnun değilim cevaplarının alındığı görülmüştür.

**Çizelge 4.19:** Çalışanların ekonomik düzeylerinden memnuniyet durumuna göre dağılımı.

Ekonomik Düzeyinden Memnuniyet Durumu		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Çok Memnunum	N	18	15	8	11	27	15
	%	3,02	2,50	1,50	1,40	2,41	1,22
Memnunum	N	148	138	116	132	196	158
	%	26,40	23,00	21,60	16,60	17,44	12,87
Ne Memnunum Ne De Değilim	N	145	170	106	198	322	312
	%	25,80	28,30	19,70	25,00	28,71	25,41
Memnun Değilim	N	155	170	146	225	297	404
	%	27,60	28,30	27,20	28,40	26,40	32,90
Hiç Memnun Değilim	N	95	108	161	227	281	339
	%	16,90	18,00	30,00	28,60	25,05	27,61

Çalışanların yaşamdan duydukları memnuniyet düzeyleri incelendiğinde her altı yıl için de yaşamdan memnuniyet duyduklarını belirttikleri görülmüştür.

**Çizelge 4.20:** Çalışanların yaşamdan duydukları memnuniyet düzeylerine göre dağılımı.

Yaşamdan Duyduğu Memnuniyet Düzeyi		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Çok Memnunum	N	66	48	56	66	77	60
	%	11,80	8,00	10,40	8,40	6,85	4,90
Memnunum	N	282	342	280	391	502	463
	%	50,30	56,90	52,20	49,70	44,69	37,80
Ne Memnunum Ne De Değilim	N	134	145	111	212	355	417
	%	23,90	24,10	20,70	26,90	31,56	34,04
Memnun Değilim	N	57	48	58	75	120	191
	%	10,20	8,00	10,80	10,71	9,50	15,59
Hiç Memnun Değilim	N	22	18	31	43	69	94
	%	3,90	3,00	5,80	5,50	6,18	7,67



Çalışanlara tıbbi hataların meydana gelmesindeki en önemli sebepler sorulduğunda her altı yıl için de en çok uzun çalışma saatleri cevabının alındığı görülmüştür. Bunu takiben en çok personel sayısının yetersiz oluşu ve iletişim bozukluklarının da tıbbi hataların meydana gelmesindeki en önemli sebepler arasında gösterildiği tespit edilmiştir.

**Çizelge 4.21:** Çalışanların tıbbi hataların meydana gelmesindeki en önemli gördükleri sebeplere göre dağılımı.

Tıbbi Hataların Meydana Gelmesindeki En Önemli Sebepler		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Personelin Sayı Olarak Yetersiz Oluşu	N	287	344	282	430	538	177
	%	20,23	18,40	15,20	16,10	15,86	14,17
Uzun Çalışma Saatleri	N	298	382	350	520	664	186
	%	21,01	20,40	18,90	19,50	19,58	14,89
İletişim Bozuklukları	N	233	359	338	493	621	180
	%	16,43	19,20	18,20	18,40	18,31	14,41
Ekip Çalışmasının Benimsenmemesi	N	135	222	213	301	363	131
	%	9,52	11,90	11,50	11,30	10,70	10,49
Kurumun Büyük ve Karmaşık Bir Yapıya Sahip Olması	N	77	104	109	164	211	98
	%	5,43	5,60	5,90	6,10	6,22	7,85
Hastalara Yeterince Vakit Ayrılmaması	N	120	138	148	214	257	106
	%	8,46	7,40	8,00	8,00	7,58	8,49
Mesleki Eğitim Düzeyinin Yetersiz Olması	N	114	136	159	208	249	109
	%	8,03	7,30	8,60	7,80	7,34	8,73
Teknolojik İmkanların Yetersiz Olması	N	28	23	46	67	93	50
	%	1,97	1,20	2,50	2,50	2,74	4,00
Hastane Bilgi Yönetim Sisteminin Yetersiz Olması	N	57	54	64	93	132	58
	%	4,01	2,90	3,50	3,50	3,89	4,64
Denetim Eksikliği	N	69	89	120	153	224	78
	%	4,86	4,80	6,50	5,70	6,60	6,24
Diğer	N	0	18	25	30	40	76
	%	0,00	1,00	1,30	1,10	1,18	6,08

#### 4.1.5.2. Çalışanların hasta güvenliğine yönelik deneyimleri ve algılarına ilişkin bulgular

Çalışanların hasta güvenliğine yönelik geçmiş deneyimleri, algıları ve mevcut davranışları bu bölümde incelenmiştir.

Çalışanların hasta güvenliği konusunda daha önce eğitim alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde 2016 yılında çalışanların %57,40'ının, 2017 yılında %56,20'sinin, 2018 yılında %57,80'inin, 2019 yılında %58,20'sinin, 2020 yılında %56,23'ünün ve 2021 yılında ise %60'ının daha önce hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldıklarını belirttikleri görülmüştür.

**Çizelge 4.22:** Çalışanların hasta güvenliği konusunda daha önce eğitim alma durumlarına göre dağılımı.

Hasta Güvenliği Konusunda Daha Önce Eğitim Alma Durumu		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Evet	N	322	336	311	455	582	721
	%	57,40	56,20	57,80	58,20	56,23	60
Hayır	N	239	262	227	327	453	490
	%	42,60	43,80	42,20	41,80	43,77	40

Çalışanların hasta güvenliği konusunda daha önce bir komitede yer alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde 2016 yılında çalışanların %84'ünün, 2017 yılında %86,50'sinin, 2018 yılında %82,50'sinin, 2019 yılında %82,60'ının, 2020 yılında %77,33'ünün ve 2021 yılında ise %84'ünün daha önce hasta güvenliği ile ilgili bir komitede yer almadıklarını belirtmişlerdir.

**Çizelge 4.23:** Çalışanların hasta güvenliği konusunda daha önce bir komitede yer alma durumlarına göre dağılımı.

Hasta Güvenliği Konusunda Daha Önce Bir Komitede Yer Alma Durumu		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Evet	N	90	80	94	136	234	191
	%	16,00	13,50	17,50	17,40	22,67	16
Hayır	N	471	513	443	647	798	1021
	%	84,00	86,50	82,50	82,60	77,33	84

Çalışanlara kurumda hasta güvenliği komitesinin bulunma durumu ile ilgili bilgileri sorulduğunda 2016 yılında çalışanların %54,50'sinin, 2017 yılında %62,60'ının, 2018 yılında %61,70'inin, 2019 yılında %64,40'ının, 2020 yılında %54,56'sının ve 2021 yılında ise %62'sinin kurumda hasta güvenliği komitesinin bulunduğu ile ilgili bilgilerinin olduğu görülmüştür.

**Çizelge 4.24:** Çalışanların kurumda hasta güvenliği komitesinin bulunma durumu ile ilgili bilgilerine göre dağılımı.

<b>Kurumda "Hasta Güvenliği Komitesi" Bulunma Durumu</b>		<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Evet	N	306	372	332	505	562	756
	%	54,50	62,60	61,70	64,40	54,56	62
Hayır	N	16	16	11	15	41	25
	%	2,90	2,70	2,00	1,90	3,98	2
Bilginin Yok	N	239	206	195	264	427	441
	%	42,60	34,70	36,20	33,70	41,46	36

Çalışanlara kalite çalışmalarında aktif olarak yer alma istekleri sorulduğunda 2016 yılında çalışanların %56,90'ının, 2017 yılında %59,40'ının, 2018 yılında %55,20'sinin, 2019 yılında %56,60'ının, 2020 yılında %58,38'inin ve 2021 yılında ise %56'sının kalite çalışmalarında aktif olarak yer almak istediklerini belirttikleri görülmüştür.

**Çizelge 4.25:** Çalışanların kalite çalışmalarında aktif olarak yer alma isteklerine göre dağılımı.

<b>Kalite Çalışmalarında Aktif Olarak Yer Alma İsteği</b>		<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Evet	N	319	350	293	440	599	685
	%	56,90	59,40	55,20	56,60	58,38	56
Hayır	N	242	239	238	337	427	530
	%	43,10	40,60	44,80	43,40	41,62	44

Çalışanlara kurumda hasta güvenliğinin yeterli oranda sağlanıp sağlanmadığı konusundaki düşünceleri sorulduğunda her altı yıl için de kurumda hasta güvenliğinin yeterli oranda sağlandığını düşündüklerini belirttikleri görülmüştür.

**Çizelge 4.26:** Çalışanların kurumda hasta güvenliğinin yeterli oranda sağlanıp sağlanmadığı konusundaki düşüncelerine göre dağılımı.

<b>Kurumda Hasta Güvenliğinin Yeterli Oranda Sağlandığını Düşünme Durumu</b>		<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Evet	N	405	475	434	620	829	1036
	%	72,20	80,10	80,70	78,60	80,41	85
Hayır	N	156	118	104	169	202	181
	%	27,80	19,90	19,30	21,40	19,59	15

Çalışanlardan kurumdaki hasta güvenliği derecesinin değerlendirilmesi istendiğinde 2016 yılında en çok %46,20 ile makul, 2017 yılında en çok %39,50 ile makul, 2018 yılında en çok %41,90 ile çok iyi, 2019 yılında en çok %42,30 ile makul, 2020 yılında en çok %40,89 ile makul ve 2021 yılında ise %45,64 ile çok iyi olarak değerlendirildiği görülmüştür.

**Çizelge 4.27:** Çalışanların kurumdaki hasta güvenliği derecesini değerlendirilmesine göre dağılımı.

<b>Hasta Güvenliği Derecesi</b>		<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Mükemmel	N	65	87	79	109	159	195
	%	11,60	14,70	14,80	14,00	15,41	16,18
Çok İyi	N	208	230	224	305	388	550
	%	37,10	39,00	41,90	39,10	37,60	45,64
Makul	N	259	233	199	330	422	415
	%	46,20	39,50	37,30	42,30	40,89	34,44
Kötü	N	17	32	20	26	47	31
	%	3,00	5,40	3,70	3,30	4,55	2,57
Çok Kötü	N	12	8	12	11	16	14
	%	2,10	1,40	2,20	1,40	1,55	1,16

Çalışanlara son 12 ay içerisinde kaç adet olay bildirim raporladığı sorulduğunda her altı yıl için de ankete katılan çalışanların yarısından fazlasının hiç olay bildirim formu doldurmadığını belirttiği görülmüştür.

**Çizelge 4.28:** Çalışanların son 12 ay içerisinde olay bildirim raporlama sayılarına göre dağılımı.

Son 12 Ay İçerisinde Raporlanan Olay Bildirim Sayısı		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Olay Raporu Yok	N	331	314	333	471	703	719
	%	59,00	54,60	64,00	62,50	69,95	60,47
1 İla 2 Vaka Raporu	N	132	123	73	136	141	214
	%	23,50	21,40	14,00	18,10	14,03	18,00
3 İla 5 Vaka Raporu	N	52	71	37	59	66	132
	%	9,30	12,30	7,10	7,80	6,57	11,10
6 İla 10 Vaka Raporu	N	23	34	30	31	50	54
	%	4,10	5,90	5,80	4,10	4,98	4,54
11 İla 20 Vaka Raporu	N	15	23	26	27	20	38
	%	2,70	4,00	5,00	3,60	1,99	3,20
21 Vaka Raporu veya Daha Fazla	N	8	10	21	29	25	32
	%	1,40	1,70	4,00	3,90	2,49	2,69

#### 4.1.5.3. Hasta güvenlik kültürü boyutlarının değerlendirilmesine yönelik bulgular

Bu bölümde her bir boyutu oluşturan soruların pozitif cevap dağılımlarının hesaplanması ile tüm boyutların yıllara göre pozitif cevap dağılımları ele alınmıştır.

Hasta güven kültürünün değerlendirilmesinde kullanılan 12 boyut ve bu boyutlara ait 42 alt kriter aşağıdaki tabloda analizlerde gösterimi açısından kolaylık sağlaması amacıyla kısa kodları ile birlikte belirtilmiştir.

**Çizelge 4.29:** Hasta güvenlik boyutları ve alt kriterlerine ait kısa kodlar.

BOYUTLAR		ALT KRİTERLER	
A	Ekipler içinde takım çalışmasına dair sorular	A1	Bu birimdeki insanlar birbirlerine destek oluyor.
		A2	Çok fazla işin hızla yapılması gerektiği durumlarda işi halletmek için takım olarak çalışıyoruz.
		A3	Bu birimde insanlar birbirine saygılı davranıyor.

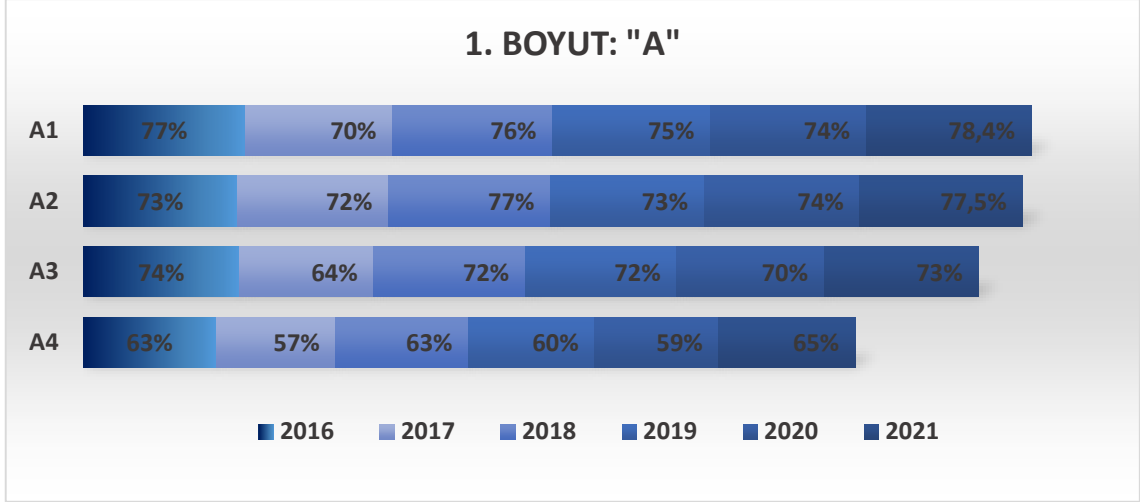
		<b>A4</b>	Bu birimdeki bir alan çok kalabalık olduğunda diğerleri yardımcı olur.
<b>B</b>	<b>Yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri</b>	<b>B1</b>	Yöneticim, bir işin belirtilen hasta güvenlik prosedürlerine uygun olarak yapıldığını gördüğünde iyi sözler söyler.
		<b>B2</b>	Yöneticim, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışandan gelen önerileri ciddiyle değerlendirir.
		<b>B3</b>	Baskı oluştuğunda yöneticim kısa yolları kullanmak gerekse bile bizden daha hızlı çalışmamızı ister.
		<b>B4</b>	Yöneticim, tekrar tekrar yaşanan hasta güvenliği sorunlarını görmezden gelir.
<b>C</b>	<b>Örgütsel öğrenme-Süreklili iyileştirme</b>	<b>C1</b>	Hasta güvenliğini geliştirmek için aktif çaba harcıyoruz.
		<b>C2</b>	Burada hatalar olumlu değişikliklere neden oluyor.
		<b>C3</b>	Hasta güvenliğini artırma konusunda değişiklik yaptıktan sonra bunların verimliliğini değerlendiririz.
<b>D</b>	<b>Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği</b>	<b>D1</b>	Hastane yönetimi, hasta güvenliğini geliştirecek bir çalışma ortamı sunuyor.
		<b>D2</b>	Hastane yönetiminin eylemleri, hastaların güvenliğinin en yüksek önceliğe sahip olduğunu gösteriyor.
		<b>D3</b>	Hastane yönetimi, sadece olumsuz etki yaratacak bir olay meydana geldikten sonra hasta güvenliği ile ilgileniyormuş gibi görünüyor.
<b>E</b>	<b>Güvenliğin kapsamlı algılanması</b>	<b>E1</b>	Etrafta daha ciddi hataların olmaması tamamen şansa kalmış.
		<b>E2</b>	Asla daha fazla iş yapmak için hasta güvenliğinden taviz verilmez.

		<b>E3</b>	Bu birimde hasta güvenliği sorunlarımız var.
		<b>E4</b>	Prosedürlerimiz ve sistemlerimiz hataların meydana gelmesini önlemek açısından etkili.
<b>F</b>	<b>Hatalar hakkında iletişim ve geribildirim</b>	<b>F1</b>	Olay raporlarına göre uygulamaya konan değişiklikler ile ilgili geri bildirim alıyoruz.
		<b>F2</b>	Bu birimde yaşanan hatalar hakkında bilgilendiriliyoruz.
		<b>F3</b>	Bu birimde hataların yeniden yaşanmasını önleyecek yolları tartışıyoruz.
<b>G</b>	<b>İletişimin açık tutulması</b>	<b>G1</b>	Hasta bakımını olumsuz yönde etkileyen bir şey gördüğünde personel bunu rahatlıkla söyleyebiliyor.
		<b>G2</b>	Çalışan kendisinden daha yetkili kişilerin kararlarını ve eylemlerini sorgulama konusunda kendini özgür hissediyor.
		<b>G3</b>	Bir şeyler doğru gitmiyor gibi görüldüğünde çalışan bu konu hakkında soru sormaya çekiniyor.
<b>H</b>	<b>Hataların raporlanma sıklığı</b>	<b>H1</b>	Bir hata yapıldı ama hastayı etkilemeden önce fark edildi ve düzeltildi. Bu durum ne sıklıkla raporlanır?
		<b>H2</b>	Bir hata yapıldı ama hastaya zarar verme ihtimali yok. Bu durum ne sıklıkla raporlanır?
		<b>H3</b>	Hastaya zarar verebilecek bir hata yapıldı ama hasta zarar görmedi. Bu durum ne sıklıkla raporlanır?
<b>I</b>	<b>Hastane birimleri arası ekip çalışması</b>	<b>I1</b>	Hastanedeki birimler birbirleri ile koordineli bir şekilde çalışmıyor.
		<b>I2</b>	Hastanede birlikte çalışması gereken birimler arasında iyi bir iş birliği bulunmaktadır.
		<b>I3</b>	Diğer hastane birimlerindeki personel ile çalışmak genelde rahatsızlık veriyor.

		<b>I4</b>	Hastanedeki birimler hastalara en iyi bakımı sağlamak için birlikte iyi çalışıyor.
<b>J</b>	<b>Personel sağlama</b>	<b>J1</b>	İş yükünü idare edebilecek kadar yeterli çalışanımız var.
		<b>J2</b>	Bu birimdeki personel hasta bakımı için uygun olandan daha fazla süre çalışmaktadır.
		<b>J3</b>	Hasta bakımı için uygun olandan daha fazla aracı/geçici çalışan kullanıyoruz.
		<b>J4</b>	Daha çok işi daha hızlı yapmaya çalışmak için "kriz modunda" çalışırız.
<b>K</b>	<b>Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)</b>	<b>K1</b>	Hastanın bir birimden diğerine transferi sırasında yapılması gereken teslim edilme kuralları uygulanmıyor.
		<b>K2</b>	Vardiya değişimi sırasında önemli hasta bakım bilgileri sık sık kayboluyor.
		<b>K3</b>	Hastane birimleri arasında bilgi alışverişi yapılırken genelde sorun çıkıyor.
		<b>K4</b>	Vardiya değişimleri hastanedeki hastalar açısından sorun teşkil ediyor.
<b>L</b>	<b>Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt</b>	<b>L1</b>	Çalışan hatalarının yüzüne vurulduğunu hissediyor.
		<b>L2</b>	Bir olay bildirildiğinde sorunlar değil de kişiler rapor ediliyormuş gibi görünür.
		<b>L3</b>	Personel, yaptığı hataların özlük dosyasında tutulmasından endişe ediyor.

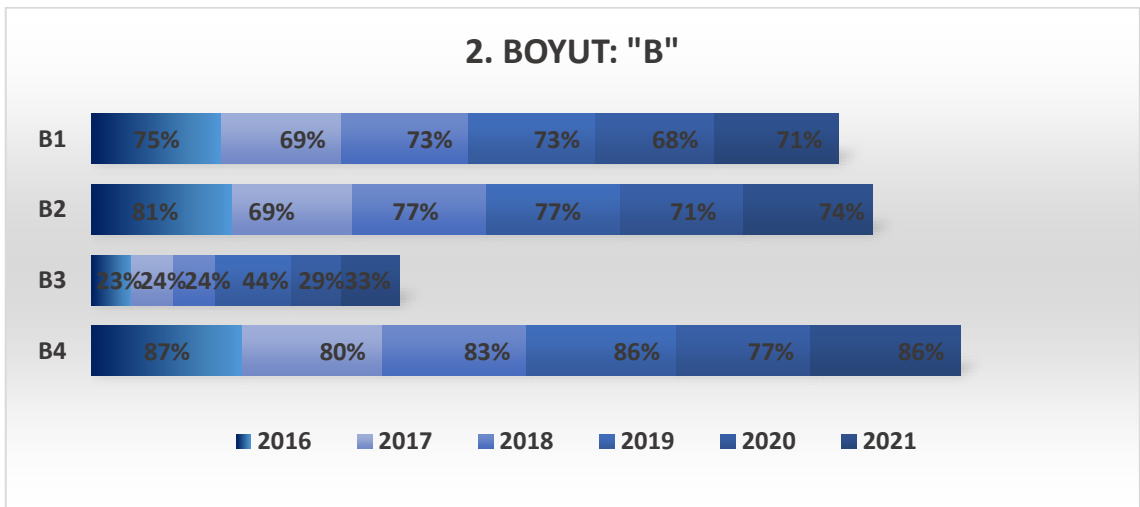


Çalışanların 1. Boyut sorularına vermiş oldukları olumlu cevapların yıllara göre dağılımları grafikte belirtilmiştir. Çalışanların 2021 yılı için vermiş oldukları pozitif cevap dağılımları incelendiğinde; En yüksek pozitif cevap dağılımına sahip sorunun %78,4 ile “A1” olduğu, en düşük pozitif cevap dağılımına sahip sorunun ise %65 ile “A4” olduğu görülmüştür.



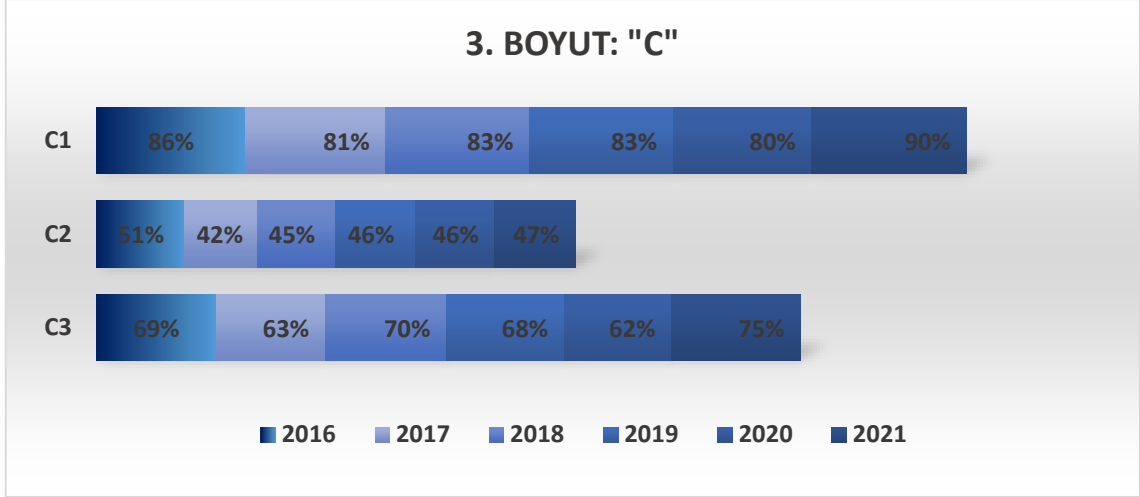
**Şekil 4.1:** A boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı.

Çalışanların 2. Boyut sorularına vermiş oldukları olumlu cevapların yıllara göre dağılımları grafikte belirtilmiştir. Çalışanların 2021 yılı için vermiş oldukları pozitif cevap dağılımları incelendiğinde; En yüksek pozitif cevap dağılımına sahip sorunun %86 ile “B4” olduğu, en düşük pozitif cevap dağılımına sahip sorunun ise %33 ile “B3” olduğu görülmüştür.



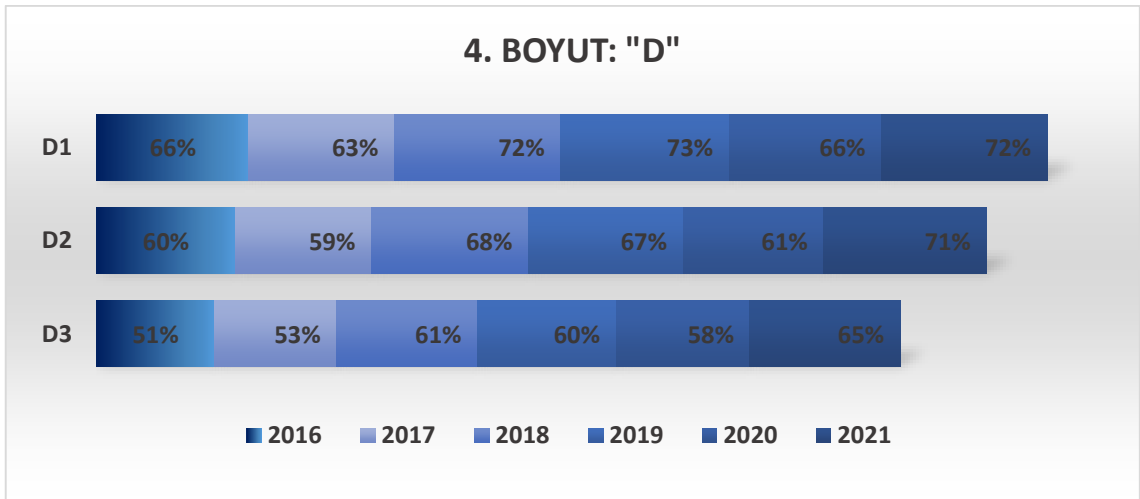
**Şekil 4.2:** B boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı.

Çalışanların 3. Boyut sorularına vermiş oldukları olumlu cevapların yıllara göre dağılımları grafikte belirtilmiştir. Çalışanların 2021 yılı için vermiş oldukları pozitif cevap dağılımları incelendiğinde; En yüksek pozitif cevap dağılımına sahip sorunun %90 ile “C1” olduğu, en düşük pozitif cevap dağılımına sahip sorunun ise %47 ile “C2” olduğu görülmüştür.



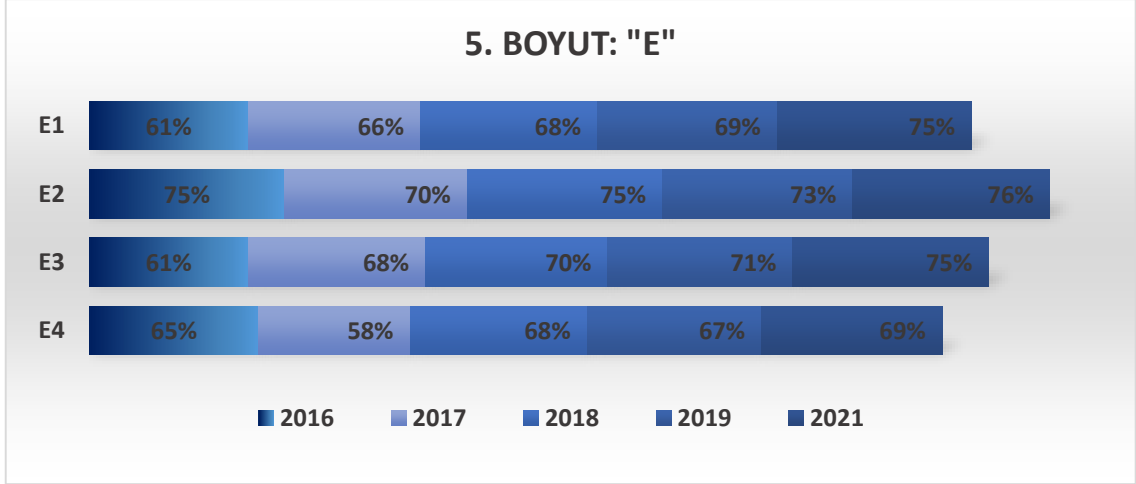
**Şekil 4.3:** C boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı.

Çalışanların 4. Boyut sorularına vermiş oldukları olumlu cevapların yıllara göre dağılımları grafikte belirtilmiştir. Çalışanların 2021 yılı için vermiş oldukları pozitif cevap dağılımları incelendiğinde; En yüksek pozitif cevap dağılımına sahip sorunun %72 ile “D1” olduğu, en düşük pozitif cevap dağılımına sahip sorunun ise %65 ile “D3” olduğu görülmüştür.



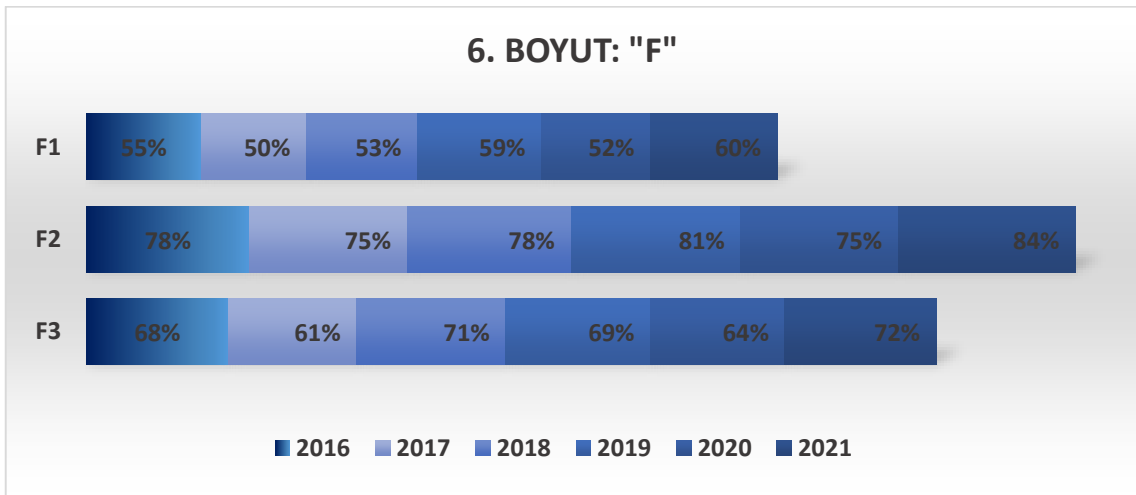
**Şekil 4.4:** D boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı.

Çalışanların 5. Boyut sorularına vermiş oldukları olumlu cevapların yıllara göre dağılımları grafikte belirtilmiştir. Çalışanların 2021 yılı için vermiş oldukları pozitif cevap dağılımları incelendiğinde; En yüksek pozitif cevap dağılımına sahip sorunun %76 ile “E2” olduğu, en düşük pozitif cevap dağılımına sahip sorunun ise %69 ile “E4” olduğu görülmüştür.



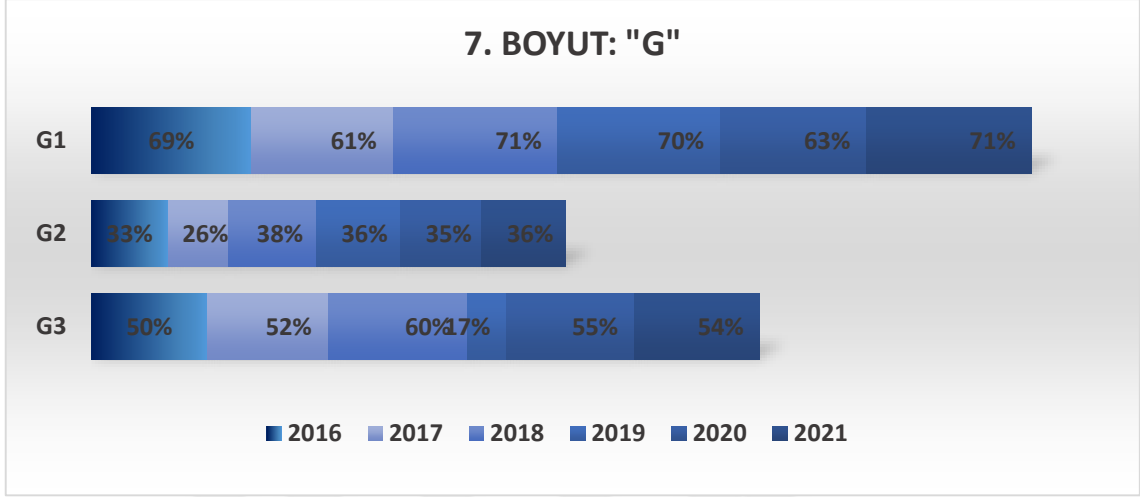
**Şekil 4.5:** E boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı.

Çalışanların 6. Boyut sorularına vermiş oldukları olumlu cevapların yıllara göre dağılımları grafikte belirtilmiştir. Çalışanların 2021 yılı için vermiş oldukları pozitif cevap dağılımları incelendiğinde; En yüksek pozitif cevap dağılımına sahip sorunun %84 ile “F2” olduğu, en düşük pozitif cevap dağılımına sahip sorunun ise %60 ile “F1” olduğu görülmüştür.



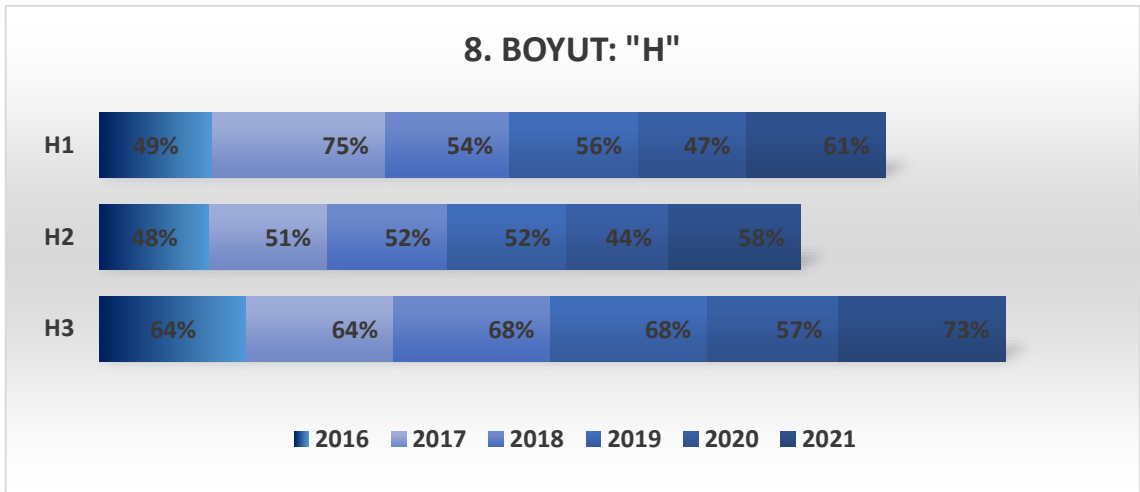
**Şekil 4.6:** F boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı.

Çalışanların 7. Boyut sorularına vermiş oldukları olumlu cevapların yıllara göre dağılımları grafikte belirtilmiştir. Çalışanların 2021 yılı için vermiş oldukları pozitif cevap dağılımları incelendiğinde; En yüksek pozitif cevap dağılımına sahip sorunun %71 ile “G1” olduğu, en düşük pozitif cevap dağılımına sahip sorunun ise %36 ile “G2” olduğu görülmüştür.



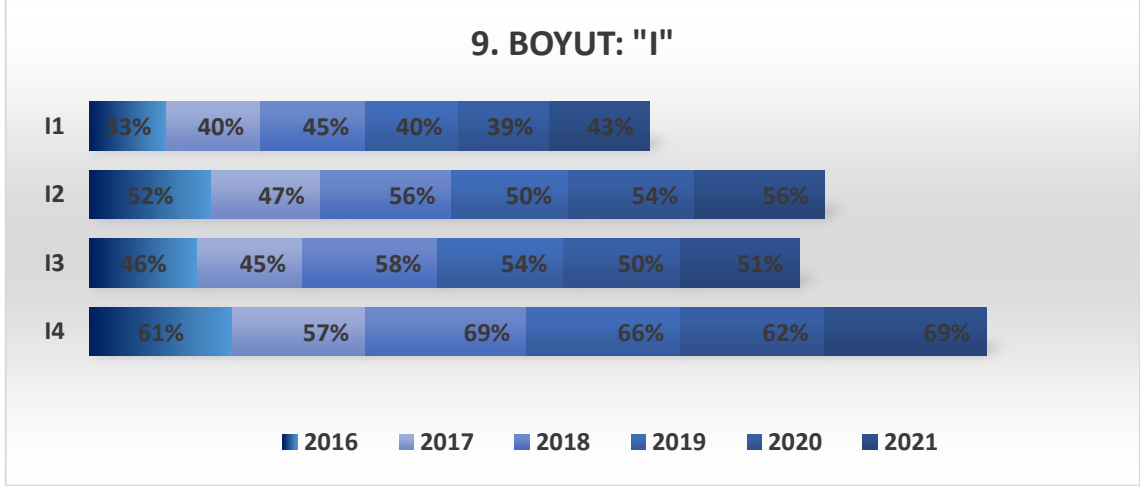
**Şekil 4.7:** G boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı.

Çalışanların 8. Boyut sorularına vermiş oldukları olumlu cevapların yıllara göre dağılımları grafikte belirtilmiştir. Çalışanların 2021 yılı için vermiş oldukları pozitif cevap dağılımları incelendiğinde; En yüksek pozitif cevap dağılımına sahip sorunun %73 ile “H3” olduğu, en düşük pozitif cevap dağılımına sahip sorunun ise %61 ile “H2” olduğu görülmüştür.



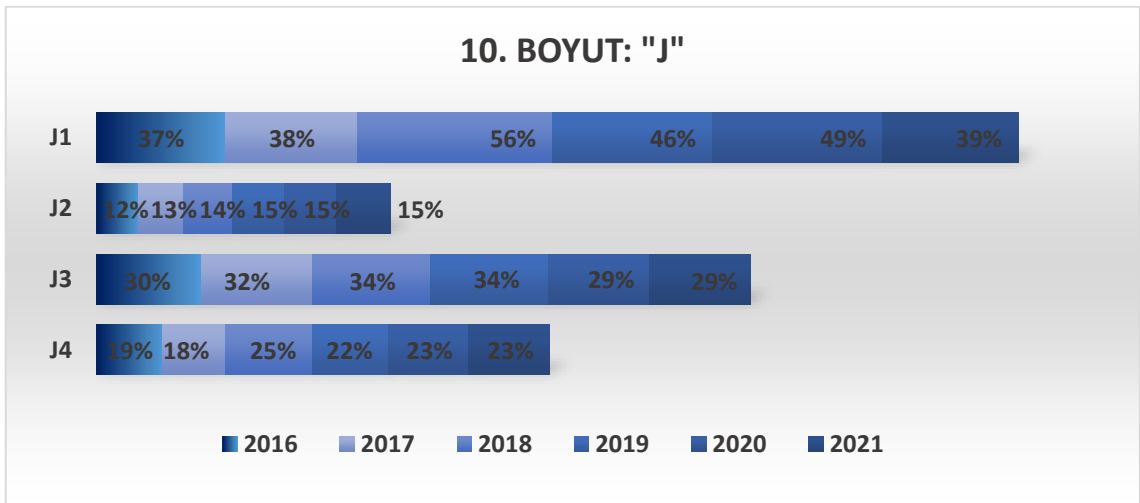
**Şekil 4.8:** H boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı.

Çalışanların 9. Boyut sorularına vermiş oldukları olumlu cevapların yıllara göre dağılımları grafikte belirtilmiştir. Çalışanların 2021 yılı için vermiş oldukları pozitif cevap dağılımları incelendiğinde; En yüksek pozitif cevap dağılımına sahip sorunun %69 ile "I4" olduğu, en düşük pozitif cevap dağılımına sahip sorunun ise %43 ile "I1" olduğu görülmüştür.



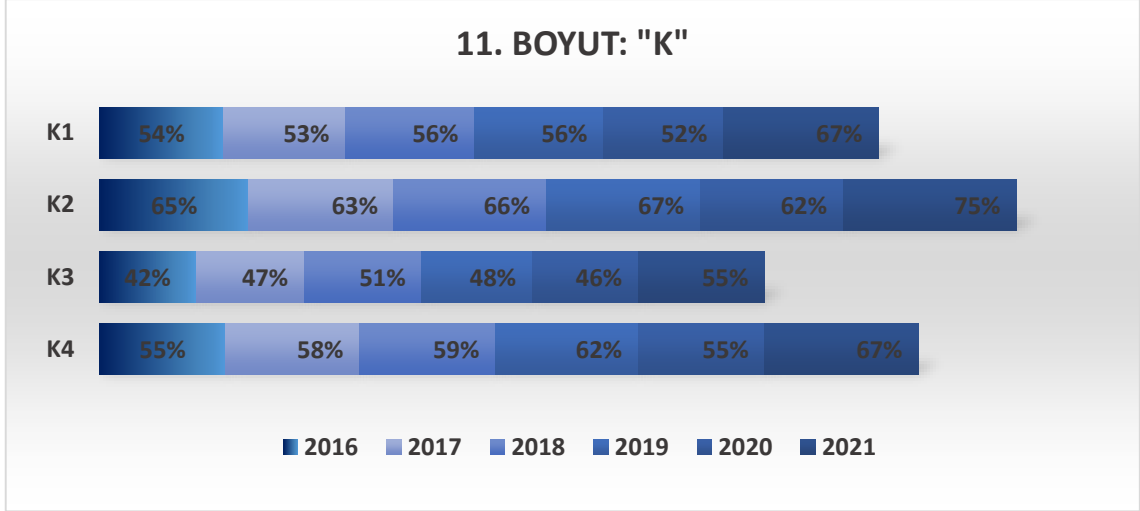
**Şekil 4.9:** I boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı.

Çalışanların 10. Boyut sorularına vermiş oldukları olumlu cevapların yıllara göre dağılımları grafikte belirtilmiştir. Çalışanların 2021 yılı için vermiş oldukları pozitif cevap dağılımları incelendiğinde; En yüksek pozitif cevap dağılımına sahip sorunun %39 ile "J1" olduğu, en düşük pozitif cevap dağılımına sahip sorunun ise %15 ile "J2" olduğu görülmüştür.



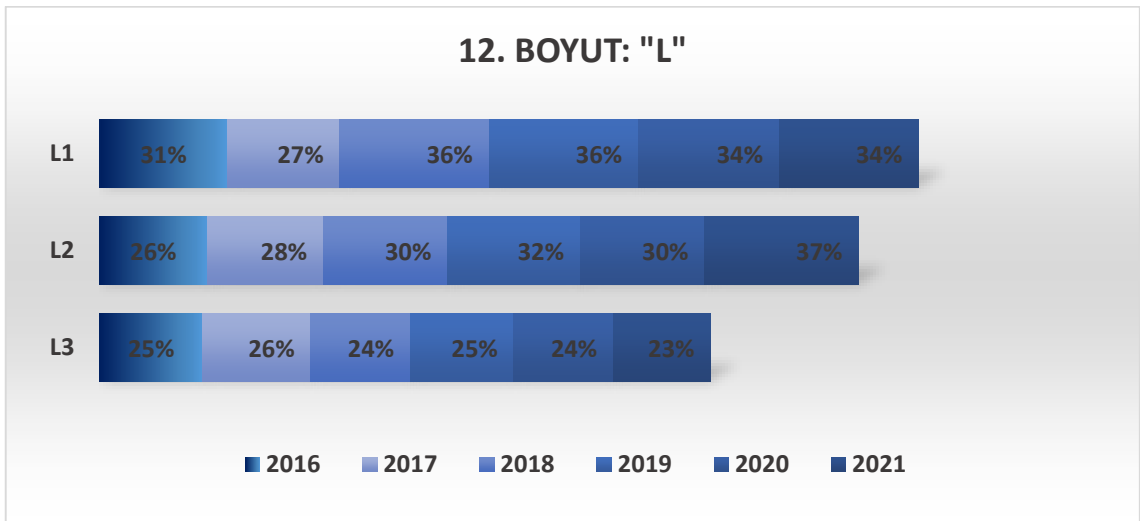
**Şekil 4.10:** J boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı.

Çalışanların 11. Boyut sorularına vermiş oldukları olumlu cevapların yıllara göre dağılımları grafikte belirtilmiştir. Çalışanların 2021 yılı için vermiş oldukları pozitif cevap dağılımları incelendiğinde; En yüksek pozitif cevap dağılımına sahip sorunun %75 ile “K2” olduğu, en düşük pozitif cevap dağılımına sahip sorunun ise %55 ile “K3” olduğu görülmüştür.



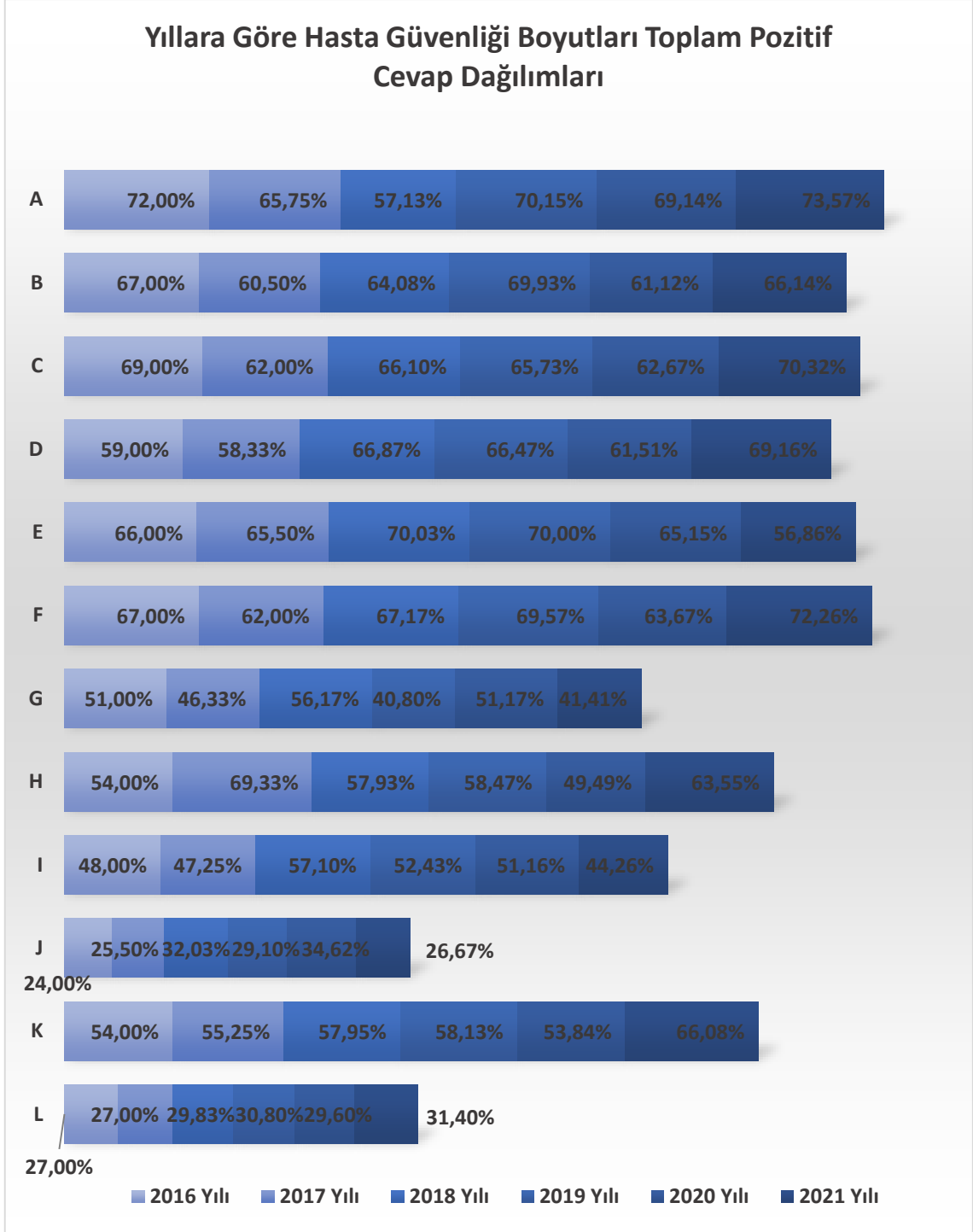
**Şekil 4.11:** K boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı.

Çalışanların 12. Boyut sorularına vermiş oldukları olumlu cevapların yıllara göre dağılımları grafikte belirtilmiştir. Çalışanların 2021 yılı için vermiş oldukları pozitif cevap dağılımları incelendiğinde; En yüksek pozitif cevap dağılımına sahip sorunun %37 ile “L2” olduğu, en düşük pozitif cevap dağılımına sahip sorunun ise %23 ile “L3” olduğu görülmüştür.



**Şekil 4.12:** L boyutuna ait hasta güvenlik kültürü puanlarının yıllara göre dağılımı.

Hasta güvenlik kültürü boyutlarına ait hesaplanan pozitif cevap dağılımlarının yıllara göre dağılımı aşağıdaki grafikte belirtilmiştir. 2021 yılı için en yüksek pozitif cevap dağılımına sahip olan boyutun %73,57 ile 1. Boyut olan “A” ya ait olduğu, en düşük pozitif cevap dağılımının ise, %26,67 ile 10. Boyut olan “J” boyutuna ait olduğu görülmüştür.



**Şekil 4.13:** Hasta güvenlik kültürü boyutlarına verilen toplam olumlu yanıtların yıllara göre dağılımları.

## 4.2. Hasta Güvenlik Kültürü Boyutlarının SWARA Yöntemi İle Değerlendirilmesi

Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesinde ve özetlenmesinde genellikle tanımlayıcı istatistiklerden ve frekans analizinden yararlanılmaktadır. Hasta güvenliği boyutlarının değerlendirilmesi de yine bu esasa dayanır. Her bir boyut için pozitif cevap dağılımları incelenerek kurumda iyileştirme yapılması gereken süreçler gözden geçirilir. Bu çalışma “Her hasta güvenliği boyutu eşit öneme sahip midir? Yoksa önem derecelerine göre mi incelenmelidir?” sorularına cevap aramak adına gerçekleştirilmiştir. Bu zamana kadar yapılan hasta güvenliği kültürü değerlendirme çalışmalarında tüm boyutlar eşit önem düzeyinde değerlendirilmiş ve bu doğrultuda süreçler incelenmiştir. Fakat her bir boyut birbiri ile eşit önem düzeyine sahip olmayabilir. Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesinde herhangi bir boyut başka bir boyuta göre daha büyük katkı sağlıyor olabilir.

Bu doğrultuda sağlık profesyonellerinden hasta güvenliği boyutların ve boyutlara ait alt kriterlerin ağırlıklandırılmasına yönelik SWARA yöntemine dayalı uzman görüşlerine başvurulmuştur. Çalışmaya hasta güvenlik kültürü çalışmalarında aktif rol almış 5 sağlık profesyoneli katılmıştır. Katılımcılardan hasta güvenlik kültürü boyutlarının ve bu boyutlara ait soruların önceliklendirilmesi aynı zamanda kriterlerin bir önceki kriter ile ikili karşılaştırmasına dayanan “sj” değerlerinin belirlenmesi istenmiştir. Katılımcılardan alınan uzman görüşlerine SWARA yöntemi adımlarının uygulanabilmesi amacıyla “Microsoft Excel” kullanılmıştır.

1. Değerlendiriciye ait yanıtlara göre hesaplanan “kj” , “qi” ve “wj” değerleri;

**Çizelge 4.30:** 1. Değerlendiriciye göre A boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

A					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
A3	1		1	1	0,281
A1	2	0,1	1,1	0,909	0,255
A2	3	0,05	1,05	0,866	0,243
A4	4	0,1	1,1	0,787	0,221



**Çizelge 4.31:** 1. Değerlendiriciye göre B boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

B					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
B2	1		1	1	0,302
B1	2	0,2	1,2	0,833	0,252
B3	3	0,1	1,1	0,758	0,229
B4	4	0,05	1,05	0,722	0,218

**Çizelge 4.32:** 1. Değerlendiriciye göre C boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

C					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
C3	1		1	1	0,370
C1	2	0,1	1,1	0,909	0,337
C2	3	0,15	1,15	0,791	0,293

**Çizelge 4.33:** 1. Değerlendiriciye göre D boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

D					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
D1	1		1	1	0,383
D2	2	0,1	1,1	0,909	0,349
D3	3	0,3	1,3	0,699	0,268

**Çizelge 4.34:** 1. Değerlendiriciye göre E boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

E					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
E4	1		1	1	0,308
E2	2	0,05	1,05	0,952	0,293
E3	3	0,3	1,3	0,733	0,226
E1	4	0,3	1,3	0,564	0,173

**Çizelge 4.35:** 1. Değerlendiriciye göre F boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

F					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
F3	1		1	1	0,350
F1	2	0,05	1,05	0,952	0,333
F2	3	0,05	1,05	0,907	0,317

**Çizelge 4.36:** 1. Değerlendiriciye göre G boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

G					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
G1	1		1	1	0,372
G2	2	0,05	1,05	0,952	0,355
G3	3	0,3	1,3	0,733	0,273

**Çizelge 4.37:** 1. Değerlendiriciye göre H boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

H					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
H3	1		1	1	0,355
H1	2	0,05	1,05	0,952	0,338
H2	3	0,1	1,1	0,866	0,307

**Çizelge 4.38:** 1. Değerlendiriciye göre I boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

I					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
I2	1		1	1	0,293
I4	2	0,05	1,05	0,952	0,280
I3	3	0,2	1,2	0,794	0,233
I1	4	0,2	1,2	0,661	0,194

**Çizelge 4.39:** 1. Değerlendiriciye göre J boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

J					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
J1	1		1	1	0,355
J4	2	0,3	1,3	0,769	0,273
J2	3	0,3	1,3	0,592	0,210
J3	4	0,3	1,3	0,455	0,162

**Çizelge 4.40:** 1. Değerlendiriciye göre K boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

K					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
K1	1		1	1	0,269
K4	2	0,05	1,05	0,952	0,256
K3	3	0,05	1,05	0,907	0,244
K2	4	0,05	1,05	0,864	0,232

**Çizelge 4.41:** 1. Değerlendiriciye göre L boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

L					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
L2	1		1	1	0,350
L1	2	0,05	1,05	0,952	0,333
L3	3	0,05	1,05	0,907	0,317

**Çizelge 4.42:** 1. değerlendiriciye göre hasta güvenlik kültürü boyutlarının değerlendirilmesi.

Boyutlar					
	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
D	1		1	1	0,122
H	2	0,05	1,05	0,952	0,116
I	3	0,05	1,05	0,907	0,110
L	4	0,05	1,05	0,864	0,105
A	5	0,1	1,1	0,785	0,096
B	6	0,05	1,05	0,748	0,091
C	7	0,1	1,1	0,680	0,083
E	8	0,15	1,15	0,591	0,072
F	9	0,2	1,2	0,493	0,060
J	10	0,05	1,05	0,469	0,057
K	11	0,15	1,15	0,408	0,050
G	12	0,3	1,3	0,314	0,038

2. Değerlendiriciye ait yanıtlara göre hesaplanan “kj” , “qi” ve “wj” değerleri;

**Çizelge 4.43:** 2. değerlendiriciye göre A boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

A					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
A3	1		1	1	0,281
A2	2	0,1	1,1	0,909	0,255
A4	3	0,05	1,05	0,866	0,243
A1	4	0,1	1,1	0,787	0,221

**Çizelge 4.44:** 2. değerlendiriciye göre B boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

B					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
B2	1		1	1	0,308
B1	2	0,05	1,05	0,952	0,293
B4	3	0,3	1,3	0,733	0,226
B3	4	0,3	1,3	0,564	0,173

**Çizelge 4.45:** 2. değerlendiriciye göre C boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

C					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
C1	1		1	1	0,350
C3	2	0,05	1,05	0,952	0,333
C2	3	0,05	1,05	0,907	0,317

**Çizelge 4.46:** 2. değerlendiriciye göre D boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

D					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
D2	1		1	1	0,372
D1	2	0,05	1,05	0,952	0,355
D3	3	0,3	1,3	0,733	0,273

**Çizelge 4.47:** 2. değerlendiriciye göre E boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

E					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
E4	1		1	1	0,308
E2	2	0,05	1,05	0,952	0,293
E1	3	0,3	1,3	0,733	0,226
E3	4	0,3	1,3	0,564	0,173

**Çizelge 4.48:** 2. değerlendiriciye göre F boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

F					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
F3	1		1	1	0,360
F1	2	0,1	1,1	0,909	0,328
F2	3	0,05	1,05	0,866	0,312

**Çizelge 4.49:** 2. değerlendiriciye göre G boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

<b>G</b>					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
G1	1		1	1	0,375
G2	2	0,1	1,1	0,909	0,341
G3	3	0,2	1,2	0,758	0,284

**Çizelge 4.50:** 2. değerlendiriciye göre H boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

<b>H</b>					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
H2	1		1	1	0,350
H3	2	0,05	1,05	0,952	0,333
H1	3	0,05	1,05	0,907	0,317

**Çizelge 4.51:** 2. değerlendiriciye göre I boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

<b>I</b>					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
I2	1		1	1	0,303
I4	2	0,05	1,05	0,952	0,289
I3	3	0,25	1,25	0,762	0,231
I1	4	0,3	1,3	0,586	0,178

**Çizelge 4.52:** 2. değerlendiriciye göre J boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

<b>J</b>					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
J1	1		1	1	0,317
J2	2	0,15	1,15	0,870	0,276
J3	3	0,2	1,2	0,725	0,230
J4	4	0,3	1,3	0,557	0,177

**Çizelge 4.53:** 2. değerlendiriciye göre K boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

<b>K</b>					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
K1	1		1	1	0,269
K4	2	0,05	1,05	0,952	0,256
K2	3	0,05	1,05	0,907	0,244
K3	4	0,05	1,05	0,864	0,232

**Çizelge 4.54:** 2. değerlendiriciye göre L boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

L					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
L3	1		1	1	0,364
L1	2	0,05	1,05	0,952	0,347
L2	3	0,2	1,2	0,794	0,289

**Çizelge 4.55:** 2. değerlendiriciye göre hasta güvenlik kültürü boyutlarının değerlendirilmesi.

Boyutlar					
	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
G	1		1	1	0,119
D	2	0,05	1,05	0,952	0,114
E	3	0,05	1,05	0,907	0,108
C	4	0,1	1,1	0,825	0,098
F	5	0,05	1,05	0,785	0,094
L	6	0,1	1,1	0,714	0,085
I	7	0,05	1,05	0,680	0,081
B	8	0,15	1,15	0,591	0,071
J	9	0,05	1,05	0,563	0,067
K	10	0,1	1,1	0,512	0,061
H	11	0,15	1,15	0,445	0,053
A	12	0,1	1,1	0,405	0,048

3. Değerlendiriciye ait yanıtlara göre hesaplanan “kj”, “qi” ve “wj” değerleri;

**Çizelge 4.56:** 3. değerlendiriciye göre A boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

A					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
A2	1		1	1	0,293
A4	2	0,15	1,15	0,870	0,255
A1	3	0,1	1,1	0,791	0,232
A3	4	0,05	1,05	0,753	0,221

**Çizelge 4.57:** 3. değerlendiriciye göre B boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

B					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
B4	1		1	1	0,333
B2	2	0,25	1,25	0,800	0,267
B3	3	0,2	1,2	0,667	0,222
B1	4	0,25	1,25	0,533	0,178

**Çizelge 4.58:** 3. değerlendiriciye göre C boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

C					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
C1	1		1	1	0,419
C3	2	0,3	1,3	0,769	0,323
C2	3	0,25	1,25	0,615	0,258

**Çizelge 4.59:** 3. değerlendiriciye göre D boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

D					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
D2	1		1	1	0,391
D3	2	0,2	1,2	0,833	0,326
D1	3	0,15	1,15	0,725	0,283

**Çizelge 4.60:** 3. değerlendiriciye göre E boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

E					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
E4	1		1	1	0,331
E2	2	0,25	1,25	0,800	0,265
E3	3	0,2	1,2	0,667	0,221
E1	4	0,2	1,2	0,556	0,184

**Çizelge 4.61:** 3. değerlendiriciye göre F boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

F					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
F3	1		1	1	0,405
F2	2	0,25	1,25	0,800	0,324
F1	3	0,2	1,2	0,667	0,270

**Çizelge 4.62:** 3. değerlendiriciye göre G boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

<b>G</b>					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
G2	1		1	1	0,376
G1	2	0,15	1,15	0,870	0,327
G3	3	0,1	1,1	0,791	0,297

**Çizelge 4.63:** 3. değerlendiriciye göre H boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

<b>H</b>					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
H3	1		1	1	0,360
H1	2	0,1	1,1	0,909	0,328
H2	3	0,05	1,05	0,866	0,312

**Çizelge 4.64:** 3. değerlendiriciye göre I boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

<b>I</b>					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
I4	1		1	1	0,296
I2	2	0,15	1,15	0,870	0,257
I1	3	0,1	1,1	0,791	0,234
I3	4	0,1	1,1	0,719	0,213

**Çizelge 4.65:** 3. değerlendiriciye göre J boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

<b>J</b>					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
J1	1		1	1	0,317
J4	2	0,25	1,25	0,800	0,253
J2	3	0,15	1,15	0,696	0,220
J3	4	0,05	1,05	0,663	0,210

**Çizelge 4.66:** 3. değerlendiriciye göre K boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

<b>K</b>					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
K1	1		1	1	0,319
K2	2	0,2	1,2	0,833	0,266
K3	3	0,2	1,2	0,694	0,222
K4	4	0,15	1,15	0,604	0,193



**Çizelge 4.67:** 3. değerlendiriciye göre L boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

L					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
L3	1		1	1	0,391
L2	2	0,2	1,2	0,833	0,326
L1	3	0,15	1,15	0,725	0,283

**Çizelge 4.68:** 3. değerlendiriciye göre hasta güvenlik kültürü boyutlarının değerlendirilmesi.

Boyutlar					
	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
C	1		1	1	0,186
E	2	0,1	1,1	0,909	0,169
D	3	0,25	1,25	0,727	0,135
F	4	0,3	1,3	0,559	0,104
B	5	0,15	1,15	0,486	0,091
H	6	0,2	1,2	0,405	0,075
A	7	0,25	1,25	0,324	0,060
I	8	0,25	1,25	0,259	0,048
K	9	0,2	1,2	0,216	0,040
G	10	0,15	1,15	0,188	0,035
L	11	0,2	1,2	0,157	0,029
J	12	0,1	1,1	0,142	0,026

4. Değerlendiriciye ait yanıtlara göre hesaplanan “kj” , “qi” ve “wj” değerleri;

**Çizelge 4.69:** 4. değerlendiriciye göre A boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

A					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
A3	1		1	1	0,287
A2	2	0,15	1,15	0,870	0,249
A1	3	0,05	1,05	0,828	0,238
A4	4	0,05	1,05	0,789	0,226

**Çizelge 4.70:** 4. değerlendiriciye göre B boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

B					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
B2	1		1	1	0,315
B1	2	0,15	1,15	0,870	0,274
B3	3	0,3	1,3	0,669	0,211
B4	4	0,05	1,05	0,637	0,201

**Çizelge 4.71:** 4. değerlendiriciye göre C boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

C					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
C1	1		1	1	0,375
C3	2	0,1	1,1	0,909	0,341
C2	3	0,2	1,2	0,758	0,284

**Çizelge 4.72:** 4. değerlendiriciye göre D boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

D					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
D2	1		1	1	0,404
D1	2	0,2	1,2	0,833	0,337
D3	3	0,3	1,3	0,641	0,259

**Çizelge 4.73:** 4. değerlendiriciye göre E boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

E					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
E2	1		1	1	0,330
E4	2	0,2	1,2	0,833	0,275
E3	3	0,3	1,3	0,641	0,211
E1	4	0,15	1,15	0,557	0,184

**Çizelge 4.74:** 4. değerlendiriciye göre F boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

F					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
F3	1		1	1	0,366
F2	2	0,1	1,1	0,909	0,332
F1	3	0,1	1,1	0,826	0,302

**Çizelge 4.75:** 4. değerlendiriciye göre G boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

G					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
G1	1		1	1	0,383
G2	2	0,1	1,1	0,909	0,349
G3	3	0,3	1,3	0,699	0,268

**Çizelge 4.76:** 4. değerlendiriciye göre H boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

H					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
H3	1		1	1	0,350
H2	2	0,05	1,05	0,952	0,333
H1	3	0,05	1,05	0,907	0,317

**Çizelge 4.77:** 4. değerlendiriciye göre I boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

I					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
I4	1		1	1	0,296
I2	2	0,05	1,05	0,952	0,282
I1	3	0,3	1,3	0,733	0,217
I3	4	0,05	1,05	0,698	0,206

**Çizelge 4.78:** 4. değerlendiriciye göre J boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

J					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
J1	1		1	1	0,316
J2	2	0,3	1,3	0,769	0,243
J3	3	0,05	1,05	0,733	0,231
J4	4	0,1	1,1	0,666	0,210

**Çizelge 4.79:** 4. değerlendiriciye göre K boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

K					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
K1	1		1	1	0,288
K2	2	0,05	1,05	0,952	0,275
K3	3	0,2	1,2	0,794	0,229
K4	4	0,1	1,1	0,722	0,208

**Çizelge 4.80:** 4. değerlendiriciye göre L boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

L					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
L3	1		1	1	0,360
L2	2	0,05	1,05	0,952	0,343
L1	3	0,15	1,15	0,828	0,298

**Çizelge 4.81:** 4. değerlendiriciye göre hasta güvenlik kültürü boyutlarının değerlendirilmesi.

Boyutlar					
	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
E	1		1	1	0,139
B	2	0,15	1,15	0,870	0,121
C	3	0,1	1,1	0,791	0,110
I	4	0,05	1,05	0,753	0,105
D	5	0,05	1,05	0,717	0,100
J	6	0,25	1,25	0,574	0,080
K	7	0,05	1,05	0,546	0,076
A	8	0,15	1,15	0,475	0,066
G	9	0,1	1,1	0,432	0,060
H	10	0,1	1,1	0,393	0,055
L	11	0,15	1,15	0,341	0,047
F	12	0,1	1,1	0,310	0,043

5. Değerlendiriciye ait yanıtlara göre hesaplanan “kj”, “qi” ve “wj” değerleri;

**Çizelge 4.82:** 5. değerlendiriciye göre A boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

A					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
A2	1		1	1	0,280
A4	2	0,05	1,05	0,952	0,267
A1	3	0,1	1,1	0,866	0,242
A3	4	0,15	1,15	0,753	0,211

**Çizelge 4.83:** 5. değerlendiriciye göre B boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

B					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
B2	1		1	1	0,298
B1	2	0,1	1,1	0,909	0,271
B4	3	0,15	1,15	0,791	0,235
B3	4	0,2	1,2	0,659	0,196

**Çizelge 4.84:** 5. değerlendiriciye göre C boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

C					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
C2	1		1	1	0,355
C3	2	0,05	1,05	0,952	0,338
C1	3	0,1	1,1	0,866	0,307

**Çizelge 4.85:** 5. değerlendiriciye göre D boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

D					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
D2	1		1	1	0,355
D1	2	0,05	1,05	0,952	0,338
D3	3	0,1	1,1	0,866	0,307

**Çizelge 4.86:** 5. değerlendiriciye göre E boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

E					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
E4	1		1	1	0,280
E2	2	0,05	1,05	0,952	0,267
E1	3	0,1	1,1	0,866	0,242
E3	4	0,15	1,15	0,753	0,211

**Çizelge 4.87:** 5. değerlendiriciye göre F boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

F					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
F3	1		1	1	0,370
F1	2	0,1	1,1	0,909	0,337
F2	3	0,15	1,15	0,791	0,293

**Çizelge 4.88:** 5. değerlendiriciye göre G boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

<b>G</b>					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
G1	1		1	1	0,355
G2	2	0,05	1,05	0,952	0,338
G3	3	0,1	1,1	0,866	0,307

**Çizelge 4.89:** 5. değerlendiriciye göre H boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

<b>H</b>					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
H3	1		1	1	0,355
H2	2	0,05	1,05	0,952	0,338
H1	3	0,1	1,1	0,866	0,307

**Çizelge 4.90:** 5. değerlendiriciye göre I boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

<b>I</b>					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
I4	1		1	1	0,280
I1	2	0,05	1,05	0,952	0,267
I2	3	0,1	1,1	0,866	0,242
I3	4	0,15	1,15	0,753	0,211

**Çizelge 4.91:** 5. değerlendiriciye göre J boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

<b>J</b>					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
J1	1		1	1	0,288
J4	2	0,05	1,05	0,952	0,274
J2	3	0,15	1,15	0,828	0,239
J3	4	0,2	1,2	0,690	0,199

**Çizelge 4.92:** 5. değerlendiriciye göre K boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

K					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
K1	1		1	1	0,283
K4	2	0,05	1,05	0,952	0,269
K2	3	0,1	1,1	0,866	0,245
K3	4	0,2	1,2	0,722	0,204

**Çizelge 4.93:** 5. değerlendiriciye göre L boyutuna ait alt kriterlerin değerlendirilmesi.

L					
Alt Kriterler	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
L2	1		1	1	0,355
L3	2	0,05	1,05	0,952	0,338
L1	3	0,1	1,1	0,866	0,307

**Çizelge 4.94:** 5. değerlendiriciye göre hasta güvenlik kültürü boyutlarının değerlendirilmesi.

Boyutlar					
	Önem Sırası	sj	kj	qj	wj
E	1		1	1	0,128
D	2	0,05	1,05	0,952	0,121
B	3	0,05	1,05	0,907	0,116
C	4	0,1	1,1	0,825	0,105
F	5	0,1	1,1	0,750	0,096
G	6	0,1	1,1	0,681	0,087
H	7	0,1	1,1	0,620	0,079
L	8	0,1	1,1	0,563	0,072
I	9	0,15	1,15	0,490	0,062
A	10	0,15	1,15	0,426	0,054
J	11	0,2	1,2	0,355	0,045
K	12	0,3	1,3	0,273	0,035

Değerlendiricilerden alınan yanıtlar doğrultusunda hesaplanan kriter ağırlıklarının geometrik ortalaması hesaplanarak son kriter ağırlığı elde edilmiştir.

**Çizelge 4.95:** A boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.

A							
Alt Kriterler	Karar Verici 1	Karar Verici 2	Karar Verici 3	Karar Verici 4	Karar Verici 5	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
A1	0,255	0,221	0,232	0,238	0,242	0,238	4
A2	0,243	0,255	0,293	0,249	0,280	0,265	1
A3	0,281	0,281	0,221	0,287	0,211	0,255	2
A4	0,221	0,243	0,255	0,226	0,267	0,243	3

**Çizelge 4.96:** B boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.

B							
Alt Kriterler	Karar Verici 1	Karar Verici 2	Karar Verici 3	Karar Verici 4	Karar Verici 5	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
B1	0,252	0,293	0,178	0,274	0,271	0,252	2
B2	0,302	0,308	0,267	0,315	0,298	0,300	1
B3	0,229	0,173	0,222	0,211	0,196	0,207	4
B4	0,218	0,226	0,333	0,201	0,235	0,241	3

**Çizelge 4.97:** C boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.

C							
Alt Kriterler	Karar Verici 1	Karar Verici 2	Karar Verici 3	Karar Verici 4	Karar Verici 5	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
C1	0,337	0,350	0,419	0,375	0,307	0,357	1
C2	0,293	0,317	0,258	0,284	0,355	0,301	3
C3	0,370	0,333	0,323	0,341	0,338	0,342	2

**Çizelge 4.98:** D boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.

D							
Alt Kriterler	Karar Verici 1	Karar Verici 2	Karar Verici 3	Karar Verici 4	Karar Verici 5	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
D1	0,383	0,355	0,283	0,337	0,338	0,339	2
D2	0,349	0,372	0,391	0,404	0,355	0,375	1
D3	0,268	0,273	0,326	0,259	0,307	0,286	3



**Çizelge 4.99:** E boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.

E							
Alt Kriterler	Karar Verici 1	Karar Verici 2	Karar Verici 3	Karar Verici 4	Karar Verici 5	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
E1	0,173	0,226	0,184	0,184	0,242	0,201	4
E2	0,293	0,293	0,265	0,330	0,267	0,290	2
E3	0,226	0,173	0,221	0,211	0,211	0,208	3
E4	0,308	0,308	0,331	0,275	0,280	0,301	1

**Çizelge 4.100:** F boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.

F							
Alt Kriterler	Karar Verici 1	Karar Verici 2	Karar Verici 3	Karar Verici 4	Karar Verici 5	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
F1	0,333	0,328	0,270	0,302	0,337	0,314	3
F2	0,317	0,312	0,324	0,332	0,293	0,316	2
F3	0,350	0,360	0,405	0,366	0,370	0,371	1

**Çizelge 4.101:** G boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.

G							
Alt Kriterler	Karar Verici 1	Karar Verici 2	Karar Verici 3	Karar Verici 4	Karar Verici 5	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
G1	0,372	0,375	0,327	0,383	0,355	0,362	1
G2	0,355	0,341	0,376	0,349	0,338	0,352	2
G3	0,273	0,284	0,297	0,268	0,307	0,286	3

**Çizelge 4.102:** H boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.

H							
Alt Kriterler	Karar Verici 1	Karar Verici 2	Karar Verici 3	Karar Verici 4	Karar Verici 5	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
H1	0,338	0,317	0,328	0,317	0,307	0,322	3
H2	0,307	0,350	0,312	0,333	0,338	0,328	2
H3	0,355	0,333	0,360	0,350	0,355	0,351	1

**Çizelge 4.103:** I boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.

I							
Alt Kriterler	Karar Verici 1	Karar Verici 2	Karar Verici 3	Karar Verici 4	Karar Verici 5	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
I1	0,194	0,178	0,234	0,217	0,267	0,216	4
I2	0,293	0,303	0,257	0,282	0,242	0,275	2
I3	0,233	0,231	0,213	0,206	0,211	0,219	3
I4	0,280	0,289	0,296	0,296	0,280	0,289	1

**Çizelge 4.104:** J boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.

J							
Alt Kriterler	Karar Verici 1	Karar Verici 2	Karar Verici 3	Karar Verici 4	Karar Verici 5	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
J1	0,355	0,317	0,317	0,316	0,288	0,320	1
J2	0,210	0,276	0,220	0,243	0,239	0,238	2
J3	0,162	0,230	0,210	0,231	0,199	0,206	4
J4	0,273	0,177	0,253	0,210	0,274	0,236	3

**Çizelge 4.105:** K boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.

K							
Alt Kriterler	Karar Verici 1	Karar Verici 2	Karar Verici 3	Karar Verici 4	Karar Verici 5	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
K1	0,269	0,269	0,319	0,288	0,283	0,286	1
K2	0,232	0,244	0,266	0,275	0,245	0,252	2
K3	0,244	0,232	0,222	0,229	0,204	0,226	4
K4	0,256	0,256	0,193	0,208	0,269	0,235	3

**Çizelge 4.106:** L boyutuna ait alt kriterlerin son kriter ağırlıkları.

L							
Alt Kriterler	Karar Verici 1	Karar Verici 2	Karar Verici 3	Karar Verici 4	Karar Verici 5	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
L1	0,333	0,347	0,283	0,298	0,307	0,314	3
L2	0,350	0,289	0,326	0,343	0,355	0,332	2
L3	0,317	0,364	0,391	0,360	0,338	0,354	1

**Çizelge 4.107:** Hasta güvenlik kültürü boyutlarının son kriter ağırlıkları.

Boyutlar							
	Karar Verici 1	Karar Verici 2	Karar Verici 3	Karar Verici 4	Karar Verici 5	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
A	0,096	0,048	0,060	0,066	0,054	0,066	8
B	0,091	0,071	0,091	0,121	0,116	0,100	4
C	0,083	0,098	0,186	0,110	0,105	0,117	3
D	0,122	0,114	0,135	0,100	0,121	0,123	2
E	0,072	0,108	0,169	0,139	0,128	0,124	1
F	0,060	0,094	0,104	0,043	0,096	0,079	6
G	0,038	0,119	0,035	0,060	0,087	0,064	10
H	0,116	0,053	0,075	0,055	0,079	0,076	7
I	0,110	0,081	0,048	0,105	0,062	0,081	5
J	0,057	0,067	0,026	0,080	0,045	0,054	11
K	0,050	0,061	0,040	0,076	0,035	0,053	12
L	0,105	0,085	0,029	0,047	0,072	0,064	9

Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan hasta güvenlik kültürü boyutları ve boyutlara ait alt kriterler gözden geçirildiğinde;

“A” boyutuna ait alt kriterlerden en önemli kriter “A2.”, en önemsiz kriter ise “A1” olarak belirlenmiştir.

**Çizelge 4.108:** Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan A boyutuna ait alt kriterler.

A		
Alt Kriterler	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
A2	0,265	1
A3	0,255	2
A4	0,243	3
A1	0,238	4

“B” boyutuna ait alt kriterlerden en önemli kriter “B2”, en önemsiz kriter ise “B3” olarak belirlenmiştir.

**Çizelge 4.109:** Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan B boyutuna ait alt kriterler.

B		
Alt Kriterler	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
B2	0,300	1
B1	0,252	2
B4	0,241	3
B3	0,207	4

“C” boyutuna ait alt kriterlerden en önemli kriter “C1”, en önemsiz kriter ise “C2” olarak belirlenmiştir.

**Çizelge 4.110:** Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan C boyutuna ait alt kriterler.

C		
Alt Kriterler	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
C1	0,357	1
C3	0,342	2
C2	0,301	3

“D” boyutuna ait alt kriterlerden en önemli kriter “D2”, en önemsiz kriter ise “D3” olarak belirlenmiştir.

**Çizelge 4.111:** Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan D boyutuna ait alt kriterler.

D		
Alt Kriterler	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
D2	0,375	1
D1	0,339	2
D3	0,286	3

“E” boyutuna ait alt kriterlerden en önemli kriter “E4”, en önemsiz kriter ise “E1” olarak belirlenmiştir.

**Çizelge 4.112:** Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan E boyutuna ait alt kriterler.

E		
Alt Kriterler	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
E4	0,301	1
E2	0,290	2
E3	0,208	3
E1	0,201	4

“F” boyutuna ait alt kriterlerden en önemli kriter “F3”, en önemsiz kriter ise “F1” olarak belirlenmiştir.

**Çizelge 4.113:** Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan F boyutuna ait alt kriterler.

F		
Alt Kriterler	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
F3	0,371	1
F2	0,316	2
F1	0,314	3

“G” boyutuna ait alt kriterlerden en önemli kriter “G1”, en önemsiz kriter ise “G3” olarak belirlenmiştir.

**Çizelge 4.114:** Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan G boyutuna ait alt kriterler.

G		
Alt Kriterler	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
G1	0,362	1
G2	0,352	2
G3	0,286	3

“H” boyutuna ait alt kriterlerden en önemli kriter “H3”, en önemsiz kriter ise “H1” olarak belirlenmiştir.

**Çizelge 4.115:** Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan H boyutuna ait alt kriterler.

H		
Alt Kriterler	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
H3	0,351	1
H2	0,328	2
H1	0,322	3

“I” boyutuna ait alt kriterlerden en önemli kriter “I4”, en önemsiz kriter ise “I1” olarak belirlenmiştir.

**Çizelge 4.116:** Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan I boyutuna ait alt kriterler.

I		
Alt Kriterler	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
I4	0,289	1
I2	0,275	2
I3	0,219	3
I1	0,216	4

“J” boyutuna ait alt kriterlerden en önemli kriter “J1”, en önemsiz kriter ise “J3” olarak belirlenmiştir.

**Çizelge 4.117:** Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan J boyutuna ait alt kriterler.

J		
Alt Kriterler	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
J1	0,320	1
J2	0,238	2
J4	0,236	3
J3	0,206	4

“K” boyutuna ait alt kriterlerden en önemli kriter “K1”, en önemsiz kriter ise “K3” olarak belirlenmiştir.

**Çizelge 4.118:** Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan K boyutuna ait alt kriterler.

K		
Alt Kriterler	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
K1	0,286	1
K2	0,252	2
K4	0,235	3
K3	0,226	4

“L” boyutuna ait alt kriterlerden en önemli kriter “L3”, en önemsiz kriter ise “L1” olarak belirlenmiştir.

**Çizelge 4.119:** Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan L boyutuna ait alt kriterler.

L		
Alt Kriterler	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
L3	0,354	1
L2	0,332	2
L1	0,314	3

En önemli hasta güvenliği boyutunun belirlenmesine yönelik olarak hasta güvenliği boyutları ağırlıkları gözden geçirildiğinde;

Bu sonuçlara göre karar vericiler için en önemli hasta güvenliği boyutunun “E”, en önemsiz hasta güvenliği boyutunun ise “J” olarak belirlendiği görülmektedir.

**Çizelge 4.120:** Son kriter ağırlıklarına göre sıralanan hasta güvenlik kültürü boyutları.

Boyutlar		
	Son Kriter Ağırlığı	Sıralama
E	0,124	1
D	0,123	2
C	0,117	3
B	0,100	4
I	0,081	5
F	0,079	6
H	0,076	7

<b>A</b>	0,066	8
<b>L</b>	0,064	9
<b>G</b>	0,064	10
<b>J</b>	0,054	11
<b>K</b>	0,053	12

Hasta güvenliği boyutlarının ve boyutlara ait kriterlerin ağırlıklarına göre aldığı değerler sıralanarak **Çizelge 4.121**'de belirtilmiştir.

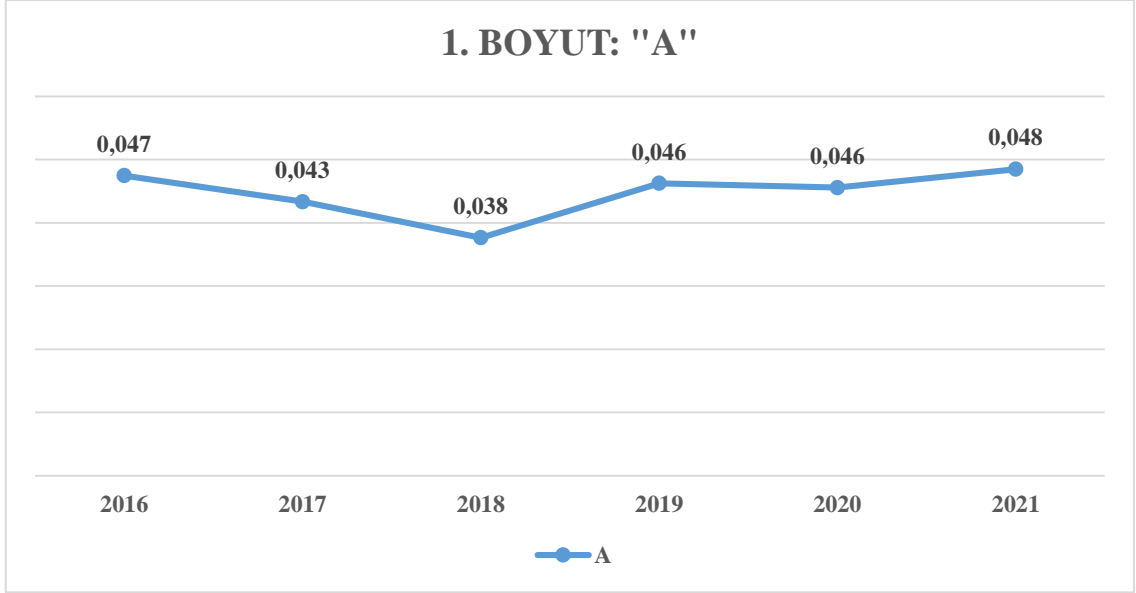
**Çizelge 4.121:** Hasta güvenliği boyutlarına ve boyutlara ait kriterlere ait ağırlıklar.

<b>BOYUTLAR</b>		<b>ALT KRİTERLER</b>	
	<b>AĞIRLIK</b>		<b>AĞIRLIK</b>
<b>E</b>	<b>0,124</b>	<b>E4</b>	0,301
		<b>E2</b>	0,290
		<b>E3</b>	0,208
		<b>E1</b>	0,201
<b>D</b>	<b>0,123</b>	<b>D2</b>	0,375
		<b>D1</b>	0,339
		<b>D3</b>	0,286
<b>C</b>	<b>0,117</b>	<b>C1</b>	0,357
		<b>C3</b>	0,342
		<b>C2</b>	0,301
<b>B</b>	<b>0,100</b>	<b>B2</b>	0,300
		<b>B1</b>	0,252
		<b>B4</b>	0,241
		<b>B3</b>	0,207
<b>I</b>	<b>0,081</b>	<b>I4</b>	0,289
		<b>I2</b>	0,275
		<b>I3</b>	0,219
		<b>I1</b>	0,216

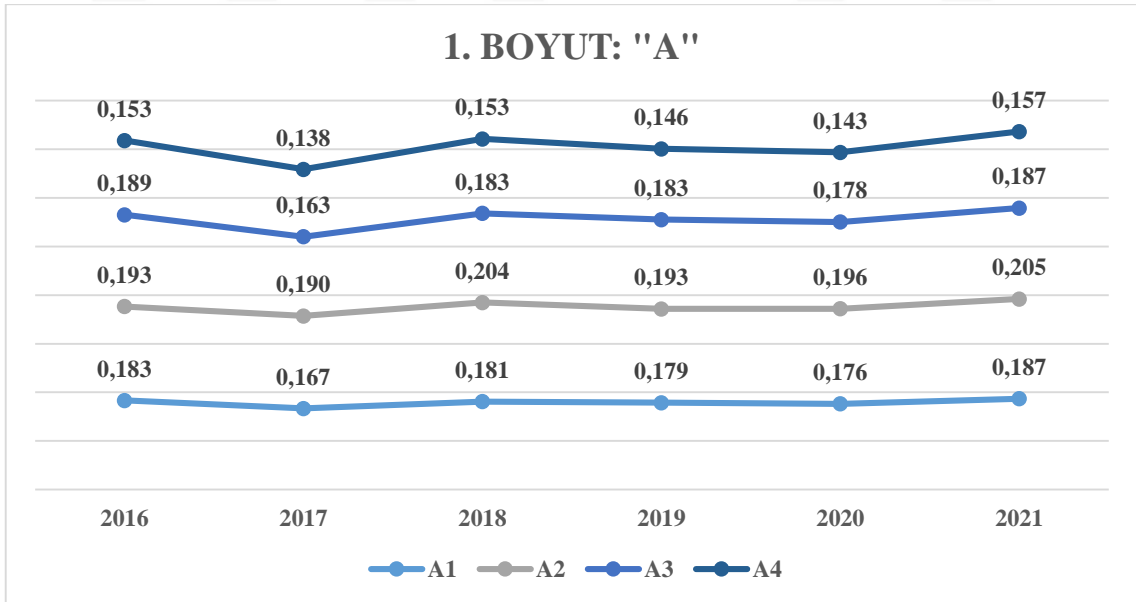


<b>F</b>	<b>0,079</b>	<b>F3</b>	0,371
		<b>F2</b>	0,316
		<b>F1</b>	0,314
<b>H</b>	<b>0,076</b>	<b>H3</b>	0,351
		<b>H2</b>	0,328
		<b>H1</b>	0,322
<b>A</b>	<b>0,066</b>	<b>A2</b>	0,265
		<b>A3</b>	0,255
		<b>A4</b>	0,243
		<b>A1</b>	0,238
<b>L</b>	<b>0,064</b>	<b>L3</b>	0,354
		<b>L2</b>	0,332
		<b>L1</b>	0,314
<b>G</b>	<b>0,064</b>	<b>G1</b>	0,362
		<b>G2</b>	0,352
		<b>G3</b>	0,286
<b>J</b>	<b>0,054</b>	<b>J1</b>	0,320
		<b>J2</b>	0,238
		<b>J4</b>	0,236
		<b>J3</b>	0,206
<b>K</b>	<b>0,053</b>	<b>K1</b>	0,286
		<b>K2</b>	0,252
		<b>K4</b>	0,235
		<b>K3</b>	0,226

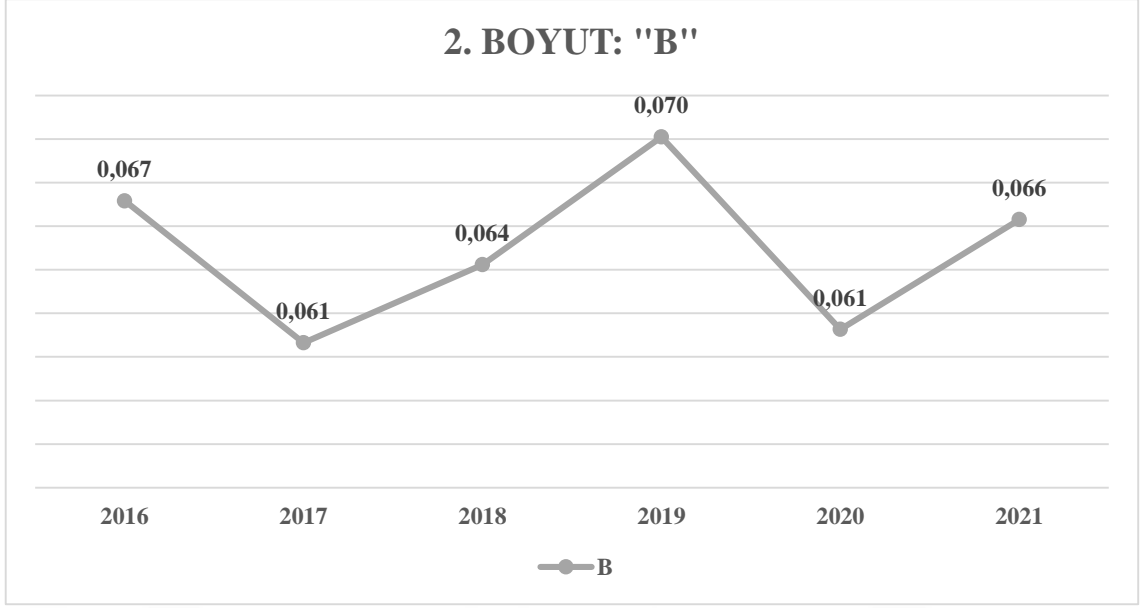
Uzman görüşleri doğrultusunda elde edilen ağırlıklar ve hasta güvenlik kültürü anketinin sonuçlarının çarpımı ile elde edilen hasta güvenlik kültürü indeksleri, boyutlar ve boyutlara ait sorular olmak üzere aşağıda paylaşılmıştır.



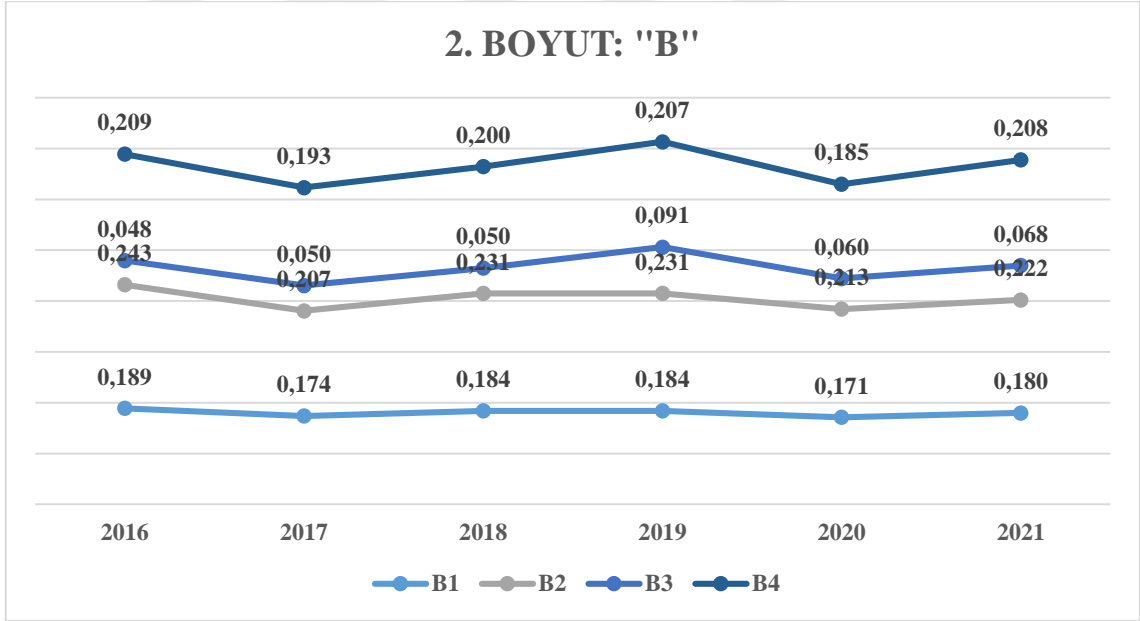
**Şekil 4.14:** 1. boyut: "A" boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



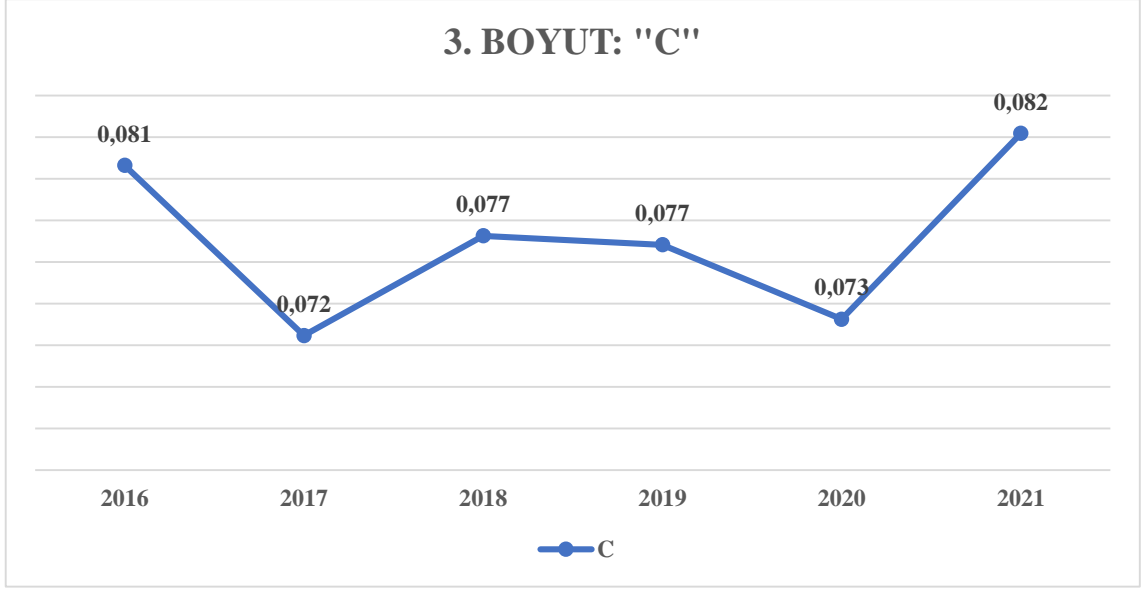
**Şekil 4.15:** 1. boyut: "A" boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



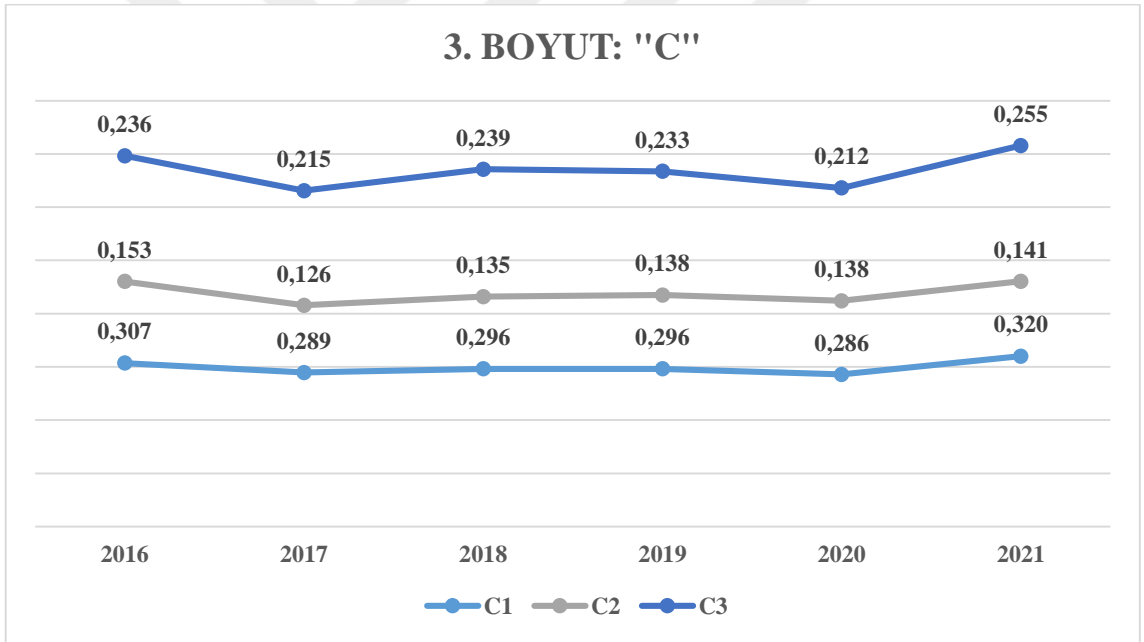
**Şekil 4.16:** 2. boyut: "B" boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



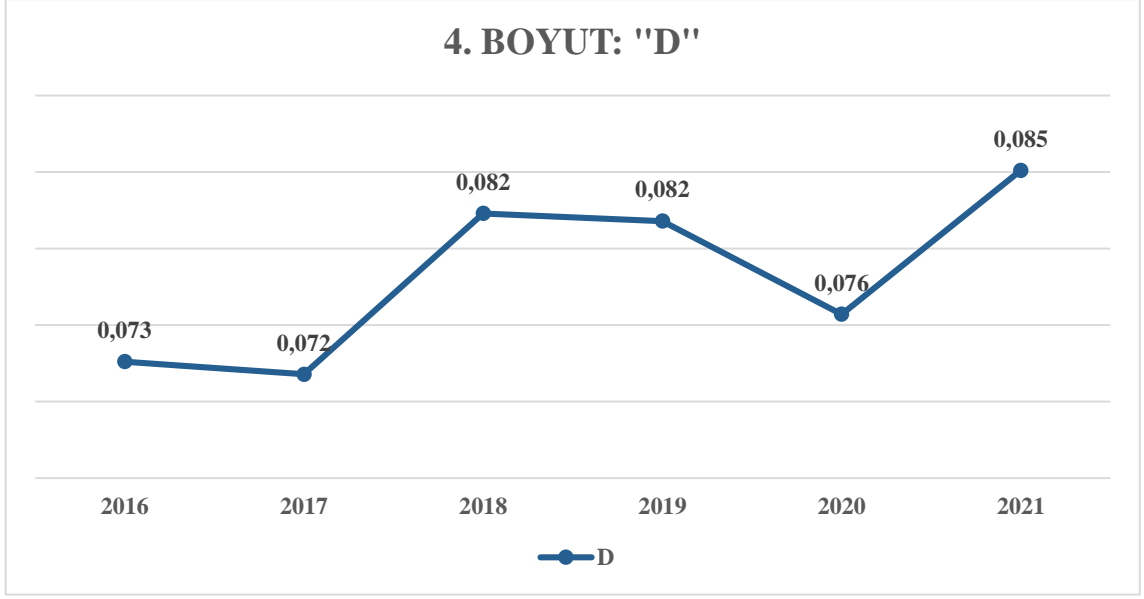
**Şekil 4.17:** 2. boyut: "B" boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



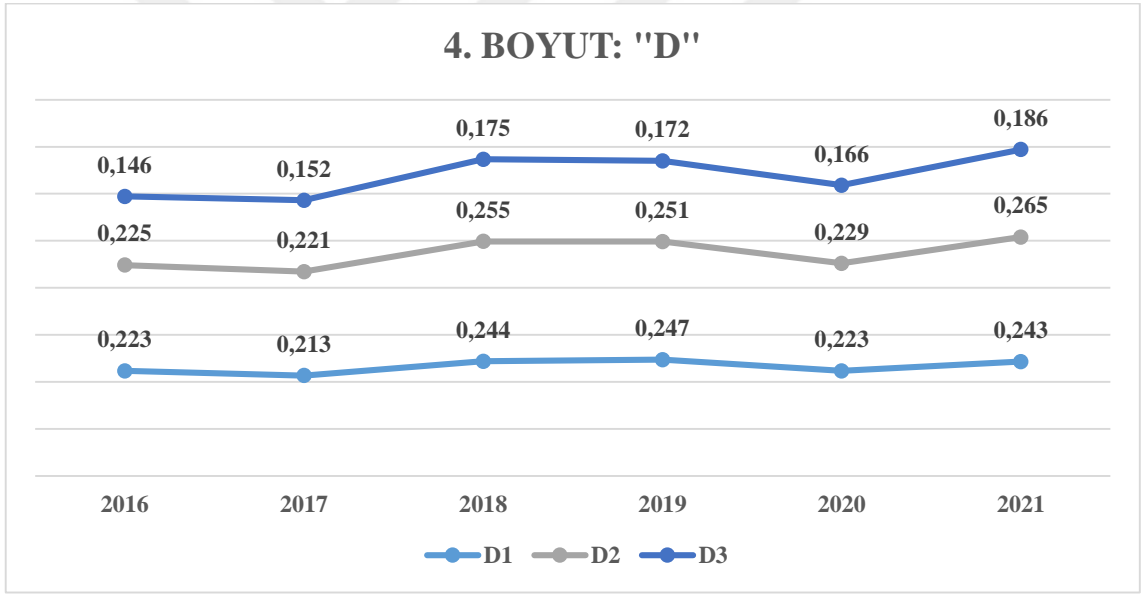
**Şekil 4.18:** 3. boyut: "C" boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



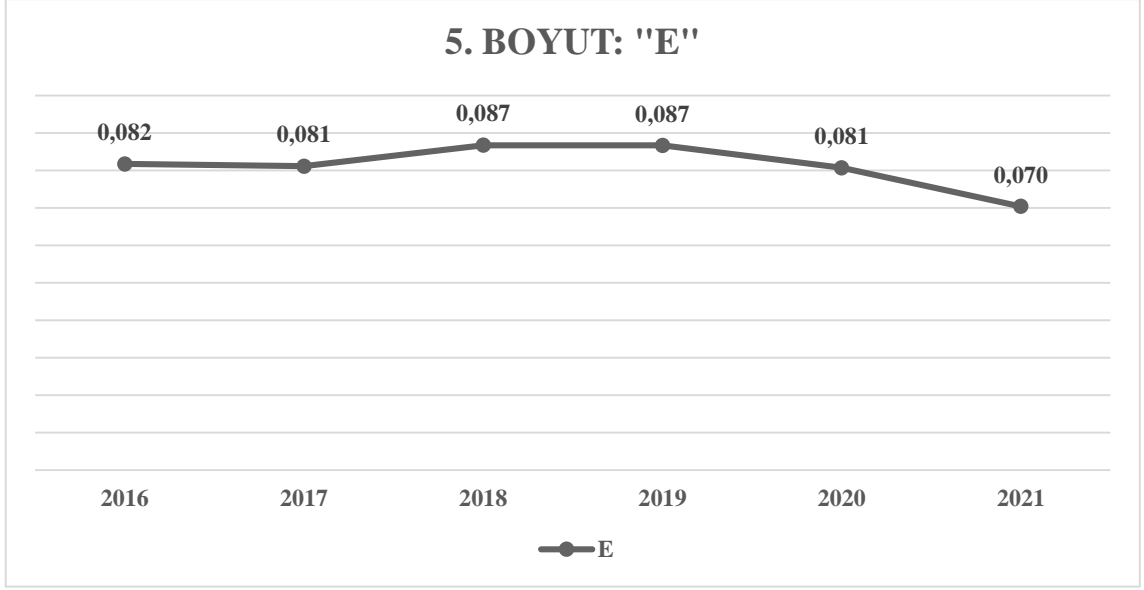
**Şekil 4.19:** 3. boyut: "C" boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



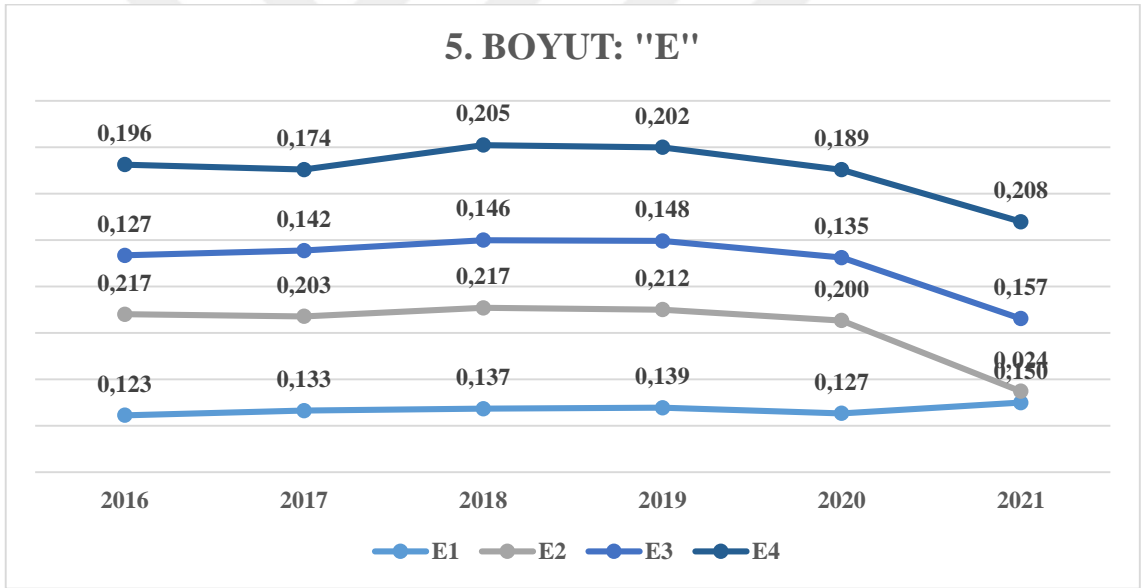
**Şekil 4.20:** 4. boyut: "D" boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



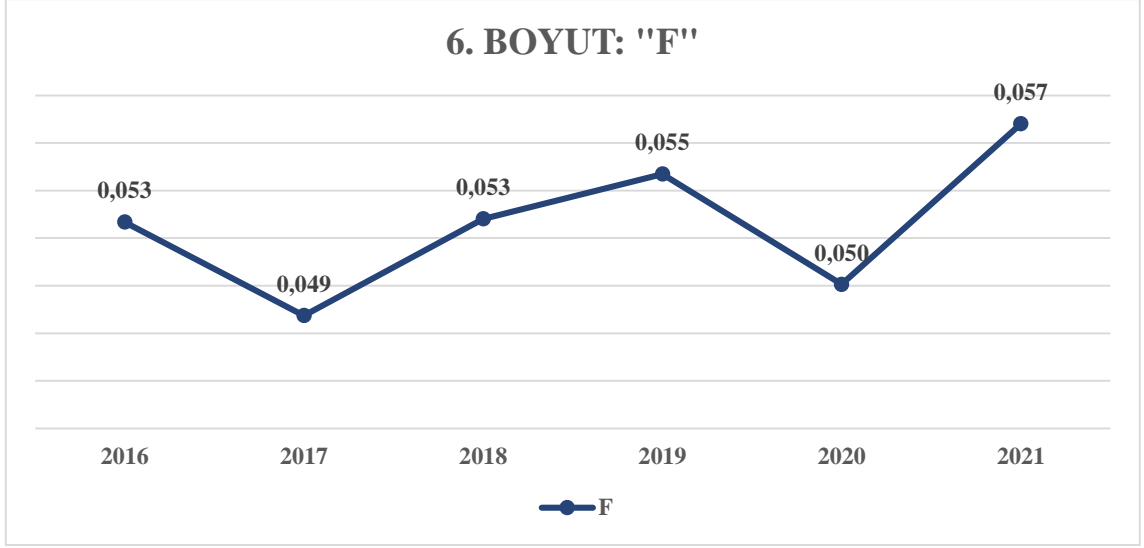
**Şekil 4.21:** 4. boyut: "D" boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



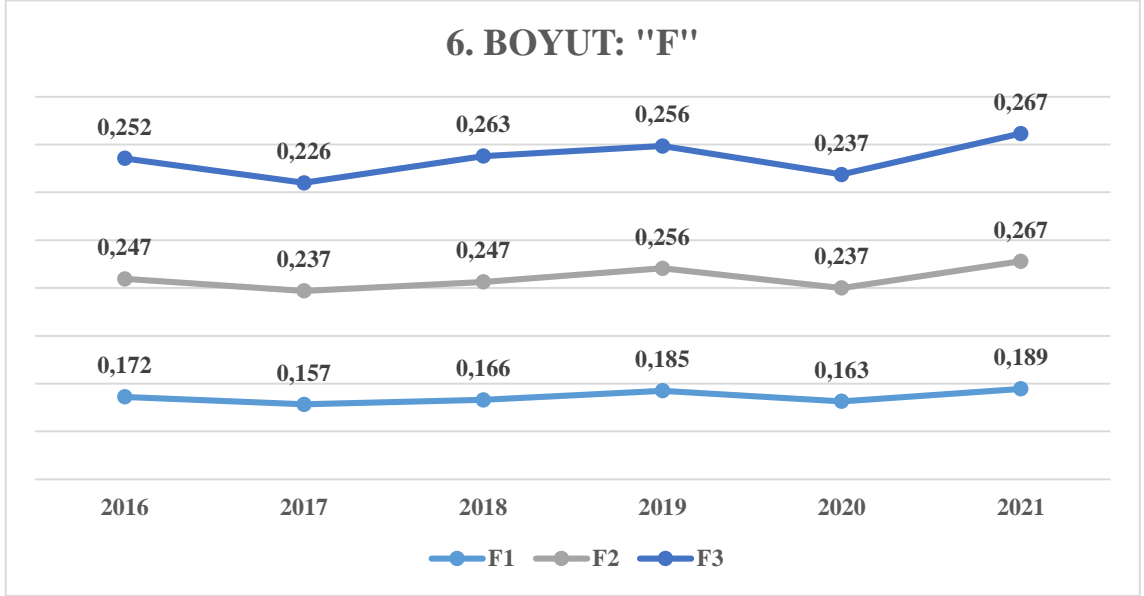
**Şekil 4.22:** 5. boyut: “E” boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



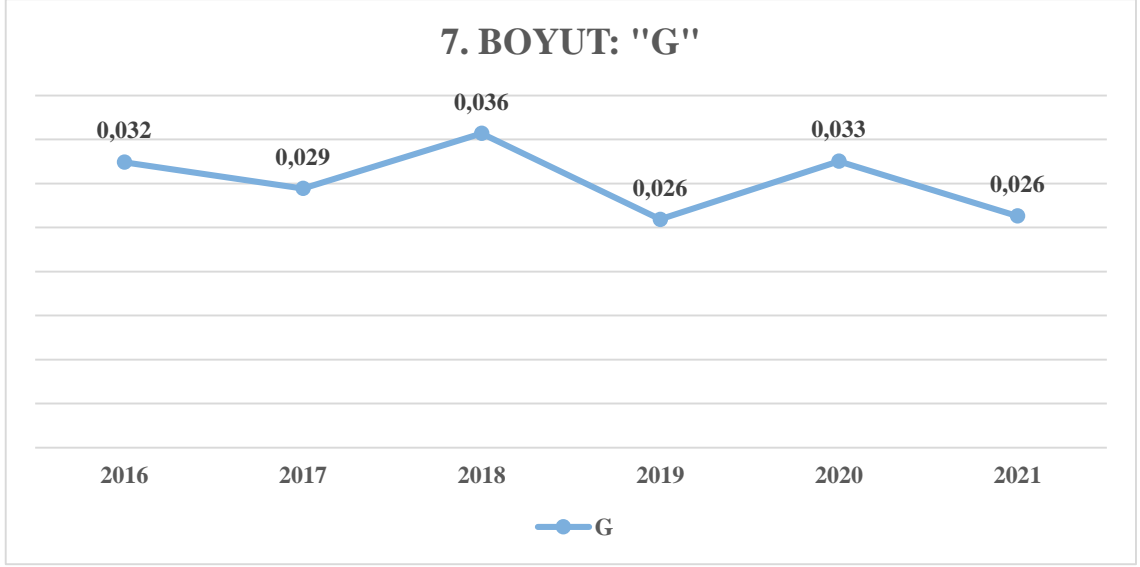
**Şekil 4.23:** 5. boyut: “E” boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



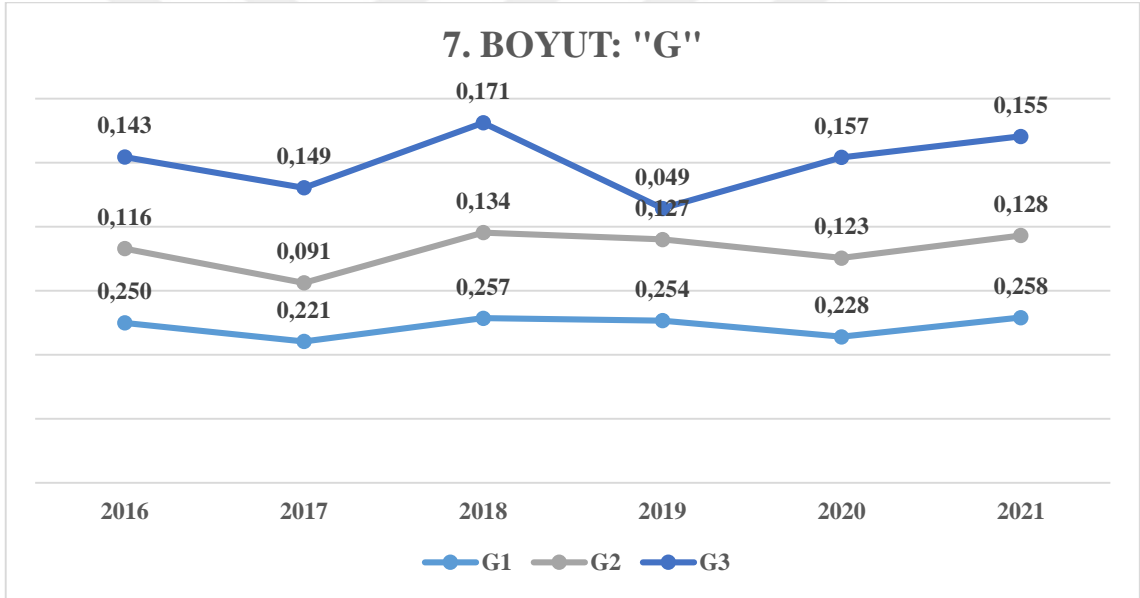
**Şekil 4.24:** 6. boyut: “F” boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



**Şekil 4.25:** 6. boyut: “F” boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.

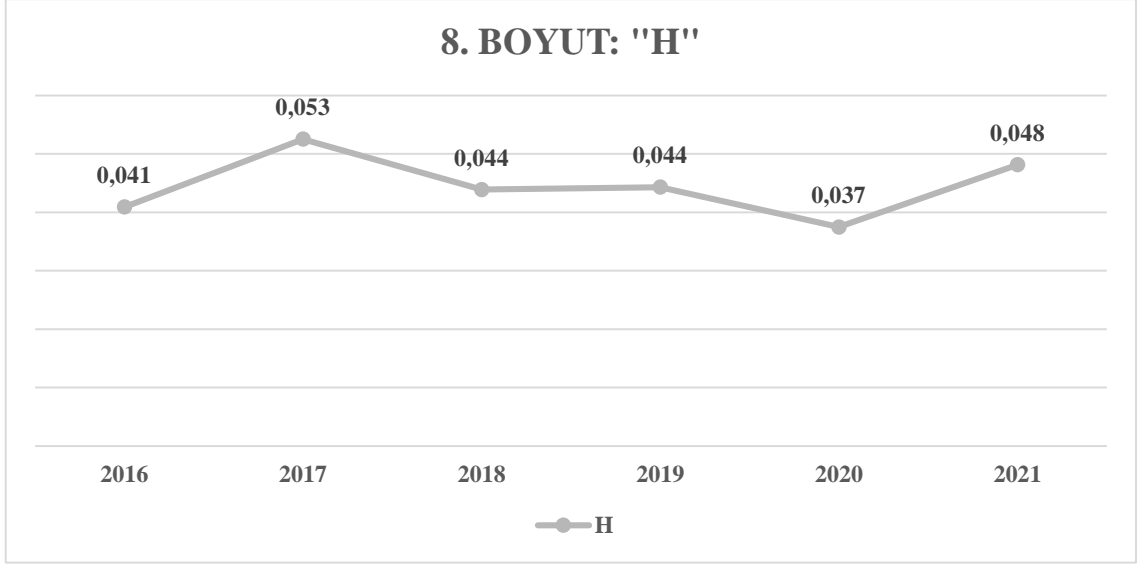


**Şekil 4.26:** 7. boyut: "G" boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.

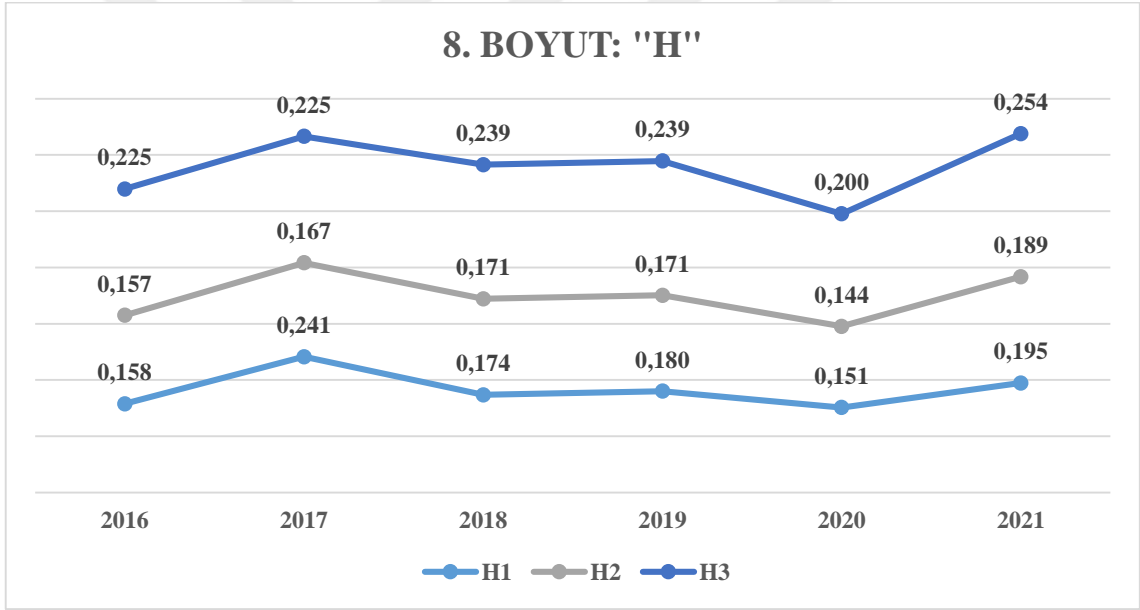


**Şekil 4.27:** 7. boyut: "G" boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.

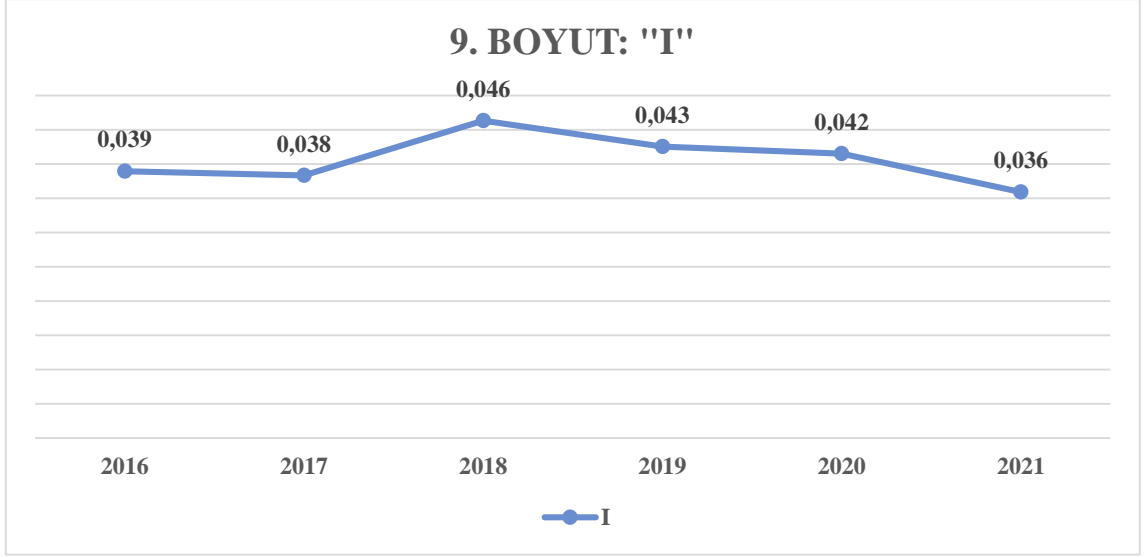




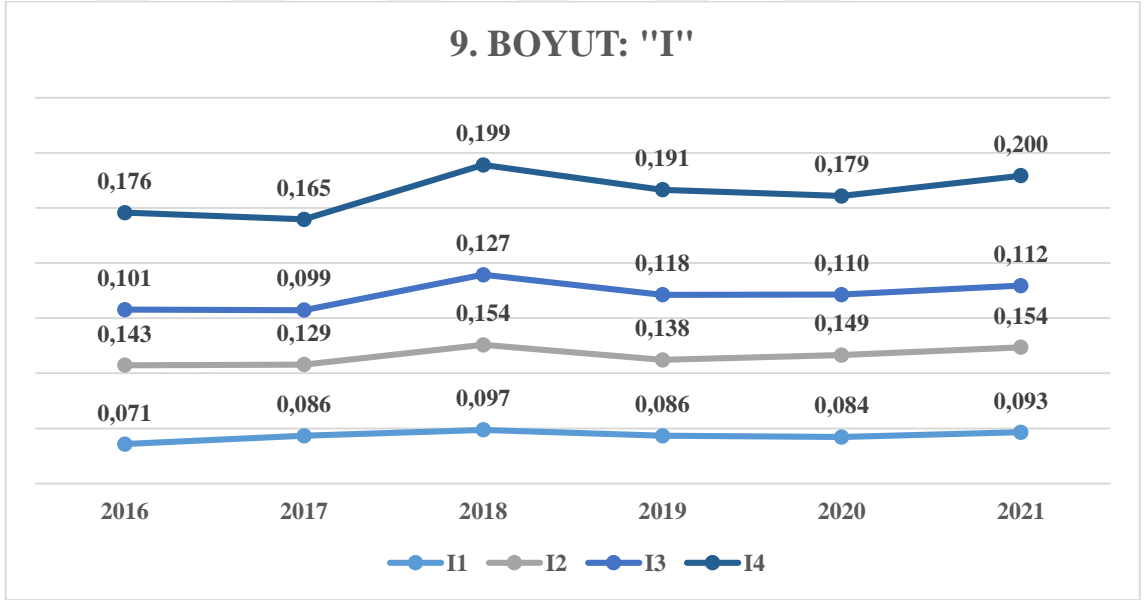
**Şekil 4.28:** 8. boyut: "H" boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



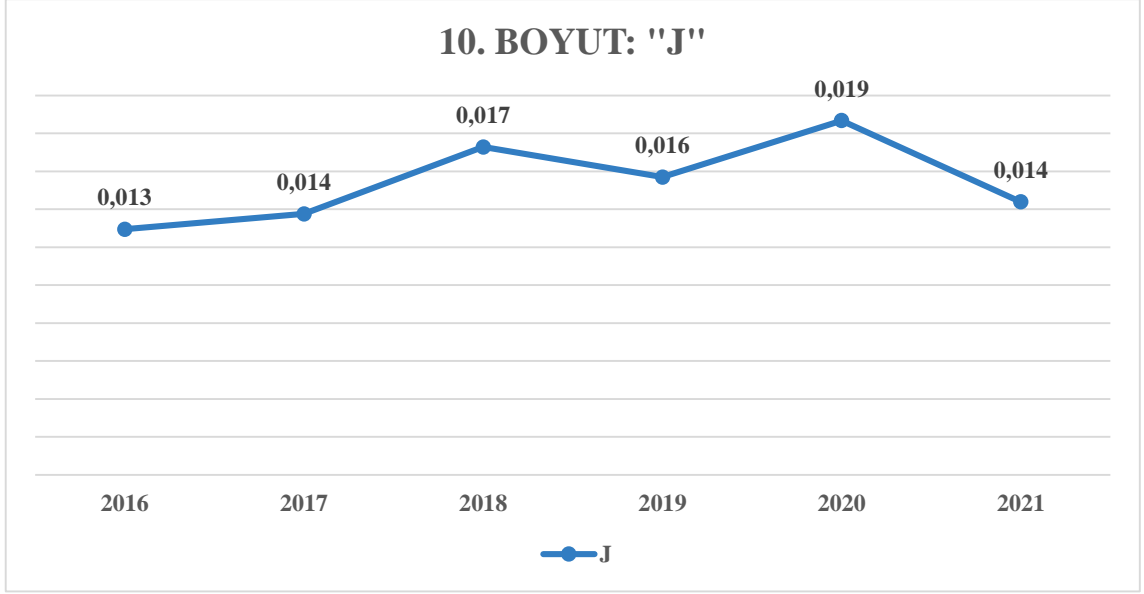
**Şekil 4.29:** 8. boyut: "H" boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



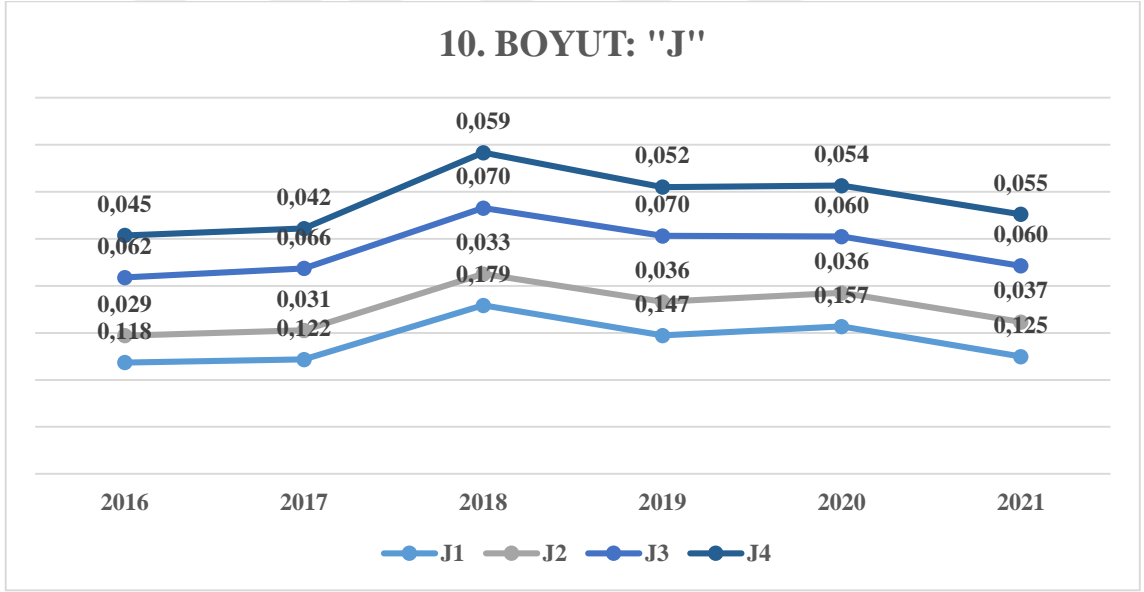
**Şekil 4.30:** 9. Boyut: "I" boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



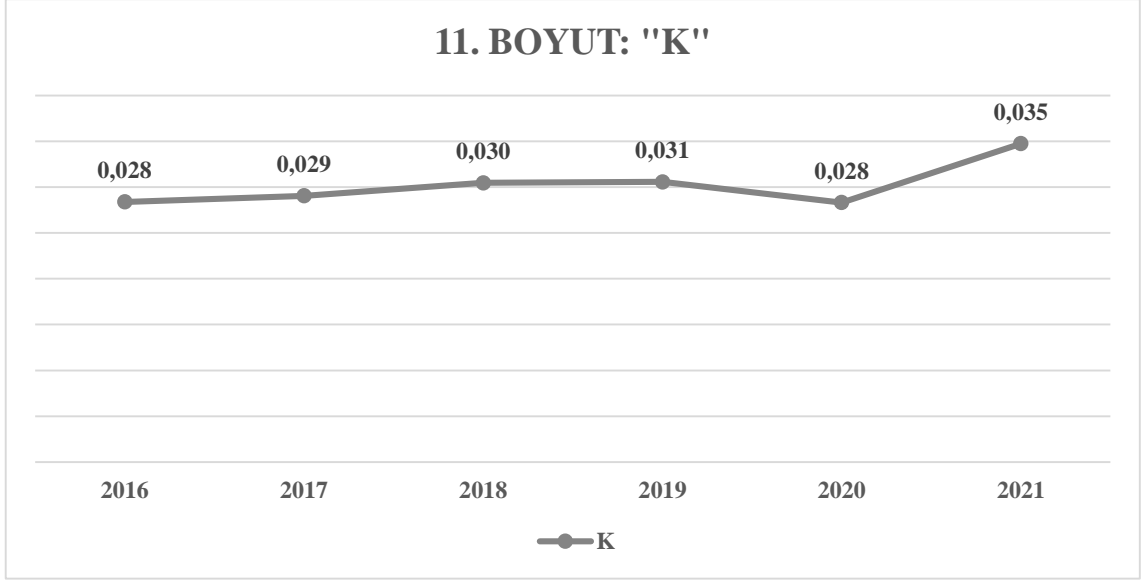
**Şekil 4.31:** 9. boyut: "I" boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



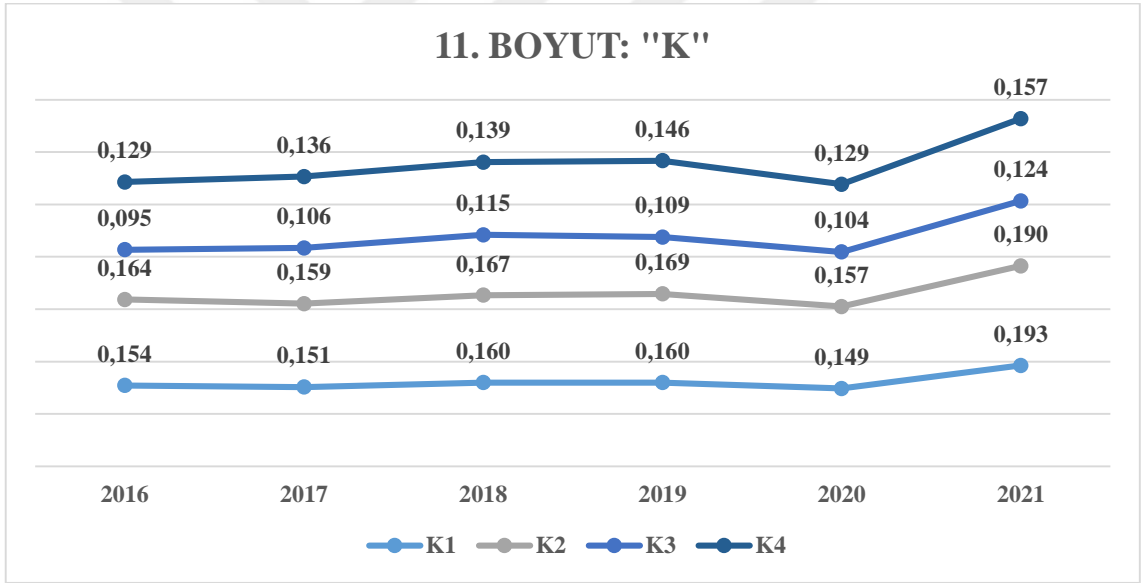
**Şekil 4.32:** 10. boyut: "J" boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



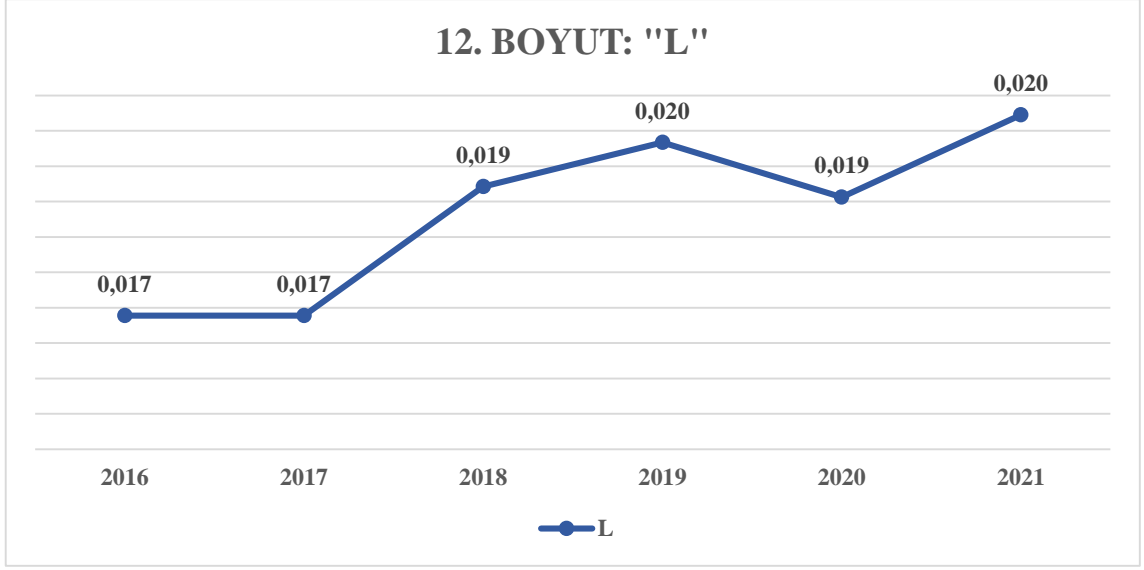
**Şekil 4.33:** 10. boyut: "J" boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



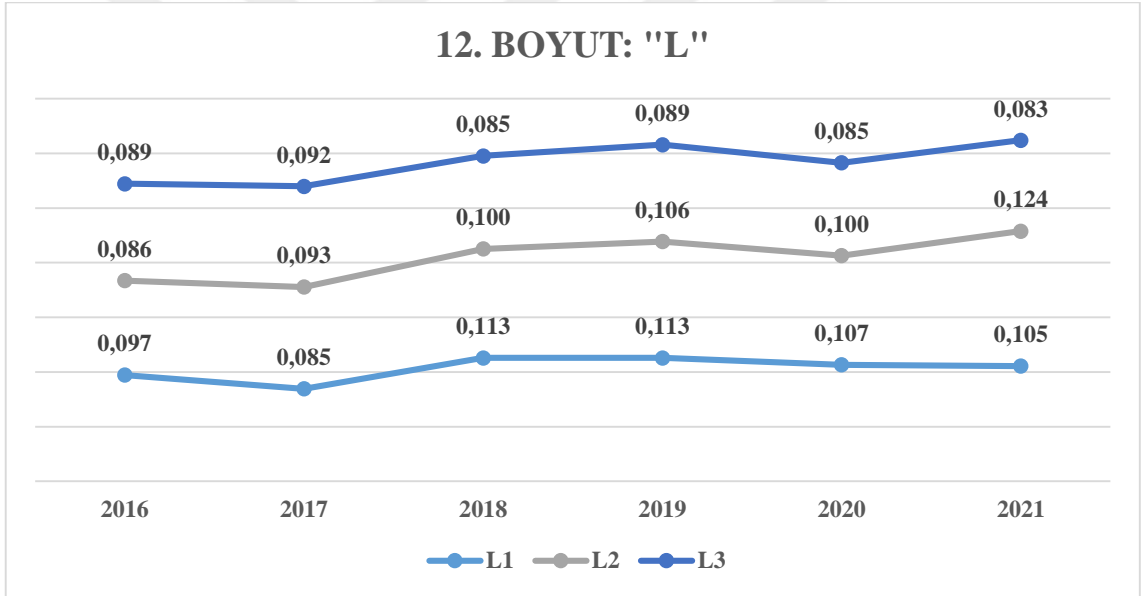
**Şekil 4.34:** 11. boyut: “K” boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



**Şekil 4.35:** 11. boyut: “K” boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.

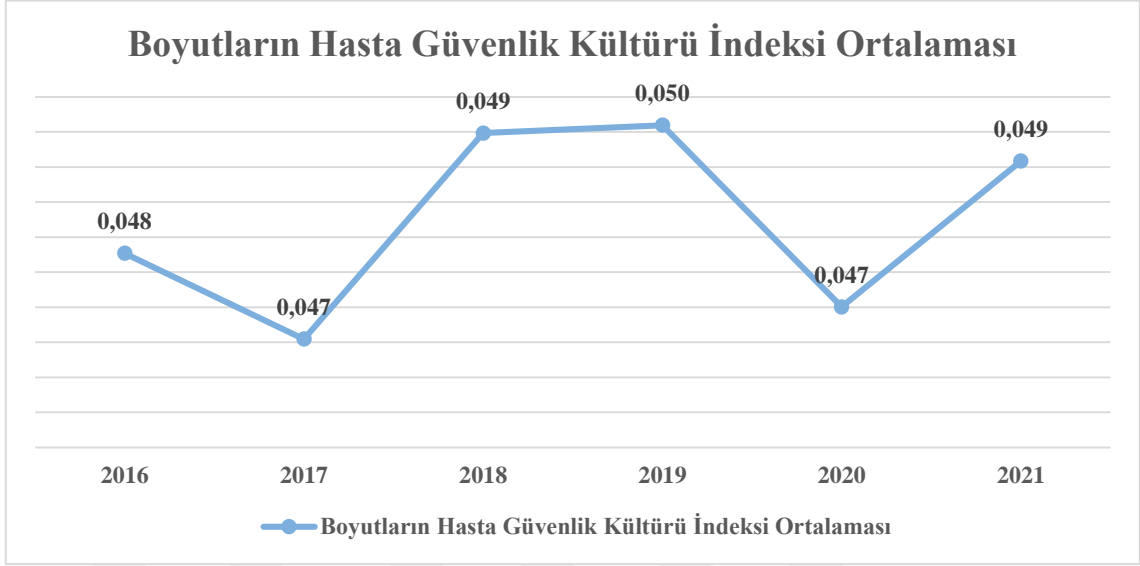


**Şekil 4.36:** 12. boyut: "L" boyutuna ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.



**Şekil 4.37:** 12. boyut: "L" boyutunu oluşturan sorulara ait hasta güvenlik kültürü indeksinin yıllara göre dağılımı.

Hasta güvenlik kültürü boyutlarına ait indekslerin ortalaması ile elde edilen hasta güvenlik kültürü indekslerinin yıllara göre dağılımı **Şekil 4.38**'de belirtilmiştir.



**Şekil 4.38:** Hasta güvenlik kültürü boyutlarına ait indekslerin yıllara göre ortalamaları.

Yıllara göre hasta güvenlik kültürü indeksleri gözden geçirildiğinde değerlendirilmenin yapıldığı ilk yıl olan 2016 yılında indeksin 0,048 olduğu görülmektedir. 2017 yılında bir önceki yıla göre indeksin düşme sebebi JCI denetimi sırasında denetçilerden alınan öneri üzerine anketin sadece sağlık çalışanları ile yapılması değil idari çalışanların da bu ankete dahil edilerek kurum bazında bir hasta güvenlik kültürü oluşturulabilmesine yönelik idari çalışanların 2017 yılında ankete dahil edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. İdari çalışanların ilk defa bu ankete katılım sağlaması ve hasta bakım süreçlerinde aktif rol almamaları nedeni ile hasta güvenlik kültürü indeksinde yaşanan düşüş beklenen bir durum olarak değerlendirilmiştir. 2018 ve 2019 yıllarına ait hasta güvenlik kültürü indeksleri gözden geçirildiğinde yükselme eğiliminde olduğu gözlemlenmiştir. Hasta güvenlik kültürü anketinin tüm çalışanlar ile yapılarak tüm çalışanların bu sürece ortak olması, hasta güvenlik kültürünü oluşturma amacıyla gerçekleştirilen eğitimler ve iyileştirme faaliyetleri sonucunda 2018 ve 2019 yıllarında hasta güvenlik kültürü indeksini arttırmaya yönelik hedefin başarı sağladığını söylemek mümkündür. 2020 yılında hasta güvenlik kültürü indeksindeki görülen düşüş yaşanan küresel pandemi ile birlikte hasta güvenlik kültürünü geliştirmek amacıyla yapılan çalışmaların istenen düzeyde yürütülememesi sebebiyle gerçekleştiği düşünülmektedir. Pandemi nedeni ile eğitimlerin yüz yüze gerçekleştirilememesi, o dönem içerisinde yoğun hasta bakım hizmeti verilmesi sebebi ile çalışanların kalite ve iyileştirme faaliyetlerine istenen

düzyde katılım sağlayamaması düşüşü açıklayan faktörlere örneğ olarak gösterilebilir. 2021 yılı hasta güvenliğ kùltürü indeksi gözden geçirildiğinde tekrar yükselme eğiliminde olduğunu görmek mümkündür. Pandemi etkilerinin yavaş yavaş normale dönmesi ile birlikte kurumda hasta güvenliğ kùltürü oluşturmaya yönelik çalışmaların hızlandırılması ve iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi ile birlikte hasta güvenliğ kùltürü indeksinde tekrar yükselme eğilimi elde edilebilmiştir.



## BÖLÜM 5

### 5. SONUÇ VE GELECEKTEKİ ÇALIŞMALAR

Hasta güvenlik kültürünü arttırmada en önemli nokta ise hasta güvenlik kültürünü arttırmaya yönelik gerçekleştirilen iyileştirme faaliyetlerinin doğru belirlenebilmesidir. Hasta güvenlik kültürü anketi sonuçlarının doğru değerlendirilememesi ihtiyacı yansıtmayan iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi ile hem istenen sonucun elde edilememesine hem de zaman ve kaynak kaybına sebebiyet verebilmektedir. Hasta güvenlik kültürü anketi sonuçlarının doğru değerlendirilebilmesi hasta güvenlik kültürü boyutlarının hasta güvenlik kültürü skoruna katkısının objektif bir şekilde değerlendirilebilmesi ile mümkündür. Bu çalışmada hasta güvenlik kültürü boyutlarının uzman görüşleri doğrultusunda ağırlıklandırılması ile objektif bir değerlendirme yapılabilmesi ve aynı zamanda hasta güvenlik kültürünü arttırmak amacıyla gerçekleştirilen çalışmaların ihtiyacı gerçekten yansıtan düzeyde yapılabilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın yapıldığı kurumda hasta güvenlik kültürü çalışmalarının yürütüldüğü son iki yılın verileri hasta güvenlik kültürünün iyileştirilebilmesine yönelik değerlendirmenin yapılabilmesi için örnek teşkil edebilmesi amacıyla aşağıda paylaşılmıştır. Son iki yılın sonuçlarına odaklanılmasının sebebi ise çalışmanın altı yıldır hasta güvenlik kültürü değerlendirmesi yapan ve bu konuda önemli ilerleme kaydetmiş bir kurumda gerçekleştirilmesi ve bu doğrultuda belirli hasta güvenlik algısı oluşturabilmiş bir kurumun gerçekten en önemli iyileştirme faaliyetlerine ihtiyacının objektif bir şekilde belirlenebilmesidir.



**Çizelge 5.1:** Hasta güvenliği boyutlarının geleneksel ve yeni yaklaşım metodu ile değerlendirilmesi.

Hasta Güvenliği Boyutlarının Geleneksel ve Yeni Yaklaşım Metodu İle Değerlendirilmesi						
	2020 Yılı Hasta Güvenlik Kültürü Skoru	2021 Yılı Hasta Güvenlik Kültürü Skoru	2020 ve 2021 Yılları Hasta Güvenlik Kültürü Skoru Farkı	2020 Yılı Hasta Güvenlik Kültürü İndeksi	2021 Yılı Hasta Güvenlik Kültürü İndeksi	2020 ve 2021 Yılları Hasta Güvenlik Kültürü İndeksi Farkı
1 Boyut "A"	69,14%	73,57%	4,43%	0,046	0,048	0,003
2. Boyut "B"	61,12%	66,14%	5,02%	0,061	0,066	0,005
3. Boyut "C"	62,67%	70,32%	7,64%	0,073	0,082	0,009
4. Boyut "D"	61,51%	69,16%	7,65%	0,076	0,085	0,009
5. Boyut "E"	65,15%	56,86%	8,29%	0,081	0,070	0,010
6. Boyut "F"	63,67%	72,26%	8,59%	0,050	0,057	0,007
7. Boyut "G"	51,17%	41,41%	9,76%	0,033	0,026	0,006
8. Boyut "H"	49,49%	63,55%	14,06%	0,037	0,048	0,011
9. Boyut "I"	51,16%	44,26%	6,90%	0,042	0,036	0,006
10. Boyut "J"	34,62%	26,67%	7,95%	0,019	0,014	0,004
11. Boyut "K"	53,84%	66,08%	12,24%	0,028	0,035	0,006
12. Boyut "L"	29,60%	31,40%	1,81%	0,019	0,020	0,001

**Çizelge 5.1** incelendiğinde geleneksel yöntem ile hesaplanmış 2020 ve 2021 yıllarına ait hasta güvenlik kültürü skorlarının farkları ve bu çalışma doğrultusunda elde edilen yeni yaklaşıma göre hesaplanan hasta güvenlik kültürü indekslerinin yine 2020 ve 2021 yılları arasındaki farkları görülmektedir. Tabloda boyutlara ait iki yıldaki izlenen düşüşler kırmızı, artışlar ise yeşil dolgu ile belirtilmiştir. Hasta güvenlik kültürünü arttırmaya yönelik iyileştirme faaliyetlerinin belirlenebilmesi amacıyla kırmızı dolgu ile belirtilen iki yıl arasındaki düşme eğilimi gösteren değerlere odaklanmak gerekmektedir. Geleneksel yöntem ile hesaplanmış hasta güvenlik kültürü skorları incelendiğinde en yüksek düşüşün 7. boyut olan "G" boyutu olduğu görülmektedir. Yeni yaklaşım ile hesaplanan hasta güvenlik kültürü indeksleri incelendiğinde ise aslında en kayda değer ve müdahale edilmesi gereken düşüşün 5. boyut olan "E" boyutu olduğu tespit edilmiştir. Geleneksel yaklaşım ile hesaplanan skorlara göre en önemli düşüşün yaşandığı ve

iyileştirme faaliyeti gerektirdiği düşünölen 7. boyut “G” boyutunun aslında yeni yaklaşıma göre 9. boyut olan “I” boyutu ile aynı indekse sahip olduğu görölmektedir.

Sonuç olarak hasta güvenlik költürü değerlendirmesinin geleneksel yaklaşım ile yapılması gerçekten önemli ve gerekli iyileştirme faaliyetlerinin belirlenmesinde karar vericiye yeterli katkıyı sağlayamamaktadır. Bu çalışma ile geliştirilen yeni yaklaşımın hasta güvenlik költürünün doğru değerlendirilebilmesi ve sürekli iyileştirilmesine yönelik gelecek çalışmalara ve literatüre katkı sağlayabilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma akredite özel bir üniversite hastanesinde görev yapmakta olan 5 sağlık profesyonelinin uzman görüşleri doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Daha büyük çapta farklı hastanelerde görev yapan sağlık profesyonellerinin uzman görüşlerine başvurulması ve bu doğrultuda hasta güvenlik költürü boyutlarının ağırlıklandırılması ile yeni yaklaşımların geliştirilmesi gelecek çalışmalar için tavsiye niteliği taşıyabilir.

## KAYNAKÇA

- [1] J. Reason, "Human Error: Models and Management", *BMJ*, c. 320, sayı. 7237, s. 768-770, Mar. 2000, doi: 10.1136/bmj.320.7237.768.
- [2] Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlüğü, 10. Baskı. Akşam Sanat Okulu Matbaası, 2005.
- [3] C. Perrow, "Normal Accidents: Living with High Risk Technologies", *Princeton University Press*, 1984.
- [4] J. Reason, "Achieving a safe culture: Theory and Practice", *Work Stress*, c. 12, sayı. 3, s. 293-306, Tem. 1998, doi: 10.1080/02678379808256868.
- [5] M. Budak, "Hasta Güvenliği Kültürü", *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, sayı. 7, s. 54-57, 2008.
- [6] B. Parekh, "Çokkültürlülüğü Yeniden Düşünmek", *Phoenix Yayınevi*, 2002.
- [7] A. L. Kroeber ve C. Kluckhohn, "Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions.", *Papers. Peabody Museum of Archaeology & Ethnology, Harvard University*, c. 47, s. 223, viii, 223-viii, 1952.
- [8] P. Pronovost, "Assessing Safety Culture: Guidelines and Recommendations", *Qual Saf Health Care*, c. 14, sayı. 4, s. 231-233, Ağu. 2005, doi: 10.1136/qshc.2005.015180.
- [9] N. Şimşek ve M. Fidan, "Kurum Kültürü ve Liderlik", *Tablet Kitabevi*, 2005.
- [10] T. Özkan ve T. Lajunen, "Güvenlik Kültürü ve İklimi", *Pivolka*, s. 3-4, 2003.
- [11] M. Budak, "Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturmak İçin Stratejiler", *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, c. 1, sayı. 1, s. 12-33, 2009.
- [12] IAEA, "Summary Report on the Post-Accident Review Meeting on the Chernobyl Accident", *International Safety Advisory Group. Safety Series*, c. 75, sayı. 4, 1991.
- [13] D. A. Wiegmann, H. Zhang, T. L. von Thaden, G. Sharma, ve A. M. Gibbons, "Safety Culture: An Integrative Review", *Int J Aviat Psychol*, c. 14, sayı. 2, s. 117-134, Nis. 2004, doi: 10.1207/s15327108ijap1402\_1.
- [14] F. Ovalı, "Hasta Güvenliği Yaklaşımları", *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, c. 1, sayı. 1, s. 33-43, 2010.
- [15] R. Westat, "AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide", *AHRQ Publication*, c. 15, sayı. 16, s. 1-45, 2018.
- [16] S. KAYA, "Hasta Güvenliği Kültürü Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir," *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, c.1, s.32-34, 2009.
- [17] M. Fleming ve N. Wentzell, "Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines for Use", *Healthcare Quarterly*, c. 11, s. 10-15, 2008.

- [18] G. A. Peters ve B. J. Peters, "Medical Error and Patient Safety", *CRC Press*, 2007. doi: 10.1201/9781420064797.
- [19] M. Altındış, "Hasta Güvenliği ve Komplikasyonlar", *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, c. 32, s. 68-73, 2014.
- [20] Z. Başbakkal, F. Taş, ve H. Bal Yılmaz, "Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi", *Ege Pediatri Bülteni*, c. 16, sayı. 2, s. 87-93, 2013.
- [21] F. Sayek, "Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya", *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, sayı. 1, 2011, s. 18.
- [22] P. J. Pronovost ve diğ., "Senior Executive Adopt-a-Work Unit: A Model for Safety Improvement", *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*, c. 30, sayı. 2, s. 59-68, Şub. 2004, doi: 10.1016/S1549-3741(04)30007-9.
- [23] P. J. Pronovost, "Evaluation of The Culture of Safety: Survey of Clinicians and Managers in An Academic Medical Center", *Qual Saf Health Care*, c. 12, sayı. 6, s. 405-410, Ara. 2003, doi: 10.1136/qhc.12.6.405.
- [24] V. F. Nieva, "Safety Culture Assessment: A Tool For İmproving Patient Safety in Healthcare Organizations", *Qual Saf Health Care*, c. 12, sayı. 90002, s. 17ii-1723, Ara. 2003, doi: 10.1136/qhc.12.suppl\_2.ii17.
- [25] R. Flin, "Measuring Safety Climate in Health Care", *Qual Saf Health Care*, c. 15, sayı. 2, s. 109-115, Nis. 2006, doi: 10.1136/qshc.2005.014761.
- [26] L. T. Kohn, J. M. Corrigan, ve M. S. Donaldson, "To Err is Human: Building a Safer Health System", *Washington, D.C.: National Academies Press*, 2000. doi: 10.17226/9728.
- [27] E. A. Hemman, "Creating Healthcare Cultures of Patient Safety", *JONA: The Journal of Nursing Administration*, c. 32, sayı. 7/8, s. 419-427, 2002.
- [28] J. Weinberg, "Medical Error and Patient Safety: Understanding Cultures in Conflict", *Law Policy*, c. 24, sayı. 2, s. 93-113, Nis. 2002, doi: 10.1111/1467-9930.00129.
- [29] M. Rall, B. Schaedle, J. Zieger, W. Naef, ve M. Weinlich, "Neue Trainingsformen und Erhöhung der Patientensicherheit", *Unfallchirurg*, c. 105, sayı. 11, s. 1033-1042, Kas. 2002, doi: 10.1007/s00113-002-0523-3.
- [30] M. A. Costello, "Make Human Resources a Priority", *AHA Chair Summit Attendess*, c. 38, sayı. 48, 2002.
- [31] L. L. Parisi, "Patient Identification The Foundation for a Culture of Patient Safety", *J Nurs Care Qual*, c. 18, sayı. 1, s. 73-79, 2003.
- [32] G. R. Goodman, "A Fragmented Patient Safety Concept: The Structure and Culture of Safety Management in Healthcare", *Hosp Top*, c. 81, sayı. 2, s. 22-29, Oca. 2003, doi: 10.1080/00185860309598018.
- [33] M. E. Meaney, "Error Reduction, Patient Safety and Institutional Ethics Committees", *Journal of Law, Medicine & Ethics*, c. 32, sayı. 2, s. 358-364, Oca. 2004, doi: 10.1111/j.1748-720X.2004.tb00482.x.

- [34] E. Ziemba, "Practical guidance toward a culture of patient safety: Achieving Safe and Reliable Healthcare: Strategies and Solutions", *Journal of Healthcare Risk Management*, c. 24, sayı. 4, s. 32-32, Haz. 2004, doi: 10.1002/jhrm.5600240406.
- [35] S. Pinkerton, "Patient Safety Culture", *Health Care Manage Rev*, c. 30, sayı. 1, 2005.
- [36] J. D. Ralston ve E. Larson, "Crossing to Safety: Transforming Healthcare Organizations for Patient Safety", *J Postgrad Med*, c. 51, sayı. 1, s. 61-67, 2005.
- [37] Industrial Engineer, Institute of Industrial and Systems Engineers, c. 37, sayı. 1, s. 15, 2005.
- [38] R. Ilan ve R. Fowler, "Brief History of Patient Safety Culture and Science", *J Crit Care*, c. 20, sayı. 1, s. 2-5, Mar. 2005, doi: 10.1016/j.jcrc.2005.02.003.
- [39] G. Pugliese, "New Tool Seeks to Measure and Improve Patient Safety", *Biomed Instrum Technol*, c. 39, sayı. 2, s. 96, 2005.
- [40] D. Stryer ve C. Clancy, "Patients' Safety", *BMJ*, c. 330, sayı. 7491, s. 553-554, Mar. 2005, doi: 10.1136/bmj.330.7491.553.
- [41] C. Grindel, "A Healthful Work Environment: A Call To Action", *MedSurg Nursing*, c. 14, sayı. 2, s. 142, 2005.
- [42] "Shift Work Affects The Health And Work Performance of Nurses and Other Health Care Workers", *Nursing Economics*, c. 23, sayı. 4, s. 164, 2005.
- [43] L. Ginsburg, P. G. Norton, A. Casebeer, ve S. Lewis, "An Educational Intervention to Enhance Nurse Leaders' Perceptions of Patient Safety Culture", *Health Serv Res*, c. 40, sayı. 4, s. 997-1020, Nis. 2005, doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00401.x.
- [44] A. K. Singla, B. T. Kitch, J. S. Weissman, ve E. G. Campbell, "Assessing Patient Safety Culture: A Review and Synthesis of the Measurement Tools", *J Patient Saf*, c. 2, sayı. 3, s. 105-115, 2006.
- [45] N. G. Castle, "Nurse Aides' Ratings of The Resident Safety Culture İn Nursing Homes", *International Journal for Quality in Health Care*, c. 18, sayı. 5, s. 370-376, Eki. 2006, doi: 10.1093/intqhc/mzl038.
- [46] J. Hellings, W. Schrooten, N. Klazinga, ve A. Vleugels, "Challenging Patient Safety Culture: Survey Results", *Int J Health Care Qual Assur*, c. 20, sayı. 7, s. 620-632, Eki. 2007, doi: 10.1108/09526860710822752.
- [47] N. G. Castle, S. Handler, J. Engberg, ve K. Sonon, "Nursing Home Administrators' Opinions of The Resident Safety Culture in Nursing Homes", *Health Care Manage Rev*, c. 32, sayı. 1, s. 66-76, 2007.
- [48] A. L. Schutz, M. A. Counte, ve S. Meurer, "Development of A Patient Safety Culture Measurement Tool for Ambulatory Health Care Settings: Analysis Of Content Validity", *Health Care Manag Sci*, c. 10, sayı. 2, s. 139-149, Haz. 2007, doi: 10.1007/s10729-007-9014-y.
- [49] M. Smits, I. C. Dingelhoff, C. Wagner, G. van der Wal, ve P. P. Groenewegen, "The Psychometric Properties of The 'Hospital Survey On Patient Safety

- Culture' in Dutch Hospitals", *BMC Health Serv Res*, c. 8, sayı. 1, s. 230-238, Ara. 2008, doi: 10.1186/1472-6963-8-230.
- [50] D. M. Sine ve N. Northcutt, "Interactive Qualitative Assessment of Patient Safety Culture Survey Scores", *J Patient Saf*, c. 4, sayı. 2, s. 78-83, 2008.
- [51] A. Bonner, N. Castle, A. Men, ve S. Handler, "Certified Nursing Assistants' Perceptions of Nursing Home Patient Safety Culture: Is There a Relationship to Clinical Outcomes?", *J Am Med Dir Assoc*, c. 10, sayı. 1, s. 11-20, Oca. 2009, doi: 10.1016/j.jamda.2008.06.004.
- [52] C. Snijders, B. J. Kollen, R. A. van Lingen, W. P. F. Fetter, ve H. Molendijk, "Which Aspects of Safety Culture Predict Incident Reporting Behavior in Neonatal Intensive Care Units? A Multilevel Analysis", *Crit Care Med*, c. 37, sayı. 1, s. 61-67, Oca. 2009, doi: 10.1097/CCM.0b013e31819300e4.
- [53] J. Godges, M. S. Ridgely, D. M. Adamson, ve M. E. Vaiana, *RAND Review, Summer 2009*, c. 33, sayı. 2. 2009.
- [54] S. Bodur ve E. Filiz, "A Survey on Patient Safety Culture in Primary Healthcare Services in Turkey", *International Journal for Quality in Health Care*, c. 21, sayı. 5, s. 348-355, Eki. 2009, doi: 10.1093/intqhc/mzp035.
- [55] M. A. Blegen, S. Gearhart, R. O'Brien, N. L. Sehgal, ve B. K. Alldredg, "AHRQ's Hospital Survey on Patient Safety Culture: Psychometric Analyses", *J Patient Saf*, c. 5, sayı. 3, s. 139-144, 2009.
- [56] J. Hellings, W. Schrooten, N. S. Klazinga, ve A. Vleugels, "Improving Patient Safety Culture", *Int J Health Care Qual Assur*, c. 23, sayı. 5, s. 489-506, Haz. 2010, doi: 10.1108/09526861011050529.
- [57] I.-C. Chen ve H.-H. Li, "Measuring Patient Safety Culture in Taiwan Using The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)", *BMC Health Serv Res*, c. 10, sayı. 1, s. 152-161, Ara. 2010, doi: 10.1186/1472-6963-10-152.
- [58] J. S. Sorra ve N. Dyer, "Multilevel Psychometric Properties of The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture", *BMC Health Serv Res*, c. 10, sayı. 1, s. 199-211, Ara. 2010, doi: 10.1186/1472-6963-10-199.
- [59] W.-C. Lee ve diğ., "Hospital Safety Culture in Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire", *BMC Health Serv Res*, c. 10, sayı. 1, s. 234-241, Ara. 2010, doi: 10.1186/1472-6963-10-234.
- [60] S. Bodur ve E. Filiz, "Validity and Reliability of Turkish Version of 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' and Perception of Patient Safety in Public Hospitals in Turkey", *BMC Health Serv Res*, c. 10, sayı. 1, s. 28, Ara. 2010, doi: 10.1186/1472-6963-10-28.
- [61] O. Adıgüzel, "Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma", *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 0, s. 159 - 170, 2010.
- [62] Y. Pfeiffer ve T. Manser, "Development of the German Version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: Dimensionality and psychometric properties", *Saf Sci*, c. 48, sayı. 10, s. 1452-1462, Ara. 2010, doi: 10.1016/j.ssci.2010.07.002.

- [63] F. El-Jardali, M. Jaafar, H. Dimassi, D. Jamal, ve R. Hamdan, "The Current State of Patient Safety Culture in Lebanese Hospitals: A Study at Baseline", *International Journal for Quality in Health Care*, c. 22, sayı. 5, s. 386-395, Eki. 2010, doi: 10.1093/intqhc/mzq047.
- [64] R. Mardon, K. Khanna, J. Sorra, N. Dyer, T. Famolaro, "Exploring Relationships Between Hospital Patient Safety Culture and Adverse Events", *Journal of patient safety*, c. 6, s. 226-332, 2010.
- [65] A. Hammer ve diğ., "Psychometric Properties of The Hospital Survey on Patient Safety Culture For Hospital Management (HSOPS\_M)", *BMC Health Serv Res*, c. 11, sayı. 1, s. 165, Ara. 2011, doi: 10.1186/1472-6963-11-165.
- [66] S. Ito, K. Seto, M. Kigawa, S. Fujita, T. Hasegawa, ve T. Hasegawa, "Development and Applicability of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) in Japan", *BMC Health Serv Res*, c. 11, sayı. 1, s. 28, Ara. 2011, doi: 10.1186/1472-6963-11-28.
- [67] N. Derin ve E. T. Demirel, "Hastanelerde Verimlilik Artışı İçin Hasta Güvenliği Uygulamaları ve Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Dönüşümcü Liderliğin Etkisi", *Verimlilik Dergisi*, s. 51-81, Nis. 2011.
- [68] E. DuPree, R. Anderson, M. D. McEvoy, ve M. Brodman, "Professionalism: A Necessary Ingredient in a Culture of Safety", *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, c. 37, sayı. 10, s. 447-455, Eki. 2011, doi: 10.1016/S1553-7250(11)37057-2.
- [69] M. Sedaghat ve N. Tabrizchi, "The First Study of Patient Safety Culture in Iranian Primary Health Centers", *Acta Med Iran*, c. 50, sayı. 7, s. 505-510, 2012.
- [70] S. Karaboğa, N. Baheçecik, "Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi", *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, c. 15, sayı. 2, s. 119-128, 2012.
- [71] B. Al-Awa ve diğ., "Benchmarking The Post-Accreditation Patient Safety Culture at King Abdulaziz University Hospital", *Ann Saudi Med*, c. 32, sayı. 2, s. 143-150, Mar. 2012, doi: 10.5144/0256-4947.2012.143.
- [72] A. M. Aboul-Fotouh, N. A. Ismail, H. S. E. Elarab, ve G. O. Wassif, "Assessment of Patient Safety Culture Among Health-Care Providers at A Teaching Hospital in Cairo, Egypt", *Eastern Mediterranean Health Journal La Revue de Santé dela Méditerranée orientale*, c. 18, sayı. 4, s. 372-377, 2012.
- [73] J. Sorra, K. Khanna, N. Dyer, R. Mardon, ve T. Famolaro, "Exploring Relationships Between Patient Safety Culture and Patients' Assessments of Hospital Care", *J Patient Saf*, c. 8, sayı. 3, s. 131-139, Eyl. 2012, doi: 10.1097/PTS.0b013e318258ca46.
- [74] R. Ballangrud, B. Hedelin, ve M. L. Hall-Lord, "Nurses' Perceptions of Patient Safety Climate in Intensive Care Units: A Cross-Sectional Study", *Intensive Crit Care Nurs*, c. 28, sayı. 6, s. 344-354, Ara. 2012, doi: 10.1016/j.iccn.2012.01.001.
- [75] Y. Nie, X. Mao, H. Cui, S. He, J. Li, ve M. Zhang, "Hospital Survey on Patient Safety Culture in China", *BMC Health Serv Res*, c. 13, sayı. 1, s. 228, Ara. 2013, doi: 10.1186/1472-6963-13-228.

- [76] S. Fujita, K. Seto, S. Ito, Y. Wu, C.-C. Huang, ve T. Hasegawa, “The Characteristics of Patient Safety Culture in Japan, Taiwan and The United States”, *BMC Health Serv Res*, c. 13, sayı. 1, s. 20, Ara. 2013, doi: 10.1186/1472-6963-13-20.
- [77] Ş. Ünsal Atan, S. Dönmez, ve E. Taşçı Duran, “Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi”, *Florence Nightingale J Nurs*, c. 21, sayı. 3, s. 172-180, 2013.
- [78] M. Hamdan ve A. A. Saleem, “Assessment of Patient Safety Culture in Palestinian Public Hospitals”, *International Journal for Quality in Health Care*, c. 25, sayı. 2, s. 167-175, Nis. 2013, doi: 10.1093/intqhc/mzt007.
- [79] O. Celen, A. Teke, “The Effect Of Teamwork Efficiency on Job Satisfaction and Patient Safety Culture: An Application In Gulhane Military Medical Faculty Training Hospital”, *Balkan Military Medical Review*, c. 17, sayı. 1, s. 161, 2014.
- [80] X. Wang ve diğ., “The Relationship Between Patient Safety Culture and Adverse Events: A Questionnaire Survey”, *Int J Nurs Stud*, c. 51, sayı. 8, s. 1114-1122, Ağu. 2014, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.12.007.
- [81] F. Yardimci ve diğ., “Bir Devlet Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algısının İncelenmesi”, *Anatol J Clin Investig*, c. 8, sayı. 4, s. 173-179, 2014.
- [82] Z. Yılmaz ve S. Goris, “Determining The Patient Safety Culture in The Nurses Working in Intensive Care Units”, *Pak J Med Sci*, c. 31, sayı. 3, s. 597-601, Ara. 2015, doi: 10.12669/pjms.313.7059.
- [83] H. Özdemir, “Cerrahi Hemşirelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Belirlenmesi: Afyonkarahisar’da Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar, Türkiye, 2014.
- [84] M. Top ve S. Tekingündüz, “Patient Safety Culture in a Turkish Public Hospital: A Study of Nurses’ Perceptions About Patient Safety”, *Syst Pract Action Res*, c. 28, sayı. 2, s. 87-110, Nis. 2015, doi: 10.1007/s11213-014-9320-5.
- [85] H. Gülay, “Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Bir Üniversite Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısıyla Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2016.
- [86] Ş. Ertek, “Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kurumlarındaki Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve İlişkili Faktörler”, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2016.
- [87] A. Vifladdt, B. O. Simonsen, S. Lydersen, ve P. G. Farup, “The Association Between Patient Safety Culture and Burnout and Sense Of Coherence: A Cross-Sectional Study İn Restructured And Not Restructured İntensive Care Units”, *Intensive Crit Care Nurs*, c. 36, s. 26-34, Eki. 2016, doi: 10.1016/j.iccn.2016.03.004.



- [88] F. Korkmazer, A. Yıldız, ve E. Ekingen, "Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma", *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, s. 141-154, Ara. 2016, doi: 10.18506/anemon.258558.
- [89] Y. Ciğerci, H. Özdemir ve İ. Kılıç, "The Patient Safety Culture Perception of Surgery Nurses and Its Relationship with Sociodemographic Characteristics", *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, c. 6, sayı. 3, s. 149-153, Oca. 2017.
- [90] C. Tereanu ve diğ., "Measuring Patient Safety Culture in Romania Using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)", *Curr Health Sci J*, c. 43, sayı. 1, s. 31-40, 2017, doi: 10.12865/CHSJ.43.01.05.
- [91] G. N. Stock ve K. L. McFadden, "Improving Service Operations: Linking Safety Culture To Hospital Performance", *Journal of Service Management*, c. 28, sayı. 1, s. 57-84, Mar. 2017, doi: 10.1108/JOSM-02-2016-0036.
- [92] M. Mallouli ve diğ., "Assessing Patient Safety Culture in Tunisian Operating Rooms: A Multicenter Study", *International Journal for Quality in Health Care*, c. 29, sayı. 2, s. 176-182, Oca. 2017, doi: 10.1093/intqhc/mzw157.
- [93] S. Leonard ve A. O'Donovan, "Measuring Safety Culture: Application of the Hospital Survey on Patient Safety Culture to Radiation Therapy Departments Worldwide", *Pract Radiat Oncol*, c. 8, sayı. 1, s. 17-26, Oca. 2018, doi: 10.1016/j.prro.2017.08.005.
- [94] A. Rajalatchumi ve diğ., "Perception of Patient Safety Culture Among Health-Care Providers in A Tertiary Care Hospital, South India", *J Nat Sci Biol Med*, c. 9, sayı. 1, s. 14-18, 2018, doi: 10.4103/jnsbm.JNSBM\_86\_17.
- [95] C. T. Reis, S. G. Paiva, ve P. Sousa, "The Patient Safety Culture: A Systematic Review by Characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture Dimensions", *International Journal for Quality in Health Care*, c. 30, sayı. 9, s. 660-677, Kas. 2018, doi: 10.1093/intqhc/mzy080.
- [96] E. Filiz, "Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye, 2018.
- [97] M. Kılınç, A. Oksay, ve M. Sayhan, "Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Değerlendirilmesi Üzerine Bir Araştırma", *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, c. 19, sayı. 2, s. 455-477, Tem. 2019, doi: 10.11616/basbed.v19i47045.499175.
- [98] A. Aycan, "Hasta Güvenliği Kültürünün Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma", Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul, 2019.
- [99] A. Arslanoğlu, "Etkili İletişimin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi ve İç Girişimciliğin Aracı Rolü: Bir Özel Hastane Uygulaması", *İnsan ve İnsan Dergisi*, c. 6, sayı. 21, s. 431-451, Ağu. 2019, doi: 10.29224/insanveinsan.537757.

- [100] I. M. de Abreu, R. C. Rocha, F. V. S. D. Avelino, D. B. O. Guimarães, L. T. Nogueira, ve M. Z. de A. Madeira, “Cultura de Segurança do Paciente Em Centro Cirúrgico: Visão da Enfermagem”, *Rev Gaucha Enferm*, c. 40, s. 7, 2019, doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180198.
- [101] N. Granel, J. M. Manresa-Domínguez, A. Barth, K. Papp, ve M. D. Bernabeu-Tamayo, “Patient Safety Culture İn Hungarian Hospitals”, *Int J Health Care Qual Assur*, c. 32, sayı. 2, s. 412-424, Mar. 2019, doi: 10.1108/IJHCQA-02-2018-0048.
- [102] H. Elbi, F. Ozcan, B. Özyurt, ve S. Altan, “Evaluating The Perceptions of Health Staff of Family Medicine Unit About Patient Safety Culture”, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, c. 14, sayı. 2, s. 267-273, Haz. 2020, doi: 10.21763/tjfmpe.672120.
- [103] F. Korkmazer, A. Yıldız, ve E. Ekingen, “Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma”, *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2020.
- [104] M. A. Tlili, W. Aouicha, M. ben Dhiab, ve M. Mallouli, “Assessment of Nurses’ Patient Safety Culture in 30 Primary Health-Care Centres in Tunisia”, *Eastern Mediterranean Health Journal*, c. 26, sayı. 11, s. 1347-1354, Kas. 2020, doi: 10.26719/emhj.20.026.
- [105] G. Korkmaz Yenice, F. I. Esenay, ve T. A. Sezer, “Çocuk Cerrahisi Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Kültürünün Belirlenmesi”, *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, c. 24, sayı. 1, s. 76-83, Mar. 2021, doi: 10.17049/ataunihem.769539.
- [106] C. G. Prates, R. C. A. Caregnato, A. M. M. de Magalhães, D. Dal Pai, J. de S. Urbanetto, ve G. M. S. S. de Moura, “Evaluation of Patient Safety Culture in a Private General Hospital: A Case Study in Brazil”, *Int J Health Care Qual Assur*, c. 34, sayı. 2, s. 110-121, Tem. 2021, doi: 10.1108/IJHCQA-11-2020-0235.
- [107] T. ALFadhlah ve diğ., “Baseline Assessment of Patient Safety Culture in Primary Care Centres in Kuwait: A National Cross-Sectional Study”, *BMC Health Serv Res*, c. 21, sayı. 1, s. 1172, Ara. 2021, doi: 10.1186/s12913-021-07199-1.
- [108] A. Angelis ve P. Kanavos, “Applying Multiple Criteria Decision Analysis in the Context of Health Technology Assessment: an Empirical Case Study”, *Value in Health*, c. 17, sayı. 7, s. A552, Kas. 2014, doi: 10.1016/j.jval.2014.08.1804.
- [109] M. Jakubczyk, “Using a Fuzzy Approach in Multi-Criteria Decision Making with Multiple Alternatives in Health Care”, *Multiple Criteria Decision Making*, c. 10, s. 65-81, 2015.
- [110] F. Amini ve J. Rezaeenour, “Ranking Healthcare Centers Using Fuzzy Analytic Hierarchy Process and TOPSIS: Iranian Experience”, *International Journal of Applied Operational Research*, c. 6, sayı. 1, 2016.
- [111] M. Mobinizadeh, P. Raeissi, A. A. Nasiripour, A. Olyaeemanesh, ve S. J. Tabibi, “A Model for Priority Setting of Health Technology Assessment: The Experience of AHP-TOPSIS Combination Approach”, *DARU Journal of*

- Pharmaceutical Sciences*, c. 24, sayı. 1, s. 10, Ara. 2016, doi: 10.1186/s40199-016-0148-7.
- [112] N. Öztürk, “Multi Criteria Decision Making Model for Health Technology Assessment and An Application In Dialysis”, Doktora Tezi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2017.
- [113] M. Karatas, I. Karacan, ve H. Tozan, “An Integrated Multi-Criteria Decision Making Methodology for Health Technology Assessment”, *European J. of Industrial Engineering*, c. 12, sayı. 4, s. 504, 2018, doi: 10.1504/EJIE.2018.093637.
- [114] Y. Çelikkilek, “Bulanık Ortamda VIKOR Kullanarak Hastane Yeri Seçimi için Grup Karar Verme”, *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, sayı. 5, s. 435-450, Ağu. 2018, doi: 10.38079/igusabder.425439.
- [115] L. T. Kelley, R. Egan, D. Stockley, ve A. P. Johnson, “Evaluating Multi-Criteria Decision-Making in Health Technology Assessment”, *Health Policy Technol.*, c. 7, sayı. 3, s. 310-317, Eyl. 2018, doi: 10.1016/j.hlpt.2018.05.002.
- [116] Z. Ö. Saygın, “OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri Açısından Bütünleşik Çok Kriterli Karar Verme Yaklaşımı İle Analizi”, Yüksek Lisans Tezi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, Türkiye, 2019.
- [117] L. İ. Çanakçı Yüksel ve M. Arıkan, “Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Çok Ölçütlü Karar Verme Yöntemleri İle Değerlendirilmesi: Ankara’da Bir Uygulama”, *Uludağ University Journal of The Faculty of Engineering*, c. 24, sayı. 3, s. 13-30, Eki. 2019, doi: 10.17482/uumfd.450667.
- [118] E. Erol, B. Ö. Yılmaz, M. A. Karadayı, ve H. Tozan, “An MCDM-Based Health Technology Assessment (HTA) Study for Evaluating Kidney Stone Treatment Alternatives”, *Contributions to Management Science*, 2021, s. 99-130. doi: 10.1007/978-3-030-52406-7\_4.
- [119] E. Erbay ve Ç. E. Akyürek, “Hastanelerde Çok Kriterli Karar Verme Uygulamalarının Sistemik Derlemesi”, *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, c. 22, sayı. 2, s. 612-645, 2020.
- [120] M. A. Karadayı, B. Ö. Yılmaz, B. E. Erol and H. Tozan, "Sağlık Teknolojisi Değerlendirmede Çok Kriterli Karar Verme Yaklaşımları Üzerine Bir Derleme Çalışması", *Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, c. 8, sayı. 1, s. 264-289, Oca. 2020.
- [121] M. Dursun, E. E. Karsak, ve M. A. Karadayı, “Assessment of Health-Care Waste Treatment Alternatives Using Fuzzy Multi-Criteria Decision Making Approaches”, *Resour Conserv Recycl*, c. 57, s. 98-107, Ara. 2011, doi: 10.1016/j.resconrec.2011.09.012.
- [122] C. E. Erkılıç, “Hastane Hizmetleri Sektörünün CRITIC Temelli TOPSIS Yöntemi İle Finansal Performansının Değerlendirilmesi”, *Pamukkale University Journal of Social Sciences Institute*, sayı. 46, s. 63-84, Mar. 2021, doi: 10.30794/pausbed.865686.
- [123] G. Z. Aydın , "CRITIC ve TOPSIS Yöntemleriyle Türkiye’de Bölgesel Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi", *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, c. 7, sayı. 2, s. 412-433, Ağu. 2021.

- [124] M. E. Akpınar ve K. Koçak, "TOPSIS Yöntemine Dayalı Öğrenci Sağlık Merkezi Yeri Seçimi: Bir Üniversite Uygulaması", *Dokuz Eylül Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Fen ve Mühendislik Dergisi*, c. 23, sayı. 69, s. 823-833, Eyl. 2021, doi: 10.21205/deufmd.2021236910.
- [125] G. Ağaç ve B. Baki , "Sağlık Alanında Çok Kriterli Karar Verme Teknikleri Kullanımı: Literatür İncelemesi", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, c. 19, sayı. 3, s. 0-0, Eyl. 2016.
- [126] Y. Demir Uslu, "TOPSIS ve VIKOR Yöntemleri Kullanılarak OECD Ülkelerinin Sağlık Kaynağı Göstergeleri Açısından Karşılaştırılması", *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, c. 18, sayı. 44, s. 7668-7692, Kas. 2021, doi: 10.26466/opus.961183.
- [127] M. Turanlı ve A. Köse , "Doğrusal Hedef Programlama Yöntemi ile Türkiye 'deki Sigorta Şirketlerinin Performanslarının Değerlendirilmesi", *İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, c. 4, sayı. 7, s. 19-39, Haz. 2005.
- [128] M. Tekeş, "Çok Ölçütlü Karar Verme Yöntemleri ve Türk Silahlı Kuvvetleri'nde Kullanılan Tabancaların Bulanık Uygunluk İndeksli Analitik Hiyerarşi Prosesi ile Karşılaştırılması", Yüksek Lisans Tezi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Teknik Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2002.
- [129] A. S. Uludağ ve H. Doğan , "Çok Kriterli Karar Verme Yöntemlerinin Karşılaştırılmasına Odaklı Bir Hizmet Kalitesi Uygulaması", *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, c. 6, sayı. 2, s. 17-48, Eyl. 2016.
- [130] F. Ecer ve S. Dündar , "Analitik Ağ Süreci Yöntemiyle Cep Telefonu Seçimi", *Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, c. 10, sayı. 2, s. 153-170, Ara. 2009.
- [131] E. D. Hahn, "Decision Making with Uncertain Judgments: A Stochastic Formulation of the Analytic Hierarchy Process\*", *Decision Sciences*, c. 34, sayı. 3, s. 443-466, Ağu. 2003, doi: 10.1111/j.1540-5414.2003.02274.x.
- [132] V. Keršulienė, E. K. Zavadskas, ve Z. Turskis, "Selection of Rational Dispute Resolution Method By Applying New Step-Wise Weight Assessment Ratio Analysis (SWARA)", *Journal of Business Economics and Management*, c. 11, sayı. 2, s. 243-258, Haz. 2010, doi: 10.3846/jbem.2010.12.
- [133] D. Stanujkic, D. Karabasevic, ve E. K. Zavadskas, "A Framework for the Selection of a Packaging Design Based on the SWARA Method", *Engineering Economics*, c. 26, sayı. 2, s. 181-187, Nis. 2015, doi: 10.5755/j01.ee.26.2.8820.
- [134] V. Keršulienė ve Z. Turskis, "Integrated Fuzzy Multiple Criteria Decision Making Model For Architect Selection / Integruotas Neraiškūsis Daugiatakišlis Sprendimų Priėmimo Modelis Architektū Atrinkti", *Technological and Economic Development of Economy*, c. 17, sayı. 4, s. 645-666, Oca. 2012, doi: 10.3846/20294913.2011.635718.
- [135] E. K. Zavadskas, M. Hasan Aghdaie, ve S. Hashemkhani Zolfani, "Decision Making in Machine Tool Selection: An Integrated Approach with SWARA and COPRAS-G Methods", *Engineering Economics*, c. 24, sayı. 1, s. 5-17, Şub. 2013, doi: 10.5755/j01.ee.24.1.2822.

- [136] D. Stanujkic, D. Karabasevic, ve E. K. Zavadskas, “A Framework for the Selection of a Packaging Design Based on the SWARA Method”, *Engineering Economics*, c. 26, sayı. 2, s. 181-187, Nis. 2015, doi: 10.5755/j01.ee.26.2.8820.
- [137] A. Ruzgys, R. Volvačiovas, Č. Ignatavičius, ve Z. Turskis, “Integrated Evaluation of External Wall Insulation in Residential Buildings Using SWARA-TODIM MCDM Method”, *Journal Of Civil Engineering And Management*, c. 20, sayı. 1, s. 103-110, Mar. 2014, doi: 10.3846/13923730.2013.843585.
- [138] H. Yurdoğlu ve N. Kundakcı, “SWARA ve WASPAS Yöntemleri İle Sunucu Seçimi”, *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, c. 20, sayı. 38, s. 253-270, Ara. 2017, doi: 10.31795/baunsobed.645105.
- [139] Agency for Healthcare Research and Quality, “Hospital Survey on Patient Safety Culture”. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html> (erişim Ara. 1, 2022).
- [140] Agency for Healthcare Research and Quality, “Surveys on Patient Safety Culture Databases”. <https://www.ahrq.gov/sops/databases/index.html> (erişim Ara. 1, 2022).
- [141] E. Filiz, “Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye, 2009.
- [142] S. Bodur ve E. Filiz, “Validity and Reliability of Turkish Version of ‘Hospital Survey on Patient Safety Culture’ and Perception of Patient Safety in Public Hospitals in Turkey”, *BMC Health Serv Res*, c. 10, sayı. 1, s. 28, Ara. 2010, doi: 10.1186/1472-6963-10-28.

## EK A

### Ek A1

## Hasta Güvenliği Anket Formu ve Sağlık Çalışanlarının Kişisel Bilgilerini, Çalışma Yaşamını ve Tıbbi Hatalara Yönelik Görüşlerini İçeren Anket Formu

Talimatlar	
<p>Bu ankette hastanenizdeki sağlık çalışanlarının "Hasta Güvenliği Kültürü" konusundaki düşüncelerini belirlemek amaçlanmıştır. Anketin ilk bölümünde, hastanenizdeki hasta güvenliği sorunları, tıbbi hata ve olay raporlama ile ilgili fikirlerinizi belirtmeniz istenmektedir. İkinci bölümünde ise (H Bölümü), kişisel bilgilerinizi, çalışma yaşamınıza dair bilgileri ve tıbbi hatalara yönelik düşüncelerinizi paylaşmanız istenmektedir. Anketi tamamlamanız yaklaşık 10-15 dakika olacaktır.</p> <p style="text-align: right;"><b>Ankete sağladığınız destek için teşekkür ederiz.</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• "Olay (Vaka)" hastaya zarar verip vermemesine bakılmaksızın her türlü yanlış, hata, durum, kaza veya sapma anlamına gelmektedir.</li><li>• "Hasta Güvenliği" hasta yaralanmalarından ve sağlık hizmeti verilirken ortaya çıkan olumsuz etkilerden kaçınmak ve bunları önlemek anlamına gelmektedir.</li></ul>	
A BÖLÜMÜ: Çalışma Alanınız/Biriminiz	
<p>Bu ankette "birim" ifadesini çalışma saatlerinizin çoğunu geçirdiğiniz veya klinik hizmetlerinizin çoğunu yerine getirdiğiniz çalışma alanı, departman veya hastanenin klinik bölümü olarak düşünebilirsiniz.</p>	
<p>Hastane içerisindeki birincil çalışma alanınız veya biriminiz neresidir? BİR seçeneği işaretleyin.</p>	
<input type="checkbox"/> a. Poliklinik	<input type="checkbox"/> i. Mikrobiyoloji Laboratuvarı
<input type="checkbox"/> b. Klinik	<input type="checkbox"/> j. Biyokimya Laboratuvarı
<input type="checkbox"/> c. Yoğun bakım ünitesi	<input type="checkbox"/> k. Patoloji Laboratuvarı
<input type="checkbox"/> d. Acil Servis	<input type="checkbox"/> l. Transfüzyon Merkezi
<input type="checkbox"/> e. Ameliyathane	<input type="checkbox"/> m. Radyoloji
<input type="checkbox"/> f. Eczane	<input type="checkbox"/> n. Katater Laboratuvarı
<input type="checkbox"/> g. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ünitesi	<input type="checkbox"/> o. Anestezi
<input type="checkbox"/> h. Nükleer Tıp	<input type="checkbox"/> p. İdari Personel, lütfen belirtiniz.
<input type="checkbox"/> i. Radyasyon Onkolojisi	<input type="checkbox"/> r. Diğer, lütfen belirtiniz.

Lütfen çalışma alanınız/biriminiz ile ilgili aşağıdaki konulara katılıp katılmadığınızı belirtiniz.					
Hastane çalışma alanı/biriminiz hakkında düşündüğünüzde...	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Bu birimdeki insanlar birbirlerine destek oluyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. İş yükünüzü idare edebilecek kadar yeterli çalışmanız var.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Çok fazla işin hızla yapılması gerektiği durumlarda işi halletmek için takım olarak çalışıyoruz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Bu birimde insanlar birbirine saygılı davranıyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Bu birimdeki personel hasta bakımı için uygun olandan daha fazla süre çalışmaktadır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Hasta güvenliğini geliştirmek için aktif çaba harcıyoruz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Hasta bakımı için uygun olandan daha fazla aracı/geçici çalışan kullanıyoruz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Çalışan hatalarının yüzüne vurulduğuna hissediyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Burada hatalar olumlu değişikliklere neden oluyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Etrafta daha ciddi hataların olmaması tamamen şansa kalmış.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Bu birimdeki bir alan çok kalabalık olduğunda diğerleri yardımcı olur.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Bir olay bildirildiğinde sorunlar değil de kişiler rapor ediliyormuş gibi görünür.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Hasta güvenliğini artırma konusunda değişiklik yaptıktan sonra bunların verimliliğini değerlendiririz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Daha çok işi daha hızlı yapmaya çalışmak için "kriz modunda" çalışırız.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Asla daha fazla iş yapmak için hasta güvenliğinden taviz verilmez.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Personel, yaptığı hataların özlük dosyasında tutulmasından endişe ediyor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Bu birimde hasta güvenliği sorunlarımız var.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Prosedürlerimiz ve sistemlerimiz hataların meydana gelmesini önlemek açısından etkili.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

B BÖLÜMÜ: Yöneticiniz					
Lütfen ilk şefiniz/yöneticiniz veya doğrudan bildirimde bulunduğunuz kişi ile ilgili aşağıdaki konulara katılıp katılmadığınızı belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Yöneticim, bir için belirtilen hasta güvenlik prosedürlerine uygun olarak yapıldığını gördüğünde iyi sözler söyler.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Yöneticim, hasta güvenliğini geliştirmek için çalışandan gelen önerileri ciddiyeyle değerlendirir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Baskı oluşturduğunda yöneticim kısa yolları kullanmak gerekse bile bizden 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. Yöneticim, tekrar tekrar yaşanan hasta güvenliği sorunlarını görmezden gelir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

C BÖLÜMÜ: İletişim					
Aşağıda belirtilenler çalışma alanınızda/biriminizde ne sıklıkla meydana geliyor?					
Hastane çalışma alanı/biriminiz hakkında düşündüğünüzde...	Asla	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her zaman
1. Olay raporlarına göre uygulamaya konan değişiklikler ile ilgili geri bildirim alıyoruz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Hasta bakımını olumsuz yönde etkileyen bir şey gördüğünde personel bunu rahatlıkla söyleyebiliyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Bu birimde yaşanan hatalar hakkında bilgilendiriliyoruz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Çalışan kendisinden daha yetkili kişilerin kararlarını ve eylemlerini sorgulama konusunda kendini özgür hissediyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Bu birimde hataların yeniden yaşanmasını önleyecek yolları tartışıyoruz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Bir şeyler doğru gitmiyor gibi görüldüğünde çalışan bu konu hakkında soru sormaya çekiniyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

D BÖLÜMÜ: Olay Raporlama Sıklığı					
Hastanedeki çalışma alanınızda/biriminizde aşağıdaki hatalar meydana geldiğinde ne sıklıkla rapor ediliyorlar?	Asla	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her zaman
1. Bir hata yapıldı ama hastayı etkilemeden önce fark edildi ve düzeltildi. Bu durum ne sıklıkla raporlanır?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Bir hata yapıldı ama hastaya zarar verme ihtimali yok. Bu durum ne sıklıkla raporlanır?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Hastaya zarar verebilecek bir hata yapıldı ama hasta zarar görmedi. Bu durum ne sıklıkla raporlanır?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

E BÖLÜMÜ: Hasta Güvenliği Derecesi					
Lütfen hasta güvenliği ile ilgili olarak bu hastanedeki çalışma alanınızı/biriminizi genel olarak değerlendirin.					
<input type="checkbox"/> A Mükemmel	<input type="checkbox"/> B Çok İyi	<input type="checkbox"/> C Makul	<input type="checkbox"/> D Kötü	<input type="checkbox"/> E Çok Kötü	

F BÖLÜMÜ: Hastanemiz					
Lütfen hastanemiz ile ilgili aşağıdaki konulara katılıp katılmadığınızı belirtiniz.					
Hastanemiz hakkında düşündüğünüzde	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hastane yönetimi, hasta güvenliğini geliştirecek bir çalışma ortamı sunuyor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Hastanedeki birimler birbirleri ile koordineli bir şekilde çalışmıyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Hastanın bir birimden diğerine transferi sırasında yapılması gereken teslim edilme kuralları uygulanmıyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Hastanede birlikte çalışması gereken birimler arasında iyi bir iş birliği bulunmaktadır.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Vardiya değişimi sırasında önemli hasta bakım bilgileri sık sık kayboluyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Diğer hastane birimlerindeki personel ile çalışmak genelde rahatsızlık veriyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Hastane birimleri arasında bilgi alışverişi yapılırken genelde sorun çıkıyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Hastane yönetiminin eylemleri, hastaların güvenliğinin en yüksek önceliğe sahip olduğunu gösteriyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Hastane yönetimi, sadece olumsuz etki yaratacak bir olay meydana geldikten sonra hasta güvenliği ile ilgileniyormuş gibi görünüyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Hastanedeki birimler hastalara en iyi bakımı sağlamak için birlikte iyi çalışıyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Vardiya değişimleri hastanedeki hastalar açısından sorun teşkil ediyor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

<b>G BÖLÜMÜ: Raporlanan Olay Sayısı</b>	
<b>Son 12 ay içerisinde kaç adet olay rapor formu doldurdunuz ve teslim ettiniz?</b>	
<input type="checkbox"/> a. Olay raporu yok	<input type="checkbox"/> d. 6 ila 10 vaka raporu
<input type="checkbox"/> b. 1 ila 2 vaka raporu	<input type="checkbox"/> e. 11 ila 20 vaka raporu
<input type="checkbox"/> c. 3 ila 5 vaka raporu	<input type="checkbox"/> f. 21 vaka raporu veya daha fazla
<b>H BÖLÜMÜ: Sağlık Çalışanlarının Kişisel Bilgilerini, Çalışma Yaşamını ve Tıbbi Hatalara Yönelik Görüşlerini İçeren Anket Formu</b>	
<b>1. Yaşınız:</b>	
( ) 18-24 ( ) 25-34 ( ) 35-44 ( ) 45 ve üstü	
<b>2. Cinsiyetiniz:</b>	
( ) Erkek ( ) Kadın	
<b>3. Hizmet verdiğiniz meslek grubunuz?</b>	
( ) Hekim ( ) Asistan Hekim ( ) Hemşire (Sağlık Memuru, Ebe, ATT) ( ) Eczacı ( ) Diyetisyen ( ) Fizyoterapist, Ergoterapist, Solunum ve Konuşma Terapist ( ) Mikrobiyoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni ( ) Biyokimya Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni ( ) Patoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni ( ) Transfüzyon Merkezi Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni ( ) Radyoloji Laboratuvarı Teknikeri/Teknisyeni ( ) Anestezi Teknikeri/Teknisyeni ( ) Hasta Hizmetleri ( ) Yönetici ( ) Yardımcı Sağlık Personeli ( ) Temizlik Personeli ( ) İdari Personel (.....) ( ) Diğer (.....)	
<b>4. Eğitim durumunuz:</b>	
( ) Lise ( ) Ön Lisans ( ) Lisans ( ) Yüksek Lisans ( ) Doktora	
<b>5. Medeni durumunuz:</b>	
( ) Hiç evlenmedi ( ) Evli ( ) Evli, ayrı yaşıyor ( ) Eşi vefat etti ( ) Boşandı	
<b>6. Şu anda çalıştığınız alanda/birimde çalışma süreniz:</b>	
( ) 6 aydan az ( ) 6 ay - 1 yıl arası ( ) 1 - 2 yıl arası ( ) 2 - 3 yıl arası ( ) 3 yıl veya daha fazla	
<b>7. Kurumda toplam çalışma yılınız:</b>	
( ) 6 aydan az ( ) 6 ay - 1 yıl arası ( ) 1 - 2 yıl arası ( ) 2 - 3 yıl arası ( ) 3 yıl veya daha fazla	
<b>8. Meslekte toplam çalışma yılınız:</b>	
( ) 1 yıldan az ( ) 1 - 5 yıl arası ( ) 6 - 10 yıl arası ( ) 11 - 15 yıl arası ( ) 16 - 20 yıl arası ( ) 21 yıl veya daha fazla	
<b>9. İşe başlarken kurumsal oryantasyon eğitimi alma durumunuz:</b>	
( ) Evet ( ) Hayır	
<b>10. Çalışma saatleriniz:</b>	
( ) Gündüz ( ) Gece Vardiyası ( ) Gece Gündüz Vardiyası	
<b>11. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz:</b>	
( ) 40 saati geçmiyor ( ) 40 - 49 saat arası ( ) 50 saatten fazla	
<b>12. Hasta güvenliği konusunda daha önce çalıştığınız kurumlarda eğitim aldınız mı?</b>	
( ) Evet ( ) Hayır	
<b>13. Daha önce çalıştığınız kurumlarda hasta güvenliği ile ilgili bir komitede yer aldınız mı?</b>	
( ) Evet ( ) Hayır	
<b>14. Kurumunuzda "Hasta Güvenliği Komitesi" mevcut mu?</b>	
( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bilgim yok	
<b>15. Kurumunuzda yürütülen kalite çalışmalarında (Komite toplantıları, denetimler, iyileştirme çalışmaları vs.) aktif olarak yer almak ister misiniz?</b>	
( ) Evet ( ) Hayır	
<b>16. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?</b>	
( ) Evet ( ) Hayır	
<b>17. Yaptığınız işten memnun musunuz?</b>	
( ) Evet ( ) Hayır	
<b>18. Toplam hane geliriniz düşüncünüzde ekonomik düzeyinizden duyduğunuz memnuniyeti nasıl tanımlarsınız?</b>	
( ) Çok memnunum ( ) Memnunum ( ) Ne memnunum ne de değilim ( ) Memnun değilim ( ) Hiç memnun değilim	
<b>19. Yaşamdan duyduğunuz memnuniyet düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?</b>	
( ) Çok memnunum ( ) Memnunum ( ) Ne memnunum ne de değilim ( ) Memnun değilim ( ) Hiç memnun değilim	
<b>20. Kurumunuzda hasta güvenliğinin yeterli oranda sağlandığını düşünüyor musunuz?</b>	
( ) Evet ( ) Hayır	



<b>21. Sizce tıbbi hataların meydana gelmesindeki en önemli sebep nedir?</b>
<input type="checkbox"/> Personelin sayı olarak yetersiz oluşu <input type="checkbox"/> Uzun çalışma saatleri <input type="checkbox"/> İletişim bozuklukları <input type="checkbox"/> Ekip çalışmasının benimsenmemesi <input type="checkbox"/> Kurumun büyük ve karmaşık bir yapıya sahip olması <input type="checkbox"/> Hastalara yeterince vakit ayrılmaması <input type="checkbox"/> Mesleki eğitim düzeyinin yetersiz olması <input type="checkbox"/> Teknolojik imkanların yetersiz olması <input type="checkbox"/> Hastane bilgi yönetim sisteminin yetersiz olması <input type="checkbox"/> Denetim eksikliği <input type="checkbox"/> Diğer (.....)
<b>I BÖLÜMÜ: Yorumunuz</b>
<i>Lütfen hastanenizdeki hasta güvenliği, hata veya vaka raporlama konuları hakkındaki yorumlarınızı belirtiniz.</i>
<b>ANKETİ DOLDURDUĞUNUZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.</b>



**Çizelge A.2:** Hasta güvenliği ve hasta güvenlik kültürü değerlendirme ile ilgili yapılan çalışmalar.

Yazarı ve Yayın Yılı	Elde Edilen Bulgular
Kohn, Corrigan & Donaldson (2000)	Tıbbi hatalardan kaynaklanan ölümlere dikkat çekilerek daha güvenli bir sağlık sisteminin inşa edilmesinin önemine vurgu yapılmıştır. Hata yapmanın insana mahsus olduğu ifade edilerek daha güvenli bir sağlık sistemi tasarımı ile tıbbi hataların azaltılması ve hasta güvenliğini arttırmak için ulusal bir gündem ortaya koyulmuştur.
Hemman (2002)	Hasta güvenliği kültürleri oluşturma stratejileri incelenerek kültürü değiştirmek için dört perspektif (yapısal, insan kaynakları, siyasi, simgesel) ele alınmış ve önerilerde bulunulmuştur.
Weinberg (2002)	Sağlık hizmeti kültüründeki değişimden sorumlu olan çoklu faktörler ele alınarak hasta güvenliği sistemlerinin uygulanmasını zorlaştıran düzenleyici yapılar değerlendirilmiştir.
Rall ve diğ. (2002)	Tıbbi hata sayılarının yüksek olmasının nedenleri olarak yetersiz tıbbi bilgi ve organizasyonel koşullar nedeni ile insan faktörleri gösterilmiştir. Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için ilk adımın bunu kabul etmek ve her zaman hazırlıklı olunması gerekliliği vurgulanmıştır. Hatayı suçluluk kavramından ayırarak detaylı bir analiz yapılmasına fırsat verebilmek için hata raporlama sistemlerinin gerekliliğine dikkat çekilmiştir. Hasta güvenlik kültürünü sağlamaya yönelik yapılan eğitimlerin teorik eğitimler ile sınırlı kalmayıp pratik eğitimlere yer verilmesi gerekliliği paylaşılmıştır. Video kasetler ve simülasyonlar gibi yenilikçi eğitimlere yer verilmesinin öneminden bahsedilmiştir.
Costello (2002)	Uzmanlar tarafından hastalar ve personel için güvenlik kültürü oluşturmaya yönelik stratejilere değinilmiştir.
Parisi (2003)	Çalışmada hasta tanımlamanın hasta güvenliğinin sağlanmasında en temel adım olduğuna dikkat çekilerek hasta tanımlama performans iyileştirme ekibi kurulmuştur. Bu ekip ile birlikte hasta tanımlama sürecinde bir standart geliştirilmesine yönelik çalışmalara yer verilmiştir. Geliştirilen hasta tanımlama ve numune etiketleme politikasının değerlendirilebilmesi amacıyla gerçekleşen tıbbi hataların raporlanması sağlanmıştır. Raporlanan tıbbi hatalar ile gelişimi izleyebilmek adına bir önceki veriler ile karşılaştırılmasına karar verilmiştir.

Goodman (2003)	Sağlık kuruluşlarında güvenliği iyileştirmenin sayısız departman sorumluluğunda olduğuna fakat bir o kadar da sahipsiz bir süreç olduğuna dikkat çekilmiştir. Güvenliği kültür yolu ile etkili bir şekilde yönetmenin önemine yer verilmiştir. Sağlık sektörünü yüksek riskli bir sektör olarak değerlendirerek havacılık modelinin sağlık hizmetine katkı sağlayacağına değinilmiştir.
Meaney (2004)	Özellikle sağlık hizmeti kuruluşlarında örgüt kültürünün karmaşık olduğuna dikkat çekilmiştir. Güvenliğin oluşturulması ve sürdürülmesinde kültürün çok boyutlu ve dinamiklere bağlı olduğu belirtilmiştir. Sağlık hizmeti kuruluşlarına çalışanlarının güvenlik konusundaki tutumlarını değiştirmeye yönelik çalışmalar yapılması önerilmiştir. Örgüt dönüşümünün sağlanabilmesi için yaşanan tıbbi hataların incelenmesinin örgütsel özelliklerin geliştirilmesine sağladığı katkı ele alınmıştır.
Ziemba (2004)	Bu çalışmada hasta güvenliği kültürüne yönelik pratik rehberlik sağlayabilecek uygulamalar ele alınmıştır. Güvenli ve güvenilir sağlık hizmetine ulaşmak için izlenebilecek stratejiler ve çözümlere yer verilmiştir.
Pinkerton (2005)	Hasta güvenliği konusunda endişe uyandıran tıbbi hatalar, ilaç hataları ve hataların raporlanması sonucunda Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ), sponsorluğunda Hasta Güvenliğine İlişkin Hastane Anketi'nin yayımlandığı bilgisi paylaşılmıştır. Anketin hasta güvenliği kültürünü geliştirmeye kararlı hastaneler için değerli bilgiler edinmelerine olanak sağladığına değinilmiştir.
Ralston (2005)	Sağlık hizmetlerinin giderek daha karmaşık, parçalı ve güvensiz hale geldiğine dikkat çekilerek hala hasta güvenliğini anlama ve iyileştirme konusunda erken aşamada olduğuna değinilmiştir. Bakım sistemlerinin inanılmaz bir hızla gelişen tıbbi bilgi ve teknolojideki değişimlere ayak uydurması gerekliliğinin altı çizilmiştir. Suçsuz bir ortam oluşturularak, proaktif olarak olumsuz olayların araştırılması, izlenmesi, sürekli olarak hasta güvenliğinin sağlık hizmetleri süreçlerine entegre edilmesi ve bilgi/iletişim teknolojilerinin sağlanmasının hasta güvenliğini desteklediğine vurgu yapılmıştır.
Endüstri Mühendisi: IE (2005)	Hastane kültüründeki değişimin hasta güvenliğini artırmanın anahtarı olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada hastane yöneticileri ile yapılan anketin sonuçları paylaşılmıştır. Anket sonuçlarına göre bir hastanenin hasta güvenlik kültürünü iyileştirmek için yapabileceği değişiklikler; patent güvenliği kurum kültürünün değişmesi ve izlenmesi (%51), çalışanların eğitim ve öğretimi (%43), uygun raporlama (%11) ve uygun teknolojinin uygulanması (%9) olarak belirtilmiştir.

Ilan ve Fowler (2005)	Çalışmada hasta güvenliği kültürü ve biliminin kısa tarihine değinilerek hasta güvenliği kültürü ve uygulamasındaki değişiklikler maddeler halinde belirtilmiştir.
Pugliese (2005)	Çalışmada Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ), sponsorluğunda geliştirilen Hasta Güvenliğine İlişkin Hastane Anketi değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda bu araç setiyle ilgili en güzel şeyin hastanelerin güvenlik açısından nasıl olduklarını ölçmenin bir yolu olduğu belirtilerek bu yol ile hastanelerin zaman içindeki ilerlemelerini ölçebilecekleri kanısına varılmıştır.
Stryer ve Clancy (2005)	Tıbbi hatalardan kaynaklanan ölümlere değinilen çalışmada sağlık hizmetlerinde kültürün değişmemesi ile ilerlemenin zor olduğu belirtilmiştir.
Medsurg Nursing (2005)	Çalışmada Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ), sponsorluğunda geliştirilen Hasta Güvenliğine İlişkin Hastane Anketi'nin kurumların hasta güvenlik kültürünü ölçümleyebilme ve buna yönelik iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilebileceğinden bahsedilmiştir.
Nursing Economics (2005)	Çalışmada Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ), sponsorluğunda geliştirilen Hasta Güvenliğine İlişkin Hastane Anketi'nin kurumların hasta güvenlik kültürünü ölçümleyebilme ve buna yönelik iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilebileceğinden bahsedilerek vardiyalı çalışma süreci hasta güvenliği açısından değerlendirilmiştir.
Ginsburg ve diğ. (2005)	Çalışmada hasta güvenlik kültürünün oluşturulmasında değerlendirme yapılarak eğitim ve liderlik desteğine dikkat çekilmiştir.
Singla ve diğ. (2006)	Çalışmada hasta güvenlik kültürünün değerlendirilmesi amacıyla kullanılan araçların değerlendirmesi yapılmıştır. Hasta güvenliğini artırmak amacıyla güvenlik kültürünü ele alma arzusunun, araştırmacıları ve yöneticileri güvenlik kültürü anketlerinden yararlanmaya motive etmeye devam edeceği ve araç seçiminin amaçlanan kullanıma, hedef kitleye, güvenilirliğe, geçerliliğe ve diğer hususlara bağlı olacağı bilgisi paylaşılmıştır.
Castle (2006)	Bir yaşlı bakım evinde hemşire yardımcılarının hasta güvenlik kültürüne yönelik frekans analizine dayanan bir değerlendirme yapılmıştır. Değerlendirme sonucunda bir çok hastaneye göre sonuçların düşük olduğu ve yerleşik bakımın iyileştirilebilmesi için hasta güvenlik kültürünün artırılmasının önemi vurgulanmıştır.

Hellings ve diğ. (2007)	Çalışmada beş Belçika genel hastanesinde hasta güvenliği kültürü ölçümlenerek frekans analizi yapılmıştır. Çalışma sonucunda en yüksek puanı alan boyut “Hastane birimlerinde ekip çalışması” (%70) ve en yüksek puanı alan soru ise “Hızlı bir şekilde çok iş yapılması gerektiğinde, işi halletmek için ekip olarak birlikte çalışırız” (%74) olarak elde edilmiştir.
Castle ve diğ. (2007)	Çalışmada yaşlı bakım evi yöneticilerinin hasta güvenlik kültürüne yönelik algıları ölçümlenmiştir. Çeşitli istatistiksel yöntemler ile desteklenen çalışmada birçok hastaneye göre yaşlı bakım evi yöneticilerinin hasta güvenlik kültürü algılarının düşük olduğu paylaşılmış ve kurumların hasta güvenlik kültürünü arttırmaya yönelik hasta güvenliği görevlerinin çalıştırılması, hataların raporlanması ve kalite akreditasyon süreçlerine dahil olmaları gerekliliğine yönelik tavsiyede bulunulmuştur.
Schutz ve diğ. (2007)	Ayaktan sağlık bakım ortamlarında kullanılmak üzere kısaltılmış bir hasta güvenliği kültürü anketi altı uzman tarafından geçerlilik açısından değerlendirilmiştir. Ayaktan bakım ortamlarına uygun önlemlerin eksikliğinin hasta güvenliğini iyileştirmede ilerlemeyi engelliyor olabileceğine dikkat çekilerek anketin geçerli olduğu bilgisi paylaşılmıştır.
Smits ve diğ. (2008)	Hasta güvenlik kültürü anketinin faktör yapısının uygulanabilirliğini incelemek için tamamlayıcı psikometrik analizler, iç tutarlılık ve yapı geçerliliği dahil olmak üzere gerçekleştirilmiştir. Çalışmada anketin hasta güvenliği kültürünü ölçmede uygun bir araç olduğu bilgisi paylaşılarak anketin sadece bireysel tutumları değil, birim kültürünü de ölçtüğü belirtilmiştir.
Sine (2008)	Bu çalışmada, hasta güvenlik kültürünün iyileştirilmesinde anket puanlarının tipik 12 boyutunun basit bir hiyerarşik sıralamasından daha fazlasını gerektirdiği belirtilerek önceden belirlenmiş 12 hasta güvenlik kültürü boyutunun anlamına ilişkin algı ve görüşler elde etmek için nitel odak grup görüşmesi tekniği kullanılmıştır.
Bonner ve diğ. (2009)	Hemşirelik yardımcılarının hasta güvenliği kültürü algılarının, rastgele bir hemşirelik örneğinde klinik sonuçlarla (düşme oranları, basınç ülserleri ve günlük kısıtlama kullanımı) ilişkili olup olmadığını incelenmiştir. Regresyon analizi yapılan çalışmada hasta güvenlik kültürü algılarının düşme raporlaması ile ilişkili olduğu basınç ülseri ve kısıtlama kullanımı ile ilgili raporlamalar ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir.
Snijders ve diğ. (2009)	Çalışmada hasta güvenlik kültürü algılarının olay raporlama davranışına etkileri ele alınmıştır. Hasta güvenlik kültürü algısının artırılması ile olay raporaorlama sayılarında artış yaşandığı belirtilmiştir.

Farley ve Donna (2009)	Hasta güvenlik kültürü anketinin ABD'deki güvenlik faaliyetleri ve sonuçları üzerindeki etkileri değerlendirilerek anketin bu yönde fayda sağladığı belirtilmiştir.
Bodur ve Filiz (2009)	Çalışmada hasta güvenlik kültürü anketi uygulanarak değerlendirme yapılmıştır. Hasta güvenliğinin boyutları arasında en yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip olan boyut, birimler içinde ekip çalışması (%76), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip olan boyut ise olay raporlama sıklığı (%12) olarak belirlenmiştir.
Blegen ve diğ. (2009)	Bu çalışmada faktör yapısı, öğeler arası güvenilirlik ve sınıf içi korelasyonlar, değerlendirme için kullanılabilirlik, öngörücü geçerlilik ve duyarlılık dahil olmak üzere Hasta Güvenliği Kültürü Anketi'nin psikometrik özelliklerini analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda anketin alt ölçeklerinin geçerliliği doğrulanmıştır.
Hellings ve diğ. (2010)	Çalışmada hasta güvenlik kültürü algısını iyileştirme çalışmalarından önce ve sonra olmak üzere hasta güvenlik kültürü anketi uygulanarak sonuçlar kıyaslanmıştır.
Chen ve Li (2010)	Tayvan'da bulunan bir hastanede hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılarak elde edilen sonuçlar ile ABD verileri karşılaştırılmıştır. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Ekipler içinde takım çalışmasına dair sorular." (%94), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Personel sağlama" (%39) olduğu belirtilmiştir.
Sorra ve Dyer (2010)	Hasta güvenlik kültürü anketinin psikometrik analizler yapılarak geçerliliği kabul edilmiştir.
Lee ve diğ. (2010)	Çin'de bulunan 200 hastanede hasta güvenlik kültürü anketi yapılarak ülke genelinde bir değerlendirme yapılmıştır.
Bodur ve Filiz (2010)	Hasta güvenlik kültürü anketinin Türkçe versiyonunun hasta güvenliği kültürünü belirlemede geçerli ve güvenilir olduğu belirtilerek bu aracın, iyileştirmelerin izlenmesinde ve hasta güvenliği kültürü konusunda farkındalığın artırılmasında yardımcı olacağı değerlendirilmiştir.
Adıgüzel (2010)	Bu çalışmada devlet hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının, hasta güvenliği algıları ile belirli değişkenlerle olan ilişkilerini incelemek amacıyla bir değerlendirme yapılmıştır.
Pfeiffer ve Manser (2010)	Hasta güvenlik kültürü anketinin Almanca versiyonunun psikometrik analizi yapılarak anketin geçerli olduğu kabul edilmiştir.

El-Jardali ve diğ. (2010)	Lübnan'da bulunan bir hastanede hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılarak elde edilen sonuçlar ile ABD verileri karşılaştırılmıştır. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Ekipler içinde takım çalışmasına dair sorular." (%82,3), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" (%24,3) olduğu belirtilmiştir.
Mardon ve diğ. (2010)	Çalışmada hasta güvenlik kültürü algısı ile yaşanan olumsuz olayların ilişkisi araştırılmıştır. Değerlendirme sonucunda daha olumlu bir hasta güvenliği kültürünün hastanelerde daha az olumsuz olayla ilişkili olduğu fikrini desteklediği belirtilmiştir.
Hammer ve diğ. (2011)	551 tıbbi direktör ile gerçekleştirilen çalışmada hasta güvenlik kültürü anketinin psikometrik değerlendirmesi yapılarak geçerliliği kabul edilmiştir.
Ito ve diğ. (2011)	Hasta güvenlik kültürü anketinin Japonca versiyonunun psikometrik analizi yapılarak anketin geçerli olduğu kabul edilmiştir.
Derin ve Demirel (2011)	198 hemşirenin katılımı ile gerçekleştirilen çalışmada liderlik ile hasta güvenliği ele alınarak oluşturulan hipotez değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda iki parametre arasındaki ilişki pozitif yönlü olarak doğrulanmıştır.
Dupree ve diğ. (2011)	Bu çalışmada, güvenlik kültürü oluşturmaya yardımcı olmak için liderlerin, çalışanların ve hemşirelik sendikalarının desteğiyle çok disiplinli bir "Profesyonellik Kuralları" oluşturulmuştur. Profesyonellik kuralları doktorlara, hemşirelere ve destek personeline tanıtılarak hasta güvenlik kültürü anketi uygulanmıştır. Çalışma doğrultusunda profesyonellik kuralı uygulamanın, bir hastanedeki güvenlik kültürünü iyileştirebileceği vurgulanmıştır.
Tabrizchi ve Sedaghat (2012)	İranda birinci basamak sağlık merkezlerinde hasta güvenlik kültürü anketi uygulanarak bir değerlendirme yapılmıştır. Hasta güvenliği kültürünün genel pozitif yanıt oranı %57 olarak paylaşılmıştır.
Karaboğa ve Bahçecik (2012)	İstanbul'da dört ayrı hastanenin hemşirelerine hasta güvenlik kültürü anketi yapılmıştır. Anket sonuçlarına göre çalışanların genel hasta güvenliği kültürü puanının (%49,81) olduğu tespit edilmiştir.
Bahjat ve diğ. (2012)	Bir üniversite hastanesinde 605 hemşire ile akreditasyon öncesi ve sonrası hasta güvenlik kültürü algıları arasında kıyaslama yapılarak akreditasyonun hemşirelerin hasta güvenlik kültürü algısının iyileştirdiği görülmüştür.

Aboul-Fotouh ve diğ. (2012)	Kahire'de bulunan bir üniversite hastanesinde hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılmıştır. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Örgütsel öğrenme-Sürekli iyileştirme" (%78,2) en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" (%19,5) olduğu belirtilmiştir.
Sorra ve diğ. (2012)	Çalışmada hasta güvenliği kültürü ile hastaların hastane bakımına ilişkin değerlendirmeleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonucunda iki değerlendirmenin birbiri ile önemli ölçüde ilişkili olduğu belirlenmiştir.
Ballangrud ve diğ. (2012)	Çalışmada yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hasta güvenlik kültürü algısı hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirilmiştir. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Ekipler içinde takım çalışmasına dair sorular" (%80,6), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" (%26,3) olduğu belirtilmiştir.
Nie ve diğ. (2013)	Çin'de bulunan 32 hastanede hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılarak elde edilen sonuçlar ile ABD verileri karşılaştırılmıştır. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Ekipler içinde takım çalışmasına dair sorular." (%84), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Personel sağlama" (%42) olduğu belirtilmiştir.
Wu ve diğ. (2013)	Çalışmada Japonya, ABD, Çin ve Tayvan'da uzun hemşire çalışma saatlerinin hasta güvenlik kültürü algısı üzerindeki etkisi araştırılarak uzun çalışma saatlerinin hasta güvenlik kültürü algısını olumsuz etkilediği belirlenmiştir.
Dönmez ve Taşçı (2013)	İzmir'de bulunan bir Üniversite Hastanesinde uygulanan hasta güvenlik kültürü anketi ile pozitif yanıtların genel yüzde ortalaması (%39,6) olarak elde edilmiştir.
Hamdan ve Saleem (2013)	Filistin'de bulunan kamu hastanelerinde hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılmıştır. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Ekipler içinde takım çalışmasına dair sorular." (%71), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" (%17) olduğu belirtilmiştir.
Celen ve Teke (2013)	Ankara'da bulunan bir eğitim hastanesinde uygulanan hasta güvenlik kültürü anketi ile pozitif yanıtların genel yüzdesi (%68,1) olarak elde edilmiştir.
Wang ve diğ. (2014)	Hasta güvenliği kültürü puanları ile her bir advers olay türünün tahmini sıklıkları arasındaki ilişkiyi incelemek için çoklu lojistik regresyon modelleri kullanılmıştır. Çalışma sonucunda hasta güvenliği kültüründeki bir iyileşmenin, advers olayların meydana gelmesindeki azalmayla ilişkili olduğu hipotezi doğrulanmıştır.



Yardımcı ve diğ. (2014)	Bir devlet hastanesinde uygulanan hasta güvenlik kültürü anketi sonuçları sayı, yüzde, çoklu regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Regresyon analizinden elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, hasta güvenliği üzerinde etkisi en yüksek olarak belirlenen bağımsız değişkenin, "hastane yönetim desteği" olduğu belirtilmiştir.
Yılmaz ve Goris (2015)	Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelere uygulanan hasta güvenlik kültürü anketi ile pozitif yanıtların genel yüzdesi %64,9 olarak elde edilmiştir. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Ekipler içinde takım çalışmasına dair sorular." (%49,4), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Hataların raporlanma sıklığı" (%25,9) olduğu belirtilmiştir.
Özdemir (2015)	Çalışmada 121 cerrahi hemşirenin hasta güvenliği kültürü algıları beş boyutta değerlendirilerek hemşirelerin genel hasta güvenliği kültürü puanının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.
Top ve Tekingündüz (2015)	Türkiye'de bulunan bir devlet hastanesinde hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılmıştır. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" (%80), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)" (%32) olduğu belirtilmiştir.
Gülay (2016)	Türkiye'de bulunan özel bir üniversite hastanesinde hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılmıştır. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" (%72), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Personel sağlama" (%24) olduğu belirtilmiştir.
Ertek (2016)	İstanbul'da bulunan bir üniversite hastanesinde görev yapan 400 hemşire ile hasta güvenlik kültürü anketi yapılarak, çalışanların demografik bilgilerinin ve parametrelerin hasta güvenliği ile olan ilişkisi incelenmiştir.
Vifladi ve diğ. (2016)	Çalışmada hasta güvenliği kültürü ile tükenmişlik ve uyum duygusu arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonucunda olumlu bir güvenlik kültürü, düşük tükenmişlik puanı ve güçlü bir tutarlılık duygusu ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.
Korkmazer ve diğ. (2016)	Muş Devlet Hastanesi'nde hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılmıştır. En yüksek pozitif ortalamaya sahip boyutun "Ekipler içinde takım çalışmasına dair sorular" (3,28), en düşük ortalamaya sahip boyutun ise "Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)" (2,32) olduğu belirtilmiştir.
Ciğerci ve diğ. (2016)	Afyonkarahisar ilinde bulunan hastanelerde cerrahi branşlarda görev yapan hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının, sosyodemografik özellikleri ile olan ilişkisi incelenmiştir.

Tereanu ve diğ. (2017)	Romanya'da bulunan altı hastanede hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılmıştır. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Ekipler içinde takım çalışmasına dair sorular." (%85,8), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" (%63,1) olduğu belirtilmiştir.
Stock ve diğ. (2017)	Çalışmada hasta güvenliği kültürü ile ilgili nesnel performans ölçütleri ve ikincil veriler kullanarak hasta güvenliği kültürü ile hastane performansı arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Çalışma sonucunda hasta güvenliği kültürünün hasta güvenliği, süreç kalitesi ve hasta memnuniyeti ile pozitif ilişkili olduğunu belirtilmiştir.
Mallouli ve diğ. (2017)	Tunus ameliyathanelerinde çok merkezli olarak hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılmıştır. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Ekipler içinde takım çalışmasına dair sorular." (%41,67), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" (%20,5) olduğu belirtilmiştir.
Leonard ve Donovan (2018)	Dünya çapında radyasyon tedavisi bölümlerinde hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılmıştır. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Ekipler içinde takım çalışmasına dair sorular." (%79,16), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)" (%49,77) olduğu belirtilmiştir.
Rajalatchumi ve diğ. (2018)	Güney Hindistan üçüncü basamak bakım hastanesinde hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılmıştır. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Ekipler içinde takım çalışmasına dair sorular." (%80,1), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" (%58) olduğu belirtilmiştir.
Reis ve diğ. (2018)	Çalışmada 21 ülke hakkında rapor veren 33 makale ele alınarak hasta güvenlik kültürü anketi sonuçları değerlendirilmiştir. Pozitif cevap dağılımı açısından en güçlü boyutların "Birimler içinde ekip çalışması" ve "Örgütsel öğrenme-sürekli iyileştirme" olduğu ve en zayıf boyutların "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt", "Personel sağlama", "Hastanede devirler (handoffs) ve nakiller (transitions)" ve "Birimler arası ekip çalışması" olduğu belirtilmiştir.
Filiz (2018)	Çalışmada sağlık çalışanlarının ve toplumun hasta güvenlik kültürü algısını belirlemek üzere bir değerlendirme yapılmıştır. Çalışma sonucunda hasta güvenliği konusunda tüm sağlık çalışanlarının ve hastaların sorumluluk alması gerektiği belirtilmiştir.

Oksay ve diğ. (2019)	Çalışmada sağlık çalışanlarının demografik bilgilerinin hasta güvenliği kültürü algısına etkileri incelenmiştir. Çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının demografik bilgileri ile hasta güvenliği kültürü algılarının ilişkili olduğu tespit edilmiştir.
Aycan (2019)	İstanbul'da bulunan özel bir hastaneler grubunda hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılmıştır. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Ekipler içinde takım çalışmasına dair sorular." (%65), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" (%33) olduğu belirtilmiştir.
Arslanoğlu (2019)	Çalışmada hasta güvenliği kültürünü artırmak için iletişime yönelik parametreler ele alınarak bir değerlendirme yapılmıştır. Çalışma sonucunda iletişime yönelik parametrelerin, hasta güvenliği kültürünü etkilediğine yönelik kurulan hipotezler desteklenmiştir.
Abreu ve diğ. (2019)	Bir cerrahi merkezde hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılmıştır. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Örgütsel öğrenme-Sürekli iyileştirme" (%58,7), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "İletişimin açık tutulması" (%32,3) olduğu belirtilmiştir.
Granel ve diğ. (2019)	Macaristan'da bulunan 6 hastanede hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılmıştır. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Ekipler içinde takım çalışmasına dair sorular." (%68,7), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" (%33,4) olduğu belirtilmiştir.
Elbi ve diğ. (2020)	Manisa ilinin iki ilçe merkezindeki aile hekimliği birimlerinde görev yapan sağlık çalışanları ile hasta güvenlik kültürü anketi yapılarak pozitif yanıtların genel yüzdesi %81,47 olarak elde edilmiştir.
Korkmazer ve diğ. (2020)	Bir kamu hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği algıları çalışanların sosyo-demografik özellikleri ele alınarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda çalışanların hasta güvenliği algıları birçok parametre ile incelenerek hasta güvenliği derecesi ortalama puanının (2,68) olarak elde edildiği paylaşılmıştır.
Tlili ve diğ. (2020)	Tunus'da bulunan 30 özel sağlık merkezinde hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılmıştır. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Ekipler içinde takım çalışmasına dair sorular." (%70,6), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Hataların raporlanma sıklığı" (%29,2) olduğu belirtilmiştir.
Korkmaz ve diğ. (2021)	Çocuk Cerrahisi Hemşireleri Derneğine kayıtlı 54 hemşireye uygulanan hasta güvenlik kültürü anketi ile pozitif yanıtların genel puanı $2.91 \pm 0.28$ olarak elde edilmiştir.

Prates ve diğ. (2021)	Brezilya'da bulunan Ernesto Dornelles Hastanesi'nde hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılmıştır. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" (%67,5), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt" (%29) olduğu belirtilmiştir.
ALFadhalah ve diğ. (2021)	Kuveyt'de bulunan 94 sağlık merkezinde hasta güvenlik kültürü anketi ile değerlendirme yapılmıştır. En yüksek pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun "Ekipler içinde takım çalışmasına dair sorular." (%78,7), en düşük pozitif derecelendirme yüzdesine sahip boyutun ise "Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği" (%28,4) olduğu belirtilmiştir.



## **ÖZ GEÇMİŞ**

Adı Soyadı : Merve İŞLER

Doğum Yeri ve Tarihi :

E-Posta :

## **EĞİTİM BİLGİLERİ:**

Lisans : 2016, Selçuk Üniversitesi, Fen Fakültesi, İstatistik

## **TEZDEN TÜRETİLEN YAYINLAR, SUNUMLAR VE PATENTLER:**

- M. İşler, M. A. Karadayı, ve H. Tozan, “Hasta Güvenliği Kültürü Boyutlarının Çok Kriterli Karar Verme Yöntemi ile Değerlendirilmesi”, *Selçuk Zirvesi 6. Uluslararası Uygulamalı Bilimler Kongresi*, ss. 3-4, 2022.

# HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ BOYUTLARININ ÇOK KRİTERLİ KARAR VERME YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

## ORIGINALITY REPORT

13%

SIMILARITY INDEX

12%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

3%

STUDENT PAPERS

## PRIMARY SOURCES

1	<a href="http://www.imascon.com">www.imascon.com</a> Internet Source	6%
2	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Student Paper	1%
3	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Internet Source	1%
4	<a href="http://acikerisim.medipol.edu.tr">acikerisim.medipol.edu.tr</a> Internet Source	1%
5	<a href="http://dergipark.org.tr">dergipark.org.tr</a> Internet Source	1%
6	<a href="http://acikbilim.yok.gov.tr">acikbilim.yok.gov.tr</a> Internet Source	<1%
7	<a href="http://sens.medipol.edu.tr">sens.medipol.edu.tr</a> Internet Source	<1%
8	Ferhan NENİ UNAL, Harun KIRILMAZ. "Research on Patient Safety Climate Perceptions of Health Employees", Türkiye	<1%